

## RICERCA BIBLIOGRAFICA

### Disturbi del comportamento alimentare / adolescenza / relazioni familiari

A cura di Alba Russo

#### **Cibo e società: i disturbi alimentari tra limite, colpa e identità**

A cura di Valentina Guiducci pag. 77-93

Contenuto in:

#### **SALUTE E SOCIETA' – Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività**

A cura di Donatella Cavanna, Luisa Stagi

Anno VIII n. 3/2009, Franco Angeli



La condivisione, il rispecchiamento delle emozioni e l'esperienza della sicurezza nell'ambiente familiare hanno un'importante **influenza sullo sviluppo affettivo del bambino** e sulla **nascita delle sue rappresentazioni del sé e dell'oggetto**.

Già Hilde Bruch, nel 1973 aveva sviluppato un modello definito **dispercettivo**, secondo il quale **l'anoressia e l'obesità avrebbero in comune un medesimo meccanismo patogenico: l'assenza o la perdita di risposte adeguate**, che i genitori dovrebbero dare ai segnali, attraverso i quali il bambino manifesta i propri bisogni.

Questa situazione, secondo l'autrice, avrebbe come conseguenza il fatto che **il bambino manchi di una precisa padronanza dei limiti del proprio Sé** e non sia in grado di riconoscere e differenziare le sensazioni corporee dalle tensioni emotive, manifestando così un **difetto di apprendimento primario**.

Nell'odierno panorama scientifico la **teoria dell'attaccamento** viene considerata un *framework* teorico privilegiato per comprendere il costrutto della regolazione degli affetti.

Quando il processo affettivo relazionale non si sviluppa adeguatamente, se il nutrimento affettivo è stato carente o insufficiente, l'unica strada possibile è quella di trovare fuori da sé un mezzo per sopravvivere ad un'ondata emotiva travolgente e per affrontare la quale si sente di non avere argini sufficientemente forti. **Il cibo sembra poter saziare, riempire, colmare il vuoto**. Il cibo diventa poi schiavitù, dipendenza e causa di isolamento.

L'**analisi delle relazioni familiari** costituisce un'area nevralgica da approfondire, nel tentativo di comprendere la natura e le caratteristiche dei disturbi alimentari.

Attraverso un approfondito **lavoro di rassegna di studi**, l'autrice **delinea un quadro descrittivo ed esplicativo del disturbo da alimentazione incontrollata** utilizzando come chiave di lettura il **concetto di regolazione degli affetti**. Si tratta di un costrutto che si è recentemente fatto spazio all'interno della **ricerca sulle emozioni**, imponendosi progressivamente all'attenzione di studiosi afferenti da discipline diverse data la sua multidimensionalità e complessità.

Tale costrutto potrebbe in futuro costruire un framework teorico multidisciplinare privilegiato per approfondire le **dinamiche sottese alla sintomatologia caratteristica della patologia**, anche in virtù dello **stretto legame con la teoria dell'attaccamento** e, in particolare, con quell'area di ricerca riguardante gli aspetti rappresentazionali.

#### **La trama della famiglia anoressica: reti di relazioni e di rappresentazioni**

A cura di Anna Maria Delogu pag. 94-108

Contenuto in:  
**SALUTE E SOCIETA' – Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività**  
A cura di Donatella Cavanno, Luisa Stagi  
Anno VIII n. 3/2009, Franco Angeli



I **vari modelli di psicopatologia applicati allo studio dell'anoressia**, pur facendo riferimento a paradigmi teorici differenti, hanno evidenziato **l'importanza di assumere un'ottica complessa**, che tenga conto dei fattori implicati nella psicopatologia e delle loro influenze reciproche.

I contributi che si inseriscono nel **paradigma teorico dell'attaccamento**, in particolare, suggeriscono di tenere in considerazione la presenza/assenza di alcuni eventi specifici legati all'attaccamento (lutti, separazioni, traumi) e, soprattutto le strategie utilizzate dagli individui per organizzare le proprie rappresentazioni.

L'ipotesi che **i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare possano essere dei comportamenti finalizzati alla ricerca della vicinanza** è al centro del saggio dell'autrice.

Attraverso una rassegna di studi, il lavoro evidenzia come nei disturbi del comportamento alimentare la **"base sicura" dell'attaccamento** sia stata in qualche modo compromessa e che **i sintomi agiscano in funzione riparativa**.

