

# Aspetti clinici e psicodinamici nel lavoro terapeutico con la personalità anoressica

Gestione clinica

Roberto Infrasca<sup>1</sup>

## Abstract

*A psychodynamic profile at the origin of anorexia was described. In order to provide reliability to the considerations presented, the work made use of a sample of anorexic and depressed patients compared with controls, to whom a series of statistically processed personality tests were administered. This methodology brought to light that anorexic profile originated in childhood (adverse attitudes enacted by the personality of parental figures), interpreted by the child as a refusal of her own (fat) corporeity and the tendency to process information, express emotions and affections, react and act accordingly. These traits characterize the nascent personality and become apparent in adolescence (diseem, insecurity, immaturity, social isolation, and sexual issues). Therefore, clinical work on the personality and anorexic behavior should aim at understanding the meanings attributed to the food and the body to initiate a correction and change. Such an intervention would tend to facilitate a gradual change in the original feeling and thinking of these dimensions in anorexia.*

**Keywords:** Anorexia; Psychodynamics; Alexithymia; Childhood; Adolescence; Hyperprotectiveness  
*Clinical and psychodynamic aspects of the therapeutic work with the anorexic personality*  
CMI 2023; 17(1): 13-23  
<http://doi.org/10.7175/cmi.v17i1.1541>

<sup>1</sup> Psicologo Clinico  
– Psicoterapeuta,  
La Spezia, Italia

## INTRODUZIONE

Sindrome conosciuta da secoli, l'anoressia appartiene al terreno dei disturbi della condotta alimentare e ha acquisito negli ultimi decenni uno spessore epidemiologico di rilevante entità, mentre la sua strutturazione multifattoriale configura un intervento terapeutico interdisciplinare. A differenza di altre patologie, l'anoressia nervosa colpisce essenzialmente le femmine in epoca adolescenziale o negli stadi conclusivi di questo delicato e conflittuale periodo evolutivo.

Recenti dati del Ministero della Salute, presentati in occasione della Terza Giornata sulla Salute delle donne (Roma, aprile 2018), evidenziano che in Italia i circa 3 milioni di giovani che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono femmine per il 95,9% e maschi per il 4,1%, fisionomia

statistica nettamente differenziata da altre patologie psichiche [1].

La coniugazione al femminile del disturbo porta a ipotizzare la presenza di meccanismi patogeni specifici per la femmina, la cui comprensione permette una lettura più chiara del disturbo alimentare e delle sue caratteristiche. Inoltre, gli elementi relativi a tale fenomeno di cui dispone la clinica consentono interventi terapeutici che possono incidere contemporaneamente sui diversi fattori concorrenti alla patologia (psico-emotivi, cognitivi, relazionali e culturali).

In tale contesto, pur non avendo un ruolo preminente, non pare estranea la "Cultura dell'Immagine" comunicata sistematicamente dai media di massa e dalle reti sociali, operatività che diviene un sostegno alle dinamiche della personalità anoressica alla ricerca di una corporeità reificata (ridurre il

**Corresponding author**  
Roberto Infrasca  
roberto.infrasca@libero.it

Received: 9 December 2022  
Accepted: 9 May 2023  
Published: 21 June 2023

corpo a un oggetto da manipolare a piacere). Di fatto, questa “realtà” ha conquistato progressivamente territori psico-culturali sottraendoli alla naturale “geografia umana”, processo che tende a compromettere in modo quasi irreversibile la possibilità dell’individuo di coniugare la realtà interna (compreso il vissuto del corpo) con una realistica concretezza riflessiva.

Tale atteggiamento tende progressivamente a formare o rinforzare un’organizzazione personologica basata essenzialmente su una corporeità illusoria e desiderata (Immagine), dove la persona vive e interpreta la realtà (interna e esterna) tramite questo “strumento”, modalità che determina un profondo impoverimento delle sue multiformi potenzialità e della propria complessiva dimensione naturale. L’immagine tende così a sostituire la realtà, la riflessione e la capacità critica, in un forzato scambio che vede l’individuo perdere l’attitudine a un pensiero ragionevole e critico capace di comprendere la propria sostanzialità (anche corporea) e di agire concretamente e in modo maturativo nelle situazioni.

“Persona Reale” e “Persona Immagine” divengono così sinonimi, mentre la naturalezza dell’individuo appare sempre più condizionata dall’Immagine stessa. La persona aderisce a una connotazione che non è azzardato definire “virtuale”, assorbendone le modalità psico-comportamentali, tanto da ridurre, quando non annullare, i confini che la separano e distinguono da questa.

La “Persona Visuale” diviene il prodotto dell’imitazione della realtà percepita dall’apparato visivo, operatività che riduce progressivamente l’importante complementarità della funzione psico-cognitiva e comportamentale (sentire-pensare-comunicare-agire), strutture che assumono un mero ruolo accessorio della visualità.

Di fatto, la cultura post-moderna ha dato un rilievo eccessivo ai criteri corporei che accentuano la magrezza (particolarmente nelle femmine), inducendo una modalità di **sentire** e **pensare** il corpo attraverso cui la persona è sollecitata a valutare negativamente se stessa, la propria vita e le relazioni interpersonali. In tale situazione le persone vulnerabili rispetto all’autostima e all’identità sociale possono reagire a queste pressioni culturali elaborando tratti di personalità che mutano in modo disfunzionale anche le proprie abitudini alimentari [2]. Non pare quindi casuale che le atlete di alcune discipline sportive (per esempio ginnastica), danza e

le modelle evidenzino un rischio maggiore di sviluppare tale disturbo alimentare [3].

Basato sullo studio analitico della struttura di personalità di soggetti anoressici seguiti a livello psicoterapeutico, il presente lavoro si propone quale ulteriore apporto alle teorie eziopatogenetiche (cause e meccanismo di azione) del disturbo, rivisitazione che evidenzia le dinamiche intra- e inter-personali quali fattori preminenti nell’affermazione e rinforzo del quadro clinico.

