

1° Convegno dell'associazione  
*Centri Mara Selvini Anoressia/Disturbi del comportamento alimentare*  
[www.centrimaraselvini.it](http://www.centrimaraselvini.it)

Insieme alle famiglie.  
Per uscirne insieme.  
*28 gennaio 2006*

RELAZIONE D'APERTURA  
Matteo Selvini

---

Abbiamo fondato un'associazione per la terapia e per la ricerca. Ne fanno parte undici équipes allargate che si basano su un modello terapeutico molto chiaro: anoressia e bulimia sono una reazione difensiva contro una sofferenza personale importante, entrambi i comportamenti, digiuno o abbuffata, sono dovuti al bisogno prepotente di modificare uno stato emotivo e mentale insopportabile: l'anoressica ci riesce grazie al senso di controllo e potere che il digiuno le dà, la bulimica grazie alla temporanea anestesia del dolore psichico consentita dall'abbuffata. In entrambi i casi il meccanismo d'azione è simile a quello di tante altre dipendenze: droghe, alcool, gioco d'azzardo, shopping e pornografia compulsiva, ecc. L'impossibilità di elaborare e contenere il dolore in modo diverso e quindi la necessità di dissociarsene per mezzo di sensazioni diverse, "distraenti", è quanto caratterizza tutte queste patologie.

**Le tre caratteristiche base del nostro approccio**

a. Il nostro modello è caratterizzato dalla teoria dell'attaccamento e dall'integrazione tra concetti sistemici (la specifica posizione del paziente nel sistema delle sue relazioni) e individuali (la specifica relazione del paziente con se stesso, ad esempio, con quali modalità di elaborare la sofferenza).

La diagnosi e il trattamento mettono al centro la persona sofferente e sono impostati su tre poli:

1. la diagnosi del funzionamento familiare e delle altre relazioni significative;
2. la diagnosi sulle specifiche caratteristiche del sintomo;
3. la diagnosi del tipo di personalità.

Una personalità si co-costituisce nell'interazione con le figure significative e in questo processo possono generarsi disagi che il paziente cercherà di tamponare ricorrendo a sintomi quali l'anoressia, la bulimia, la iperfagia.

- b. La collaborazione massima con il paziente e con tutte le persone per lui significative: concetti chiave sono quelli di cooperazione, consenso, condivisione, alleanza terapeutica e non più come nel passato quelli di provocazione e paradosso.
- c. Il lavoro d'équipe: per ogni caso occorrono due psicoterapeuti capaci di lavorare bene insieme (Mauri e Morosini ne parleranno oggi pomeriggio) e formati alla collaborazione in équipe e in rete con medici specialisti dei disturbi del comportamento alimentare (internista, dietologo, psichiatra, pediatra, ecc.)
- d.

### **Presentazione della giornata**

La mattinata sarà in buona parte dedicata a questo tema con le relazioni di Saronno (Maestroni e Capelli), di Bergamo (Aletti, Benvenuto, Carisconi, e Sculati) e Brescia (Ferrari Aggradi, Gritti, Milesi e Pè).

Nel pomeriggio Anna Maria Sorrentino si occuperà della nostra ricerca su ipotesi relazionali e tratti di personalità. In questo contesto le osservazioni storiche di Mara Selvini Palazzoli sul funzionamento individuale delle anoressiche ritornano di grande interesse e attualità, per questo ho recentemente ripreso alcune di quelle pagine nella mia raccolta *Reinventare la psicoterapia* ed ora l'editore Cortina ha ripubblicato integralmente *L'anoressia mentale*.

Stefano Cirillo si occuperà di come la nostra ricerca stia approfondendo l'utilizzo dei diversi formati delle sedute di psicoterapia: sedute familiari congiunte, individuali, con la coppia dei genitori, con i fratelli, ecc.

