

Luigi Onnis

# **Il tempo sospeso**

Anoressia e bulimia  
tra individuo, famiglia e società

*Nuova edizione ampliata*

**FrancoAngeli**

**PSICOTERAPIE**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Luigi Onnis

## **Il tempo sospeso**

Anoressia e bulimia  
tra individuo, famiglia e società

*Nuova edizione ampliata*

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Questo libro è stato scritto con la collaborazione di:

**Manuela Antenucci**  
**Marco Bernardini**  
**Salvatore D'Amore**  
**Luana Di Gregorio**  
**Andrea Giambartolomei**  
**Mariella Giannuzzi**  
**Antonella Leonelli**  
**Giulia Marino**  
**Angela Maria Mulè**  
**Alessia Pizzimenti**  
**Carlotta Romano**  
**Franca Tarantino**  
**Agostino Vietri**

*Grafica della copertina:* Elena Pellegrini

*In copertina:* Franco Modigliani, *Cariatide*, 1913

2a edizione Copyright © 2004, 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

“Quando si parla del passare del tempo, ci si riferisce all’‘esperienza’ dell’impossibilità di fermare il tempo. Ma questa ‘esperienza’ presuppone il proposito di fermare il tempo. Ma ciò è possibile solo sul fondamento di un’aspettativa inautentica degli ‘attimi’ che, passando, cadono nell’oblio”.

M. Heidegger, *Essere e Tempo*





# Indice

<b>Prefazione alla seconda edizione, di Luigi Onnis</b>	pag. 13
<b>Introduzione. Anoressia e bulimia: da problemi di nutrizione a fenomeni complessi, di Luigi Onnis</b>	» 15
1. La necessità di una nuova epistemologia	» 15
2. La cultura sociale: l'invito al consumo e la moda della magrezza	» 16
3. L'individuo: la "frattura adolescenziale" delle pazienti anoressiche e bulimiche	» 18
4. La famiglia: relazioni, storie e miti del sistema familiare delle pazienti anoressiche e bulimiche	» 20
5. Il tempo sospeso	» 23
6. L'organizzazione del libro	» 24
Bibliografia	» 26

## Parte prima: La cultura

<b>1. Il significato del cibo: aspetti sociali e culturali, di Salvatore D'Amore e Franca Tarantino</b>	» 31
1. Introduzione	» 31
2. I significati del mangiare	» 32
3. Le trasformazioni alimentari in adolescenza	» 34
4. Cibo, corpo ed identità adolescenziale: dalle contraddizioni socio-culturali a quelle familiari e personali	» 35
5. Conclusioni	» 39
Bibliografia	» 39

<b>2. La cultura psichiatrica: storia, epidemiologia e criteri diagnostici dell'anoressia e bulimia</b> , di <i>Marco Bernardini</i> , <i>Alessia Pizzimenti e Luigi Onnis</i>	pag. 41
1. Anoressia nervosa: storia e inquadramento nosografico	» 41
2. Bulimia nervosa: storia e inquadramento nosografico	» 43
3. Breve discussione circa l'inquadramento diagnostico attuale dei DCA	» 46
4. Aspetti epidemiologici	» 46
5. La diagnosi in psichiatria: dobbiamo capirci o dobbiamo anche capire?	» 49
Bibliografia	» 51
<b>3. Il corpo e la sua immagine nell'epoca della post-modernità</b> , di <i>Luana Di Gregorio e Luigi Onnis</i>	» 53
1. Il corpo sociale e il corpo privato. Corpi, istituzioni, media e tecnologie	» 54
2. Le immagini dell'anoressia e della bulimia. Dal rifiuto anoressico al compromesso bulimico	» 59
Bibliografia	» 65
<b>4. Il ruolo della donna nella società attuale</b> , di <i>Manuela Antenucci e Luigi Onnis</i>	» 67
1. Il disturbo anoressico: un linguaggio soprattutto al femminile	» 67
2. Rigidità dei ruoli e influenze socio-culturali	» 68
3. Modelli sclerotizzati e identità di genere	» 70
4. Il cambiamento del ruolo della donna nella società: l'ambiguità della risposta	» 71
5. Il corpo: un potente canale di comunicazione	» 73
6. Il cambiamento del ruolo della donna nella famiglia e la correlazione con il comportamento sintomatico	» 75
7. Una muta protesta: il comportamento anoressico	» 76
8. Il viraggio sintomatico: il comportamento bulimico	» 77
9. Conclusioni	» 79
Bibliografia	» 81
<b>5. La crisi del rapporto maschile/femminile</b> , di <i>Manuela Antenucci e Antonella Leonelli</i>	» 83
1. Uno sguardo al rapporto maschile/femminile attraverso la mitologia	» 83
2. Tra distanza e reciprocità: dall'individuo alla coppia	» 86
3. La crisi del ruolo maschile	» 88