L'ipotesi che i sintomi dell'anoressia possano essere espressione di una ricerca di contatto e vicinanza assume una grande importanza rispetto all'esordio della patologia durante l'adolescenza, poiché è la fase del ciclo vitale in cui si colloca la crisi evolutiva legata ad un secondo processo di separazione-individuazione dai genitori, alla costruzione dell'identità e alla riorganizzazione dei modelli operativi interni.

**Alimentazione, famiglia e stili di vita**

A cura di Luigi Frudà pag. 19-56

Contenuto in:

**SALUTE E SOCIETA' – Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività**  
A cura di Donatella Cavanno, Luisa Stagi  
Anno VIII n. 3/2009, Franco Angeli



Il nostro rapporto con il mondo incomincia attraverso una relazione alimentare, il latte materno rappresenta la prima forma di dono, ma anche il **territorio in cui si inizia a costruire l'intelaiatura delle relazioni tra norma, appagamento e benessere individuale** e perciò a impostare il **bilanciamento tra le esigenze personali, auto ed etero regolazione**, che costituirà la **base della socializzazione primaria**.

**Il cibo costituisce**, già a partire dalla prima infanzia **uno dei veicoli principali delle relazioni**; il riconoscimento dei ritmi del succhiare e del mangiare esprime la capacità dei genitori di instaurare una regolazione interattiva rispettosa delle potenzialità biologiche, cognitive e affettive del bambino che si organizzano progressivamente, nel corso della crescita, secondo modalità sempre più articolate e complesse. Questa capacità non è solo un'attitudine accuditrice, essa ricapitola in un certo senso l'esperienza evolutiva del genitore e la sua capacità di accompagnare le tappe di autonomizzazione del figlio e di tollerarne la separazione.

Molto presto si apprende che incorporare **cibo significa farlo diventare parte di sé**, ed è proprio **nell'ambivalenza del rapporto con il cibo che si gioca il nostro rapporto con il mondo**: per questo rifiutare il cibo è un'azione simbolica estremamente potente.

Nel saggio curato da Luigi Frudà viene affrontato il tema della relazione tra alimentazione, famiglia e stili di vita, dando rilievo alle **funzionalità e alle simbologie collegate all'alimentazione nei contesti individuali e sociali**.

### **Il ruolo dei genitori**

pag. 67-96

Contenuto in:

### **Anoressia Bulimia**

### **I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese**

Philippe Jeammet

Ed italiana A cura di Lenio Rizzo

Franco Angeli, 2006



**Lo sviluppo del bambino si realizza in stretta interazione con il suo ambiente familiare e sociale.** Non è sorprendente che i genitori, che rappresentano il punto di articolazione fra il bambino ed il gruppo, siano implicati nei disturbi del comportamento del proprio figlio durante l'adolescenza. Essi sono coinvolti dai modi di espressione del disturbo, dalle risposte che tentano di darvi e dal senso che queste difficoltà assumono negli scambi familiari, nella loro organizzazione e nella loro evoluzione.

Indipendentemente dalle cause, i disturbi psicopatologici hanno una funzione particolare nella **gestione della distanza relazionale fra l'adolescente, i suoi genitori e la fratria**.

**Alcuni contesti familiari sembrano favorire lo sviluppo di un'anoressia mentale.** E' il caso in cui uno dei genitori è molto ansioso, il figlio, che avverte quest'ansia, può vivere nel timore permanente di un pericolo, reso tanto più inquietante dal fatto che è sconosciuto e che non sa a chi sia diretto. In tale atmosfera egli avrà molte **difficoltà ad esprimere i suoi desideri**, soprattutto se li percepisce come intensi, addirittura violenti o aggressivi.

Dal momento che i suoi **desideri sono avvertiti come potenzialmente pericolosi** e rischiano di fargli perdere l'amore dei genitori, il **bambino li reprimerà, favorendo la sua eccessiva sottomissione alle aspettative degli altri**, a scapito dell'affermazione di sé.

D'altra parte l'ansia genitoriale può provocare dei **comportamenti eccessivi di controllo e di verifica che lasciano poco spazio alla necessaria libertà ed ai piaceri condivisi**. I genitori hanno la tendenza a valorizzare gli sforzi, le prestazioni ed il successo negli studi, perché tale

atteggiamento li rassicura, ma ciò può condurre il bambino a credere che sia quello il solo modo per farsi amare e può dargli l'impressione di potere sempre fare meglio.