### **Unire terapia e ricerca**

L'associazione ha lo scopo di portare avanti con più forza ed estensione questa sinergia tra trattamenti e ricerca che ha caratterizzato tutto il lavoro di Mara Selvini Palazzoli e delle sue équipe. Già nel 1963 Mara Selvini Palazzoli riferiva delle caratteristiche e dell'andamento dei suoi casi. Insieme abbiamo poi avuto la possibilità di studiare tutti i casi trattati dal 1971 al 1987 (vedi i follow up pubblicati nel 1998 in *Ragazze anoressiche e bulimiche*) e di riflettere sui casi in trattamento nel periodo 1988-1996 (idem); recentemente, con Elena Busso ho completato un'ultima revisione su 53 casi trattati nel periodo 1996-2003. Ora i *Centri Mara Selvini* hanno iniziato una revisione su tutti i casi in trattamento da partire dall'inizio della nostra attività comune e cioè negli ultimi due anni. Infatti questo convegno corona due anni di lavoro di preparazione, lavoro che continuerà con una formazione continua e ricerca comune delle undici équipe che ne fanno parte, équipe che progressivamente si stanno rafforzando ed allargando, mentre altri centri si preparano ad acquisire i requisiti tecnici e scientifici per entrare a far parte dell'associazione.

L'associazione nasce quindi per rendere più forte la ricerca per far fronte a problemi che restano difficili e spesso drammatici: dall'anoressia si guarisce, ma attraverso un percorso doloroso sia per la paziente che per i suoi familiari: non esistono scorciatoie miracolistiche, un problema serio richiede per uscirne un lavoro altrettanto serio.

## **Ipercriticismo, inversione dei ruoli, dissociazione**

Una parte del nostro lavoro di ricerca ruota su tre temi clinici importanti:

1. ipercriticismo;
2. inversione dei ruoli;
3. dissociazione.

Nell'anoressia restrittiva tocca il massimo della sua evidenza **l'iperautocriticismo** della paziente, caratteristica della personalità che di gran lunga precede l'esordio sintomatico. Si pensi alla elevata frequenza di un radicale perfezionismo. In generale l'ipercriticismo non può non rimandare al classico tema per cui ciascuno di noi tenderà a trattare se stesso (l'anoressica il proprio corpo) così come è stato trattato. Ma evidentemente esistono vari tipi di criticismo. Ne parlano gli autori cognitivi (Frost 1993) a proposito delle fobie (ma in combinazione con l'iperprotezione). Ne parla il filone della psicoeducazione e dell'emotività espressa nel valutare i tassi di ricaduta dei pazienti schizofrenici, con la stessa associazione con l'iperprotezione, ma evidentemente in un contesto dove sono presenti deficit ben più gravi. Qual'è allora la specificità del criticismo nell'anoressia? Un possibile collegamento è con il tema della sacrificio delle ragazze anoressiche che ha caratterizzato il lavoro di Mara Selvini Palazzoli.

L'identità di queste ragazze presenta infatti, in molti casi, uno spiccato orientamento a farsi carico dei problemi dei loro genitori. Non a caso, in ambito sistemico, si è tanto parlato dell'ipercoinvolgimento di queste ragazze nel rapporto con i loro genitori.

Il discorso che sto qui sviluppando è riscontrabile con le anoressiche che appartengono al cluster ansioso del DSMIV (dipendenti, evitanti, ossessive) che paiono essere le più numerose. Si veda la mia recente ricerca retrospettiva. Questa specificità mostra quindi una interessante convergenza con le osservazioni cognitive (Guidano 1988), è infatti palese l'affinità tra fobici e anoressiche del cluster ansioso.

Queste pazienti con cui si è affermata la terapia familiare sono proprio loro stesse "terapeute familiari", ma sono terapeute familiari fallite: hanno cercato di consolare le loro madri e/o i loro padri, di negoziare rappacificazioni, ma non hanno ottenuto nulla! Anzi, assai spesso le cose sono andate di male in peggio: ad esempio, la mamma è sempre più depressa e scontenta, il papà sempre più isolato ed arrabbiato. È questa una delle radici di quel profondo senso di inadeguatezza, "sentire un difetto in se stessa" di cui parlò Mara Selvini Palazzoli, già più di quarant'anni fa. Questa sola sconfitta, tuttavia, non basterebbe per condurre all'anoressia, il dolore diviene insopportabile quando si somma ad altre difficoltà, specialmente nei rapporti di amicizia e nelle relazioni sentimentali o nel mantenere gli elevati standard prestazionali che queste "steniche" ragazze si sono prefissati.

