

ANORESSIA MASCHILE: ANALISI COMPARATA SU 15 SOGGETTI E ILLUSTRAZIONE DI UN CASO RAPPRESENTATIVO

A. Barbieri*, D. Ghigi**, M. Selvini***, S. Tagliavini****¹

Premessa

Questo studio nasce all'interno di un Centro di Terapia e Consultazione Familiare Pubblico che ha la sua sede presso il Settore di Salute Mentale (SSM) di Riccione dell'Azienda USL Rimini, in stretta collaborazione con la Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli", quale tentativo di approfondimento teorico e clinico dell'anoressia-bulimia maschile, una problematica sempre più frequente, che interessa non più solo le donne e che si sta diffondendo realmente come un' "epidemia sociale" (Gordon 1991). Per lungo tempo è prevalsa l'opinione che l'anoressia -bulimia fosse una patologia di appartenenza esclusivamente femminile. La comparsa sempre più frequente di quadri anoressico-bulimici anche in giovani maschi ha fatto sorgere molti interrogativi sulle analogie come sulle differenze: quindi su una eventuale specificità del disturbo.

Il gruppo curante del nostro centro di Riccione è formata da due psichiatre e da due psicoghe, tutte con formazione sistemico-relazionale, che lavorano in équipe "come stabile modalità di intervento "in quanto "mente collettiva" e risorsa indispensabile nel lavoro terapeutico con famiglie che presentano un membro con gravi disturbi psichici (disturbi del comportamento alimentare, gravi disturbi di personalità e psicosi)", (Selvini M. e Selvini Palazzoli M.,1989).

¹ *Psicologa-Psicoterapeuta Familiare

**Psichiatra_Psicoterapeuta Familiare- Responsabile CSM Riccione

***Psicologo-Psicoterapeuta -Co-Responsabile Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli"

**** Psichiatra -Psicoterapeuta Familiare- Responsabile SPDC Rimini

Nota 1 Un gruppo di professionisti dell' AUSL di Rimini (Dipartimento di Salute Mentale) dopo essersi formato presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli" ha avviato un Centro di Consultazione e Terapia Familiare dipartimentale dove ha in trattamento situazioni con patologie sia psicotiche (specie esordi in età giovanile) sia alimentari. Da vari anni ha instaurato una stretta collaborazione col Nuovo Centro "Mara Selvini Palazzoli" che, partendo dalla discussione su casi clinici, è sfociata in una partecipazione alla attività di ricerca che il Nuovo Centro da anni promuove e sollecita.

In questi anni sono giunte al nostro Centro varie richieste di intervento su casi di anoressia maschile; questo ha destato un certo interesse nella nostra équipe ed ha fatto sorgere vari interrogativi.

La ricerca qui proposta vuole essere un tentativo di risposta a queste domande. Siamo consapevoli che il campione a nostra disposizione è limitato (15 casi), tuttavia pensiamo che questo studio possa offrire un contributo ed una riflessione su un problema che, in letteratura, appare ancora poco studiato.

Il caso presentato, infine, è un esempio clinico che ci permette sia di cogliere le caratteristiche di personalità dei maschi anoressici-bulimici sia una riflessione sul percorso terapeutico. Infatti la terapia familiare appare il trattamento elettivo per i maschi così come per le femmine con questo disturbo.

Metodologia

Abbiamo condotto una ricerca su 15 casi di maschi tutti diagnosticati come “Disturbo del Comportamento Alimentare” di cui 4 casi seguiti direttamente dall'équipe del Centro di Consultazione e Terapia Familiare di Riccione nel periodo 1994-2000 e 11 visti dagli psicoterapeuti del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano nel periodo 1974-2000.

La ricerca si fonda sull'analisi di tutte le cartelle cliniche e si propone di individuare le caratteristiche salienti di una popolazione particolare come i soggetti maschi con un Disturbo del Comportamento Alimentare relativamente agli aspetti individuali di personalità e relazionali-familiari.

A tal fine si è proceduto alla lettura di ogni cartella, sintetizzata in una scheda, divenuta la base per compilare un quadro riassuntivo della casistica, che potesse consentire osservazioni di tipo descrittivo ed un'analisi quantitativa. Per l'identificazione della patologia ci siamo servite dei criteri diagnostici inclusi nel DSM IV relativi ai Disturbi dell'Alimentazione.

Sono stati individuati 13 casi di Anoressia Nervosa Restrittiva (includendo in essi 5 casi presentanti raramente modeste abbuffate o condotte di eliminazione come l'utilizzo di lassativi o vomito) e 2 casi di bulimia nervosa con condotte di eliminazione abituale.

