

## “Più sparisco e più mi vedono”: la lettura costruttivista intersoggettiva dell’anoressia nervosa

*“The more I disappear, the more they see me”:  
The constructivist intersubjective interpretation  
of anorexia nervosa*

**Claudia Casini**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

**Riassunto.** I sintomi, pur con le difficoltà e il malessere che implicano, nell’ottica costruttivista intersoggettiva sono considerati elementi funzionali a mantenere integro il senso di sé, in relazione alla propria storia ed esperienza personale. Ciò vale anche per il sintomo anoressico: in questo contributo sono esposti gli itinerari di sviluppo e i vissuti tipici di chi esprime il proprio dolore e i propri bisogni in questo modo, i processi di scompenso e il senso che tale sintomo può assumere all’interno del sistema di significati sia personali che familiari. Questi presupposti concorrono a formulare un possibile modello di intervento terapeutico, descritto nell’ultima parte dell’articolo, i cui elementi fondanti, che saranno approfonditi, stanno nell’impostare un lavoro non direttamente indirizzato all’eliminazione del sintomo ma invece proteso a coglierne la funzione, nel non considerare né l’anoressia una malattia né la psicoterapia una performance, e nel dare un valore centrale e trasformativo alla relazione terapeutica.

**Parole chiave:** anoressia nervosa, DCA, costruttivismo, intersoggettività, psicoterapia, relazione terapeutica

**Abstract.** In the constructivist intersubjective perspective, symptoms are considered functional elements to keep the sense of self intact, in relation to one’s personal life experience, despite the difficulties and malaise that they imply. This also applies to the anorexic symptom. This article describes the itineraries of development and the typical feelings of people who express their pain and needs in this way, the processes of decompensation and the sense that this symptom can assume within the system of both personal and familiar meanings. These assumptions contribute to formulate a possible model of therapeutic intervention, described in the last part of the article, whose fundamental elements, which will be examined in depth, are: setting up a work not directly addressed to the elimination of the symptom but on the contrary primarily aimed at understanding its

function, not considering anorexia a disease, not considering psychotherapy a performance and giving a central and transformative value to the therapeutic relationship.

**Keywords:** anorexia nervosa, eating disorder, constructivism, intersubjectivity, psychotherapy, therapeutic relationship

*Per chi viaggia in direzione ostinata e contraria  
Col suo marchio speciale di speciale disperazione...  
(F. De André, Smisurata Preghiera)*

Perché decidere di “morire di fame”? Che cosa può spingere una persona a compiere una scelta così estrema, che richiede tenacia, rinunce, sofferenza? Quale messaggio portano quei corpi emaciati? Il presente articolo si propone di provare a rispondere a queste domande, partendo da uno dei presupposti fondamentali dell’approccio psicoterapeutico costruttivista intersoggettivo, ovvero la considerazione che qualsiasi sintomo rappresenti «la modalità “migliore”, anche se portatrice di malessere, che la persona è riuscita a costruire per mantenere integro il senso del proprio equilibrio e della propria identità personale» (Cionini, 2013, p. 164). Il sintomo, insomma, è visto come un progetto di cura apparentemente paradossale, che però ha una sua logica interna se colto dalla prospettiva di chi lo “abita”, in relazione alla sua storia ed esperienza.

Per provare a dare senso alla sintomatologia anoressica, mi rifarò alla teoria delle Organizzazioni di Significato Personale di Vittorio Guidano (2007), integrandola con alcune testimonianze e con altri studi che si sono occupati di porsi le domande iniziali. Infatti, più approcci psicoterapeutici ormai hanno individuato itinerari di sviluppo comuni ed esperienze intersoggettive condivise tra gli individui che manifestano tale sintomatologia. Cogliarli può aiutare i professionisti della salute mentale a comprendere come più tipicamente queste persone tendono a costruire la loro esperienza e a “usare” il sintomo anoressico come portavoce, paradossalmente, del proprio desiderio di esistere. Nessuno avrà mai la stessa storia di un altro, pertanto queste restano indicazioni generali, utili però a porsi certe domande all’interno della pratica clinica e, come vedremo, orientare il proprio intervento terapeutico.

### **Itinerari di sviluppo e vissuti tipici di chi manifesta il sintomo anoressico**

Vittorio Guidano, psichiatra fondatore del cognitivismo post-razionalista, ha elaborato il concetto di Organizzazione di Significato Personale (2007). Quest’ultima è definibile come la specifica modalità con cui ciascuno di noi attribuisce significati alla propria esperienza, costruendoli a partire dalla relazione avuta con i propri *caregiver*.

Tale Organizzazione, costruita prevalentemente in modo implicito, garantisce la percezione di una continuità del nostro senso di sé in assenza di consapevolezza: è una conoscenza prima di tutto affettivo-emotiva, un pattern di regole implicite che fa da bussola al nostro stare nel mondo.

Le Organizzazioni non sono categorie psicopatologiche, e non identificano processi psicopatologici, ma solo possibili itinerari di sviluppo. Sono chiamate col nome del sintomo che, in

caso di scompenso, potrebbe manifestarsi con più probabilità in relazione ai processi che la persona mette in atto con più frequenza nella costruzione della sua esperienza.

Tra le quattro Organizzazioni da lui individuate, è presente anche quella che, all'interno della sua pratica clinica, ha frequentemente riscontrato nelle persone con problematiche alimentari, denominata Organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP). Di seguito ne vedremo le caratteristiche più salienti, integrate e avallate da testimonianze e altra letteratura specifica.

### *Famiglie “invischiate” e paura delle separazioni*

Le persone con disturbi alimentari tendono ad avere famiglie cosiddette “invischiate”. Quest'ultimo è un termine ideato dal pediatra, psichiatra e psicoterapeuta Salvador Minuchin (1980), fondatore della terapia strutturale familiare, e sta a indicare famiglie in cui le differenze individuali sono praticamente annullate da meccanismi di controllo del pensiero e del comportamento. I ruoli all'interno della famiglia tendono a essere confusi, i confini labili e sono temute e scoraggiate le differenziazioni e le separazioni, fondamentali per il processo di crescita.

Le parole di Isabelle Caro, modella diventata famosa per aver posato nuda per la campagna fotografica di Oliviero Toscani contro l'anoressia nel 2007, sono una spietata testimonianza di quanto detto. Isabelle dall'età di tredici anni è sempre stata gravemente sottopeso, per poi morire a ventotto a causa di complicazioni dovute alla sua condizione fisica tremendamente compromessa. In un momento in cui stava apparentemente meglio, aveva deciso di pubblicare il libro *La ragazza che non voleva crescere*, all'interno del quale racconta la sua storia. Eccone un brano:

Vivo confinata da quando Mamma ha sentito dire in televisione - o almeno, è quanto dice lei - che “l'aria aperta favorisce la crescita dei bambini”. E l'ultima cosa che Mamma desidera è che io cresca. Vorrebbe che restassi una bambina piccola, come quando lei era una donna giovane e felice. È per questo che da casa nostra vengono banditi gli orologi e le sveglie; in breve, tutto quello che indica il passare del tempo.