Tuttavia, anche le multicoincidenze di tante inadeguatezze e sconfitte non produrrebbe nessuna anoressia se queste ragazze fossero capaci di elaborare il loro dolore, cioè di riconoscerlo per quello che è e di sopportarlo condividendolo. È qui che entra in campo l'altro tema clinico che ho scelto di toccare oggi, quello della **dissociazione**.

Già prima di divenire anoressiche queste ragazze hanno purtroppo imparato a non vedere e sentire i loro dispiaceri per non stare male. Quella ragazzina anoressica quasi moribonda, che, pur pesando 28 kg, dice di stare tanto tanto bene, non è che il drammatico punto di arrivo di un processo in cui quella stessa bambina non ha mai espresso il suo dispiacere per le tensioni e le sofferenze che si vivevano in casa o attorno alla casa. Le anoressiche sono dotate di empatia, ma la loro è un'empatia muta, un'empatia priva di pensiero. Il ruolo sacrificale di salvatrice viene appreso e viene agito nel silenzio. La dissociazione tra dolore ed esperienza di quel dolore è antica. Questa ragazzina, in perfetta buona fede, ci dirà, ad esempio, di non essersi mai preoccupata o addirittura accorta, della sofferenza del padre e del suo alcolismo.

Il paziente usa contro le sue sofferenze la difesa della dissociazione "Non ci pensare!" "Sì, non ci penso!".

Tutto è su un livello inconsapevole, quindi anche l'inversione dei ruoli resta logicamente inconsapevole. La ragazza non è consapevole del suo sacrificio, i genitori non pensano che si sia mai sacrificata! Anche se magari ha passato tutta l'infanzia a tener compagnia ad una nonna insopportabile! Si veda il caso "storico" di Antonella che ho ripreso in *Reinventare la psicoterapia*. Per questa ragione gli interventi paradossali, che proprio sottolineavano il sacrificio dell'anoressica a vantaggio dei familiari, ebbero spesso effetti potentissimi: mettevano in luce con forza una realtà che era stata misconosciuta da sempre. Il paradosso poteva incrinare il meccanismo della dissociazione e favorire l'inizio di un processo di condivisione.

Quando un'identità di inversione di ruolo viene assunta in modo contraddittorio e non viene riconosciuta e valorizzata diventa un potente fattore di rischio psicopatologico, e non solo nel campo dell'anoressia. Lo si può sostenere con il contro-esempio: nella tipica famiglia multiproblematica, il figlio responsabilizzato e pazientificato, quello che si prede cura di tutti con dedizione, e ne riceve qualche riconoscimento, è sistematicamente quello che sta meno peggio degli altri.

Come vedete, ho cercato di tessere un filo rosso per collegare i classici temi del criticismo, dell'inversione dei ruoli (o sacrificalità) e della dissociazione. Tuttavia, siamo qui proprio perché sul trattamento dei disturbi del comportamento alimentare c'è ancora moltissimo da capire e da sperimentare. Infatti quello che ho tratteggiato oggi può essere, spero, una guida interessante per un certo numero di casi, ma non per altri. Basti pensare alle bulimiche con un disturbo della personalità o una nevrosi di area borderline, dove la difesa dissociativa è sicuramente ancora presente (tagliarsi con una lametta ne è una specie di emblema sul come "distrarsi" da sentimenti di rabbia ed impotenza). Tuttavia in quell'area i temi del criticismo ed ancor più dell'inversione dei ruoli si pongono ben diversamente. È infatti frequente trovarsi di fronte ad un eccesso di egocentrismo, altro che sacrificalità! Nell'area border spesso ci imbattiamo in seri traumi non elaborati, evenienza molto rara nel cluster ansioso. Anche l'intervento sul sintomo apre molti interrogativi, basti pensare all'uso degli psicofarmaci, argomento sul quale si focalizza una parte della prima ricerca che stiamo avviando con l'attiva partecipazione dei nostri undici centri.