Risultati

L'età media dei ragazzi della nostra ricerca all'esordio della patologia alimentare è di 18 anni e 7 mesi, con una distribuzione identica nelle fasce considerate: 13-16 anni (33,3%), 17-20 anni (33,3%) e oltre i 20 (33,3%). La cosa che appare subito evidente è che l'esordio patologico è posticipato per i maschi rispetto alle femmine: infatti nell'indagine di M. Selvini Palazzoli et al. (1998) le femmine presentano un inizio più precoce (in media 16 anni e otto mesi).

Al momento della prima consultazione i pazienti da noi considerati hanno in media 20 anni e 4 mesi e presentano la sintomatologia anoressico-bulimica da 1 anno e nove mesi (si va da un minimo di 5 mesi ad un massimo di 4 anni). Questo dato, paragonato alla cronicità delle ragazze studiate da M. Selvini Palazzoli et al. (1998), risulta inferiore (1 anno e 9 mesi nei maschi rispetto a 2 anni e 6 mesi nelle femmine).

Dei nostri 15 casi, gli 11 che si sono rivolti al Centro di Milano (eccetto 1) avevano ricevuto altri trattamenti sia medici che psicoterapici e 3 erano anche stati ricoverati in ospedale. L'esito della terapia familiare risulta variamente efficace.

I 4 che si sono rivolti al Centro di Riccione hanno ricevuto l'intervento psicoterapico familiare come primo trattamento. L'esito di queste 4 psicoterapie è complessivamente positivo, in quanto gli aspetti sintomatologici hanno trovato risoluzione e questo ci fa domandare se l'intervento familiare precoce non sia quello elettivo per affrontare questa psicopatologia.

Dei nostri 15 pazienti nessuno è sposato né convivente al momento della consultazione: di questi circa la metà non ha mai avuto relazioni sentimentali, anche se va considerato che un terzo dei casi ha un'età compresa fra i 13 e i 16 anni: quindi è ancora molto giovane.

Per quanto riguarda la pratica di attività sessuale, dai dati emersi in cartella solo 3 di questi ragazzi hanno praticato attività sessuale, (uno di questi segnalava problemi di impotenza), l'unico caso dichiaratosi gay non riferiva esperienze sessuali, mentre per i restanti 11 casi non viene segnalato il dato. Il loro quadro psicologico è caratterizzato da aspetti di tipo inibitorio, con una carenza di tensionalità inerente l'area della sessualità che si manifesta anche in una difficoltà

nell'assunzione di un'identità maschile, indicando tale problematica ancora distante e irrisolta.

Un altro dato interessante è quello riguardante la struttura delle famiglie dei pazienti studiati: si tratta nella quasi totalità di famiglie normo costituite con genitori entrambi viventi e conviventi (94,3%). In un solo caso il padre è deceduto. E' un dato in consonanza con quello riscontrato da M. Selvini Palazzoli et Al. (1998) che rilevano nella popolazione delle loro Pazienti femmine un 89,4% di famiglie normo costituite nel periodo fino all'87 e addirittura il 98% nei casi trattati dall'88 al 1996.

Tratti salienti della personalità del paziente anoressico-bulimico maschio

Nello studio più volte citato di M. Selvini Palazzoli et al. (1998) gli autori identificano nelle pazienti femmine tratti di personalità molto differenziati, classificabili (secondo le definizioni date dal DSM IV per i disturbi di personalità) in dipendente, border, ossessivo e narcisista.

La varietà di caratteristiche di personalità presenti nelle ragazze non trova riscontro nella popolazione maschile che appare più omogenea. Infatti nello studio da noi condotto su 12 casi (di tre visti in "epoca paradossale", non sono rilevabili dati utili), nove presentano tratti di tipo dipendente quindi con "eccessiva necessità di essere accudito,e timore della separazione", (DSM IV, 1996) unitamente a tratti sfumati di tipo ossessivo come "eccessivo controllo, perfezionismo, attenzione alle regole, agli schemi, incapacità di divertirsi"; due casi presentano aspetti marcatamente ossessivi che si delineano in tratti fortemente autarchici, fattori questi che rendono più complicata la compliance terapeutica; un solo caso mostra una personalità con tratti di tipo dipendente senza aspetti ossessivi.

Colpisce allora il trovarci di fronte ad una popolazione di maschi-anoressici che mostrano un mixer di tratti tipici delle personalità dipendenti e ossessive e che assomigliano molto alle ragazze dipendenti e ossessive descritte da Mara Selvini Palazzoli et al. (1998).