Molte madri, quando vedono che il loro bambino diventa autonomo, dicono con un sospiro di nostalgia: “Ah, i bambini crescono troppo in fretta! Sono così carini da piccoli...”. Alcune ammettono di preferirli da neonati. Ma alla fine, con maggiore o minore sforzo, tutte si rassegnano al fatto che il sangue del loro sangue cresca e si distacchi da loro. Mamma no. Per mia grande sfortuna. (Caro, 2008, p. 40)

Nel leggere le parole di Isabelle trovo sconcertante trovare, ancora oggi, spiegazioni riduzioniste in merito alla genesi dei disturbi alimentari. Come esempio basta citare il titolo di un articolo pubblicato su *la Repubblica*, uno dei quotidiani più letti in Italia, che recita: «Per controllare i disturbi alimentari bisogna studiare il cervello» e che ha come sottotitolo la seguente frase: «Anoressia e bulimia dipendono da specifiche alterazioni cerebrali [...]»<sup>1</sup>.

Questo sguardo reificante è a mio avviso pericoloso, poiché non solo sposta il problema dalla relazione all'individuo, ma anche lo tratta alla stregua di un virus influenzale, vanificando così il senso stesso del sintomo che, come vedremo, è la cosa - forse l'unica - su cui la persona sente di poter avere il controllo.

---

<sup>1</sup>Paola Emilia Cicerone, 4 dicembre 2022, [https://www.repubblica.it/salute/2022/12/04/news/cibo\\_neuroni\\_dca\\_anoressia\\_bulimia-373429041/](https://www.repubblica.it/salute/2022/12/04/news/cibo_neuroni_dca_anoressia_bulimia-373429041/)

### *Sensazione di “non essere visti”*

Scrive Guidano (2007) che l'aspetto più drammatico riguardante queste famiglie è che l'individualità non viene rispettata e le persone sono viste come immagini senza nessun mondo interiore. Già William James, nel 1890, riteneva che questa fosse una delle esperienze peggiori che potesse capitare a un essere umano:

Non si potrebbe immaginare una punizione più maligna di quella che un individuo dovesse girare da solo nella società, senza che nessuno gli prestasse assolutamente attenzione. Se nessuno si volgesse quando entriamo in un salotto, se nessuno rispondesse quando parliamo, o prestasse attenzione alle nostre azioni, e ognuna delle persone che incontriamo ci considerasse come inesistenti ed operasse come se noi non fossimo presenti, sorgerebbe in noi ben presto una specie di rabbia impotente, di disperazione, di fronte alla quale le torture fisiche più crudeli ci sembrerebbero un sollievo, giacché queste ci farebbero sentire che, per quanto grave potesse essere stato il nostro peccato, pure esso non ci aveva abbassato tanto da renderci immeritevoli dell'attenzione del primo venuto. (James, 1890, p. 222)

### *Il bambino come estensione del genitore*

Nelle situazioni più gravi, il genitore può ritenere il bambino come una sua estensione o appendice, non riuscendo a considerarlo un individuo a sé stante, con un mondo interno diverso dal proprio. Luigi Cancrini, nel suo libro *La cura delle infanzie infelici*, afferma che:

Infelici devono essere considerati, in un modo o nell'altro, quei bambini della cui esistenza autonoma e dei cui bisogni di differenziazione non ci si accorge da parte di genitori che, per ragioni che attengono a un loro difetto di equilibrio e di maturità, li usano nei fatti, e molto al di là di ciò che dicono, come oggetti o come prolungamenti del Sé. Invertendo una gerarchia naturale. Blocmando un processo evolutivo che ne esce ferito e deformato dalla crudeltà innocente di chi non riesce a sentire e a vedere in modo sufficiente l'altro. (Cancrini, 2012, p. 76)

L'invisibilità, insomma, è una sensazione molto familiare per coloro che poi “sceglieranno” di diventare effettivamente invisibili. Più di un paziente mi ha riportato la sensazione che la propria effettiva esistenza autonoma avrebbe addirittura “ucciso psicicamente” il genitore. Come se si trovasse di fronte alla scelta di dover essere ciò che vuole – o si presume che voglia – l'altro significativo, rinunciando così a se stessi, o essere se stessi, rinunciando così all'altro.

### *Anticipazione dei bisogni e “prescrizione” delle sensazioni*

Conseguenza quasi inevitabile di quanto detto sopra è la tendenza delle figure di riferimento ad anticipare e definire regolarmente le necessità e il sentire del bambino, a prescindere dai suoi reali bisogni. Per il bambino diventa quindi difficile imparare a riconoscere autonomamente le proprie emozioni, esprimerle e fidarsi della personale capacità di decodifica dei propri stati interni.

Della frase di Cancrini sopracitata quello che più mi colpisce è ciò che lui chiama la “crudeltà innocente” dei genitori di chi manifesta tali problematiche: questi ultimi generalmente desiderano il meglio per i figli e cercano di fare del loro meglio, spesso affidandosi a “manuali” che possano aiutarli a starci in relazione “a priori”.

È questo forse uno dei problemi più grandi: pensare che il sentire possa essere “prescritto”, che esistano ricette in grado di generare automaticamente delle relazioni “sane”, senza passare dagli inevitabili conflitti che sempre ci sono quando le relazioni si costruiscono insieme. E

ancora, il dare un'importanza spropositata alla salute fisica, senza rendersi conto che ciò può avere effetti nocivi su quella mentale, a causa della costante sensazione di essere fragili e in pericolo, o di dovere necessariamente attribuire a qualcosa di organico ogni tipo di malessere.

Così il figlio generalmente cerca di anticipare le aspettative del genitore, che spesso sono vaghe e contraddittorie, e può sentirsi inadeguato a fronte della percezione di un'incoerenza tra le proprie sensazioni e ciò che gli viene attribuito. Possono così generarsi intensi e opprimenti sensi di colpa se si intuisce di avere desideri, opinioni o sentimenti differenti da quelli delle figure di riferimento: è un po' come tradirle. Nel dover fare i conti con questi vissuti, al bambino resta l'incertezza di ciò che sente realmente. Il brano che segue fa parte della storia di una ragazza con problemi di anoressia<sup>2</sup>. Credo possa essere rappresentativo di quanto appena esposto.

[...] mi raccontò che lei [Azzurra], purtroppo, si sentiva molto a disagio ad andare a trovare il nonno, perché avendo un Alzheimer pesante non solo non riconosceva più nessuno, ma era anche diventato offensivo e aggressivo. Ogni volta che doveva andarlo a trovare, ormai, sentiva un nodo alla gola e una profonda tristezza. Tuttavia, neanche aveva provato a dirlo alla madre, perché quest'ultima non faceva altro che ripeterle che i bravi nipoti vanno sempre a trovare i nonni con gioia, a prescindere dalle loro condizioni di salute, anzi, a maggior ragione se non stanno bene. Lo diceva con tanta fermezza e convinzione, come fosse un principio ovvio e assoluto, che Azzurra non sentiva proprio possibile contraddirla e, anzi, si sentiva profondamente sballata per provare quel disagio. (Casini, 2023)

### *Attenzione alle apparenze e al controllo*

Le famiglie di chi manifesta problematiche di tipo alimentare generalmente sono molto attente ad apparire "felici" all'esterno, curando le apparenze sociali e mostrandosi particolarmente sensibili al giudizio degli altri.