L'ansia che porta i genitori a non fidarsi di se stessi e delle loro emozioni che, poiché minacciano di sopraffarli, devono essere controllate e dominate. Limitano quindi le loro manifestazioni di affetto e di tenerezza, si tengono fisicamente a distanza dal loro bambino. In modo speculare, i bambini reprimeranno a loro volta il bisogno di vicinanza fisica e di espressione emozionale. Tuttavia resteranno "affamati" e ciò contribuisce a renderli particolarmente reattivi e suscettibili rispetto agli atteggiamenti dei genitori – e degli altri in generale - nei loro confronti. Se non li si guarda, si sentono abbandonati, ma se ci si avvicina a loro un po' troppo, sperimentano un sentimento di intrusione e di invasione.

Esiste una forte **analogia tra le relazioni affettive e quella che sarà la relazione con il cibo**, si tratta di **relazioni che oscillano tra il tutto e il niente**, fra relazione fusionale e autosufficienza.

Philippe Jeammet, attraverso la trattazione di alcuni casi clinici, analizza la vulnerabilità degli adolescenti, ne indaga il percorso spesso caotico e spiega i fattori individuali, familiari e culturali che sono all'origine dei disturbi alimentari.

## I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti

A cura di Tony Jaffa e Brett McDermott

Raffaello Cortina Editore, 2009



Le recenti ricerche sui disturbi dell'alimentazione hanno permesso di giungere a una serie di conclusioni condivise. In primo luogo vi è accordo sul fatto che si tratta di **disturbi complessi, con molti aspetti ancora irrisolti** riguardo l'**eziologia**, i **fattori di protezione**, la **eterogeneità**, l'**efficacia dei programmi terapeutici** e di prevenzione, la **gestione della cronicità**.

I disturbi alimentari esordiscono nella maggior parte dei casi in età preadolescenziale e adolescenziale, con una tendenza all'anticipo delle prime manifestazioni; tra i fattori predisponenti esiste accordo generale sul fatto che siano di **natura psicosociale** uniti a vulnerabilità individuale fisica e psicologica.

Attualmente esistono **diverse teorie sulle famiglie dei pazienti affetti da disturbi alimentari**. Alcuni autori ritengono che la **disfunzionalità dei sistemi familiari sia la causa** di questo gruppo di patologie, mentre altri pensano **che sia il disturbo alimentare a causare il malfunzionamento familiare**. Ad oggi, **non esistono studi longitudinali che abbiano indagato se il disfunzionamento familiare preceda o se segua l'insorgere dei disturbi alimentari**.

Sebbene la questione del ruolo giocato dalle famiglie nello sviluppo dei disturbi alimentari resti aperta, stanno aumentando le evidenze a favore dell'utilità del coinvolgimento delle famiglie nel trattamento.

Nel volume "I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti", **attraverso l'analisi delle evidenze provenienti da studi su controllati e da ricerche non controllate**, viene dedicato ampio spazio ai **diversi modelli di terapia familiare per questo tipo di patologie**.

Sulla base di queste premesse, gli autori propongono un **modello di cura a livelli progressivi da interventi più circoscritti ad azioni terapeutiche più globali, basato su protocolli approvati dalla comunità scientifica ma in cui non scompaia la possibilità di una scelta individuale**.

Il volume raccoglie **risultati di ricerche**, ipotesi da sottoporre a validazione, elementi su cui riflettere, il testo è attraversato dal **modello della evidence-based**, che rappresenta un modo di

valutare criticamente e sintetizzare le informazioni non scientifiche disponibili e un richiamo a sottoporre gli interventi a valutazioni di efficacia ed efficienza.

**I modelli della malattia**  
pag. 205-  
pag.173-193  
Contenuto in:  
**Anoressia e bulimia**  
**Anatomia di un'epidemia sociale**  
Richard A. Gordon  
Raffaello Cortina Editore, 2004



Hilde Bruch nel suo ultimo lavoro afferma di aver assistito nel corso degli anni alla **trasformazione dell'anoressia da disturbo individuale a disturbo sociale**.