In genere se prevalgono i tratti di dipendenza unitamente a quelli di tipo ossessivo-"sfumato", trattasi di ragazzi che nell'infanzia hanno avuto un buon funzionamento scolastico (bravi, studiosi, ligi al dovere) sebbene sempre in ansia

per raggiungere i risultati che si proponevano. Alcuni infatti si distinguono sul piano intellettuale raggiungendo alti livelli di prestazione, conquistati con lunghe ore di studio, in contrapposizione, spesso, ad un'incompetenza motoria che li rende particolarmente impacciati sul piano sportivo-competitivo tipicamente maschile. Sul piano sociale invece appaiono ragazzi schivi, timidi, e, sebbene godano di qualche legame preferenziale (per es. con un amico del cuore), fondamentalmente si mostrano timorosi nell'intraprendere nuovi rapporti.

Se prevalgono gli aspetti autarchici, appare più marcata l'incapacità di affidarsi in una relazione, con più evidenti aspetti di perfezionismo sul piano prestazionale e di isolamento sul piano sociale.

Se predominano i tratti di dipendenza vengono descritti come bambini bravi, buoni, un po' "paciocconi" (in sovrappeso), docili ed accondiscendenti, anche se sufficientemente socializzati.

Sorprende allora l'assenza di personalità border e narcisiste che, invece, nella ricerca citata (Mara Selvini Palazzoli et al., 1998) arrivano ad essere nella casistica recente ben 31, (12 narcisiste e 19 border) su 52.

Configurazioni relazionali familiari

La nostra ricerca sul piano delle relazioni genitoriali rileva delle configurazioni di un certo interesse, fondamentalmente simili per l'anoressia e la bulimia.

Il futuro paziente, infatti, tende a percepire i genitori, nella relazione tra loro, focalizzati su due polarità: l'uno "vincente" e potente e l'altro "perdente" (V. Ugazio, 1998), costretto a subire. Il Paziente risulta spesso alleato del genitore perdente, che può essere indifferentemente il padre o la madre.

Se il paziente è l'alleato della madre/perdente (configurazione A) possiamo trovare ragazzi in cui prevalgono i tratti di dipendenza unitamente a sfumati tratti ossessivi. In questo caso il ragazzo è, spesso, o "l'orsacchiotto" o "la mancata bambina" con cui la mamma si è consolata dalla sua depressione sia per problemi irrisolti con la propria famiglia di origine sia per un'insoddisfazione nei confronti del partner. Questi figli maschi, infatti, hanno avuto il compito di confortare la propria madre con i loro successi scolastici, di essere sempre perfetti (e un po' ossessivi), fedeli e disponibili. Nella loro tensione "a fare i bravi" hanno imparato

sia a controllare i loro impulsi aggressivi sia a negare i bisogni di dipendenza finendo per sentirsi, però, fundamentalmente soli. Essendo stati allevati per sintonizzarsi sui bisogni della madre in un rapporto simbiotico, in cui i ruoli appaiono spesso invertiti, sperimentano un sentimento di solitudine sui propri bisogni profondi.

Il padre in questa configurazione familiare appare spesso figura carenziata, con tratti di personalità autarchica che cerca nel riconoscimento sociale la stima e il supporto per un'identità di genere indebolita da una difficile identificazione con la propria figura paterna. Viene percepita dal paziente come "figura vincente", in quanto si "realizza" dedicandosi ai propri interessi, dimenticandosi dei bisogni del partner e del figlio.

In diversi casi il padre, avaro di attenzioni per il futuro paziente, appare invece in un rapporto diverso con un altro figlio, spesso maschio, a cui ha accordato la sua benevolenza e la sua stima. Ad es. il Sig. A. era riuscito ad avviare un'impresa artigianale che gli aveva assicurato un ottimo successo economico. In casa non c'era mai perché il lavoro lo impegnava ininterrottamente anche per 14-15 ore al dì e la moglie, insoddisfatta, aveva trovato consolazione nel figlio maschio minore con il quale aveva instaurato un rapporto stretto e vischioso.

Quando però emerge la tossicodipendenza del figlio primogenito, quest'uomo si preoccupa e si attiva prendendo il ragazzo a lavorare con sé, coinvolgendolo tanto da intestargli metà della società e riuscendo così, pian piano, a tirarlo fuori dai suoi problemi. Successivamente, quando il figlio minore si ammalerà di bulimia, non attuerà la stessa operazione di affiliazione e solo con la terapia riuscirà a mettere in atto quei comportamenti riparativi che aveva attivato con il figlio maggiore.