Quando una ragazza anoressica o che lo diventerà torna da una festa ad esempio il papà o la mamma non le chiedono se si sia divertita, le chiedono se ha fatto bella figura, se la ammiravano, se era al centro dell'attenzione oppure se sia rimasta in ombra, se non sia riuscita a farsi valere eccetera. (Ugazio, link in nota<sup>3</sup>)

Diretta conseguenza della sensibilità al giudizio e del bisogno di "non fare brutte figure" è l'evitamento attivo del conflitto, poiché quest'ultimo esporrebbe in modo smisurato a potenziali critiche e inoltre obbligherebbe a una presa di posizione. È dunque difficile che in queste famiglie le emozioni e le opinioni vengano espresse in modo diretto: essere spontanei è pericoloso, ed è costante la sensazione di allerta data dal bisogno di controllare il proprio comportamento.

Il "perfezionismo" tipicamente associato alle persone che manifestano il sintomo anoressico rientra in questo meccanismo, ovvero sottende la tendenza a vivere tutto come una performance da eseguire con disciplina e vigilanza, sotto la supervisione di un criticissimo occhio interno selettivamente orientato agli errori e alle inaccettabili vulnerabilità. Anche il piacere – inteso come godimento sensuale – non è dunque ben visto, perché troppo assimilabile al discontrollo.

---

<sup>2</sup> Ho raccontato di questa esperienza nella rubrica che tengo sul mondo degli adolescenti all'interno della rivista *Psicologia e scuola* (Giunti).

<sup>3</sup> <https://www.psicologo-milano.it/newblog/disturbi-alimentari-valeria-ugazio/#:~:text=Le%20anoressiche%20se%20sei%20un,anoressiche%20sia%20assolutamente%20fuori%20luogo>

### *Comunicazione non esplicita e messaggi a “doppio legame”*

La comunicazione familiare tende a essere vaga, non esplicita, indiretta e contraddittoria. Spesso i messaggi comunicativi hanno la caratteristica del “doppio legame”.

La teoria del doppio legame è stata formulata dall'antropologo e psicologo Gregory Bateson, congiuntamente al suo gruppo di ricerca, nel 1956. Essa fa riferimento a situazioni comunicative nelle quali la comunicazione verbale è diametralmente opposta a quella non verbale. Il messaggio che arriva al ricevente è incongruente e qualsiasi cosa risponda sarà necessariamente sbagliata, poiché andrà contro una parte dell'informazione.

Isabelle Caro, nel suo libro, ci regala un esempio cristallino di questa modalità comunicativa e dell'effetto disorientate che suscita:

Spesso fatico a dare un senso alle frasi di Mamma, perché mi sembra che il significato di quello che dice sia in contrasto con i suoi gesti e la sua mimica facciale. Come se mi si proponessero due versioni contraddittorie e dovessi sceglierne soltanto una. O, per essere più precisi, come se ciò che viene detto ad alta voce fosse silenziosamente smentito da un linguaggio di sottili segnali in codice che sta a me decifrare. Il più delle volte sprofondo nell'esitazione, nell'incertezza, nel malessere. Mi sento sperduta, allora provo ad aggrapparmi disperatamente a un sopracciglio alzato o a una narice dilatata per confermare la mia interpretazione. (Caro, 2008, p. 80)

### *Semantica familiare del potere*

Valeria Ugazio ha formulato la teoria delle polarità semantiche familiari (1998, 2012), da lei definita come un modello intersoggettivo della personalità e dei suoi sviluppi psicopatologici. In estrema sintesi, secondo l'autrice in ogni famiglia la conversazione è organizzata entro significati antagonisti, le polarità semantiche familiari, che costruiscono una trama condivisa di sensi entro cui ciascun componente deve inevitabilmente prendere posizione.

Le polarità definiscono quelli che per la famiglia sono i propri temi nucleari: «Ciò per cui un intero gruppo familiare si strugge, giubila o si affanna a raggiungere è del tutto indifferente per un altro» (Ugazio, 2012, p. 48).

Nelle famiglie all'interno delle quali un membro – generalmente un figlio – manifesta un disturbo alimentare, la semantica descritta dall'autrice è definita “del potere”. Le polarità caratteristiche di quest'ultima sono “vincente-perdente” e “volitivo-arrendevole”, dove la seconda è subordinata alla prima. È evidente il loro aspetto puramente relazionale: l'essere vincenti o l'essere perdenti è sempre relativo al confronto con qualcuno. Ciò conferma quanto già detto in merito alla centralità del giudizio esterno nella definizione del sé. Relativamente al potere, il cibo e il corpo diventano, di fatto, un campo di battaglia, nel quale la posta è altissima: chi ha il dominio sulla propria vita? Chi comanda?

Anche i blog pro-ana, che incoraggiano ragazze e ragazzi alla restrizione alimentare, si giocano tutti su queste dimensioni di successo-insuccesso: sei forte se dimagrisci, sei debole se cedi alla fame<sup>4</sup>. Infine, basta prendere come esempio il sottotitolo del libro di Isabelle Caro per rendersi conto di quanto questa semantica sia preminente: “La mia battaglia contro l'anorexia”. L'autrice partecipa alla campagna fotografica di Oliviero Toscani, mostrando nudi al mondo i suoi ventotto chili, perché «credo di avere il dovere di lottare per mettere in guardia tante ragazze su quel meccanismo infernale da cui è così difficile uscire» (p. 219). Insomma, Bukowski direbbe che «Tante volte uno deve lottare così duramente per la vita che non ha

---

<sup>4</sup> Oltre a questo, i blog pro-ana offrono anche la confortante illusione di un senso di appartenenza.

tempo di viverla»: per queste persone sembra essere più importante la lotta per l'esistenza, eventualmente anche attraverso comportamenti che possono metter a rischio l'esistenza in sé.

### *Squilibrio del ruolo genitoriale*

Nella coppia genitoriale è generalmente la madre la figura dominante e quella che esercita il maggior controllo, sia relativamente alle manifestazioni emotive e comportamentali, sia più specificamente sull'alimentazione. Il nutrimento affettivo viene spesso confuso col nutrimento dell'organismo, o addirittura da quest'ultimo sostituito. Per esempio, se il bambino torna a casa triste, la madre è probabile che dica "hai una brutta cera, ti faccio una spremuta", piuttosto che chiedergli che cosa è successo o di cosa sente il bisogno. La salute fisica e l'aspetto estetico, insomma, assumono un valore quasi assoluto, a discapito del mondo interno.

Inoltre, riprendendo il concetto di "invischiamento" esposto in precedenza, in queste famiglie spesso la madre assume atteggiamenti adolescenziali, si pone in competizione con la figlia o il figlio, o comunque in un ruolo diverso dal proprio. Rispetto a questo trovo molto calzante questa frase detta da una mia paziente: «Sto molto bene con mia madre quando si trasforma in una sorella».