4. L'anoressia maschile: un tentativo d'interpretazione	pag.	89
5. Conclusioni	»	91
Bibliografia	»	93

## **Parte seconda: L'individuo**

<b>6. L'adolescenza come fase di transizione: metamorfosi praticabili ed impraticabili</b> , di <i>Marco Bernardini e Andrea Giambartolomei</i>	»	97
1. Premesse metodologiche	»	97
2. La ricerca dell'identità	»	98
3. L'adolescenza: tra passati, scoperte e smarrimenti	»	99
4. La dimensione narrativa	»	101
5. Le diverse metamorfosi	»	105
6. Dalla latenza ad una visione neuroendocrina integrata	»	106
Bibliografia	»	108
<b>7. Il problema del rapporto con il corpo</b> , di <i>Giulia Marino e Franca Tarantino</i>	»	110
1. Introduzione	»	110
2. Il corpo: "schema corporeo" ed "immagine del corpo"	»	111
3. Evoluzione dell'immagine del corpo	»	113
4. Come nasce la difficoltà di ascoltare i messaggi del corpo	»	120
5. Distorsione dell'immagine corporea nell'anoressia e bulimia	»	122
6. Disturbi del comportamento alimentare e "dismorfofobia"	»	132
7. Conclusioni	»	135
Bibliografia	»	136
<b>8. La difficoltà di assunzione dell'identità di genere</b> , di <i>Marco Bernardini e Luigi Onnis</i>	»	139
1. Premessa	»	139
2. L'identità di genere	»	140
3. Il disturbo dell'identità di genere nell'anoressia e nella bulimia	»	141
4. La formazione dell'identità di genere. Il viaggio verso la consapevolezza di appartenere ad un sesso e non all'altro, nei suoi sviluppi e nei suoi arresti	»	143
5. "La bella addormentata": la non scelta e il genere neutro	»	151
6. Una ricerca sull'identità di genere nell'anoressia e bulimia: analisi dei primi dati	»	151
Bibliografia	»	154

<b>9. Dai problemi di personalità ai vissuti soggettivi</b> , di <i>Marco Bernardini e Alessia Pizzimenti</i>	pag. 156
1. Proposte di tipologia: descrizioni di personalità e analisi fenomenologiche	» 156
2. La dimensione psicosomatica: il concetto di alexitimia	» 160
3. Emozioni, mente e corpo: le correlazioni indispensabili	» 162
4. Una prospettiva sistemico-relazionale	» 164
Bibliografia	» 166

### **Parte terza: La famiglia**

<b>10. Crescere: difficoltà condivise tra genitori e figli</b> , di <i>Salvatore D'Amore e Angela M. Mulè</i>	» 169
1. Introduzione	» 169
2. I compiti di sviluppo: genitori e figli a confronto	» 170
3. Il percorso dei figli: dalla dipendenza all'interdipendenza	» 171
4. Il percorso dei genitori: dalla famiglia "culla" alla famiglia "ponte"	» 173
5. Anoressia e bulimia come disturbi tipici dell'adolescenza	» 176
Bibliografia	» 179