Se il paziente è l'alleato del "padre perdente" (configurazione B) come in 6 dei nostri casi, è la madre che viene vissuta come la figura vincente, come "l'uomo di casa". Si tratta spesso di donne che vivono una condizione di emancipazione e hanno trovato grande soddisfazione nel lavoro. Incapaci di vivere a fondo una relazione intima, hanno spesso delegato l'accudimento del figlio alla propria madre o a qualcuno della parentela o allo stesso padre che viene così a rivestire il ruolo del "mammo". In questi casi è il padre che presenta tratti depressivi e di

marcata dipendenza e il figlio lo gratifica con i suoi successi scolastici e con la sua accondiscendenza o rivestendo il ruolo del consolatore per la sua sofferenza, pur anelando alla presenza affettiva della madre.

E' il caso del Sig. F. che, sposato ad una donna volitiva e tenace, ha finito per ritirarsi dal lavoro lasciando quasi totalmente la gestione dell'azienda alla moglie. Essendo l'attività imprenditoriale in una località lontana da casa, la coppia vive per molti mesi dell'anno separata. In queste lunghe assenze il Sig. F. trova conforto per la sua importante depressione nel figlio minore (che diventerà anoressico) con cui condivide il desiderio di avere l'assente, impegnata negli affari altrove.

Sempre nella configurazione B appaiono casi in cui accanto ad una madre distante vi è un padre assente, che diventa una figura fortemente idealizzata e bramata, vissuta come alleata contro una donna trascurante ed egoista.

E' allora facile immaginare che con tali configurazioni relazionali il futuro paziente anoressico avrà una certa difficoltà a realizzare una buona identificazione maschile: nella configurazione A, infatti, il padre vissuto come "vincente", è assente per il paziente; nella B l'identificazione viene realizzata con un modello maschile presente, ma debole e svalorizzato, o comunque percepito come "perdente".

Non sembra allora un caso che il sintomo emerga in epoca adolescenziale quando importante diventa il confronto con l' "altro sesso" (9 casi) o successivamente al fallimento di relazioni sentimentali (2 casi) o in una fase adolescenziale più tardiva (4 casi) quando si sono avute precedenti esperienze affettive, anche importanti, ma finite in modo fallimentare e che hanno portato al ritiro relazionale.

Caso Clinico

La richiesta

Telefona al nostro Centro di Terapia e Consultazione Familiare, su indicazione del medico di base, la Sig.ra Anna per il problema del figlio Carlo di 33 anni che presenta un disturbo del comportamento alimentare. Carlo riferisce di soffrire di bulimia nervosa da 4 anni, alternando abbuffate a ferrei digiuni. A volte mangia al mattino prima di andare al lavoro, più spesso però si abbuffa la sera dopo essere

tornato stanco dall'officina. Comincia la cena con poche cose, poi va avanti e mangia tutto ciò che c'è in frigo. E' un rituale che fa in solitudine: infatti da tre anni rifiuta di mangiare a tavola con la madre. La preparazione dei panini che, secondo le iniziali intenzioni di Carlo dovrebbero servirgli per la cena, è un rito tutto speciale che deve fare da solo con una scrupolosità ed una pignoleria veramente ossessive. Essi infatti devono essere imbottiti in un modo preciso, ad esempio, solo con certi alimenti: pesce, ricotta e verdura. Sembra che l'abbuffata serale ricopra un ruolo consolatorio in quanto Carlo afferma che dopo una giornata di fatica ritiene di meritarsi un cibo così gradito ed abbondante. Ciò che però lo fa star male è il non riuscire a controllarsi nella quantità assunta per cui, poi, ricorre al vomito. Quando torna dal lavoro a mezzogiorno evita di mangiare per non incorrere nel pericolo di abbuffarsi, ma è così nervoso che, per non pensare al cibo, "spazza" tutta la casa sia esternamente che internamente sollevando le ire della madre che si sente espropriata nei propri compiti di casalinga ed invasa nei suoi spazi.

Al momento della prima consultazione non sa il proprio peso, forse 80 kg su un'altezza di m.1.78: in passato ne pesava 95. Il problema alimentare è presente da quando ha smesso (4 anni) prima di fare podismo in maniera agonistica. Aveva dovuto interrompere per un infortunio ai tendini che l'aveva obbligato a rimanere fermo: nella forzata immobilità aveva iniziato ad abbuffarsi e di conseguenza ad ingrassare ed il vomito era diventata un'abitudine. Per questo problema si era rivolto al medico di base che gli aveva prescritto un farmaco antidepressivo, che non aveva prodotto risultati significativi. Non aveva mai intrapreso terapie psicologiche.