Nell’intento di fornire un panorama per quanto possibile completo sulla patologia alimentare, l’analisi ha quindi esplorato l’assetto psicodinamico e clinico della personalità anoressica, la presenza di specifiche caratterizzazioni della sua infanzia e della personalità genitoriale, la particolare relazione con l’alimentazione e il corpo, indagine che ha fornito ulteriori elementi e dati utilizzabili a livello teorico, diagnostico e terapeutico.

## IL QUADRO CLINICO

Quadro clinico di non rara osservazione, l’anoressia nervosa è caratterizzata dall’alterazione del comportamento alimentare che si manifesta attraverso un rifiuto attivo e persistente del cibo, da cui deriva una importante perdita di peso. Generalmente, il paziente (quasi esclusivamente femmine e in età adolescenziale) riduce “volontariamente” l’assunzione di cibo senza motivi validi e obiettivi, atteggiamento giustificato tramite lo scarso appetito, la pesantezza post-prandiale, il rifiuto verso il cibo, condizione in cui spesso si riscontrano alcuni disturbi (per esempio rallentamento del polso, del ritmo respiratorio, ipotermia e scompenso elettrolitico).

Nell’anoressica si rileva frequentemente una strategia difensiva nei riguardi delle stimolazioni ad alimentarsi (retaggio storico sperimentato con la figura materna), attuata attraverso la riduzione del cibo, il vomito autoindotto e l’assunzione di purganti e lassativi. Le pazienti dimostrano un’approfondita quanto ossessiva conoscenza dell’apporto calorico delle diverse sostanze alimentari, riferiscono un ciclico ricorso a diete ipocaloriche e l’insopportabile sensazione di peso e di gonfiore causati dal mangiare, condizioni situate all’interno di un’evidente scarsa consapevolezza delle proprie condizioni fisiche. Negando pesantemente quest’ultima realtà, l’anoressica tende a condurre una vita personale iperattiva che – non infrequentemente –

include la pratica sportiva, solitamente insostenibile e non funzionale per il soggetto [3].

Oltre gli ostentati aspetti proposti, nel quadro alimentare si colgono due importanti condizioni soggettive. La prima vede la quotidianità ruotare intorno all'alimentazione e al corpo, alla "sentenza" emessa dalla bilancia, alle sollecitazioni familiari a "mangiare di più", alle abbuffate, ai sensi di colpa e al vomito autoindotto. La seconda nella quale, dietro una stereotipata facciata di equilibrio e adeguatezza psicologica, nel soggetto si riscontrano una profonda insicurezza, ansia di separazione e immaturità.

Il disturbo anoressico può essere rappresentato dalla concomitanza di alcuni aspetti clinici fondamentali:

1. disturbi dell'immagine corporea: il soggetto non evidenzia nessuna preoccupazione per l'eventuale stato di magrezza, situazione vissuta come normale e quale garanzia nei confronti dell'angoscia di ingrassare;
2. inadeguata percezione degli stimoli neurofisiologici legati alla fame, alla sazietà e alla stanchezza (per esempio, stressante attività fisica nonostante le scadenti condizioni fisiche);
3. anamnesi infantile con sistematica presenza di alcune caratterizzazioni psiconeurologiche e relazionali: bambina "particolare", generalmente figlia unica o figlia di genitori emotivamente iperprotettivi, rigidi o ossessivi, legame ambivalente e stretto con una delle figure genitoriali (generalmente quella materna), conflitto con il cibo.

Il disturbo è solitamente associato a conflitti emozionali riguardanti l'accettazione del ruolo femminile e delle responsabilità adulte, il disagio psico-relazionale vissuto con le figure genitoriali, le negative valutazioni nei confronti della propria corporeità, percezioni che producono insicurezza, isolamento e bassa autostima.

Patologia invalidante e a volte a esito infausto, il DSM-V [4] colloca l'anoressia nervosa tra i disturbi dell'alimentazione identificando la patologia tramite un principale criterio diagnostico differenziale basato sull'Indice di Massa Corporea (IMC): il rifiuto a mantenere il peso a un normale livello, che gli specificatori di gravità dell'IMC fissano a un valore di  $17 \text{ kg/m}^2$ , al di sotto del quale esiste la possibilità di patologia anoressica, sino ad arrivare a un IMC grave tra  $15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$  o estremo quando minore di 15.

Inoltre, tale quadro clinico presenta alcune caratteristiche psicopatologiche, quali l'angoscia di acquistare peso e diventare "grassa" senza obiettivi riscontri, che motiverebbero tale preoccupazione, alterazione del vissuto rispetto alle oggettive dimensioni corporee, che pone il soggetto nella condizione di sentirsi sovrappeso nonostante l'evidente normalità o magrezza del corpo.

Letà d'insorgenza si situa tra 12 e 18-20 anni e l'esordio è solitamente collegato a vissuti stressanti di queste personalità. Nell'anamnesi infantile, questi soggetti sono generalmente descritti come "bambine modello e perfezioniste".

## LE DETERMINANTI PSICODINAMICHE E PSICOPATOLOGICHE NELLO SVILUPPO DELLA SINDROME ANORESSICA

Allo scopo di valutare le dinamiche psico-emotive e cognitive implicate nella costruzione della sindrome alimentare, e data l'importanza che queste hanno nell'orientare l'intervento clinico-terapeutico, sono stati analizzati i fattori dei due stadi evolutivi implicati nell'origine e nella manifestazione anoressica: il periodo infantile (personalità genitoriale, stile di attaccamento, atteggiamento alimentare) e adolescenziale (vissuto dell'immagine corporea, relazione tra cibo-corpo-sessualità, sollecitazioni intra e inter-personali), unitamente alle variabili psico-emotive che partecipano attivamente alla costruzione e al rinforzo dell'organizzazione anoressica, tratti che il lavoro psicoterapeutico ha costantemente evidenziato come patogenetici e che sia l'esperienza professionale che la letteratura scientifica ritengono maggiormente implicati nella sindrome alimentare.