<b>11. Modelli di interazione familiare</b> , di <i>Luigi Onnis, Angela M. Mulè e Andrea Giambartolomei</i>	» 180
1. Introduzione: alcuni concetti di base	» 180
2. I modelli di interazione nelle famiglie con con problemi di anoressia e bulimia	» 182
3. Il coinvolgimento della paziente: i processi di triangolazione	» 188
4. Primi significati del sintomo anoressico/bulimico	» 189
5. Tipologia dei processi di triangolazione	» 189
6. Costellazioni interattive nell'anoressia e nella bulimia	» 191
7. Conclusioni	» 193
Bibliografia	» 194

<b>12. I legami affettivi familiari</b> , di <i>Agostino Vietri e Carlotta Romano</i>	» 195
1. Legami e spazio di vita familiare	» 195
2. I significati dei legami affettivi tra le generazioni: le radici familiari	» 197
3. De-legare: tra legami affettivi e vincoli di lealtà	» 202

4. Legàmi o légame? Le trame delle famiglie anoressiche e bulimiche, tra controllo ed esplosione	pag. 203
Bibliografia	» 209

### **13. I miti e i fantasmi familiari: il “tempo sospeso”, di**

<i>Luigi Onnis</i>	» 210
1. La famiglia come sistema a più dimensioni	» 210
2. Il concetto di mito	» 211
3. Il mito nella famiglia: significati e sviluppi	» 211
4. Quando il mito diventa fonte di patologia	» 215
5. Miti e fantasmi nelle famiglie con problemi di anoressia e bulimia	» 216
6. Come esplorare i miti familiari: le “Sculture del Tempo Familiare”	» 218
7. Il metodo delle Sculture del Tempo Familiare (STF)	» 220
8. Esempi clinici	» 222
Bibliografia	» 229

### **14. La costruzione dei miti attraverso le generazioni: una riparazione al trauma della perdita, di Mariella**

<i>Giannuzzi e Luigi Onnis</i>	» 231
1. Introduzione	» 231
2. Il problema della perdita e l’organizzazione familiare	» 232
3. La perdita in una prospettiva transgenerazionale	» 234
4. Il tema della perdita nell’anoressia e bulimia	» 237
5. Esempi clinici	» 242
6. Conclusioni	» 250
Bibliografia	» 251

### **15. La storia di Enza: “una ragazza in croce”, di Luigi Onnis**

1. Il problema	» 254
2. La famiglia e le storie familiari	» 255
3. Le Sculture del Tempo Familiare	» 257
4. Un nuovo significato per il rifiuto del cibo	» 270
5. La fase finale della terapia	» 273

### **16. Quale strategia terapeutica? I risultati di una ricerca clinica, di Luigi Onnis**

1. Una esigenza di integrazione	» 275
2. Una ricerca sistemica in corso	» 276
3. Due filosofie terapeutiche a confronto	» 278

4. Commenti sui risultati	pag. 282
5. Risultati definitivi relativi all'intero campione	» 282
6. Discussione sui risultati	» 285
Bibliografia	» 286
<b>Conclusioni</b>	» 287

## *Prefazione alla seconda edizione*

di Luigi Onnis

Questa seconda edizione esce a quasi dieci anni di distanza dalla prima, che nel frattempo, ha avuto un notevole successo di diffusione e numerose ristampe.

In questo lungo periodo molte cose sono cambiate.

La nostra ricerca clinica è ormai terminata.

In questa edizione del libro, abbiamo aggiunto un capitolo conclusivo, in cui presentiamo i risultati definitivi.

Essi evidenziano, in modo molto chiaro, l'utilità di un trattamento integrato quando si affrontino disturbi così complessi come l'anoressia e la bulimia; un trattamento che includa la psicoterapia familiare e che si discosti da quegli interventi riduzionisti che vedono in queste forme di disagio un mero problema alimentare.

Abbiamo parallelamente sviluppato e approfondito due filoni della nostra ricerca: uno sul problema dell'immagine corporea, l'altro su quello dell'identità di genere, due aspetti cruciali della dimensione individuale del disagio anoressico e bulimico.

