

**Barbara Venturello**

# Diadema

*Il counselling cristiano in azione nella lotta  
all'anoressia nervosa*

Studio Kappa  
Via Duca d'Aosta 14  
14100 Asti  
Agosto 2019  
5 €

**Studio Kappa**



## **Un diadema dalla cenere**

***Il counselling cristiano in azione nella lotta all'anoressia  
nervosa***



# Indice

Premessa .....	5
Introduzione.....	9
1. Inquadrare il problema .....	13
1.1 Cos'è l'anoressia nervosa? .....	133
1.2 Un po' di storia .....	15
1.3 I soggetti a rischio.....	200
1.4 Cause, motivazioni e funzionalità.....	23
1.5 Anoressia e famiglia: uno sguardo alle influenze famigliari ...	30
1.6 Criteri per la diagnosi.....	366
1.7 Segni e sintomi psicologici e comportamentali .....	39
1.8 Segni e sintomi fisici .....	411
1.9 La prognosi dell'anoressia .....	433
1.10 Il futuro dell'anoressia .....	45
2. Approcci e metodi terapeutici secolari.....	47
2.1 Modelli e approcci interpretativi.....	477
2.2 Le Terapie .....	64
2.3 La durata del trattamento .....	966
2.4 Network: il ruolo della rete di aiuto .....	97
3. Approcci cristiani.....	101

3.1 L'approccio di Adams.....	102
3.2 L'approccio di Crabb.....	104
3.3 La scelta del modello.....	108
3.4 Che cosa può aggiungere la fede.....	110
3.5 I dodici passi.....	122
3.6 Le dieci vie.....	126
3.7 Considerazioni generali.....	131
4. Analisi del caso proposto.....	135
4.1 La raccolta di informazioni certe.....	1355
4.2 Spunti di riflessione.....	1377
4.3 Indicazioni di procedimento.....	1399
4.4 Ciclo di consulenze individuali con la ragazza.....	1522
4.5 Il percorso di consulenza con la famiglia.....	1677
4.6 Raccomandazioni.....	186
5 Conclusioni.....	189
Bibliografia.....	195

## Premessa

Le pagine che seguono riportano parte di un lavoro sul tema dell'anoressia nervosa<sup>1</sup> svolto dall'autrice nel periodo Novembre 2010 - Settembre 2011 nell'ambito del corso avanzato di consulenza cristiana tenuto nella città di Milano a cura di L'Arca Teen Challenge - Barnabas Training Consortium, riconosciuto dall'*Association of christian counsellor – UK* e dall'Associazione di consulenti cristiani italiana<sup>2</sup>.

Questo corso di consulenza è un percorso formativo di secondo livello della durata di 350 ore che si rivolge a chi, a vario titolo, intende contribuire al benessere di persone (generalmente cristiane) che si trovano in qualche stato di bisogno emotivo o relazionale.

La peculiarità della formazione è che approfondisce approcci internazionali specifici di ambito cristiano evangelico, sviluppati sulle basi delle più accreditate teorie scientifiche di stampo accademico.

---

<sup>1</sup> Gargioni A., Mori M., Venturello B., Waldner S., *Un diadema dalla cenere. L'anoressia Nervosa*, opera inedita

<sup>2</sup> <https://acc-italia.org/>

Si invita quindi il lettore a tener presente che in diversi punti di quanto a seguire, saranno utilizzati uno stile linguistico e dei *frame* valoriali viziati dal contesto ideologico di base. Per questa ragione l'autrice, in alcuni passaggi, ha inserito delle note esplicative che hanno la finalità di far afferrare al lettore alcuni concetti ed espressioni gergali che in ambito cristiano evangelico e, in generale, in quello del protestantesimo, sono di uso comune.

Alcune affermazioni, inoltre, sono supportate da riferimenti biblici esplicitati nel corpo del testo e riportati con il metodo anglosassone. Il testo biblico di riferimento è quello della Versione Nuova Riveduta, Ed. Società Biblica Britannica & Forestiera, Roma, 2006 che nel libro veterotestamentario dei Salmi utilizza la numerazione ebraica.