Il padre è spesso descritto come passivo e/o assente, oppure percepito come figura forte, significativa e di riferimento nell'infanzia e poi fonte di delusione nell'adolescenza. La relazione tra il figlio e il padre appare sovente mediata e controllata dalla madre, dunque schermata e non intima. Poiché in queste famiglie – almeno fino a qualche anno fa, e dunque da ciò che risulta per la maggior parte degli studi svolti fino a ora – è generalmente il padre a contribuire maggiormente al reddito, ciò può farlo sentire esonerato dalle incombenze familiari, lasciando la gestione di queste ultime alla moglie, come se lavoro e famiglia non potessero essere concepiti come ambiti integrabili. Il vuoto della funzione paterna non passa inosservato e ha un peso specifico nella possibile co-costruzione familiare del sintomo alimentare, infatti il padre, con la sua assenza, accentua e legittima l'invischiamento tra la madre e il figlio, oltre a privare quest'ultimo di importantissime esperienze relazionali e, di fatto, di una figura di riferimento (Longo, 1997; Nucara, 1995)<sup>5</sup>.

La relazione coniugale è generalmente vissuta come insoddisfacente. Tuttavia, i genitori hanno la tendenza a presentare il partner in luce critica ma contemporaneamente a mascherare l'insoddisfazione e non manifestare opinioni ed emozioni definite.

Di solito socialmente la coppia cerca di mostrarsi stabile e felice, molto dedita alla cura dei figli, che possono quindi percepire nuovamente uno scarto importante tra ciò che è esplicito e ciò che passa implicitamente, sia in termini di clima familiare, sia di vissuti negativi purtroppo sentiti come non negoziabili.

### *“Culto” della sofferenza*

Il “culto” del controllo spesso si accompagna a quello della sofferenza, assimilabile a ciò che scrive Cancrini in merito a uno dei possibili itinerari di sviluppo comune a chi manifesta problematiche tipiche di una personalità di tipo borderline, e cioè «Una storia evolutiva [...]»

---

<sup>5</sup> Ormai sono moltissime le famiglie arcobaleno, ma è solo recente il loro riconoscimento a livello sociale e politico, per cui non sono state analizzate eventuali dinamiche simili all'interno di tali nuclei familiari. Troverei interessante approfondire se esse siano presenti a prescindere dal sesso e dall'orientamento sessuale dei genitori. La mia anticipazione è che queste variabili non siano determinanti poiché ciò che conta è la funzione genitoriale svolta, indipendentemente dal sesso biologico.

in cui il bambino impara che “l’infelicità e la malattia attirano l’amore e la preoccupazione”: un apprendimento per lui pericolosissimo perché, successivamente, da bambino, da adolescente o da adulto egli tenderà ad aspettarsi che chi di lui si cura (da amante, da terapeuta o da educatore) tenda a occuparsi di più di lui e dargli di più se lui sta male e soffre» (2013, p. 11).

Quando questo effettivamente si verifica, ecco che il disturbo si cronicizza. La persona sente – in assenza di consapevolezza – che la sofferenza può generare amore, o comunque la sensazione di essere pseudo-vista: così la reitera incessantemente, “alzando la posta” ogni volta, per assicurarsi di rimanere il più possibile nella mente dell’altro. Ancora una volta le parole di Isabelle Caro sono magistrali:

Comunque, da quando faccio finta di essere malata Mamma si comporta molto meglio. Non piange più e si preoccupa per me. (Caro, 2008, p. 60)

Va da sé che sentire di stare meglio è spesso il momento più drammatico, perché può equivalere a sentire di perdere gli affetti significativi. Ciò spiega come mai le ricadute avvengano nella maggior parte dei casi in quei momenti. I genitori possono ricominciare a manifestare tensioni temporaneamente accantonate a causa delle problematiche del figlio. All’interno della relazione terapeutica, lo stare meglio può significare che non si ha più bisogno della terapia stessa, e quindi che comunque si associ il minor malessere alla minaccia abbandonica.

Come professionisti è decisivo avere presente questi aspetti e muoversi di conseguenza, scongiurando questa eventualità e, anzi, garantendo vicinanza e contenimento proprio durante i periodi di miglioramento della sintomatologia, per passare il messaggio che – intanto almeno nella relazione terapeutica – non è la sofferenza che genera presenza. Insomma, detto in altri termini, è quando sembra che tutto vada bene il momento più delicato, dunque quello in cui c’è più bisogno di sentire che l’altro resta.

### *Percezione di sé indefinita e paura della vicinanza*

Il senso di sé, per le persone che manifestano problematiche alimentari, è dato primariamente da criteri esterni, poiché la fiducia nella possibilità di avere criteri propri tendenzialmente non si è costruita. È dunque l’immagine che gli altri rimandano che offre un senso di sé, seppur illusorio, e il pensiero dell’altro diviene vitale: può determinare contestualmente l’identità.

Permettendo maggiormente all’altro di farsi conoscere, la vicinanza affettiva si delinea come un territorio molto pericoloso. Spesso queste persone, con gli affetti importanti ma non solo, oscillano tra il bisogno di approvazione e la paura di una disconferma, rendendosi così soggette a molteplici vissuti delusivi.

Per evitare ulteriori invalidazioni nella relazione con le figure significative, allora, possono limitare le aree di sperimentazione del sé ed escludere dalla relazione con gli altri molti aspetti personali. Ciò contribuisce ad alimentare la percezione di sé come persona debole, inadeguata e incapace.

### *Sensazioni di vuoto interiore*

La difficoltà a decodificare il mondo e se stessi porta questi individui a “costruire” in modo fantastico, e a non riuscire spesso a comprendere il perché delle cose, le relazioni causa-effetto, i comportamenti e i sentimenti altrui. Stessa cosa si può dire per i propri stati interni, le proprie sensazioni ed emozioni, che spesso appaiono totalmente incomprensibili.



Il non sapere francamente che cosa sentono, pensano e desiderano fa sì che spesso queste persone si percepiscano come un grande bluff: attori che indossano bene innumerevoli maschere, dietro alle quali però non sanno quale volto si celi. Da ciò si generano importanti sensazioni di vuoto interiore, un vuoto spesso sentito paradossalmente come un “troppo pieno” di cose non proprie, «un vuoto di criteri personali per dare senso alla propria esperienza nel mondo» (Casini, 2017). Forse quella di vuoto è la sensazione più dolorosa che viene portata, poiché riassume con una metafora tutti i vissuti descritti finora, e ne fa sentire la potenza annihilante e disarmante.

### **Processi di scompensazione**

L'inizio della restrizione alimentare generalmente avviene a seguito di molteplici esperienze di vita, tra le quali è possibile identificare almeno due denominatori comuni: la minaccia di un cambiamento e di una maggiore esposizione al giudizio sociale.

Tra i cambiamenti che possono essere potenziali fattori scompensanti, di rilievo sono ovviamente quelli corporei, poiché appunto veicolano una più marcata esposizione al giudizio esterno e inoltre, soprattutto nelle fasi preadolescenziale e adolescenziale, implicano un vertiginoso avvicinarsi alla vita adulta, riguardo alla quale si nutrono vissuti di inadeguatezza e apprensione. Del resto “il corpo che non cambia” è una prodigiosa metafora del blocco del movimento del sistema personale, del “corpo” familiare, che teme il cambiamento e la differenziazione, e della richiesta “dell’eterna giovinezza” che socialmente sembra essere auspicata, anche come modello estetico<sup>6</sup>.