Fino agli anni Sessanta si verificavano, a suo parere, casi di anoressia in soggetti che non avevano mai sentito parlare in precedenza del disturbo: era come se ciascuno ricreasse i sintomi a partire dalla propria esperienza personale. Successivamente, man mano che il disturbo si diffondeva e diventava famoso, anche il **quadro clinico subiva una trasformazione**.

Spesso il **modello di alimentazione disturbata si ritrova nella famiglia d'origine**. In effetti una caratteristica nota da tempo ai clinici e rilevata in numerose ricerche è proprio la preoccupazione per il cibo dei familiari di pazienti con disturbi dell'alimentazione.

La preoccupazione per il cibo può assumere varie modalità; è improbabile quindi, che si manifesti in maniera uniforme secondo i criteri con cui vengono condotti studi di ricerca. Il fatto più comune è che un genitore abbia lottato a lungo per il controllo del peso e si sia sottoposto ripetutamente a diete; una tale vicenda ha numerose conseguenze, tra le principali un effetto di modellamento sulla figlia che emula direttamente il comportamento del genitore.

Alcuni dati evidenziano che, nelle famiglie anoressiche, non è la preoccupazione per il peso da parte del genitore a provocare il disturbo nel comportamento alimentare della figlia, quanto **l'eventuale preoccupazione o critica esplicita del genitore nei confronti del peso della figlia**.

Nell'anoressia la **lotta implacabile per l'autocontrollo** e l'acquisizione di senso di potere è in realtà profondamente radicata nella percezione della propria impotenza; questa sensazione si fonda a sua volta sulle esperienze familiari vissute. L'adozione, durante l'adolescenza o più tardi, di **misure di autocontrollo tanto drastiche è originata dalla distribuzione squilibrata del potere all'interno della famiglia**, con conseguenti lacune profonde nella capacità della bambina di decidere in modo indipendente.

I terapeuti familiari hanno fornito un contributo notevole alla comprensione delle dinamiche del potere nelle famiglie anoressiche. Salvador Minuchin, ad esempio, sostiene che le dinamiche familiari dell'anoressia rientrano nella categoria più generale di quelle che producono **sintomi "psicosomatici"**, quali disturbi gastrointestinali o gli attacchi d'asma aggravati da problemi psicologici. Queste famiglie di solito sono eccessivamente "invischiate", timorose delle conseguenze dello sviluppo dell'identità individuale, incapaci di esprimere apertamente differenze e conflitti.

Nella famiglia delle anoressiche, **la figlia che manifesta i sintomi viene triangolata nel rapporto di coppia dei genitori, carico di conflitti irrisolti**. Tali conflitti tendono ad essere **negati e deviati sull'anoressica**, che diviene così incapace di raggiungere una propria individuazione.

Le dinamiche del coinvolgimento sono aggravate dal fatto che in queste famiglie si riscontra in generale la tendenza a temere il mondo esterno. In molti casi, solo un rituale drammatico ha il potere di liberare l'anoressica dalla presa di questa potente dinamica centripeta.

Il rifiuto del cibo dell'anoressica, getta una sorta di incantesimo sulla famiglia, **deviando l'attenzione dai problemi e dai conflitti più fondamentali**. Questa è una delle ragioni per cui **il sintomo accentra su di sé tutta l'attenzione e le preoccupazioni dei genitori e dei familiari**.

La terapia di queste famiglie richiede un impiego abile ed esperto del terapeuta che ha il compito di ridefinire e reinquadrare il problema.

## **La problematicità della funzione materna e paterna**

Francesco Montecchi pag 31-36

Contenuto in

### **ANORESSIA MENTALE DELL'ADOLESCENZA**

#### **Modelli teorici, diagnostici e terapeutici**

Franco Angeli, 1998

Nel corso dello sviluppo dai due-tre anni fino alla pubertà, **il figlio e la figlia vivono la loro vita psichica all'interno dell'archetipo materno regolato dalla madre reale**, un mondo che deve essere ad un certo punto della crescita abbandonato. Nell'evoluzione normale il bambino percepisce in modo positivo la **madre buona**, che se rimane vissuta unicamente come buona non consente al bambino di svincolarsi da lei. **Per riuscire a staccarsi dalla madre**, infatti, **il bambino deve percepire il polo negativo dell'archetipo materno e il polo positivo dell'archetipo paterno**. Questa percezione costituisce un passaggio fisiologico.