Le considerazioni proposte nel lavoro sono state validate tramite una ricerca fatta su un campione di 597 individui (casistica proveniente dal lavoro professionale svolto dall'autore), comprendente 122 soggetti anoressici (DCA) e 259 affetti da depressione (DEP) confrontati con 216 controlli (CON), a cui sono stati somministrati test che riguardano la personalità (tratti, sessualità, alimentazione, vissuto di sé, modello psichico), unitamente a un questionario sull'infanzia atto a reperire informazioni su questo stadio evolutivo. I dati ottenuti sono

Personalità materna	Odds ratio	CI 95%
<b>Anaffettiva</b>		
DCA	2,1	0,9-4,4
DEP	4,1	2,4-6,9
<b>Autoritaria</b>		
DCA	0,9	0,4-2,0
DEP	3,4	2,1-5,4
<b>Iperprotettiva</b>		
DCA	8,5	2,5-29,1
DEP	4,2	1,3-13,5

**Tabella I.** Regressione logistica tra DCA e DEP e personalità materna (N = 597). Chi-Quadrato = 61,99; Df = 6; p = 0,00000

CI = confidence interval; DCA = soggetti anoressici; DEP = soggetti affetti da depressione

stati elaborati statisticamente (regressione logistica e Chi-quadrato).

### STADIO INFANTILE

Lo stadio infantile prevede nel bambino una personalità in formazione, dimensione che mostra una forte plasticità psichica, una scarsa capacità difensiva (impotenza), una facile influenzabilità e un forte bisogno di complicità emotivo-affettiva delle figure genitoriali quale sostegno per sviluppare il potenziale modo di essere.

Nei primi periodi dello stadio infantile si assiste all'iniziale costruzione dell'impor-

Personalità paterna	Odds ratio	CI 95%
<b>Anaffettiva</b>		
DCA	1,5	0,4-6,2
DEP	5,9	2,5-13,8
<b>Autoritaria</b>		
DCA	1,0	0,4-2,4
DEP	3,1	1,9-5,2
<b>Iperprotettiva</b>		
DCA	4,0	1,7-8,9
DEP	2,9	1,6-6,3

**Tabella II.** Regressione logistica tra DCA e DEP e personalità paterna (N = 597). Chi-Quadrato = 52,21; Df = 6; p = 0,00000

CI = confidence interval; DCA = soggetti anoressici; DEP = soggetti affetti da depressione

tante e inalterabile sequenza psico-emotiva e cognitiva del **sentire-pensare** (cui si agguinceranno progressivamente la **comunicazione** e il **comportamento**), precoci costrutti che, a seconda del profilo assunto dal processo di attaccamento e dal vissuto correlato, influiranno sensibilmente sul modello evolutivo del bambino (e degli stadi

successivi). Tale struttura assumerà il ruolo di "suggeritore interno" del **sentire** e **pensare** soggettivo, che condiziona la valenza psico-emotiva e cognitiva della nascente personalità, esercitando, nella potenziale anoressica, anche una considerevole influenza sulla condotta alimentare e sul vissuto del corpo [5-8].

Nell'ampio e fragile scenario dell'età pediatrica è così possibile individuare nell'interazione con le figure genitoriali e con l'ambiente familiare le condizioni che, con valenza positiva o avversa, saranno memorizzate nella sequenza del **sentire** e **pensare**, attività con le quali il bambino entra quotidianamente in contatto, che possono sollecitare (anche) la patologia anoressica e la sua espressività. In questa prospettiva un tratto correlato (particolarmente alla madre) si evidenzia in una scarsa alimentazione, atteggiamento significativamente più frequente nei DCA (odds ratio = 2,3; confidence interval CI = 1,1-4,9; p = 0,0016) rispetto agli altri gruppi (DEP e CON), inequivocabile segno di un precoce conflitto con il cibo e particolarmente con il (negativo) significato ad esso associato (madre = cibo?).

Di fatto, in tale stadio evolutivo la caratterologia genitoriale tende a condizionare sensibilmente la nascente identità, potendo assumere un profilo affettivo, ma anche iperprotettivo, anaffettivo o autoritario. Inoltre, esclusa la coppia affettiva, queste personalità formano combinazioni di coppia che presentano conflitti e divisioni, profili relazionali sfavorevoli e confusivi che provocano un'alterazione dell'atteggiamento naturale della bambina.

La frequenza del tipo di caratterologia genitoriale nei soggetti DCA e DEP, confrontati statisticamente con quella del gruppo di controllo (CON), viene presentata nelle Tabelle I e II.

Le tabelle evidenziano come lo stile genitoriale iperprotettivo rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo anoressico. Tale legame, già sostenuto da Bruch [9], che definisce la genitrice dell'anoressica come «una madre aggressivamente iperprotettiva e impervia», è stato confermato da diversi studi che forniscono verifiche alla tesi clinica che la genitorialità iperprotettiva nell'infanzia è associata al successivo sviluppo dell'anoressia nervosa [10,11].

Inoltre, alcune combinazioni di coppia tra le personalità genitoriali aumentano la probabilità di separazione, evento traumatico non infrequente nella storia infantile dell'a-

noressica, che tende a rinforzare nella bambina i vissuti svalutativi della propria persona (non degna di amore e vicinanza affettiva) e di una corporeità non gradevole a cui può venire addebitato l'abbandono («venivo definita grassottella»). Tale percezione produce una forte disistima e disprezzo verso questa dimensione, che inizierà a manifestarsi compiutamente nell'adolescenza.

Di fatto, le combinazioni di coppia che prevedono una figura genitoriale iperprotettiva (13,3% del campione) evidenziano anche una elevata frequenza di separazione. Nella casistica analizzata la frequenza di separazione coniugale nelle combinazioni tra una madre iperprotettiva e un padre anaffettivo (odds ratio = 4,8; CI = 2,0-11,6) e quella formata da una madre iperprotettiva e un padre autoritario (odds ratio = 3,9; CI = 1,3-11,4) mostrano una frequenza elevata dell'evento di separazione nei DCA rispetto a quanto accade negli altri soggetti (DEP e CON).