Eventi che spingono a una riconsiderazione in negativo dell’immagine di una figura di attaccamento, come per esempio la scoperta che uno dei genitori tradisce l’altro, o che ha un modo di vedere il mondo che con la crescita appare sempre meno condivisibile, possono risultare intollerabili.

Altrettanto si può dire per il coinvolgimento in relazioni affettive nelle quali, come detto in precedenza, la vicinanza permette maggiormente di farsi conoscere dall’altro e dunque espone al giudizio e a possibili esperienze delusive.

Minacciose sono le richieste che implicano la necessità di definirsi in modo più “stretto”, le situazioni che richiedono un aumento di responsabilità e/o un maggiore impegno personale, e più in generale tutti i momenti cruciali che già di per sé sono considerati eventi stressanti, anche se non necessariamente negativi (il matrimonio, la maternità, gli esami universitari...).

Talvolta alcuni processi possono sembrare controintuitivi, se non se ne coglie la logica: una promozione sul lavoro, per esempio, può comunque essere fonte di scompensazione, poiché espone di più alla possibilità che gli altri si accorgano che chi hanno davanti è molto più inconsistente di ciò che ha fatto credere (che si accorgano del “bluff”).

Oltre a questo, comprensibilmente gli eventi traumatici (lutti, separazioni, incidenti, maltrattamenti...) possono configurarsi come fattori scatenanti, considerando che vanno a “cadere” su strutture identitarie fragili che già probabilmente hanno vissuto esperienze traumatiche precoci oltre a quelle precedentemente esposte (Brusa, 2006; Speranza e Alberigi, 2006).

---

<sup>6</sup> Ringrazio Gabriele Chiari per avermi inviato materiale appartenente a lezioni sue e di suoi collaboratori, che mi hanno permesso di ampliare la mia conoscenza sull’anoressia. Questa parte è stata formulata a partire dai suoi preziosi spunti.

Di recente anche la pandemia, con tutto ciò che ha comportato, si è rivelato un fattore di scompenso (+30% delle diagnosi). Ciò a mio avviso è probabilmente attribuibile ad almeno due fattori: l'aumento del controllo genitoriale e della conseguente sensazione di invisibilità, e l'assenza di figure di riferimento ed esperienze alternative. Su Internet si possono trovare molti blog nei quali ragazzi e ragazze durante la pandemia hanno spiegato in modo eccellente i loro vissuti e il perché della loro scelta restrittiva. Cito questa testimonianza a titolo di esempio:

Da quando è scoppiato il Covid a casa mia non si parla d'altro. La mamma ascolta tutti i telegiornali e non si perde un dibattito. Il papà è preoccupatissimo di ammalarsi e per i nonni. L'unico giorno che l'ho visto felice è quando gli hanno concesso lo smart working, così non doveva più uscire per lavorare... Per loro io non esisto. Sono invisibile, con tutti i problemi che si sentono addosso. Solo a maggio, dopo il lockdown, quando è arrivata la zia e ha notato che ero dimagrita si sono accorti che non mangiavo più da settimane. Ho perso 13 chilogrammi. Finalmente hanno incominciato a preoccuparsi di me, ma ormai ho scoperto che controllare l'appetito e provare fame mi dà una certa soddisfazione. Anche perché ho perso quei chili sulle gambe e sulle cosce che mi davano un aspetto orribile<sup>7</sup>.

L'adolescenza è evidentemente il periodo più critico, in cui infatti l'insorgenza del sintomo anoressico è massima. In effetti, tutte le caratteristiche elencate come possibili fattori scompensanti tendono a comparire simultaneamente: in primo luogo le figure di riferimento iniziano a essere messe in discussione, ed è proprio in questa fase della vita che l'impossibilità di differenziazione percepita nella famiglia può diventare insostenibile se misurata col fisiologico bisogno di esplorazione e confronto.

È sempre in questo periodo che si sperimentano le prime relazioni sentimentali e i primi contatti sessuali, con tutte le implicazioni che ciò ha dal punto di vista della propria personale messa in gioco.

In famiglia, a scuola, nello sport o in altri ambiti culturali e sociali si esige un impegno personale più consistente e più responsabilità, ed è maggiore l'esposizione sul piano della valutazione sociale, sia da parte dei pari che da parte degli adulti<sup>8</sup>.

L'utilizzo dei social network già tra i bambini della scuola primaria (con tutto ciò che ne consegue in particolare in relazione all'esposizione al giudizio), il facile accesso a contenuti sessuali espliciti e l'accento sempre più marcato e allarmato sulla salvaguardia della salute fisica a discapito dell'esplorazione relazionale del mondo, possono in parte spiegare come mai nella recente letteratura si dica che l'esordio della sintomatologia avvenga sempre prima (addirittura intorno ai sette anni).

Bisogna evidenziare che il mettere precocemente l'attenzione su eventuali momenti di restrizione alimentare (da parte degli adulti e quindi anche dei bambini), senza chiedersi "che cosa c'è dietro", può avere l'effetto paradossale di accentuare il problema: è proprio "il sentirsi visti" una delle mancanze di queste persone, pertanto l'accorgersi che in questo modo hanno un "potere contrattuale" maggiore all'interno della famiglia e non solo, come già detto, può rafforzare il disturbo. Attribuire subito un'etichetta diagnostica è – se possibile – ancora più

---

<sup>7</sup> [https://espresso.repubblica.it/attualita/2021/03/31/news/le\\_angosce\\_dei\\_ragazzi\\_le\\_nostre\\_colpe-294537631/](https://espresso.repubblica.it/attualita/2021/03/31/news/le_angosce_dei_ragazzi_le_nostre_colpe-294537631/)

<sup>8</sup> Per chi fosse interessato ad approfondire i disturbi alimentari in adolescenza e il ruolo importante degli insegnanti, segnalo un mio articolo pubblicato sulla rivista *Psicologia e scuola* (Giunti, 2021) e consultabile anche online a questo link: <https://www.giuntiscuola.it/articoli/la-protesta-del-camaleonte-i-disturbi-alimentari-adolescenza>

pericoloso di quanto già lo sia in generale, poiché può bloccare il processo evolutivo necessariamente in atto e soprattutto spostare l'attenzione dalle implicazioni relazionali che sempre stanno dietro alla manifestazione di questo sintomo.

### **Funzionalità del sintomo alimentare**

Le esperienze e i vissuti finora tracciati possono aver portato la persona a sentirsi, come già detto, indefinita, debole, vuota, non padrona della propria esistenza: «Il corpo diventa così un oggetto – l'unico – sul quale si ha la sensazione di poter esercitare il proprio controllo e il proprio dominio, lo strumento che permette di dare un ordine al caos, di mantenere un senso di padronanza di sé, in almeno un ambito della propria identità sentita» (Cionini, 2013, p. 147).