Lo sviluppo di un **disturbo come l'anoressia va legato a una funzione materna problematica** in cui sono centrali il disagio e le angosce. All'interno di questa relazione disturbata, **il corpo della bambina diviene un oggetto di conferma e rassicurazione delle angosce genitoriali**.

Questa dinamica familiare può essere descritta come un'inversione del **rapporto tra "contenitore e contenuto"** in cui quest'ultimo assume una **"funzione contenitiva del contenitore"**.

Nella struttura familiare delle anoressiche non è danneggiata solo la funzione materna, ma anche quella **paterna appare problematica, spesso debole e assente**; alla centralità della madre si accompagna in queste famiglie una perifericità del padre. E' evidente quindi una particolare **problematicità di entrambe le funzioni genitoriali**, in un patologico e collusivo incastro relazionale, che causa nella bambina un profondo disagio, manifestato attraverso il disturbo alimentare.

Le **teorie sistemico relazionali definiscono "disimpegnate" le famiglie nelle quali i confini tra i membri dei sottosistemi che compongono il nucleo familiare sono eccessivamente rigidi**, rendendo difficile la comunicazione e limitando le funzioni protettive familiari. Sono chiaramente invece **"invischiate" le famiglie nelle quali i confini sono indistinti**, manca la differenziazione e non è permesso a nessuno avere uno spazio individuale. Sono famiglie nelle quali le madri assumono una posizione centrale.

**Nelle famiglie delle pazienti anoressiche esistono dunque due tipi di madri: quella fusionale e controllante, e quella disimpegnata ed espulsiva**. La **madre fusionale invischia la figlia in un rapporto reale fusionale, all'interno del quale è impossibile la differenziazione**. La **madre disimpegnata ed espulsiva attiva invece nella figlia desideri fusionali che nascono dal desiderio di far coincidere la madre reale con una propria immagine materna idealizzata**.

Nonostante i due atteggiamenti materni siano opposti, in entrambi i casi la figlia sviluppa delle forti tendenze fusionali, rimanendo **inglobata in un mondo materno che non le permette di sviluppare una propria individualità**. L'anoressica manifesta infatti una doppia tendenza: da una parte il desiderio di mantenere la fusione, dall'altra la spinta a distaccarsene. Questa duplice tendenza si accentua e diventa critica nell'adolescenza, normalmente caratterizzata dal desiderio

di essere autonomi e uscire dalla famiglia e dalla voglia nostalgica di rimanere bambini accuditi e protetti dai genitori.

**L'esacerbazione di questo doppio movimento psichico assume una coloritura problematica esprimendosi attraverso la patologia alimentare.**

Le dinamiche fusionali che caratterizzano la relazione madre-figlia all'interno delle famiglie "anoressiche" investono anche il rapporto con la corporeità già segnata da una precoce distorsione percettiva. In un'età in cui dovrebbe essersi già concluso il **"processo di individuazione e separazione"** le bambine future anoressiche hanno difficoltà a distaccarsi dalla figura materna che non hanno **interiorizzato come immagine interna capace di fornire sicurezza e fiducia**. Ancora legate al corpo materno, **non riescono a percepirsi come un corpo autonomo** che si muove nello spazio né a fidarsi di se stesse come individui separati che possono esplorare il mondo e viverci.

Infine, accanto a una funzione materna problematica incarnata dalla madre reale, nelle famiglie anoressiche esiste anche una **funzione paterna problematica**. Il padre delle pazienti anoressiche è stato spesso il figlio amato di una madre dominante che gli ha richiesto alte prestazioni intellettive, una madre che ha sempre aspirato e richiesto al figlio successo nella scuola e nella società. Quando questo figlio, amato dalla madre, si stacca dalla famiglia di origine e si immette nella società, sposta le richieste provenienti dalla madre reale verso la "mamma società".