Il counselling<sup>3</sup> come attività professionale con un proprio oggetto ed ambito operativo non è una realtà affermata in Italia ma, inteso come metodo, come modo di impostare un colloquio professionale di aiuto, può essere *“considerato una delle varie funzioni interne all’aiuto sociale”*<sup>4</sup>.

Sono l’approccio, i riferimenti ed i contenuti di questo aspetto metodologico, privo di connotazioni ideologiche, che

---

<sup>3</sup> A parte le citazioni di altri autori, in questo elaborato si utilizza la versione britannica “counselling” e “counsellor” anziché quella consueta “counseling” e “counselor”

<sup>4</sup> Folgheraiter F., (a cura di Raineri M.), *Assistente sociale domani. Volume 1*, Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A., Trento, 2016

l'autrice oggi utilizza nell'ambito di colloqui professionali motivazionali<sup>5</sup> o di *helping*.

C'è da precisare che generalmente il counselling è un aiuto offerto a persone in situazioni ordinarie di vita, non connotate da alcun marchio stigmatizzante come spesso avviene agli utenti dei servizi socioassistenziali<sup>6</sup>.

Ciononostante, si è sperimentato che il professionista assistente sociale può acquisirne le caratteristiche come base per la messa in azione delle cosiddette “*buone prassi*” per la conduzione del colloquio professionale<sup>7</sup> in tutte le fasi del procedimento metodologico.

*“Immaginiamo un assistente sociale. Non sempre, quando entra in un colloquio con un utente o con altre figure, come i caregiver familiari, si tratta a rigore di counseling.*

*Il colloquio, per esempio può essere orientato ad effettuare un'accurata valutazione dei bisogni (need assessment) finalizzata alla pianificazione dell'assistenza domiciliare, oppure può servire ad una valutazione del rischio (risk assessment) in vista ad una relazione al Tribunale, o ancora per la valutazione in itinere o finale (evaluation) di un intervento a progetto (...).*

---

<sup>5</sup> Rogers C.R., *Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Astrolabio, Roma, 1978

<sup>6</sup> Folgheraiter F., op. cit.

<sup>7</sup> Allegri E., Palmieri P., Zucca F., *Il colloquio nel servizio sociale*, Carocci Editore S.p.A., Roma, 2013

*Questo non è counseling in senso stretto, ma ciò non toglie che in qualche frangente l'operatore possa mettere in campo delle abilità tipiche di questo metodo"*<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Forgheraiter F., op. cit.

# Introduzione

In un'epoca caratterizzata dalla massiccia presenza di problemi legati al *body shaming*, il tema dell'anoressia nervosa è attuale e, ahimè, abbastanza frequente. Come vedremo, questo disagio, tipico del genere femminile, ha iniziato ad interessare anche il genere maschile.

Oltre all'attualità della tematica, si sceglie di condividere i tratti salienti dell'elaborato "Un diamante dalla cenere. Anoressia nervosa", in quanto ha alcune peculiarità che potrebbero risultare interessanti. Esso, pur non avendo pretese di scientificità, ha il pregio di essere equilibrato sotto due rilevanti punti di vista: la teoria e la pratica.

All'esposizione di diversi approcci provenienti da teorie e modelli cosiddetti "secolari", ossia facenti parte dei saperi accademici riconosciuti a livello scientifico, si affiancano quelli di matrice cristiana per affrontare nel dettaglio un "caso didattico".

L'output del gruppo di lavoro è quindi un testo di sintesi del processo di immedesimazione nell'équipe monoprofessionale di consulenti cristiani che, come vedremo,

per l'efficacia dell'intervento, si renderà conto di dover attivare un lavoro di rete formando un'equipe multiprofessionale.

Le teorizzazioni vengono in questo modo "operativizzate" e la scelta di un approccio rispetto ad un altro motivata dal gruppo di lavoro.