E anche qui abbiamo potuto constatare come questi problemi, pur così specificamente soggettivi, dei nostri pazienti, si colleghino, in forma complementare e interdipendente, alle dinamiche della famiglia, rimandino alle trame relazionali di quel tessuto primario di appartenenza che è il contesto familiare.

Questo, peraltro, conferma che la matrice di ogni processo di sviluppo, specie in età infantile e adolescenziale, non può che essere *intersoggettiva*, come non si è mai stancato di sottolineare Daniel Stern, quel grande scienziato è grande uomo che ci ha, purtroppo, recentemente lasciato.

Riteniamo che le nostre ricerche e le nostre riflessioni in questo decennio, non siano rimaste isolate.

In molti ambiti della comunità scientifica si sta diffondendo una sensibilità psicoterapeutica nell'approccio all'anoressia e bulimia dell'adolescenza; sem-

pre più numerose ricerche, condotte a livello europeo, sottolineano che il coinvolgimento della famiglia è l'intervento di elezione in questo tipo di disturbi; abbiamo, inoltre, riscontrato, con molto piacere, con quanto interesse, in molti centri e istituti nazionali e internazionali, sia stata accolta la nostra proposta di privilegiare l'uso del linguaggio analogico (il metodo delle "Sculture del Tempo Familiare"), nella terapia di questi disturbi in cui la sofferenza si esprime attraverso il linguaggio del corpo.

Infine, si moltiplicano i programmi e i progetti, che, anche a livello istituzionale, definiscono l'utilità di trattamenti integrati per l'anoressia e bulimia.

Ma accanto a queste note positive, bisogna anche doverosamente riconoscere che molte cose in questi dieci anni, non sono cambiate affatto.

L'anoressia e la bulimia continuano ad essere molto diffuse nelle fasce giovanili della nostra popolazione; paiono anzi estendersi anche all'età pre-puberale e, in particolare, le forme bulimiche, sono decisamente in crescita.

Ma nonostante queste e nonostante le evidenze scientifiche indichino le più utili strategie terapeutiche per affrontare questi disturbi, le politiche sanitarie sembrano immobili o limitarsi a scrivere sulla carta apprezzabili protocolli, che non trovano, però, altrettanto apprezzabili realizzazioni.

In gran parte dei casi le iniziative si riducono alla creazione di centri dove, il trattamento viene principalmente orientato sulla "riabilitazione nutrizionale".

Si verifica, dunque, oggi, una evidente discrepanza tra le acquisizioni documentate che sono patrimonio di molti settori della comunità scientifica e la concreta realizzazione di politiche sanitarie che a quelle acquisizioni non paiono essere ancora sufficientemente sensibili.

Rimane perciò del tutto necessario e attuale l'impegno dei ricercatori e degli operatori della salute mentale perché la sofferenza rinchiusa nel silenzio del corpo anoressico, possa essere finalmente accolta e ascoltata.



## *Introduzione.*

# *Anoressia e bulimia: da problemi di nutrizione a fenomeni complessi*

di Luigi Onnis

Si parla molto oggi di anoressia e bulimia! Se ne parla con legittima preoccupazione data la diffusione crescente che questi fenomeni presentano, in particolare nelle fasce più giovani della popolazione (adolescenti e, con tendenza all'incremento, anche soggetti di età prepubere).

Una revisione recente degli studi epidemiologici italiani sui disturbi del comportamento alimentare tra adolescenti, preadolescenti e giovani adulti (11-20 anni) mette in evidenza una incidenza dell'anoressia dello 0,5%, con un aumento relativo delle forme bulimiche, che sono oggi 3 volte più frequenti raggiungendo l'1,5% (Di Pietro e Sorge, 2000). Questi dati documentano un incremento della diffusione del fenomeno rispetto a studi di rilevazione di un decennio fa (Cuzzolaro, 1993) e rispecchiano una generale tendenza riscontrabile nelle società occidentali (Turnbull e Ward, 1996).

Davanti a una tale crescita, che induce alcuni autori a parlare di disturbi a carattere di "epidemia sociale", è comprensibile che si moltiplichino ipotesi interpretative e strategie di intervento.