Questi presupposti psico-emozionali sembrano spingere la bambina al convincimento di non essere in grado di attrarre l'affetto e le attenzioni dei genitori, condizione che genera una progressiva chiusura in se stessa, ostacolando o bloccando la capacità di riconoscere le proprie emozioni, di comunicarle e distinguerle dalle sensazioni fisiche (tratti peraltro tipici dell'alessitimia). Questa modalità di sentire e pensare determina una **Rappresentazione Interna** (R.I.) di sé non amabile e non degna di amore, e dell'Altro come indisponibile e/o temibile, impronta psico-emozionale che tenderà a influenzare in modo significativo gli atteggiamenti della bambina e le sue interpretazioni delle vicende infantili.

Non pare quindi casuale che il bisogno infantile di vicinanza con le figure genitoriali, prossimità fonte di rassicurazione della propria importanza, si realizzi anche attraverso il bisogno di dormire con i genitori (Tabella III).

## ANORESSIA E VISSUTO DEL CIBO-ALIMENTAZIONE, DEL CORPO E DELLA SESSUALITÀ

Corpo, alimentazione e sessualità sono tre dimensioni complesse e intimamente legate che accompagnano il viaggio esistenziale dell'individuo dalla nascita alla maturità, triade che interessa anche il profilo anores-

Dormire con i genitori	Odds ratio	CI 95%
DCA	2,4	0,9-6,8
DEP	1,2	0,7-2,2

sico coinvolgendo sensibilmente il suo **sentire-pensare-comunicare-agire** tali aspetti.

Questa sequenza psico-cognitiva, comunicativa e comportamentale assume nell'anoressica un profilo particolare. Il sentire e pensare evidenziano un andamento circolare ansiogeno fortemente influenzato dalla corporeità (percepita come "grassa") intorno alla quale ruota (quasi) tutta la quotidianità, condizione cui si conformano rigidamente la comunicazione (afona) e il comportamento (costrittivo). Inoltre, il disturbo alimentare appare caratterizzato da un'altra tendenza ossessiva verso il cibo, dinamica che produce il repentino e impulsivo passaggio dal sentire (negativo e intimorente) all'agire che genera il rifiuto degli alimenti, il vomito autoindotto, i lassativi, comportamenti tesi a combattere ed espellere il "nemico" che sostiene la normalità corporea.

## CIBO E ALIMENTAZIONE

Il cibo è l'originario strumento che avvia un rapporto con la realtà esterna. Tale condizione lascerà una profonda traccia divenendo il primo e arcaico elemento su cui inizia l'interazione con la figura materna (allattamento), processo che lascerà tracce sulla costruzione della propria identità. A tale riguardo, Freud [12] afferma che l'atto alimentare non può essere considerato esclusivamente **fisiologico** poiché – almeno nell'infanzia – implica componenti di natura psichica ed emozionale in quanto la caratterizzazione nutritiva avviene all'interno della modalità dell'accudimento materno, facendo assumere a questo fattore un ruolo che concorre al processo evolutivo.

Al contrario, nel disturbo anoressico cibo e alimentazione sono sottoposti a una alterazione semantica: essi vengono vissuti come principali "nemici da ridurre al silenzio", in quanto ritenuti colpevoli della realizzazione di un corpo rifiutato che nullifica e allontana l'affettività e l'accoglienza della propria persona. In questo contesto è pertanto possibile affermare che l'anoressica respinge il cibo in quanto ha fame di "affetto". In altre parole, ha bisogno della sicurezza di essere amata, voluta e accolta per quello che è.

**Tabella III.** *Regressione logistica tra DCA e DEP e desiderio di dormire con i genitori (N = 597). Chi-Quadrato = 9,87; Df = 4; p = 0,032*

CI = confidence interval;  
DCA = soggetti anoressici;  
DEP = soggetti affetti da depressione

Tale scenario pare addebitabile a una madre iperprotettiva (cfr. Tabella I). In effetti, l'iperprotettività può apparire una manifestazione di affettuosità e premura, ma un'analisi più accurata la descrive come il prodotto di una personalità che non intrattiene nessuna parentela con il concetto di empatia e di affettività, tratti materni – questi – orientati a interpretare e comprendere i messaggi del bambino (sintonizzazione affettiva) allo scopo di agevolare un genuino sviluppo delle sue naturali aspettative permettendo un positivo accudimento e consentendo al bambino di **sentire di essere sentito** dalla genitrice. Inoltre, la personalità iperprotettiva ostacola il naturale sviluppo di importanti processi evolutivi, quali l'attaccamento e la separazione-individuazione, determinando nel figlio un'identità incerta e un'ambivalente percezione di sé.

Di fatto, le madri iperprotettive sono inconsapevolmente impositive, controllanti, ansiose, non permettono al bambino l'esplorazione soggettiva della realtà circostante, tendono a gestire la sua vita emotiva, la sua alimentazione e le dimensioni del suo corpo, vedono il pericolo da tutte le parti, hanno una scarsa capacità di tollerare l'attesa della richiesta da parte del bambino, ritenendo di sapere quali sono i suoi bisogni. Le madri iperprotettive giustificano questi atteggiamenti sostenendo «Lo faccio per il suo bene», ma in realtà spostano (proiettano) sul figlio sentimenti, desideri e aspetti personali che rifiutano di riconoscere in se stesse (la propria "bambina interiore"). Tale modalità illusoria e problematica serve a sedare l'ansia, i sentimenti di fragilità, l'inadeguatezza, l'insicurezza, i sensi di colpa e la bassa autostima nel tentativo di risanare le avverse vicende della propria infanzia. Si tratta, in breve, di un mondo emozionale sempre attivato e in allarme.

Questo, pur inconsapevole, comportamento materno diviene una modalità attraverso cui tale figura genitoriale richiede "nutrimento affettivo" dalla bambina, atteggiamento sistematico che produce nella piccola "fame affettiva" e rabbia verso la genitrice, creando un profilo di sé costruito su dipendenza emotiva, inadeguatezza, insicurezza, confusione, sfiducia nelle proprie capacità, scarsa intraprendenza, timore del non conosciuto, scarsa capacità di regolazione emotiva e sviluppo di problematiche legate all'ansia e alla bassa autostima.