Questo particolare agli occhi dell'autrice è significativo, perché fa assumere al trattato un taglio concreto e mostra come, dei counsellor preparati e ben consci del loro campo di azione, possano, in situazioni complesse, essere attivatori, promotori, facilitatori, del processo di aiuto ponendosi anche come soggetti che danno il via alla costruzione della rete con altre figure professionali specializzate (medico di base, psichiatra, psicologo, eccetera) senza "sconfinamenti".

Un aspetto non sufficientemente evidenziato nello scritto originale è dato dal fatto che, per arrivare alla soluzione del "caso didattico", si sono realizzate numerose sessioni di confronto tra le autrici. Questo ha permesso loro di sperimentare e verificare le ipotesi sulle azioni. Alcune sessioni sono state condotte con tecniche improntate sul *role playing*.

Infatti, solo dopo un lavoro di ripensamento delle varie opzioni (teoriche e pratiche) si sono scelte quelle ritenute più efficaci dal gruppo per poi motivarle nell'elaborato.

Pur non avendo alcuna pretesa di scientificità, questa pubblicazione si rivolge a coloro che credono nel valore del lavoro di cura anche non professionale. Descrivendo

teoricamente e concretamente un approccio cristiano, risulta di particolare interesse anche per enti ed organizzazioni che operano concretamente sui territori, avvalendosi della preziosa collaborazione di volontari. Per esempio, i centri di ascolto parrocchiali.

Si riporta qui di seguito il caso affrontato:

*“Rebecca, una ragazza di 16 anni, viene accompagnata dal padre su incoraggiamento di comuni amici per esporvi il suo problema di anoressia.*

*È la prima di due figli, molto minuta, quasi spaurita all'apparenza.*

*Non ha mai chiesto nessun tipo di aiuto ed è la prima volta che ne parla con un counsellor.*

*Il padre era un pastore di una grossa chiesa tradizionalista, poi per qualche ragione tre anni fa ha cominciato a frequentare un'altra chiesa in un'altra località insieme a tutta la famiglia.*

*Rebecca è nata e cresciuta nella chiesa curata dal padre ed ha fatto nella sua preadolescenza una professione di fede.*

*Il padre e la madre sono stati presi alla sprovvista da questa situazione emersa dopo che amici e insegnanti hanno segnalato loro alcuni comportamenti di Rebecca cui loro non avevano fatto molto caso attribuendoli alle fisiologiche difficoltà adolescenziali”<sup>9</sup>.*

---

<sup>9</sup> Gargioni A., Mori M., Venturello B., Waldner S., op. cit.



# 1. Inquadrare il problema

*“L’anoressia insieme alla bulimia, con il loro contorno di sottotipi patologici, rientrano nel grande ‘calderone’ dei cosiddetti”* disturbi dell’alimentazione *“che comprendono anche le varianti del ‘vomiting’, del ‘binge eating’ (alimentazione compulsiva), del ‘night eating disorder’ (alimentazione notturna) eccetera”*<sup>10</sup>.

## 1.1 Cos’è l’anoressia nervosa?

L’Anoressia Nervosa, comunemente chiamata anoressia, non è solo uno dei tipi di disordine alimentare ma è anche e soprattutto un disordine psicologico.

---

<sup>10</sup> Speciani A., Speciani L., *Anoressia e bulimia. Fare pace con il cibo*, Giunti Editore S.p.A., Firenze 2009

È caratterizzata dal rifiuto volontario del cibo associato alla paura ossessiva di ingrassare. In genere si parla di anoressia nervosa quando alla paura di ingrassare si associa una perdita di peso rilevante (superiore al 15% del peso considerato normale in base a età, sesso ed altezza), alterazione nel modo di vivere il peso, la taglia e le forme corporee (cenestesia) e infine, per le donne, la scomparsa del ciclo mestruale (amenorrea) per almeno tre mesi consecutivi.

L'anoressia è quindi una condizione che va ben oltre la dieta fuori controllo. Una persona con l'anoressia spesso inizia diete per perdere peso. Con il passare del tempo, la perdita di peso diventa un segnale di padronanza e controllo. La spinta a diventare più magri è in realtà secondaria rispetto alle preoccupazioni a riguardo del controllo e/o alle paure relative al proprio corpo.