Non sentendo di avere margine di manovra per potersi esprimere ed esistere all'interno della sua famiglia, [Azzurra] stava scegliendo il corpo come portavoce del suo malessere. Da quando aveva smesso di mangiare, infatti, improvvisamente sembrava contare di più ciò che sentiva lei, era più al centro dell'attenzione, era "qualcosa": «Meglio anoressica che quello che decidono loro. Almeno questo lo decido io». (Casini, 2023)

Inoltre, l'anoressia in questo senso assume anche le caratteristiche di una protesta, di un vero e proprio sciopero della fame volto a «ridurre l'onnipotenza dell'altro» (Recalcati, 2002, p. 18). La ribellione al controllo dell'altro è un punto centrale: Valeria Ugazio sostiene che la scelta dell'emaciazione derivi dal desiderio di dire un "no". Poiché le persone che manifestano tale problematica hanno sofferto di un senso di inefficacia personale, e hanno l'impressione di agire sempre in risposta agli altri piuttosto che sulla base di un sentire, dicendo di no al cibo definiscono la propria identità. Il processo del dimagrimento consente di mantenere un senso di efficacia personale e contemporaneamente la relazione con i genitori. In effetti, se sono un'estensione di mia madre nel farmi male in qualche modo "le faccio male" e dunque l'attivo e la coinvolgo: questo serba la relazione e contemporaneamente il tentativo di separazione.

Quello che voglio è riassumere il controllo della mia esistenza, riuscire a sottrarlo per sempre alla persona che se n'è impossessata fin dalla mia nascita. Controllo l'alimentazione per scolpire il mio corpo come mi va, per diventare una creazione di me stessa e smettere di essere la creatura di mia madre.

Per quanto possa sembrare contraddittorio, è per piacere a lei che mi sottopongo a queste privazioni. Tutto quello che faccio lo faccio per lei: perché continui ad amarmi nonostante i mutamenti che stravolgono la mia anatomia e per sfuggire al suo controllo asfissiante. Non posso vivere né con lei né senza di lei (Caro, 2008, p. 103)

Adottando uno sguardo sistemico, si può dire che chi manifesta il sintomo alimentare è il cosiddetto "paziente designato" (Bateson et al., 1956), ovvero il portavoce di un disagio che in realtà riguarda tutta la famiglia, colui che di quest'ultima si assume esplicitamente la sofferenza. Guidano (2007) suggerisce di porre particolare attenzione alla relazione esistente tra il tipo di struttura familiare e il processo attraverso il quale si è costruita l'identità del paziente, nonché al ruolo della famiglia nella formazione e nel mantenimento dello scempenso alimentare.

## **Il percorso psicoterapeutico: un modello di intervento**

Il cambiamento dell'atteggiamento nei riguardi dell'alimentazione, del peso e del proprio corpo potrà avvenire solamente se la persona arriverà a costruirsi il senso di una possibile maggiore padronanza di sé in ambiti diversi della propria vita, oltre a quello corporeo.

In questo modo l'immagine che il proprio corpo rimanda potrà essere portatrice di un messaggio meno nucleare rispetto al senso della propria identità, permettendo così una trasformazione che, come effetto, si tradurrà in una diminuzione e poi eliminazione della sintomatologia anoressica (Cionini, 2013).

### *Non lavorare direttamente sul sintomo*

La riduzione sintomatologica, fatti salvi ovviamente i casi gravi nei quali il peso rischia di diventare incompatibile con la vita, per la psicoterapia costruttivista intersoggettiva non è mai l'unico obiettivo terapeutico, e nella maggior parte dei casi avviene senza lavorare direttamente sui sintomi. Anzi, nel caso dei disturbi alimentari il lavoro sul sintomo – diario alimentare, tabelle nutrizionali, pasti assistiti, diete... – è considerato addirittura iatrogeno. Secondo il modello costruttivista intersoggettivo, infatti, il porsi unicamente traguardi che riguardano il peso e l'alimentazione è d'ostacolo al percorso terapeutico poiché impedisce l'analisi e la comprensione del reale significato dei sintomi alimentari che, in quel momento, rappresentano la migliore strategia che il paziente ha trovato per far fronte a una sensazione inconsistente e vaga di sé. L'istituzione – o più nello specifico lo psichiatra, o il dietista... – diventa, insomma, il genitore a cui dire “no”, perché in effetti replica ciò che la persona ha sentito di vivere fino a quel momento: ancora una volta qualcuno “prescrive” ciò che è giusto fare e sentire, per altro con gli stessi mezzi che già il paziente usa (come per esempio il conto delle calorie o il controllo del peso).

Se il sintomo alimentare ha la funzione di riappropriarsi almeno di un'area della propria vita, quella corporea, ecco che il rischio iatrogeno dell'approccio sopraccitato sta, in particolare, nel fatto che nuovamente viene tolta la possibilità di sentirsi “padroni” di sé.

Usualmente sono i pazienti in primis che non hanno alcuna voglia di parlare della loro sintomatologia, e questo facilita il nostro lavoro. I temi che emergono in prima battuta, infatti, riguardano generalmente le difficoltà relazionali e il senso di solitudine e vuoto che spesso è per loro insopportabile. Quando capita di parlare del sintomo, è utile tenere sempre presente che ciò che a noi interessa è la funzione che esso ha. Può quindi essere importante cogliere che cosa è avvenuto in concomitanza di un momento critico, stando attenti non tanto agli eventi “oggettivi” quanto agli stati interni, per incrementarne la consapevolezza.

### *Non considerare l'anoressia una malattia*

Dell'anoressia sovente si parla come di una malattia alla stregua di un'influenza, in questo senso indipendente dalla storia e dai bisogni di chi la manifesta. Questo sguardo, come già abbiamo visto, è di grande ostacolo al percorso volto alla comprensione di ciò che sottende. Lo stralcio seguente, tratto da un blog, ne è un esempio:

Buio...

Ecco come descriverei questo inferno che ormai mi appartiene da più di tre anni...

Esso ha un nome ed un cognome

ANORESSIA NERVOSA...

Quando mi sono state dette tali parole dai miei medici, non ci credevo, non era possibile, non a me, io stavo benissimo, io avevo tutto sotto controllo erano loro a sbagliarsi...  
Quando è iniziato tutto ero inconsapevole di quello che stava succedendo, ero partita con l'idea di fare una semplice dieta per perdere quei chili in più che tanto odiavo e non riuscivo a vedere.  
Quando ho iniziato a perdere peso mi sono sentita incredibilmente forte e finalmente ho sentito di avere il controllo su qualcosa<sup>9</sup>.

Da queste parole emerge chiaramente che, nonostante il sintomo venga considerato quasi come un virus, in realtà la sua funzione è già chiarissima: "mi sono sentita incredibilmente forte e finalmente ho sentito di avere il controllo su qualcosa".

Anche nel libro di Isabelle Caro si assiste a questo paradosso: spiega perfettamente la genesi relazionale dell'anoressia, e contemporaneamente ne parla come di una malattia da combattere ed estirpare. Dobbiamo cercare di scardinare questa visione, facendo riappropriare le persone del senso che tali problematiche hanno – pur con molti costi – per il mantenimento del proprio equilibrio.

*"Almeno la psicoterapia non è una performance"*

È indispensabile che al paziente arrivi l'assenza assoluta di giudizi, di opinioni, di valutazioni più o meno esplicite: la psicoterapia – almeno la psicoterapia – non è una performance (né per il paziente né per il terapeuta).

Più il paziente sceglierà di mostrarsi, più sarà importante che sperimenti la sensazione di non spaventare o preoccupare l'altro. In questo senso, può essere molto importante ammettere eventuali errori professionali e, se si ritiene che sia il caso, anche "imperfezioni" personali. Ciò contribuisce a rendere autentica la relazione e possibile una comunicazione esplicita, contrariamente a quella spesso sperimentata nel corso della vita.