I padri delle anoressiche sono spesso uomini che hanno raggiunto il successo professionale, un successo che li ha portati lontani dalle loro nuove famiglie e soprattutto dal rapporto con le loro figlie. Sono **padri periferici, la cui assenza è complementare alla centralità familiare delle madri**. Questi padri assenti sono **fortemente desiderati dalle figlie anoressiche** che, non potendo avere con loro un rapporto reale, li idealizzano. **La debolezza della figura paterna non permette all'anoressica di spezzare il legame fusionale con la madre**. Mancando di un paterno valido che sostenga e accompagni l'evoluzione, il figlio e la figlia si aggrappano all'unico maschile disponibile, quello di cui è portatrice la madre. In altri termini **la debolezza paterna non consente all'anoressica di uscire dall'incesto materno**. In questa rete di problematicità la bambina che diverrà anoressica si trova a fare i conti con un **materno ed un paterno disturbati e con un femminile e un maschile altrettanto disturbati**. Entrambi i genitori portatori di funzioni materne e paterne disturbate trasmettono alla figlia linee problematiche che lungo le quali prenderà forma il disturbo anoressico: l'importanza di un'immagine estetica idealizzata, il rapporto difficile con il corpo, la supremazia della mente e la ricerca del successo. **E' con il sopraggiungere dell'adolescenza che queste tematiche assumeranno una funzione centrale nella personalità dell'anoressica.**

### **La scoperta della mancanza di identità in un'adolescente anoressica**

Di Cathy Troupp pag. 89-111

Contenuto in: **I disturbi alimentari nell'adolescenza. La generosità dell'accettare**

A cura di Gianna Williams, Paul Williams, Jane Desmarais, Kent Ravenscroft

Bruno Mondadori, 2007



Una caratteristica singolare **della maggior parte dei pazienti con disturbi dell'alimentazione è la mancanza** di un senso del Sé: emozioni, pensieri e azioni non sono percepiti come propri, ma al contrario, come richieste provenienti dall'esterno. Paradossalmente, **spesso questi pazienti non desiderano raggiungere una maggiore comprensione della malattia**, poiché, malgrado la loro infelicità e l'impossibilità di condurre una vita normale, **non vogliono perdere i propri sintomi**.

In alcuni casi la paura di una perdita può diventare un vero e proprio terrore. La **malattia è frequentemente vista come sostituto indispensabile per qualcosa di essenziale che sentono di non possedere.**

Poiché il processo di costruzione del Sé inizia immediatamente dopo la nascita, è stato ipotizzato che **la mancanza di un senso del Sé sia una conseguenza di esperienze infantili:** qualcosa di vitale non ha funzionato nella relazione madre-bambino, particolarmente nella relazione alimentare, in quanto le prime esperienze sia mentali sia emotive sono connesse con le prime esperienze di nutrimento.

Nel 1946 Anna Freud suggerisce che **il comportamento conflittuale dei bambini nei confronti del cibo trae origine dai loro sentimenti ambivalenti verso la madre, che vengono poi trasferiti sul cibo,** il simbolo per la madre.

Nel sottolineare i legami tra processi corporei – la nutrizione – e processi emotivi e mentali paralleli, Stephen Briggs (1993) suggerisce che **la qualità del contenimento materno delle ansie del bambino ha una grande influenza sullo sviluppo di particolari difficoltà alimentari.** In questi casi si osserva un **fallimento della relazione “contenitore-contenuto”,** descritta da Wilfred R. Bion che **rischia di ostacolare il processo di internalizzazione del bambino.**

Quando ciò avviene, i sentimenti ambivalenti e fortemente conflittuali del bambino verso il cibo – latte materno – riappaiono poi violentemente durante la pubertà e l'adolescenza, sotto la spinta dei cambiamenti fisiologici. I primi segnali di un disturbo avvengono nel dover affrontare la separazione dalla famiglia, sebbene solo psicologicamente.

La ragazza adolescente, il cui corpo sta diventando come quello della madre, ha **il timore di non riuscire a difendersi da lei e di diventare concretamente la madre,** perdendo in questo modo se stessa; dall'altra vuole rimanere bambina della madre per sempre.

**L'anoressia può dare una soluzione illusoria a tale conflitto;** l'anoressica è convinta di avere acquisito una propria identità, differenziata da quella della madre e, allo stesso tempo, **la malattia le permette di rimanere bambina, la bambina della madre, uno stato contemporaneamente idealizzato e terrorizzante,** dove il passare del tempo e la differenza tra i sessi vengono negati. Si spiega così, almeno in parte, perché le pazienti anoressiche siano estremamente riluttanti ad accettare aiuto, in quanto consapevoli di porre il rischio di perdere le proprie difese e di dover affrontare le ansie esistenziali.