L'individuo continua il ciclo senza fine dell'alimentazione restrittiva, spesso accompagnato da altri comportamenti come un eccessivo esercizio fisico o l'abuso di pillole dietetiche, diuretici, lassativi e/o clisteri per ridurre il peso corporeo, fino ad un punto vicino all'inedia per poter sentire un senso di controllo sul proprio corpo.

Questo ciclo diventa un'ossessione e, in tal senso, è simile a qualsiasi altro tipo di dipendenza.

## 1.2 Un po' di storia

Il termine anoressia (da greco *an*: mancanza e *orexis*: appetito) venne utilizzato nella sua accezione moderna di diminuzione o avversione al cibo non prima del Secolo XIX.

In realtà l'anoressia è conosciuta da molto tempo. Già nel Medioevo si parlava di "santa anoressia" come ideale ascetico di mortificazione del corpo per coloro che avessero aspirazioni di santità. Vittime illustri della malattia sono state alcune grandi sante; fra queste Caterina da Siena e Angela di Foligno.

*"La prima descrizione medica si fa però risalire al Cinquecento, ed è dovuta al medico genovese Simone Porta. Circa un secolo più tardi, nel 1869, il medico inglese Richard Morton tracciò le linee di una patologia, definita "consunzione nervosa", che fra i sintomi presentava amenorrea, estremo dimagrimento, incessante attività nonostante l'estrema debolezza.*

*Nel 1860, Louis Victor Marcé descrisse per primo un "disordine dello stomaco", rintracciabile soprattutto presso il genere femminile. Questo concetto fu ripreso e identificato, poco più tardi (1870) dal francese Charles Lasègue come "anoressie histerique" e dall'inglese Pilliamo Gull come "anorexia nervosa".*

*Anche Freud ebbe modo di studiare la malattia. Secondo il suo approccio, l'anoressia nervosa è correlata a una forma di melanconia legata ad una non raggiunta maturità sessuale<sup>11</sup>.*

In generale, i disturbi del comportamento alimentare (d'ora in poi DCA) identificati come malattie intorno agli anni Settanta dello scorso secolo, hanno mostrato in tempi recenti un incremento significativo ed attualmente rappresentano un problema sociosanitario molto importante per tutti i paesi sviluppati. Alcuni autori, per segnalare la diffusione crescente di sintomi un tempo rarissimi, parlano addirittura di epidemia.

Come si è arrivati a tutto questo? A livello socioculturale l'anoressia è assente nei Paesi del terzo mondo mentre nel "welfare" esiste un rapporto inversamente proporzionale tra abbondanza di cibo e la moda imperante di un'immagine ascetica.

Nel mondo contemporaneo, le preoccupazioni estetiche per l'immagine del proprio corpo si concentrano molto sul peso e sul grasso. Molte persone grasse si vergognano dolorosamente di esserlo. Molte persone si sentono grasse senza esserlo. Nelle società industriali avanzate, un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico, uso di cosmetici e altri comportamenti, più o meno nocivi.

Si calcola che, in qualsiasi momento, almeno il 50% delle donne americane sia a dieta. Il fenomeno designa lo sfondo

---

<sup>11</sup> Speciani A., Speciani L., op. cit.

sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei disturbi del comportamento alimentare. L'incriminazione dell'obesità da parte della medicina e la stigmatizzazione sociale del corpo grasso, soprattutto femminile, sono fatti recenti.

*Parlando del mondo occidentale, si è assistito ad un cambiamento di valori dovuto al passaggio da una società contadina ad una società capitalista. Proprio lo sviluppo economico ha visto il mutamento dell'istituzione familiare da famiglia patriarcale (contadina) a famiglia nucleare cioè una famiglia che produce e consuma.*

*I due modelli si scontrano su molteplici aspetti tra cui, quello degno di nota nel caso dell'anoressia, il diverso modo di vedere la donna. Nel primo modello alla donna era richiesto di essere robusta, feconda, sottomessa e relegata nelle mura domestiche (e con il passare degli anni "grassa").*