Il paziente deve sentirsi in uno spazio in cui può scoprire che cosa significhi essere autentico, sentendosi libero di dire – ma anche di non dire – tutto. Per questo bisogna garantire una zona franca, nella quale anche i contatti con i familiari siano gestiti in modo totalmente trasparente.

Poiché abbiamo visto che queste persone tendono a utilizzare criteri esterni per definire la propria identità, è fondamentale non interpretare, etichettare e/o porsi come colui che "sa" che cosa è giusto o sbagliato per l'altro. Lo stesso vale riguardo ai consigli e ai suggerimenti, fatta eccezione a mio avviso per gli ambiti artistici: ben venga un consiglio di lettura, una condivisione relativa a film interessanti, mostre, spettacoli o attività artistiche di vario genere. Non vanno imposti i propri gusti o le proprie opinioni, ma bisogna scoprire insieme al paziente che cosa gli piace e stimolare un "nutrimento del sé" che non passi dal cibo.

*Accogliere la "nostalgia" del sintomo*

Dopo la fase iniziale del percorso terapeutico, quando la persona ha compreso più chiaramente i bisogni sottostanti la manifestazione del sintomo, generalmente accade che quasi senza accorgersene inizierà a farne a meno. Capita che questi pazienti possano iniziare una seduta dicendo: "Mi sono accorto che sto mangiando senza pensarci troppo!" O "Non mi peso da tre mesi!", in un misto di stupore e spavento.

In questi momenti, ma anche successivamente, può succedere che il paziente rimetta in atto condotte restrittive solo perché non si riconosce senza di esse. In altre parole, l'anoressia

---

<sup>9</sup> [https://qui-ed-ora7.webnode.it/?fbclid=IwAR0Ob6\\_fxQq65NXLzUhNaII62p\\_dN632U5D74lsfkh-mxTFqtiiSY45ed9Dk](https://qui-ed-ora7.webnode.it/?fbclid=IwAR0Ob6_fxQq65NXLzUhNaII62p_dN632U5D74lsfkh-mxTFqtiiSY45ed9Dk)

era “un pezzo di sé”, qualcosa che per lungo tempo è servito per affermarsi, esistere per le figure di riferimento, sentire di avere il controllo su un’area della propria esistenza: farne a meno, per quanto paradossale ciò possa sembrare, fa male. Alcune persone mi hanno proprio parlato di “nostalgia”, altre di senso di smarrimento: “Sono qualcosa anche senza il mio sintomo, ma cosa?”.

Queste sensazioni vanno accolte, e non è difficile farlo alla luce di quanto esposto in precedenza, poiché tali sentimenti sono più che coerenti con esso. Dobbiamo aiutare i pazienti a ringraziare il loro sintomo, poiché a molto è servito. Dobbiamo poi accompagnarli nel percorso della sua perdita, come fosse un lutto: a tutti gli effetti hanno perso un compagno di viaggio, che ormai aveva senso non proseguisse più per la loro stessa strada.

Mi è capitato di far scrivere lettere di congedo al sintomo e tutte sono risultate davvero commoventi. Per ragioni di privacy non posso riportarle qui, ma ho l’autorizzazione di citare un piccolo stralcio di una di esse: «Cara anoressia, so che mi mancheranno alcune sensazioni che mi hai dato, però credo abbia senso ammettere a me stessa che è un po’ che ci siamo separate. Grazie, mi hai dimostrato quanto so essere tenace, forte, potente, e pure un po’ indipendente. Adesso però ho davvero voglia di provare anche a essere felice».

### **Esperienza trasformativa centrale: la relazione terapeutica**

In quanto persona alla quale il paziente si rivolge in un momento di particolare difficoltà della sua vita, il terapeuta può essere considerato a pieno titolo una potenziale, importante, figura di attaccamento rispetto alla quale, il paziente tenderà a riprodurre quei processi di attribuzione di significato e a vivere quelle emozioni che caratterizzano tipicamente, “nell’oggi”, le relazioni con le sue figure di attaccamento. (Cionini, 2014)

L’esperienza relazionale col terapeuta, dunque, se diversa da quella vissuta con le proprie figure di riferimento, sarà centrale per il processo di cambiamento. Se ciò è sempre valido, con questi pazienti è ancora più importante mettere l’attenzione su alcuni aspetti relazionali che vedremo in seguito.

#### *Farsi osservare e “non fare niente”*

Abbiamo visto che questi pazienti hanno generalmente difficoltà con la vicinanza affettiva.

[...] il setting, per le sue caratteristiche di intimità, propone una vicinanza facilmente percepibile come “minaccia”. Per ridurre questa minaccia e costruire fiducia e sicurezza, il terapeuta dovrebbe assumere una posizione simile a quella di un naturalista che volendo avvicinarsi a un animale selvatico lo fa lentamente e, mentre lo osserva, permette all’altro di farsi osservare per il tempo necessario a sentirsi sicuro. (Cionini e Mantovani, 2016)

Detto in altri termini, paradossalmente l’unica cosa da fare all’inizio della terapia è “non fare niente”. Esserci, con un ascolto autentico, lasciando all’altro lo spazio e il tempo per comprendere chi ha davanti e quanto può fidarsi.

Possiamo aspettarci che inizialmente questi pazienti cerchino di “assumere il controllo” della relazione, in modo da renderla più prevedibile e decifrabile. Questo può voler dire trovarsi a dover fare i conti con uno sguardo spesso circospetto, attentissimo ai nostri micromovimenti, ipersensibile agli impercettibili mutamenti della mimica facciale e a eventuali cambiamenti anche minimi della nostra attenzione (per esempio, lo spostamento dello sguardo per vedere che ore sono).

Invece di sentirsi in soggezione, ha molto senso stare anche con questo ed eventualmente – con delicatezza e quando la relazione terapeutica è sufficientemente sicura – provare a renderlo oggetto di lavoro.

### *Dal burattinaio al ventriloquo*

I pazienti che manifestano il sintomo anoressico, come approfondito dettagliatamente e più volte in questo articolo, possono essersi sentiti un'estensione delle proprie figure di riferimento, non differenziati, privati del riconoscimento di un proprio mondo interiore indipendente da quello dell'altro.

Abbiamo detto che il tema della “lotta di potere” su chi detiene lo scettro della propria esistenza è centrale, così come il controllo percepito sui propri comportamenti e sentimenti. Alcuni pazienti si sono proprio paragonati a burattini nelle mani di un altro, impossibilitati anche solo a permettersi di sentire di poter avere un qualche moto interno autonomo.

Allora, come terapeuti, non dobbiamo in nessun modo porci come dei burattinai. Per questo, come già detto, secondo l'orientamento costruttivista intersoggettivo sono iatrogeni gli approcci che mirano direttamente all'eliminazione del sintomo e che dunque lavorano assumendo il controllo del peso, delle calorie ingerite, del comportamento e del pensiero.

Piuttosto, per dirlo con una metafora, il terapeuta dovrebbe essere un ventriloquo, che cioè gradualmente riesce a far parlare “la pancia” del paziente, dandole credibilità e voce. Il mondo del sentire per queste persone è un grande sconosciuto, quindi lentamente ha molto senso aiutarle a entrarci in contatto, sempre rispettando i loro tempi interni, poiché farlo può essere per loro molto minaccioso.