## **1. La necessità di una nuova epistemologia**

In questa dimensione di ricerca, che permetta anche una validazione delle ipotesi e una valutazione di efficacia degli interventi, appaiono inadeguati quegli indirizzi teorico-pratici che restringono l'attenzione a un solo aspetto del problema, per esempio quello somatico, come frequentemente avviene nel modello medico tradizionale.

Al contrario mostrano più soddisfacenti potenzialità interpretative e permettono di raggiungere migliori risultati clinici, quegli orientamenti che vedono nell'anoressia e bulimia l'aspressione di una convergenza di fattori e in-

fluenze molteplici, biologiche, psicologiche, relazionali, sociali, che trovano nel corpo il “luogo” e la “forma” del loro manifestarsi; orientamenti che restituiscono, dunque, a questi disturbi il carattere di problemi *complessi*.

*L’ottica della complessità* (Morin, 1978) è, infatti, per sua natura, una prospettiva che non si appaga di spiegazioni univoche, ma tenta di indagare la pluralità dei livelli cointeressati in fenomeni quali l’anoressia e la bulimia, cogliendone soprattutto le correlazioni e ricercando in queste le chiavi di lettura che possano giustificare l’emergere del disturbo. Essa si propone, dunque, come una nuova epistemologia (Onnis, 1990).

È in questa prospettiva che si collocano il discorso e il lavoro di ricerca di questo libro.

Ci è sembrato che nel caso dell’anoressia e bulimia, non potessero non considerarsi almeno tre componenti, che ne influenzano la comparsa:

- la cultura sociale più ampia, che si caratterizza, almeno nel mondo occidentale, come cultura della società dei consumi e del benessere;
- i problemi psicologici specifici dell’individuo paziente e, in particolare, dell’età in cui il sintomo insorge, l’adolescenza;
- le caratteristiche della famiglia di cui il paziente fa parte, delle sue dinamiche relazionali, dei suoi valori, del suo modo di organizzarsi nell’arco della sua specifica storia.

A ognuna di queste componenti è dedicata una delle parti del libro in cui i vari aspetti verranno approfonditi e documentati anche alla luce di dati sperimentali di ricerca, e studiati, in particolare, alla luce delle loro reciproche integrazioni, che ci paiono le indicazioni più feconde per un tentativo di spiegazione dei problemi.

Qui ci limiteremo ad una presentazione introduttiva e sintetica dei temi che saranno sviluppati.

## **2. La cultura sociale: l’invito al consumo e la moda della magrezza**

L’influenza culturale e sociale è documentata dal fatto che tutti gli studi epidemiologici e di psichiatria transculturale evidenziano che la diffusione dell’anoressia e bulimia è direttamente proporzionale al livello di benessere economico raggiunto e, più in generale, all’imporsi dei modelli e degli standard di vita delle società occidentali avanzate. Praticamente sconosciute nei paesi del cosiddetto Terzo Mondo, dove predominano povertà e scarsità di alimenti, l’anoressia e la bulimia si riscontrano, invece, nei paesi dell’Occidente, dove la disponibilità di beni e la tendenza al consumo sono cultura acquisita. È interessante, sotto questo profilo, che l’aumento dei casi di anoressia coincida, regolarmente, col miglioramento del tenore di vita all’interno delle singole so-

cietà: così in Italia, dal cosiddetto “miracolo economico” (anni '60-'70) in poi, così in Giappone nel passaggio dalla organizzazione ancora di tipo feudale, alla diffusa industrializzazione e “occidentalizzazione” di oggi.

Tali influenze socio-culturali sulla comparsa dell'anoressia sono così evidenti e costanti che hanno indotto alcuni autori come Gordon (1991) a parlare di “disturbo etnico”, riprendendo un concetto con cui Devereux (1955), nell'affrontare il delicato confine fra normalità e patologia, indicava alcuni disturbi psicologici, che possono esprimere contraddizioni e problemi irrisolti che stanno al fondo di una data cultura.