*La società in cui era presente questo modello di famiglia era una società povera in cui si lottava per riuscire a mangiare.*

*Nel secondo modello, alla donna è richiesto di produrre e consumare liberamente in una società ricca e sempre più frivola.*

*Rifiutare il cibo in una società capitalista in cui c'è abbondanza di ogni bene, può esprimere il rifiuto categorico del modello societario in cui si era sviluppata la famiglia patriarcale"<sup>12</sup>.*

---

<sup>12</sup> Donini G., Burattini F., Mazzoni I, *Anorexia*, Ed. Croce Bianca, 1993

*“Nella cultura post-moderna potremmo scostarci dalla contrapposizione ormai superata tra i due modelli di famiglia per poter identificare il problema affermando che spesso le donne anoressiche non accettano il ruolo di donna conforme all’esempio offerto dalle loro madri. Molte madri di anoressiche conducono una vita connotata da rinuncia e sacrificio per amore della famiglia. Spesso hanno rinunciato alla carriera e alle loro aspirazioni personali. Sono spesso di malumore, appaiono epatiche, irritabili e molte soffrono di emicrania. Ciò nonostante, esse non si identificano nel loro intimo con il ruolo di donna che hanno assunto ma negano con veemenza questa discrepanza arrivando persino ad affermare il contrario”<sup>13</sup>.*

Hanno contribuito allo sviluppo di una cultura lipofobica (ossia con fobia per il grasso), a tratti fanatica, anche altri fattori.

In primo luogo, l’aumento oggettivo di rischio di obesità che si è sviluppato in quella parte limitata di mondo in cui, a causa di un’offerta sovrabbondante e seducente di cibo, gli individui, nel subconscio, hanno ritenuto inutile e dannosa l’innata e assolutamente utile, capacità dell’organismo di accumulare riserve adipose in vista di una carenza ricorrente di nutrimento.

Accanto a questa situazione, nel corso del Novecento, la società ha iniziato a esasperare la magrezza come canone assoluto di bellezza e salute.

---

<sup>13</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., *Mal di Cibo. Terapie psicologiche e comportamentali contro l’anoressia e la bulimia*, Red Edizioni, Milano 2009

La valutazione medica dell'obesità come patologia e la prescrizione di trattamenti ritenuti idonei per contrastarla si è confusa con ideali estetici e mode imposte dai mezzi di comunicazione di massa.

Il problema si è esasperato a partire dalla fine degli anni Settanta. *“Una generazione fa, negli Stati Uniti, la media delle modelle pesava l'8% in meno della media delle donne americane della stessa età; oggi pesa il 23% in meno”*.

Da considerare come dato interessante l'aumento di articoli riguardanti il controllo del peso come forma di raggiungimento di salute ed estetica sul sempre crescente numero di riviste patinate il cui obiettivo si presenta come quello di essere dispensatrici di consigli per salute e benessere.

Con questi presupposti, non stupisce il numero sempre più crescente di ragazze che, suggestionate dalle mode del tempo, si giudicano grasse in misura indipendente dal loro peso reale. Esse affidano al tentativo di dimagrire la soluzione di conflitti, insoddisfazioni, problemi psicologici di varia natura.

Da segnalare, anche se si esula per un attimo dal discorso, che nell'attuale periodo storico, si sta affiancando ai DCA il cosiddetto *“fenomeno dell'ortoressia ossia un comportamento alimentare che prevede la ricerca maniacale e la necessità irrinunciabile di consumare solo cibi naturali, biologicamente puri o presunti tali*.

*Questo fenomeno si colloca nella giusta cornice dell'attenzione alla nocività dell'ambiente artefatto nel quale la società cosiddetta evoluta sta vivendo e diventa un problema nel momento in cui la persona, ossessionata non dalla quantità del cibo ingerito ma dalla qualità, inizia a rinunciare ad intere categorie di alimenti, rendendo la dieta sbilanciata e povera di alcuni nutrienti e tende a sottrarsi ad incontri interpersonali in quanto a rischio di assunzione di cibi supposti nocivi”<sup>14</sup>.*

### **1.3 I soggetti a rischio**

Approssimativamente il 90% delle persone affette da anoressia sono donne, ma anche gli uomini possono sviluppare il disordine.