La scheda familiare

I dati familiari raccolti con la madre Anna ci forniscono le seguenti informazioni. Il padre è deceduto all'età di 42 anni, dopo un solo mese di malattia, per una leucemia fulminante quando Mauro aveva 7 anni. Lavorava come falegname in un laboratorio avviato dal proprio padre, anch'egli falegname. Viene ricordato come una persona schiva, timorosa e con aspetti ossessivi della personalità che lo portavano ad essere scrupoloso e pignolo, in contrasto con altre caratteristiche di persona allegra amante del ballo e della musica. Nella sua famiglia di origine risulta avere una particolare autorevolezza il padre, mentre una sorella, Piera sarà

per Anna una vera croce a causa del carattere prepotente, aggressivo ed estremamente possessivo.

La madre, Anna, di 62 anni, ha la licenza di terza media. In passato ha lavorato come sarta poi come operaia in un calzaturificio; ora è pensionata, ma lavora come colf ad ore in alcune famiglie da cui è molto benvoluta. E' una donna molto attiva. A 16 anni si era fidanzata e due anni dopo si era sposata andando a vivere con suocero e cognata fino alla morte del marito. Rimasta vedova si era trasferita coi due figli in un appartamento adiacente a quello del suocero.

Otto anni prima della consultazione si era risposata con un coetaneo, abitante in una città distante 30 km. I due coniugi non abitano assieme e si vedono ogni fine settimana. Anna non appare molto coinvolta in questo nuovo legame: lo denota il fatto, ad esempio, che non riesca a ricordare l'anno di questo secondo matrimonio.

Riguardo alla famiglia d'origine di Anna un dato appare particolarmente interessante: la morte del padre in guerra quando essa aveva solo due anni, perdita che sarà compensata dall'affiliazione ottenuta dal suocero.

Anna ha due figli: Lucia, la primogenita che ha 41 anni e lavora come segretaria nello stesso calzaturificio dove in passato ha lavorato la madre. E' sposata da 20 anni ed ha due figli maschi di 17 e 9 anni.

Carlo, secondogenito, vive attualmente con la madre, mentre la sorella abita in un appartamento a 500 metri di distanza.

La storia di Carlo

Carlo nasce 8 anni dopo la sorella maggiore, Lucia. Dal racconto di Anna emerge il dispiacere per aver dovuto "cedere" l'allevamento della sua primogenita alla cognata Piera, non sposata e convivente, per amore di quieto vivere; si è detto sopra quanto questa fosse prepotente e come Anna, data la giovane età, non fosse capace di contrapporsi. Con la nascita di Carlo e sentendosi più forte, essa si sottrae alla pretesa della cognata ed alleva il figlio maschio con quella vicinanza emotiva e fisica che rende il loro rapporto intenso e gratificante fin dall'inizio. L'allevamento di Carlo è soddisfacente ma Anna non è serena perché la convivenza nella famiglia allargata, comincia ad esserle insopportabile, soprattutto a causa della cognata. Fino ai 7 anni Carlo cresce come il "cocco di

mamma” molto legato e dipendente: “mammone”, si definisce più volte nel corso della terapia.

Il rapporto con il padre in questi primi anni di vita è buono anche se come figura rimane sullo sfondo. Le cose per Carlo cambiano radicalmente a 7 anni quando il padre muore improvvisamente. Proprio in quel periodo Anna ed il marito erano riusciti, finalmente, a creare un certo svincolo dalla famiglia d’origine del marito attraverso la costruzione di una propria casa fatta con molti sacrifici economici. La morte del marito lascia Anna, vedova a 35 anni, prostrata dal dolore e oberata di debiti.

Si apre così un nuovo capitolo; Anna per mantenere la famiglia e sostenere gli impegni economici presi per la costruzione della casa, si mette a lavorare come operaia in un noto calzaturificio. Prolunga l’orario di lavoro facendo tutti gli straordinari possibili e la sera, a domicilio, fa piccoli lavoretti di sartoria per una ditta. Anche Lucia, quindicenne, comincia a lavorare nella stessa ditta della madre, come operaia, e successivamente verrà assunta come impiegata. Carlo trascorre così gli anni della fanciullezza molto solo anche se in maniera libera, trovandosi a giocare spesso in strada con gli altri bambini. Anna riconosce di averlo abbandonato in quel periodo, ma ritiene di non avere avuto altra scelta. Proprio in quegli anni, sicuramente molto duri per tutta la famiglia, Carlo pare orientarsi all’utilizzo di difese ossessive come modalità per contrastare i propri bisogni di dipendenza frustrati e per sostenersi nel compito di cavarsela da solo in una situazione di emergenza come quella della morte del padre. Nell’adolescenza Carlo appare un ragazzo un po’ sovrappeso, con una particolare predisposizione per l’ordine ed una “mania” per la pulizia che indirizza specialmente alla propria auto e alla propria moto. Sembrano però difese adattive che favoriscono il tentativo di proporsi in maniera autonoma, ponendo una barriera ai propri pressanti bisogni interni di riavere una relazione privilegiata con la madre: quella bella e gratificante relazione già sperimentata ed interrotta bruscamente.