L'autore del volume descrive questi aspetti della patologia attraverso la narrazione della terapia con una giovane anoressica di diciassette anni.

### **Tra le generazioni. Particolarità nella domanda di cura e nel trattamento dei genitori**

Giuliana Grando pag. 97-109

Contenuto in: **L'Approccio psicoanalitico nella cura dell'anoressia-bulimia**

A cura di Domenico Cosenza

Franco Angeli, 2005



La famiglia è il luogo in cui si promuove la filiazione, l'esperienza della differenza di genere e del passaggio delle generazioni.

E' il luogo in cui, **oltre alle cure della protezione,** viene trasmessa una Legge umana che tiene conto della particolarità che **consente a ciascuno di vivere un desiderio normato, che comprenda il riconoscimento.**



Il processo di filiazione implica che il bambino possa passare da un **legame reale e immaginario ad un legame simbolico con l'Altro**. Ed è proprio la filiazione simbolica a permettere a ciascun componente di **individuarsi ed esprimere la propria soggettività, aldilà della relazione primaria**.

Il volume si sofferma sul **modello di trattamento dei familiari adottato dall'ABA** (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia, i disturbi alimentari e l'obesità).

Tale modello si fonda su una logica che va individuata nella **prospettiva della psicoanalisi**, laddove il **fulcro dell'intervento terapeutico è il soggetto**, e la cura opera una sorta di rovesciamento della originaria prospettiva sistemica, nella quale la terapia della famiglia coincideva con la cura dell'anoressia stessa. L'approccio analitico con la famiglia mira innanzitutto a **creare ai genitori un posto come soggetti portatori di un sapere specifico ed unico sulla propria figlia**.

Il trattamento della famiglia è orientato alla **de-costruzione** della famiglia (effetto del sintomo anoressico) finalizzata alla **ri-costruzione** a partire dall'emergere nei padri e nelle madri di un sapere inconscio e simbolico.

### I fattori familiari

pag.153

Contenuto in

### **Manuale sui disturbi dell'alimentazione. Anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata**

Pietro De Giacomo, Caterina Renna, Antonietta Santoni Rugiu  
Franco Angeli, 2005



I fattori familiari, che si ritiene giochino un ruolo importante nel facilitare lo svilupparsi ed il perpetuarsi di un disturbo dell'alimentazione, sono numerosi.

Tuttavia è difficile, osservando una famiglia con un membro affetto da patologia alimentare stabilire **quali siano considerabili i fattori di rischio** – in quanto già presenti prima che il sintomo si manifestasse – **o quali non siano, invece, la conseguenza degli adattamenti** cui la famiglia è andata incontro.

Le famiglie **riflettono largamente i conflitti e le ideologie della società**. In particolare le figlie femmine possono assorbire dalla famiglia i conflitti sociali circa il ruolo e il funzionamento, o le preoccupazioni eccessive circa l'apparenza e il peso corporeo. Dunque, la bassa auto-stima e la sensazione di inefficacia si possono produrre in famiglia.

Tra le caratteristiche implicate gli autori indicano:

- la scarsa comunicazione,
- le cattive relazioni familiari,
- la mancanza di risoluzione di conflitti,
- l'iperprotettività,
- la rigidità e la mancanza di adattamento,

- la mancanza di coesione tra i membri,
- la mancanza di confini,
- le alte aspettative da parte dei genitori,
- i convincimenti cognitivi e comportamentali errati della famiglia circa l'alimentazione, i problemi di peso e l'apparenza fisica,
- la pressione esercitata dai familiari sull'apparenza e l'aspetto fisico,
- una storia familiare di depressione o abuso di alcol,
- una storia di abuso psichico, fisico o sessuale all'interno della famiglia.

In generale nelle famiglie con membro affetto da disturbo dell'alimentazione si può osservare come **le regole e le abitudini che legano i vari membri del sistema non si adattano alle necessità mutevoli di ciascuno**. In particolare, le regole, dovrebbero permettere di acquisire un maggior senso di appartenenza, favorire l'intimità e l'unità e cambiare quando i figli crescono, dando loro la possibilità di sperimentare il proprio individuale valore del mondo. Se le regole sono rigide i figli faticeranno ad acquisire un senso di autonomia, si sentiranno inutili e controllati. Se invece, le regole sono confuse i figli potranno acquisire una pseudo-indipendenza precoce che non li proteggerebbe dalle insicurezze e dall'ansia.