Le (ossessive) sollecitazioni materne verso l'alimentazione («Mangia tutto amore. Fallo

per la mamma»; «La mamma sa cosa devi mangiare per crescere»; «Questa pappa l'ho fatta solo per te»), oltre a non sostenere la capacità di autoregolazione alimentare del bambino favorendo le sue tendenze senza imposizioni, ostacolano anche la fase appetitiva (preferenza del cibo per la sua appagante gustosità che produce una relazione e un'appartenenza verso l'alimento), determinando rabbia e rifiuto verso la madre. La reiterazione di tale situazione relazionale tende a sollecitare nella bambina una similarità psichica tra madre e cibo, spazio dove il rifiuto verso la **madre-cibo** diviene rifiuto verso il **cibo-madre**.

## CORPO

Il rapporto intrapersonale tra l'anoressica e la percezione del proprio corpo (dimensione intimamente legata al cibo-madre) sembra mettere in luce un mondo interno che prevede la presenza di due immagini corporee in contrapposizione. Il vissuto della propria corporeità reale (solitamente normale) rivela una forte conflittualità e rifiuto poiché ritenuta responsabile di una serie di eventi e vissuti dolorosi dell'infanzia (dispercezione degli stessi), interpretati come distacco e indifferenza affettiva della figura materna nei confronti di questo aspetto (per esempio «sei grassottella per fare danza»).

Inoltre, durante l'adolescenza, frasi o valutazioni negative dei coetanei nei confronti della propria persona possono divenire un rinforzo alla percezione infantile ed essere addebitati, direttamente o indirettamente, alla propria corporeità. A tali esperienze il soggetto anoressico pare aver contrapposto una (falsa) immagine corporea idealizzata, costruita su fattezze filiformi: questa rappresentazione è ritenuta rassicurante e fonte di accettazione affettiva. Tale manipolazione psichica, una volta attivata, tende a perpetuarsi.

Siffatta dinamica psico-emotiva mette in evidenza la stretta relazione tra alterazione della percezione dell'immagine corporea (che può assumere il profilo di una vera e propria dispercezione psicogena) e gli atteggiamenti anoressici assunti verso il proprio corpo.

Un esempio tratto dalla pratica clinica chiarisce ulteriormente quanto affermato. Alla richiesta di indicare con le mani la circonferenza della propria pancia, una giovane anoressica le colloca in una posizione che la-

Scala EDI	Odds ratio	CI 95%	$\chi^2$	p
<b>Impulso alla magrezza</b>				
DCA	4,2	2,2-8,0	22,26	0,00001
DEP	1,4	0,8-2,3		
<b>Insoddisfazione corpo</b>				
DCA	4,3	2,1-8,7	18,66	0,00009
DEP	1,4	0,8-2,4		
<b>Percezione negativa corpo</b>				
DCA	6,0	2,7-13,1	28,17	0,00001
DEP	1,6	0,9-2,8		
<b>Test EDI positivo</b>				
DCA	7,8	3,9-15,3	54,22	0,00000
DEP	5,9	3,3-10,4		

**Tabella IV.** Regressione logistica tra DCA e DEP e frequenza scale EDI (N = 597)

CI = confidence interval;  
DCA = soggetti anoressici;  
DEP = soggetti affetti da depressione; EDI = Eating Disorder Inventory

scia uno spazio di circa dieci centimetri dal reale confine addominale, un **vuoto** evidente che per l'anoressica è un **pieno** concreto: nel sentire anoressico il vuoto reale è pieno di grasso (irreale).

In questo scenario di natura ossessivo-compulsiva, l'unico atteggiamento difensivo verso l'angosciante sentire e pensare anoressico (rifiuto della propria corporeità) diviene l'impulso alla magrezza. Questo scopo viene ottenuto attraverso la paura del cibo (sitofobia) e la restrizione alimentare, comportamenti che permettono all'anoressica di poter raggiungere il desiderato e rassicurante corpo conforme a quello dell'immagine idealizzata (filiforme). Tale dinamica pare addebitabile a rappresentazioni psichiche nelle quali il corpo filiforme garantisce affetto e accettazione e quello "grasso" genera rifiuto e separazione. Questo vissuto della corporeità appare come una distorsione percettiva che conduce l'anoressica ad avere una visione alterata, per dimensioni e sensazioni somatiche, di questo importante aspetto della personalità.

Le considerazioni proposte trovano una conferma statistica in alcune scale dell'*Eating Disorder Inventory* – EDI), che mostrano la maggiore frequenza con cui tali tratti si presentano nei soggetti anoressici rispetto a quelli depressi (Tabella IV).

## SESSUALITÀ E IDENTITÀ SESSUALE NELL'ANORESSICA

La sessualità è una dimensione importante nella qualità della vita, un fenomeno molto

delicato e multiforme, costituito da elementi neurofisiologici miscelati con dimensioni psicodinamiche, sociali e valoriali. Poiché, per esprimersi compiutamente, la sessualità ha bisogno di un partner, a differenza di altre funzioni autonome (neurofisiologiche), tale manifestazione assume un profilo di **relazione**, condizione che può (anche) rievocare l'arcaica relazione madre-bambino. La sessualità non soggiace così alla sola funzione **generativa** (procreazione), ma anche alla ricerca del piacere, sollecitando tale istanza alla relazione matura, condizione che prevede il definitivo abbandono dell'originaria onnipotenza tipica dell'infanzia al fine di permettere l'incontro con l'Altro (evoluzione semantica di questa architettura esistenziale). L'attività sessuale, che include necessariamente l'incontro tra due corporeità e particolarmente del vissuto soggettivo delle stesse, assume il profilo di un'importante componente della vita, che trova le sue fondamenta originarie nei quattro basilari bisogni psicodinamici dell'individuo: **attaccamento, autonomia, identità sessuale e autostima**.