Sul piano relazionale Carlo è intraprendente, soprattutto con le ragazze, con cui sviluppa alcune relazioni sentimentali, anche di lunga durata, che sempre, però, si interrompono: sono infatti le ragazze a lasciarlo lamentando un suo scarso coinvolgimento affettivo. Una storia importante finisce più o meno nel periodo in

cui Anna, ripresasi dal lungo lutto del marito portato avanti per anni, si sposa in seconde nozze. Carlo ha 25 anni e si sente doppiamente abbandonato e rifiutato dalla madre e dalla morosa. La delusione suscitata da questi avvenimenti viene contrastata con l'avvio di un'intensa pratica sportiva: la corsa, prima in maniera saltuaria poi agonistica. E' in questo periodo che egli comincia a seguire una dieta appropriata e giustificata dalla attività sportiva intrapresa. Inizia a perdere peso acquistando un bel fisico che gli permette di ottenere un maggior successo con le ragazze, anche appartenenti ad un livello socio culturale superiore al suo. Entra quindi in una fase lievemente maniacale in cui intraprende varie relazioni sentimentali brevi e poco impegnative diventando anche un assiduo frequentatore delle discoteche della Riviera Romagnola. Questo movimento espansivo di Carlo non viene apprezzato dalla madre che guarda con molta apprensione le ragazze frequentate dal figlio che lei non considera adatte al "suo" Carlo. E' proprio in questa fase che egli intraprende una relazione intensa con una ragazza bella, determinata e disinibita con la quale pensa di costruire un legame più duraturo. Carlo sembra trovarsi in conflitto: da una parte desidera corrispondere alle aspettative di sua madre che lo vuole posato e serio, legato ad una ragazza del suo stesso ceto sociale, dall'altro vorrebbe opporsi alla madre e affermare in maniera più netta la sua individualità. Alla fine Carlo non ce la fa a contrastare la madre, rinuncia alla ragazza "prestigiosa", sceglie l'isolamento affettivo e rafforza, dedicandosi in maniera totalizzante allo sport, la difesa ossessiva, che per un certo periodo di tempo risulta efficace. L'infortunio al tendine lo costringe ad una forzata immobilità durante la quale entra in depressione: è allora che comincia a scoprire le abbuffate come rifugio consolatorio.

In questo periodo Anna non si accorge del malessere del figlio, tutta presa da Lucia che attraversa una crisi matrimoniale a causa di incomprensioni con la suocera. Memore delle proprie vicende personali, Anna crea un'alleanza fortissima con la figlia che sostiene affinché si svincoli da una situazione familiare insostenibile. Intanto Carlo prosegue le abbuffate alternate a rigorosi digiuni, ma nessuno si accorge di lui. Col tempo si amplificano anche i tratti ossessivi come lo spazzare in maniera compulsiva e provocatoria tutta la casa facendo così irritare la madre, della quale finisce per attirare sempre più l'attenzione invischiandosi così in un gioco relazionale totalizzante che lo porterà ad un isolamento sempre più marcato.

La diagnosi

Quando giunge alla nostra attenzione Carlo presenta un quadro conclamato di Bulimia Nervosa con condotte di eliminazione (DSM osservazione, IV, American Psychiatric Association, 1996). In passato aveva alternato periodi bulimici ad altri di digiuno, senza aver mai raggiunto i bassi pesi segnalati più frequentemente nella casistica femminile. Il quadro presentato dal paziente ci orienta a classificarlo come bulimia e non come disturbo ossessivo compulsivo perché appare prevalente il problema legato al controllo del peso, piuttosto che quello legato alla condotta con tratti perfezionistici e ossessivi.

Per quanto riguarda la diagnosi di asse due risultano elementi sicuramente nel "cluster" ansioso inquadrabili come una "personalità dipendente" piuttosto che quelli di una "personalità ossessiva, anche se sono contemporaneamente presenti tratti ossessivi-compulsivi abbastanza importanti.

Nel corso del trattamento l'orientamento diagnostico sull'asse due si è meglio definito come: personalità di tipo dipendente con sfumati tratti di tipo ossessivo-compulsivo.