Ma perché questa correlazione fra anoressia e benessere economico e quindi abbondanza di cibo? Si potrebbe agevolmente rispondere che non si può rifiutare ciò che non c'è! Ma la spiegazione, oltre che semplificativa, risulterebbe insufficiente, se non si aggiungesse un altro aspetto che caratterizza, creando uno strano paradosso, le nostre società dei consumi: è il paradosso per cui proprio là dove il cibo è abbondante e disponibile per tutti, l'imperativo categorico diventa l'“essere magri”. E la moda della magrezza, enormemente amplificata dai mezzi di comunicazione di massa, influenza soprattutto gli ideali estetici femminili, proponendo un rapporto col corpo e con gli altri, in cui l'efficienza, più che il desiderio di seduzione, diventa il valore dominante.

Non è un caso, sotto questo aspetto, che l'anoressia e la bulimia prevalgano largamente, con un rapporto di 10 a 1 nel sesso femminile rispetto a quello maschile e che molti di questi disturbi iniziano con l'esperienza di una dieta.

Ma oltre al delicato problema del rapporto col corpo e con la propria immagine, le influenze culturali toccano certamente il nodo più complesso del ruolo della donna nel suo travagliato percorso di ricerca di una nuova identità e di una nuova relazione col maschile: e non v'è dubbio che i conflitti provocati dall'aspirazione legittima all'autorealizzazione e all'autonomia, il sentimento che il proprio destino sia governato da altri, il bisogno di riappropriarsi di sé, prima ancora che di riprendere il controllo sul proprio corpo, siano tratti caratteristici dell'esperienza femminile contemporanea. Ma, nella dominante “cultura dell'immagine”, questo complesso travaglio di bisogni, (a cui naturalmente il maschio non è estraneo) si esprime nell'apparire di corpi asciutti ed efficienti, nell'esibizione di epidermidi levigate, in cui ogni ruga, ogni traccia dello scorrere del tempo deve essere cancellata: corpi in cui, nello stereotipo culturale, ma anche nell'immaginario collettivo, l'inesorabile evolvere del tempo sembra fermarsi.

Sono questi i temi che affronteremo, approfonditamente, nella *prima parte del libro*.

### 3. L'individuo: la “frattura adolescenziale” delle pazienti anoressiche e bulimiche

Ma queste influenze culturali, peraltro così largamente diffuse e documentate, sarebbero certamente insufficienti a giustificare la comparsa della anoressia e bulimia se non si desse rilievo alla intersezione con un'altra componente, questa già qui più specifica rispetto alla soggettività dell'individuo-paziente e del suo mondo psicologico: il travagliato percorso della crescita adolescenziale. È infatti ben noto che la stragrande maggioranza delle sindromi anoressiche e bulimiche si manifesta in quella fascia di età di profonde trasformazioni psichiche e somatiche che è l'adolescenza. In questa fase del processo evolutivo l'adolescente si trova a confrontarsi col problema critico di definire una propria identità sessuale, integrando i relativi modelli biologici, psicologici e sociali e, al tempo stesso di individuarsi, cioè di differenziarsi come individuo, dotato di una fisionomia singolare e specifica e capace di gestire la propria autonomia.

Questo avviene, abitualmente, negli adolescenti attraverso atteggiamenti, talvolta dimostrativi e provocatori, di opposizione e di antagonismo che esprimono in modo esplicito il bisogno dell'adolescente di definirsi come persona differenziata e autonoma.

Nelle pazienti anoressiche e bulimiche questa valenza oppositiva, propria della cultura adolescenziale, è presente nella dinamica del “rifiuto” (rifiuto del cibo nelle anoressiche, vomito auto-indotto nelle bulimiche), peraltro del tutto implicito, perché spesso occultato dalla maschera deresponsabilizzante della malattia; ma, nello stesso tempo, proprio l'area in cui viene agito questo rifiuto, quella del nutrimento e dell'immagine del corpo, va nella direzione opposta a quella dell'individuazione e sembra piuttosto esprimere, paradossalmente, una negazione, o una difficoltà di assunzione degli aspetti peculiari dell'identità e della sessualità femminile, dei vissuti specifici e dei comportamenti che l'accompagnano.