*Anche se “dal punto di vista statistico, l’età di esordio della malattia si situa fra i 12 e i 25 anni con due picchi di incidenza in corrispondenza dei 14 e dei 18 anni, è utile sapere che la malattia può insorgere a tutte le età in quanto il digiuno può essere assunto come forma di espressione anche prima dei 12 e dopo i 25 anni”.*

---

<sup>14</sup> Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie. Troppo o troppo poco: un’epidemia dei nostri tempi*, Il Mulino, Bologna, 2004

Resta comunque certo che l'anoressia nervosa colpisce soprattutto gli adolescenti, o meglio le adolescenti perché, come già è stato evidenziato, essa è un disturbo generalmente femminile.

*“La percentuale di maschi anoressici sembra però in aumento. Un dato allarmante è la mortalità che, nelle giovani donne, risulta aumentata”<sup>15</sup>.*

Qualche anno fa la psicopatologa dello sviluppo Mary Connors ha proposto un modello di individuazione dei fattori di rischio detto “Modello Patogenetico a Due Vie”.

Anche se schematico, esso è di indubbio interesse ed utilità. Prevede la divisione dei fattori in due gruppi: Fattori di rischio per insoddisfazione del corpo (fisici, ambientali e legati alla fase del ciclo vitale), Fattori di rischio per difficoltà di autoregolazione (temperamentali, familiari e traumatici); Quando presenti, quelli del primo gruppo rendono più probabile lo sviluppo di una profonda insoddisfazione del corpo, sentito come inadeguato rispetto ai canoni corretti.

Quelli relativi al secondo gruppo, aumentano le probabilità di avere serie difficoltà nella modulazione e nel controllo degli stati emotivi e degli impulsi. Secondo la teoria della Dott.ssa Connors, gli individui nei quali sono presenti soprattutto fattori di rischio del primo gruppo, tenderebbero a sviluppare un rapporto difficile con l'immagine fisica di sé e a ricorrere a diete (spesso incongrue e non necessarie) ma non ad ammalarsi di anoressia o di bulimia.

---

<sup>15</sup> Cuzzolaro M., op. cit.

Allo stesso modo degli individui nei quali sono presenti soprattutto fattori del secondo gruppo. Questi ultimi, infatti, tenderebbero a sviluppare vari sintomi psicopatologici (disturbi dell'umore, di personalità, di abuso di sostanze ecc) ma non ad ammalarsi di anoressia o bulimia.

Il rischio di maturare una sintomatologia anoressica o bulimica diventerebbe invece elevato nei soggetti nei quali si associano, con un peso importante, fattori di entrambi gli ordini.

Modello patogenetico a due vie <sup>16</sup>

<b>Fattori di rischio per insoddisfazione del corpo (I gruppo)</b>	<b>Fattori di rischio per difficoltà di auto regolazione (II gruppo)</b>
<p style="text-align: center;"><b>FISICI</b></p> <p>Genere femminile; Età giovane; Razza caucasica; Sovrappeso; Concentrazione del grasso nella metà inferiore del corpo; Inclinazione familiare (in particolare, materna) al sovrappeso.</p>	<p style="text-align: center;"><b>TEMPERAMENTALI</b></p> <p>Disposizioni del temperamento determinate geneticamente, che attraverso le interazioni precoci con l'ambiente producono tratti di carattere e, nel tempo, designano profili di personalità (es: ossessiva, impulsiva, ecc.)</p>
<p style="text-align: center;"><b>AMBIENTALI</b></p> <p>Classe socioeconomica medio-alta; Grande importanza attribuita in famiglia all'aspetto fisico; Idealizzazione di un corpo femminile molto sottile; Esperienze di derisione; una madre molto preoccupata per l'alimentazione e le diete</p>	<p style="text-align: center;"><b>FAMILIARI</b></p> <p>Invischiamento; Confusione dei ruoli in famiglia; Mancanza di confini; Evitamento dei conflitti; Proiezione e controllo eccessivi; Scarso sostegno allo sviluppo dell'autonomia personale; Scarsa capacità di esprimere sentimenti ed emozioni e di comunicare in modo</p>