Il percorso terapeutico

La richiesta di consultazione avviene quando la sintomatologia di Carlo è all'apice, le difese di controllo (come il digiuno) non tengono più ed il ragazzo è in balia di importanti vissuti depressivi.

Il percorso terapeutico ha permesso di far emergere i bisogni inespressi di Carlo e di dare un significato alla sintomatologia. Ci sembra infatti che il sintomo bulimico fosse espressione dei bisogni prepotenti di dipendenza dalla madre, mentre la sintomatologia di tipo ossessivo esprimesse sentimenti aggressivi nei confronti della madre inadempiente, ma anche verso sé stesso una volta scopertosi bisognoso e fragile in una situazione relazionale in cui, mancando il padre e altre figure maschili significative, faticava a realizzare una buona identificazione maschile.

Le sedute terapeutiche (9 in tutto) svoltesi in formati diversificati (familiare, individuale, della diade madre-figlio), hanno permesso la ricostruzione della storia scoprendo i giochi familiari e, contemporaneamente, dando voce ai sentimenti di sofferenza, di rabbia, di delusione dei vari membri. Questo processo ha favorito l'acquisizione di nuovi significati e ha aiutato lo strutturarsi di un nuovo ordine relazionale. Carlo, sentendosi rassicurato e compreso, ha trovato la forza di cimentarsi in una nuova relazione sentimentale con Alessia, una "vecchia fiamma", ritrovata recentemente. Anche Anna si è immediatamente attivata e, dopo una prima fase di iter in cui è stata condotta a riconoscere e riparare i trascurati bisogni di accudimento di Carlo, in una seconda parte si è messa in disparte favorendolo e sostenendo la nascita delle nuove relazioni sentimentali. Lucia, che aveva fatto del problema del fratello motivo di alleanza con la madre, si è emancipata da questo ruolo che rischiava di ingabbiare il fratello in una dimensione infantile, reinvestendo sul proprio nucleo familiare. La sintomatologia bulimica si è risolta in breve tempo e Carlo ha trovato un buon equilibrio psichico e relazionale che gli ha permesso di affrontare con molta grinta un gravissimo incidente sul lavoro: lo schiacciamento di una mano in un macchinario per cui ha dovuto sostenere impegnativi e molteplici interventi chirurgici e riabilitativi.

Pur considerando positivamente i cambiamenti raggiunti in breve tempo dal paziente, va però rilevata la sua non accettazione di un successivo percorso terapeutico individuale, che gli permettesse una riflessione personale più approfondita. Appoggiandosi infatti a Alessia, una ragazza seria e determinata ma affettivamente poco empatica, è forse "scappato" da una relazione terapeutica coinvolgente, quindi pericolosa, accontentandosi di passare da una dipendenza infantilizzante dalla madre ad una più evoluta ed appagante da Alessia, senza però acquisire una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento psichico.

Conclusioni

L'indagine presentata mette in evidenza come un numero sempre maggiore di maschi esprima il proprio disagio utilizzando un disturbo del comportamento alimentare, anche se in proporzioni minori rispetto alle femmine. Non ci stupisce riscontrare che l'età di esordio sia posticipata nei maschi rispetto alle femmine e

questo pare un fenomeno fisiologico, visto che le ragazze cominciano l'adolescenza anticipatamente rispetto a ragazzi.

La ricerca sembra confermare la tendenza, segnalata dalla letteratura (ed anche dal nostro articolo in corso di pubblicazione) a riconoscere caratteristiche peculiari nella popolazione di maschi che sviluppa un disturbo del comportamento alimentare e precisamente: un quadro di inibizione o di blocco di pulsioni aggressive e dei bisogni di dipendenza che tendono (sul piano interpersonale) a restringere il campo delle relazioni a quelle esclusivamente familiari, bloccando il normale corso evolutivo.

Per quanto riguarda le configurazioni familiari notiamo che non esistono significative differenze rispetto a quelle descritte da M. Selvini Palazzoli ed Al. (1998) a proposito delle anoressiche-bulimiche femmine. Si tratta infatti di uno schema in cui il paziente anoressico risulta o ipercoinvolto con la figura materna mentre il padre è assente o, viceversa, compare un forte legame con una figura paterna vissuta però come fragile, svalutata e poco virile, mentre è la madre a ricoprire un ruolo forte e rappresentativo. I problemi legati all'identità del soggetto anoressico possono trovare una spiegazione in una identificazione mal riuscita con la figura dello stesso sesso, similmente a come avviene per le ragazze in riferimento alla figura materna.

Il caso presentato ci è parso rappresentativo di questa ipotesi.