In tale contesto si inserisce l'identità, intesa come la capacità di comportarsi in maniera assennata e ragionevolmente libera da condizionamenti e come l'acquisizione della coscienza delle proprie responsabilità individuali e sociali. Il soggetto sente questa dimensione come unica, separata e distinta da quella degli altri e permanente nel tempo [13].

Oltre a tale struttura, tra l'infanzia e l'adolescenza si completa anche l'identità sessuale, dimensione che prevede l'interazione

Anorgasmia	Odds ratio	CI 95%	$\chi^2$	p
DCA	8,1	1,7-32,1	10,56	0,0050
DEP	1,4	3,9-17,9		

**Tabella V.** Regressione logistica tra DCA e DEP e orgasmo (N = 597)

CI = confidence interval;  
DCA = soggetti anoressici;  
DEP = soggetti affetti da depressione

dinamica tra le sue diverse componenti: il **sexo biologico**, l'**identità di genere**, il **ruolo di genere** e l'**orientamento sessuale**. L'identità sessuale si evidenzia quindi un costrutto multidimensionale che nasce dalla reciproca influenza tra aspetti biologici, psicologici, educativi e socioculturali, e rappresenta la profonda consapevolezza che ogni persona ha di sé come essere umano sessuato, condizione dove il vissuto del corpo è fortemente coinvolto.

Nel disturbo anoressico, l'identità e l'identità sessuale appaiono due costrutti fluidi che non hanno trovato un ragionevole completamento e integrazione e una loro stabilità nel tempo. L'identità si evidenzia instabile per la conflittualità intrapsichica e relazionale generata dalla svalutazione di sé conseguente al profondo rifiuto della propria corporeità, condizione che non permette una stabile percezione della personale e complessiva autenticità e, nei casi gravi, determina una ostinata alterazione dell'immagine corporea (vissuto psicogeno).

L'identità sessuale non presenta un profilo diverso, mostrando un cromatismo psico-emotivo grigio (particolarmente nel vissuto dell'**identità di genere**). La sessualità sentita, pensata e agita dell'anoressica rivela uno schema difensivo, afono e passivo, mancante di vivacità e desiderio di sperimentare e vivere questa dimensione nella sua globalità, realtà rintracciata in molti atteggiamenti che mettono in luce la relazione tra attaccamento, disfunzioni sessuali, alterazioni dell'immagine corporea e riduzione del desiderio sessuale [14].

Peraltro, per realizzarsi la sessualità ha bisogno del corpo, assioma che prevede la presenza fisica (ma anche psico-emotiva) di questa dimensione. Non pare quindi casuale che il disturbo alimentare evidenzia un legame con la sessualità problematica, ulteriore verifica della profonda affinità tra le stesse. Di fatto, la relazione tra l'EDI [15] e il *Sexual Dysfunction Questionnaire* (SDQ) [16] mette in luce una significativa relazione statistica tra le scale, verificata sia attraverso la regressione lineare ( $R = 0,3636$ ;  $p = 0,00000$ ), sia attraverso la regressione logistica (odds ratio = 2,4; CI: 1,5-3,7;  $\chi^2 = 13,57$ ;  $p = 0,0051$ ).

Per tale premessa, le esperienze sessuali dell'anoressica presentano un profilo molto singolare: pur essendo una situazione che riguarda due persone, l'Io anoressico (auto-centrato sui propri bisogni psicopatologici) "partecipa" a questo momento rimanendo passivo e distaccato a livello psico-emotivo. In tale situazione il corpo non può divenire protagonista essendo un "**corpo estraneo**" da respingere, un corpo rifiutato e fonte di tormento che non può essere una dimensione che procura piacere. I colloqui con le pazienti anoressiche, peraltro, suggeriscono l'ipotesi che il "piacere" sia ottenuto prevalentemente attraverso il controllo del corpo (magrezza) e della alimentazione (restrizione) e non dalla sessualità, dimensione marginale rispetto ai propri bisogni psico-emotivi.

Inoltre, l'esperienza professionale suggerisce che tale irrazionale atteggiamento, l'incapacità anoressica di **con-fondersi** sessualmente con l'altro vivendo il "Noi", sia causato dal rifiuto del corpo e da sentimenti di paura a formare strette relazioni interpersonali, memore che tale coinvolgimento, originariamente, ha prodotto rifiuto e abbandono.

Non pare quindi accidentale che la sessualità anoressica, oltre a presentare una scarsità di fantasie sessuali, l'evitamento delle situazioni che possono stimolare la sessualità, l'assenza di parole durante l'intimità, un ruolo passivo, mostri anche una sostanziale assenza del piacere. Infatti, la comparazione statistica dell'assenza di piacere sessuale (anorgasmia) tra tale quadro e quello DEP (confrontati con i soggetti di controllo), risulta decisamente più frequente nei DCA (Tabella V).

Le considerazioni riguardanti l'interazione dinamica tra i fattori cibo, corpo e sessualità, peraltro, hanno trovato un evidente riscontro in diversi studi che confermano le argomentazioni cliniche e psicodinamiche presentate [17-20].

In questo scenario, la personalità anoressica mette in luce altri atteggiamenti che favoriscono e concorrono a sostenere il disturbo alimentare e una sessualità immatura (infantilizzata), coinvolgendo la sfera psico-emotiva, quella cognitiva e comunicativa. Tale dinamica si evidenzia nella scarsa capacità di riconoscere le proprie emozioni e comunicarle verbalmente, nella difficoltà a distinguere le emozioni dalle sensazioni fisiche e descrivere i propri sentimenti (le emozioni si confondono con le sensazioni corporee percepite), nell'impoverimento della capacità di pensiero simbolico (rap-

presentazione mentale della realtà secondo l'esperienza vissuta), nella rilevante difficoltà nell'identificazione delle emozioni altrui, aspetti che caratterizzano la struttura alestimmica [21].

L'anoressica pare quindi portatrice di una **afasia dei sentimenti** per cui il linguaggio non può essere usato per esprimere sentimenti che, inibiti nella loro manifestazione, risultano assenti. Questo tratto significativo è rintracciato anche nella letteratura scientifica [22,23].