### **Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare \*\***

Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman, Lester Baker

Astrolabio, 1980



Certi tipi di organizzazioni familiari sono strettamente collegate allo **sviluppo e al mantenimento di sindromi psicosomatiche**, sindromi che giocano un ruolo importante nel mantenimento dell'omeostasi della stessa famiglia.

In quest'ottica potremmo dire che l'anoressia mentale è definita non solo dal comportamento del "membro anoressico", ma anche dalle interrelazioni di tutti i membri della famiglia.

Attraverso il paradigma di riferimento del **modello sistemico**, gli autori di uno dei classici sull'anoressia mentale, analizzano le influenze dei membri della famiglia sul mantenimento dei sintomi anoressici.

Il modello sistemico analizza il **comportamento e la struttura psicologica dell'individuo** mettendo in rilievo la continuità degli **influssi che i membri della famiglia hanno l'uno sull'altro** dal primo periodo di vita del bambino fino all'attuale. In tale ottica il modello sistemico pone la necessità di osservare come e in quale misura le transazioni interpersonali determinino la gamma di comportamenti di ciascun membro della famiglia.

Nella "**famiglia anoressica**" le transazioni interpersonali che organizzano il comportamento dei membri della famiglia seguono modelli disfunzionali.

Il soggetto anoressico "non è altro" che "paziente designato", partecipante attivo ad un processo in cui non ci sono né tiranni né vittime, ma solo membri di una famiglia.

**Segnaliamo inoltre:**

**Cultura affettiva familiare e disturbi del comportamento alimentare**  
**Le famiglie di adolescenti con disturbi del comportamento alimentare**

Elena Riva

pag. 55-61

Contenuto in:

**Adolescenza e Anoressia. Corpo, genere, soggetto**

Elena Riva

Raffaello Cortina Editore, 2009

**Il femminile e il materno nei disturbi del comportamento alimentare**

Elena Riva

pag. 73-89

Contenuto in:

**Adolescenza e Anoressia. Corpo, genere, soggetto**

Elena Riva

Raffaello Cortina Editore, 2009

**Le adolescenze dei genitori**

Alessandra Marcazzan

pag. 91-115

Elena Riva

pag. 55-61

Contenuto in:

**Adolescenza e Anoressia. Corpo, genere, soggetto**

Elena Riva

Raffaello Cortina Editore, 2009

**Le rappresentazioni delle età della vita e del processo evolutivo in  
preadolescenza e in adolescenza**

Elia De Ferrari

pag. 65-72

Contenuto in:

**L'autostima allo specchio. La prevenzione dei disturbi del comportamento  
alimentare in adolescenza**

A cura di Elena Riva

Franco Angeli, 2007

**Attaccamento e psicopatologia. La qualità dell'attaccamento come fattore di  
rischio e/o protezione**

Alessandra Simonelli

pag. 63-84

Contenuto in:

**Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari**

A cura di Olga CODISPOTI E Alessandra Simonelli

Raffaello Cortina Editore, 2006

**Studi empirici sull'attaccamento nei disturbi alimentari**

Vincenzo Calvo, Mariangela Battistella

pag. 149-168

Contenuto in:

**Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari**

A cura di Olga Codispoti e Alessandra Simonelli  
Raffaello Cortina Editore, 2006

**La famiglia: problemi e difficoltà**

pag. 101-132

Contenuto in:

**Figlie in lotta con il cibo. Un aiuto per i genitori, le ragazze, gli insegnanti e gli amici**

A cura di Roberto Ostuzzi, Gian Luigi Luxardi

Baldini&Castaldi Ed., 2003

Raffaello Cortina Editore, 2006

**L'anoressica è vittima in famiglia?**

pag. 26

Contenuto in:

**I disturbi del comportamento alimentare. Dall'anoressia al binge eating**

Giuseppe Fatati

Il Pensiero Scientifico Editore, 2002

**Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione Fattori di rischio familiari**

pag 118-121

Contenuto in:

**Alle mie pazienti dico ... Informazione e auto aiuto per superare i disturbi dell'alimentazione**

Riccardo Dalle Grave

Positive Press, 2002