Per facilitare l'accesso alla dimensione affettivo-analogica è importante lavorare con poesie, canzoni, con i sogni attraverso procedure associative, con immagini metaforiche, con tecniche di immaginazione guidata<sup>10</sup>, con disegni o altri espedienti artistici. Anche l'uso di fotografie può essere d'aiuto<sup>11</sup>. Per iniziare ho trovato anche molto utile l'uso di immagini evocative, come per esempio le carte di *Dixit*<sup>12</sup>.

### *Stare nel vuoto*

Le sensazioni di vuoto, così frequentemente sperimentate da chi manifesta una sintomatologia di tipo anoressico, non devono scoraggiare i terapeuti, anzi, sono degli ottimi punti di partenza per co-creare nuovi significati in terreni non ancora battuti. Infatti, proprio là dove tutto sembra già essere stato scritto o prescritto, incontrare uno spazio vuoto conferma la volontà di questi pazienti di permettersi di avere qualche pagina bianca nel grande libro della loro vita.

Senza escludere o minimizzare tutti i costi che “le sensazioni di vuoto” comportano – come del resto qualsiasi sintomo – esse potrebbero avere anche una funzione protettiva che va presa in considerazione: nello specifico, quella di preservare la possibilità di cambiamento. Se possono

---

<sup>10</sup> Per approfondire maggiormente l'uso del “linguaggio delle immagini” nella psicoterapia costruttivista intersoggettiva rimando all'articolo di Cionini *Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento* consultabile a questo link: <https://www.aippc.it/wp-content/uploads/2019/04/2015.02.169.180.pdf>

<sup>11</sup> Non è questa la sede per approfondire come possono essere utilizzate le fotografie in psicoterapia, ma l'articolo che indico offre una prima panoramica in merito: <https://formazionecontinua.inpsicologia.it/utilizzo-della-fotografia-in-psicoterapia/>

<sup>12</sup> *Dixit* è un gioco da tavola francese, ormai famoso anche in Italia, che ha come base delle carte caratterizzate da illustrazioni evocative, fantasiose, oniriche e bizzarre che si prestano a diverse interpretazioni.

venire anche associate all'angoscia, esse non si esauriscono con l'angoscia poiché quest'ultima ne è soltanto un effetto. Se ci sono potrebbero essere il terreno sul quale provare a costruire – insieme – il desiderio di ripartire. La lavagna all'interno della quale disegnare, coraggiosamente, un pezzo di sé di propria mano. (Casini, 2017)

Il terapeuta deve riuscire a tollerare queste sensazioni, in particolare la propria eventuale impotenza di fronte alla consapevolezza che non solo quel vuoto non può riempirlo, ma che non è affatto auspicabile che lo faccia. Anzi, è bene che, sempre consapevole di ciò che sta avvenendo all'interno della relazione e dentro se stesso, mantenendo in sé un baricentro, “ci stia dentro” insieme al paziente, per provare a fare emergere proprio da lì nuovi possibili significati<sup>13</sup>.

Si tratta, insomma, di riuscire a “stare” con l'altro e con quello che ci porta.  
Per farlo è indispensabile che il terapeuta sappia stare con se stesso.  
Che non abbia bisogno, per sentirsi efficace, di “salvare” i pazienti.  
Che non abbia bisogno di “fare” e “riempire”.  
Che riesca ad accogliere il dolore, in tutte le sue sfumature.  
Che sappia farsi contenitore, base sicura, posto dal quale partire e nel quale tornare.

Michelangiolo Buonarroti diceva che l'arte dello scolpire si fa “per via di levare”: una concezione neoplatonica della scultura, secondo la quale la forma è già tutta dentro il blocco di marmo. Ciò che il bravo scultore dovrebbe fare è “semplicemente” farla emergere, scolpendo la pietra lentamente, lasciando che affiori la figura. Ecco, credo che con questi pazienti stia nello scoprire che cosa si cela nel blocco di marmo la vera rivoluzione, che è ancora più rivoluzionaria se diamo a quel “blocco” la possibilità di raccontarcelo, e così di ripristinare una leggerezza che non è assenza di peso, ma movimento vitale.

---

<sup>13</sup> Per riuscire a stare nel vuoto insieme al paziente è indispensabile che il terapeuta abbia svolto un lavoro personale che l'abbia portato a essere consapevole di sé, delle proprie dinamiche affettivo-emotive e dunque in grado di non spaventarsi e di distinguere i propri moti interni da quelli dell'altro.



### Riferimenti bibliografici

- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Brusa, L. (2006). Disturbi alimentari e trauma. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8, 1-10. Franco Angeli.
- Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina.
- Caro, I. (2008). *La ragazza che non voleva crescere*. Cairo.
- Casini, C. (2023). Azzurra e l'anoressia come sciopero della fame. *Psicologia e scuola*, 15, 40-41.
- Casini, C. (2017). "Mi sento vuoto". Dal vuoto come mancanza al vuoto come spazio per il cambiamento. *Costruttivismi*, 4, 189-199. <https://doi.org/10.23826/2017.02.189.199>
- Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-213). Carocci.
- Cionini, L. (2014). La persona del terapeuta come strumento del cambiamento: implicazioni per il processo formativo. *Costruttivismi*, 1, 29-33. <https://doi.org/10.23826/2014.01.029.033>
- Cionini, L., e Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40-62. <https://doi.org/10.23826/2016.01.040.062>
- Guidano, V. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica*. Franco Angeli.
- James, W. (1890). *The principles of psychology, Vol. 1*. Henry Holt & Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Longo, T. (1997). Il padre: separatore mancato o creatore di illusioni? *ABA news-trimestrale dell'associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari*, 5, 18.
- Minuchin, S. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Astrolabio Ubaldini.
- Nucara, G. (1995). La ricerca del padre perduto nella terapia dell'anoressia e della bulimia. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 2-3, 219-232.
- Recalcati, M. (2004). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Franco Angeli.
- Speranza, A. M., e Alberigi, E. (2006). La relazione tra abuso e disturbi alimentari. Il ruolo della dissociazione. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8(3), 1-24. Franco Angeli.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Bollati Boringhieri.

C. Casini

### **L'Autrice**

*Claudia Casini* è psicologa, psicoterapeuta e svolge attività libero professionale a Firenze presso il Centro Studi in Psicoterapia costruttivista, nel quale è anche codidatta e docente di alcuni insegnamenti teorici, tra i quali quello relativo al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Vicedirettrice della rivista *Costruttivismi*, tutor accreditata per il tirocinio post-lauream per l'abilitazione alla professione di Psicologo, autrice per la rivista *Psicologia e Scuola*, ha pubblicato poesie, racconti e articoli scientifici in riviste di settore, italiane e straniere.

E-mail: [claudia.casini.psy@gmail.com](mailto:claudia.casini.psy@gmail.com)



### **Citazione (APA)**

Casini, C. (2023). "Più sparisco e più mi vedono": la lettura costruttivista intersoggettiva dell'anoressia nervosa. *Costruttivismi*, 10, 3-20. <https://doi.org/10.23826/2023.01.003.020>