Il dramma delle situazioni anoressiche e bulimiche sta proprio in questa ambivalenza, apparentemente inestricabile, che trasforma la fisiologica crisi della pubertà in una grave “*frattura adolescenziale*”.

Ma per quale ragione?

*La seconda parte* del libro affronta questi aspetti, centrando l'attenzione, dunque, più specificatamente sulle dinamiche interne delle pazienti anoressiche e bulimiche ed esplorandone il mondo psicologico.

Ci riferiamo anche a quelle interpretazioni psicoanalitiche che sembrano più utili a dare senso a questa paradossale ambivalenza, che caratterizza i vissuti e i comportamenti delle pazienti anoressiche e bulimiche, in particolare quelle che si ispirano al modello delle relazioni oggettuali. Secondo alcuni au-

tori che seguono tale orientamento, (v. Sugarman e Kurash, 1982, per es.), il disturbo anoressico è considerato come un fallimento del processo di separazione-individuazione, con una fissazione narcisistica nel corpo, come oggetto transizionale: il corpo diventa veicolo del rifiuto dell'oggetto-madre, simboleggiato dal cibo, un rifiuto che può diventare espulsivo, nelle forme in cui compare il vomito, ma che si accompagna anche a una ricerca bramosa e a un bisogno fusionale con l'oggetto madre, di cui le crisi bulimiche sembrano essere l'esempio paradigmatico: fusione desiderata e, al tempo stesso temuta, perché può esporre al rischio della dissoluzione del sé (Sprince, 1982). L'ambivalenza riguarderebbe dunque, in particolare, il rapporto con la madre, come è nella tradizione psicoanalitica.

Ma, al di là di questo, come opportunamente notano altri autori (vedi, per es., Boris, 1984) il disturbo anoressico, attraverso l'astensione dal cibo e il rifiuto del nutrimento, esprime anche la decisione di non accettare nulla all'interno del proprio spazio, di non assimilare alcun elemento esterno, di non integrarlo alla struttura, ciò che rende così difficile sotto il profilo psicoterapeutico, iniziare una relazione duale con l'anoressica.

Esiste dunque, nei vissuti intrapsichici di queste pazienti, un bisogno costante di "controllo" dei propri spazi interni, un'esigenza profonda di delimitare "confini dell'Io", evidentemente percepiti come troppo fragili e insicuri.

E, infatti, molti autori, come Bruch (1977), sottolineano la presenza nelle pazienti anoressiche e bulimiche, di sentimenti spesso nascosti, di incapacità, di inadeguatezza, di scarsa autostima, di cui le distorsioni dell'immagine corporea e la conseguente insoddisfazione per il proprio corpo, non sono che un aspetto: sentimenti che esprimono insicurezza circa la identità e le scelte e che richiamano, ancora, bisogni di dipendenza.

E così l'ambivalenza si ripropone, e, con essa, la difficoltà a risolverla.

Perché, allora, la scelta di un sintomo come il "rifiuto del cibo"? Forse proprio perché esso rappresenta l'illusorio tentativo di rispondere a entrambi i poli contraddittori e inconciliabili, dell'ambivalenza, senza operare una scelta che non può essere compiuta: il "rifiuto del cibo" permette all'anoressica di agire l'opposizione adolescenziale e, al tempo stesso, di non abbandonare il mondo dell'infanzia e i bisogni fusionali di dipendenza.

È il tentativo estremo di mantenere una sospensione fra passato e futuro (v. anche Ferro *et al.*, 1992), l'esperienza illusoria di un "tempo sospeso".

Ma tutto ciò rimane implicito nella scelta di un sintomo che si esprime attraverso il corpo, rimane implicito, come in tutti i disturbi in cui si adotta il "linguaggio del corpo", non per una assenza o una presa di distanza dai vissuti emozionali, ma per una difficoltà a dare accesso di parola a tensioni emotive sentite come troppo dolorose o insopportabili.

Se esploriamo l'area del mondo interno e dei vissuti personali di queste