In aggiunta, l'interazione degli indicatori argomentati produce altri atteggiamenti e comportamenti anoressici che impediscono o ostacolano sensibilmente lo sviluppo di competenze relazionali autentiche con sé e con gli altri, poiché i bisogni risultano assorbiti totalmente dall'ossessivo e conflittuale rapporto con cibo e corpo (presenza di una sovrastruttura operante quale "critica" e "controllo"), rigida selezione che determina lo spostamento dell'attenzione sulla realtà corporea e interna, producendo una sospensione dell'esame di realtà, una percezione statica o molto rallentata del fluire del tempo.

Tale situazione genera l'isolamento dell'Io nel proprio mondo interiore con sporadici sconfinamenti nella realtà esterna, uno scarso interesse per le relazioni interpersonali e per la nascita di un rapporto fondato sul Noi (amicizia, affetto, sessualità), terreno dove l'Io anoressico è un **"Io in disparte"** e la comunicazione un afono monologo individualistico, mentre Noi è dialogo e reciprocità [24].

## CONCLUSIONI

Il lavoro ha evidenziato che l'anoressia si propone come un quadro sindromico (complesso di sintomi che si presentano insieme), impegnativo e composito profilo clinico che necessita di un intervento integrato cui partecipano discipline diverse (psicologico-psichiatriche, internistiche, nutrizionali, ginecologiche e pediatriche), unitamente alla ricerca di un coinvolgimento attivo-collaborativo della paziente. In tale contesto, il disturbo alimentare appare come un puzzle personologico formato da diversi tasselli che nell'infanzia (periodo evolutivo sensibile e sprovvisto di difese) hanno subito una patologica alterazione nel **sentire-pensare** il proprio corpo e il cibo producendo un ossessivo e ostile vissuto verso tali dimensioni (che esordirà nell'adolescenza), condizione

sulla quale deve indirizzarsi l'intervento terapeutico.

La personalità con disturbo anoressico mostra come la maggior parte della sua attenzione risulti autocentrata sui propri conflitti interni (negativi vissuti del corpo e del cibo), dinamica circolare che non consente di avere una relazione con la realtà esterna e di acquisire competenze relazionali a livello personale e interpersonale (compresa la sessualità). Tale presupposto ostacola il passaggio da un'economia psichica **singolare** (Io) a una **plurale** (Noi), mutamento che produrrebbe una graduale modificazione nell'organizzazione del sentire-pensare-comunicare-agire.

Tali aspetti del quadro clinico (attenzione monotematica sul cibo-corpo) pongono l'anoressica nella condizione di riservare al mondo reale solo ritagli di interesse e coinvolgimento. Questo spazio esistenziale ristretto non suscita un pensiero produttivo ma solo riproduttivo. Tale importante dinamica evidenzia come l'intervento sul disturbo debba necessariamente orientarsi (anche) sul lavoro di recupero del naturale bisogno di sperimentare relazioni interpersonali (amicali, affettive e sessuali), situazioni in grado di ampliare lo spazio esperienziale sollecitando l'evoluzione individuale.

I dati ottenuti orientano l'impegnativo lavoro terapeutico principalmente verso la comprensione della genesi dell'ostile significato assegnato al cibo-corpo (rifiuto ad alimentarsi, intensa paura di acquistare peso o diventare "grassottelli" anche in condizione di sottopeso) e alle ragioni per cui l'anoressica attribuisce alla bilancia un ruolo antropomorfo in cui lo strumento diviene la personificazione di un "giudice" che può emettere una temuta sentenza sulla corporeità. Questa rappresentazione psichica della presenza di una sovrastruttura operante quale "critica" e "controllo" determina un sentire-pensare alterato e ossessivo sul cibo-corpo (rifiuto degli stessi).

Su tali problematiche l'indagine ha fornito elementi che consentono di sostenere che il naturale significato del corpo e del cibo hanno subito nell'infanzia una alterazione percettiva della loro naturale semantica, dimensioni alle quali è stata e viene attribuita la responsabilità dei vissuti di rifiuto/abbandono, negatività personale, insicurezza, distanza affettiva, svalutazione e separazione coniugale sperimentati. In questo terreno la magrezza (a volte esasperata) assume il desiderato e rassicurante profilo opposto:

produttrice di affetto, sicurezza, tranquillità, accoglienza e valorizzazione.

In questo multiforme panorama, mangiare in modo naturale è decisamente difficoltoso per l'ostile accanimento verso il cibo che determina anche una sensibile alterazione degli stimoli di fame e sazietà (regolati dall'ipotalamo). Pertanto si tende a sconsigliare il ricorso all'alimentazione meccanica almeno nei primi periodi, in cui il rifiuto del cibo è indiscusso protagonista. Questo intervento verrebbe vissuto come imposizione (ritorno agli atteggiamenti materni del passato), in conflitto con le pur alterate esigenze del momento, e potrebbe rinforzare ulteriormente l'atteggiamento difensivo-oppositivo: se il cibo-alimentazione è la sostanza che mantiene il corpo (fonte di angoscia), l'inserire cibo alimenta l'angoscia e la conseguente paura di ingrassare che rinforza il vissuto di rifiuto.

Le argomentazioni sostenute nel lavoro mettono in evidenza come l'approccio terapeutico al quadro anoressico si presenti difficoltoso e di non breve durata, implicando dinamiche psico-emotive, cognitive e comportamentali pervase da significati alterati e patogeni del cibo e del corpo appresi nello stadio infantile e rinforzati in adolescenza. Per tali motivi, il principale intervento dovrebbe essere psicoterapeutico e dovrebbe consistere in una laboriosa attività indirizzata alla attenuazione-comprensione nell'anoressica delle dinamiche intrapsichiche che hanno prodotto un sentire e pensare che imputa alla propria corporeità e al cibo che la sostiene la responsabilità dei negativi e svalorizzanti vissuti di sé.