Così come per le femmine anche per i maschi affetti da questa patologia appare elettivo il trattamento familiare integrato con un trattamento individuale. Essendo, in genere, personalità che aspirano ad una dipendenza e che presentando aspetti autarchici, mal tollerano di affidarsi interamente ad una relazione individuale con un terapeuta.

Le famiglie osservate sono state disponibili a mettersi in discussione e ad attivare le risorse presenti, mentre i pazienti hanno mostrato difficoltà a rimanere in un formato terapeutico individuale, eludendo il più delle volte un aiuto che li avrebbe costretti a prendere contatto con i propri bisogni profondi. Anche la precocità nel trattamento nella nostra ricerca risulta un elemento utile per una rapida soluzione della sintomatologia: un approccio familiare precoce pare estremamente

appropriato e pertinente, permettendo di raggiungere un'efficacia in tempi relativamente brevi.

La terapia familiare è quindi uno strumento capace di muovere le potenzialità insite nelle persone e nelle famiglie e, come sostiene N.W. Ackermann (1976), “spezza le alleanze preesistenti e apre la via a nuove configurazioni di vita in famiglia, capaci di offrire una maggiore soddisfazione reciproca e più vaste possibilità allo sviluppo della famiglia”.

Riassunto. *L'articolo si propone di affrontare le problematiche relative all'anoressia maschile attraverso l'analisi di 15 casi e l'esposizione di un caso significativo. L'indagine presentata mette in evidenza come un numero sempre maggiore di maschi esprima il proprio disagio utilizzando un disturbo del comportamento alimentare, anche se in proporzioni minori rispetto alle femmine. Non ci stupisce riscontare che l'età di esordio sia posticipata nei maschi rispetto alle femmine e questo pare un fenomeno fisiologico, visto che le ragazze cominciano l'adolescenza anticipatamente rispetto a ragazzi. La ricerca sembra confermare la tendenza, segnalata dalla letteratura (ed anche dal nostro articolo in corso di pubblicazione) a riconoscere caratteristiche peculiari nella popolazione di maschi che sviluppa un disturbo del comportamento alimentare e precisamente: un quadro di inibizione o di blocco di pulsioni aggressive e dei bisogni di dipendenza che tendono (sul piano interpersonale) a restringere il campo delle relazioni a quelle esclusivamente familiari, bloccando il normale corso evolutivo.*

Summary. *This issue concerns the problems regarding male anorexia through the analysis of 15 cases and the study of a particularly meaningful one.*

The survey points out that an increasing number of male people express their uneasiness through a wrong alimentary behaviour, although in a smaller proportion than female people.

The beginning of this phenomenon happens later to boys than to girls and this seems to have physiological reasons, given that adolescence starts earlier for girls than boys.

The survey seems to confirm the tendency, seen in psychological literature (and in our issue which is being published), to recognize peculiar characteristics of the male population that develops disturbances of alimentary behaviour.

These characteristics are: inhibition, blockage of aggressive pulses, blockage of needs of dependence which tend to restrict personal intercourses only to family relations and to block the person's normal development.

BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, N. W. (1970) *Patologia e terapia della vita familiare*. Editore Feltrinelli, Milano.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992) DSM IV. Tr. It. Masson, Milano 1996.

BOWLBY, J. (1988). *Una base sicura*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

BRUCH, H., (1973) *Patologia del comportamento alimentare*. Tr. It. Feltrinelli, Milano 1977.

GORDON, R.A., (1990) *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano 1991.

KERNBERG, O. (1996). *Teoria psicanalitica dei disturbi di personalità*. In: CLARKIN, J. F., LENZENWEGER, M. F. (a cura di) *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano 1997, pp.15-49.

SCHNEIDER, J., AGRAS, W. (1987). *Bulimia in males: A matched comparison with females*. International Journal of Eating Disorders, 6, pp. 235-242.

SELVINI PALAZZOLI, M., (1963) *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli, Milano.

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

SELVINI, M. (1999) *Terapia familiare e disturbi di personalità: una nuova prospettiva di ricerca messa alla prova sul terreno dell'anoressia*, Psicoterapia, 18, pp. 45-50.

SELVINI, M. (2000). *Vecchi e nuovi padri*. Ecologia della mente. 2, pp. 144-163.

SELVINI, M., SELVINI PALAZZOLI, M., (1989), *Il lavoro in équipe : strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare*. *Ecologia della mente*, 8, pp. 53-76.

UGAZIO VALERIA (1998), *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche e psicopatologie*. Boringhieri, Torino.

WILLIAMSON, I., HARTLEY, P. (1999). *British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction*. *European Eating Disorders Review*, 3, pp. 160-170.