La natura psicogena del quadro anoressico, basata su interpretazioni provenienti dall'infanzia, stadio evolutivo di massima fragilità e instabilità psico-emotiva e cognitiva, dovrebbe essere approfondita tramite il colloquio. Si tratta di un momento di analisi della comunicazione verbale e particolarmente di quella non verbale, di un terreno che "parla" delle originarie vicende vissute.

Tale attività deve quindi essere orientata alla graduale modificazione dell'ostile **sentire-pensare** originario che avvolge le dimensioni cibo-corpo e, pur senza aspettative irrealistiche, al tentativo di produrre un iniziale cambiamento di questa (dis) percezione, dal rifiuto al non-rifiuto. Si punta pertanto a ottenere una accettazione formale non aggressiva verso tali dimensioni, risultato che, pur se incompleto, produrrebbe una probabile modificazione coinvolgendo anche la **comunicazione** e il **comportamento**, unitamente a una iniziale integrazione del corpo e del cibo nell'identità.

Il lavoro psicologico dovrebbe cercare di instaurare un rapporto empatico con la "**bambina interiore**" dell'anoressica, importante dimensione depositaria di antiche impronte psico-emotive, rappresentazioni interne del corpo e del cibo avvertite come angoscianti e pericolose. In tale contesto, l'atteggiamento del terapeuta deve divenire ed essere vissuto come una base sicura all'interno della quale la paziente possa sentirsi compresa e gradualmente riconoscere la sua vera identità, iniziando un tragitto esistenziale diverso.

### *Box finale*

- *La ricerca ha proposto un profilo psicodinamico della psicopatologia anoressica*
- *È emerso che tale struttura origina nell'infanzia e si manifesta nell'adolescenza, insieme a una serie di tratti personologici negativi.*
- *Il lavoro clinico sulla personalità e sul comportamento anoressico dovrebbe pertanto orientarsi alla comprensione dei significati attribuiti a sé, al cibo-alimentazione e al corpo.*
- *Il lavoro psicologico dovrebbe cercare di ottenere un graduale mutamento dei significati a loro attribuiti, per agevolare un graduale cambiamento dell'originario **sentire e pensare** questi aspetti.*

#### **Fonti di finanziamento**

Questo articolo è stato pubblicato senza il supporto di sponsor.

#### **Conflitti d'interesse**

L'autore dichiara di non avere conflitti d'interesse in merito agli argomenti trattati in questo articolo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia Giornalistica Italia. Tre milioni di italiani soffrono di anoressia o bulimia. Il 95% sono donne. Disponibile all'indirizzo: [https://www.agi.it/salute/anoressia\\_bulimia\\_disturbi\\_alimentari-3795701/news/2018-04-22/#:~:text=I%20dati%20del%20ministero%20della%20Sanit%C3%A0&text=In%20Italia%20si%20stima%20che,Giornata%20sulla%20Salute%20delle%20donne](https://www.agi.it/salute/anoressia_bulimia_disturbi_alimentari-3795701/news/2018-04-22/#:~:text=I%20dati%20del%20ministero%20della%20Sanit%C3%A0&text=In%20Italia%20si%20stima%20che,Giornata%20sulla%20Salute%20delle%20donne) (ultimo accesso giugno 2023)
2. Rymarczyk K. The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. *J Eat Disord* 2021; 17: 51; <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00410-y>
3. Achamrah N, Coëffier M, Déchelotte P. Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutr Rev* 2016; 74: 301-11; <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw001>
4. DSM-V Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014
5. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri, 1972
6. Doba K, Nandrino JL. Cognitive and Emotional Empathy in Anorexia Nervosa: The Role of Attachment Insecurity, Intrapersonal, and Interpersonal Emotional Competences. *J Nerv Ment Dis* 2020; 208: 312-8; <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001130>
7. Keating L, Tasca GA, Hill R. Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eat Behav* 2013; 14: 366-73; <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>
8. Attili G, Di Pentima L, Magnani M. Disturbi del comportamento alimentare, modelli mentali dell'attaccamento e relazioni familiari. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2004; 1: 69-96; <https://doi.org/10.1449/13174>
9. Bruch H. La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale. Milano: Feltrinelli, 1981
10. Shoebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 132-7; <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.132>
11. Stafford M, Kuh DL, Gale CR, et al. Parent-child relationship and offspring's positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *J Posit Psychol* 2015; 11: 326-37 <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1081971>
12. Freud S. Tre saggi sulla teoria della sessualità e altri scritti. Torino: Boringhieri, 1989 (orig. 1905)
13. Oliverio Ferraris A. La costruzione dell'identità. Torino: Bollati Boringhieri, 2022
14. Cassioli E, Rossi E, Castellini G, et al. Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2020; 25: 1671-80; <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00805-6>
15. Garner DM. Eating Disorder Inventory-2, Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1993
16. Infrasca R. Sexual Dysfunction Questionnaire scale development and psychometric validation. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2011; 17: 253-60
17. Riva E. Adolescenza e anoressia. Corpo, genere, soggetto. Milano: Raffaello Cortina, 2009
18. Mazzei C, Castellini G, Benni L, et al. Sessualità e disturbi del comportamento alimentare. *Riv Psichiatr* 2011; 46: 122-8; <https://doi.org/10.1708/626.7312>
19. Castellini G, Lorenzo L, Lo Sauro C, et al. Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *J Sex Med* 2012; 9: 2590-9; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02888>
20. Giancanspero A. Alimentazione, cibo, sessualità. La stretta correlazione tra le aree dell'alimentazione, della sessualità e delle relazioni con gli altri. The Hague, Netherlands: Eleven, 2018
21. Taylor, GJ, Bagby, RM., Parker, JDA. I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Roma: Fioriti, 2000
22. Zonnevjlle-Bender MJ, van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, et al. Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 38-42; <https://doi.org/10.1007/s007870200006>
23. Peres V, Corcos M, Robin M, et al. Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eat Weight Disord* 2020; 25: 1-8; <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0482-5>
24. Lingiardi V. IO, TU, NOI. Vivere con se stessi, l'altro, gli altri. Milano: UTET, 2019