<sup>16</sup> Cuzzolaro M., op. cit.

	diretto; Aspettative molto ambiziose; Disturbi psicopatologici dei genitori, in particolare dell'umore (soprattutto di tipo depressivo)
<b>EVOLUTIVI</b> Pubertà; Eterosessualità (per le donne); Omosessualità (per gli uomini); Prime esperienze sessuali; Preoccupazioni per il rendimento scolastico; Distanza fra stereotipi culturali di bellezza femminile e corpi reali delle adolescenti	<b>TRAUMATICI</b> Esperienze di abuso fisico, sessuale e/o emotivo; Negligenze e carenze gravi nelle cure ricevute in infanzia e adolescenza

Anche se la teoria della Dott.ssa Connors è ancora oggi degna di nota, è da sottolineare che fino a pochi anni fa si pensava che l'anoressia fosse quasi esclusivamente una malattia della classe media. In seguito, si è però estesa a tutte le classi sociali<sup>17</sup>.

## 1.4 Cause, motivazioni e funzionalità

### ***Cosa causa l'anoressia?***

Prima di parlare di cause occorre precisare che, l'idolatria occidentale della magrezza femminile non è la causa delle anoressie e delle bulimie. La sua funzione è soprattutto

---

<sup>17</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., op. cit.

quella di suggerire la forma del sintomo attraverso il quale un malessere, grave e profondo, si esprime e cerca un lenimento.

Tutto ciò premesso, a oggi, non è stato determinato alcun elenco di cause che determinano l'anoressia nervosa perché le cause Individuali possono essere definite solo nel contesto di un lavoro psicoterapeutico<sup>18</sup>.

Comunque, le ricerche in campo medico e psicologico continuano a esplorare i possibili fattori scatenanti che è possibile raggruppare come segue:

### ***Cause familiari o amicali***

- ✿ Avere un familiare che soffre o ha sofferto di un DCA;
- ✿ Avere una madre che ha avuto o ha sintomi depressivi a qualsiasi titolo;
- ✿ Crescere in una famiglia dove esistono gravi difficoltà nella comunicazione interpersonale e nell'espressione delle proprie emozioni. (In tal caso, l'anoressia può assumere una sorta di "comunicazione senza parole" con vari aspetti di protesta e di richiesta di attenzione);
- ✿ Vivere periodi di marcate delusioni affettive o gravi problemi relazionali nella coppia;
- ✿ Ricevere feedback negativi e reiterati dal sistema sociale, familiare o amicale con conseguenti disastrose sull'autostima.

---

<sup>18</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., op. cit.

### ***Cause ambientali***

- 🌀 Appartenere a determinati ambienti in cui è rilevante la tematica del controllo del peso (danzatrici, modelle, eccetera);
- 🌀 Vivere in un'area urbana in cui la magrezza viene enfatizzata come un valore positivo.

### ***Cause mediche***

- 🌀 Soffrire di un disturbo della personalità;
- 🌀 Avere una disfunzione all'ipotalamo (una zona del cervello che regola alcuni processi metabolici);
- 🌀 Avere degli squilibri nei livelli di neuro-trasmittitori (sostanze chimiche del cervello che veicolano le informazioni tra le cellule del sistema nervoso promuovendo o inibendo gli impulsi nervosi).

Pur conoscendo le prove contro l'idea che le famiglie possano causare anoressia (prove che sono arrivate al punto che alcune organizzazioni di salute mentale non ascrivono più l'anoressia a tale teoria), diversi esperti rimangono dell'opinione che le discordie familiari e le alte aspettative dei genitori possano mettere una persona a rischio di sviluppare questo disordine<sup>19</sup>.

In ambito scientifico si discute se, a partire da un certo momento, la denutrizione possa mettere in moto un circolo

---

<sup>19</sup> Speciani A., Speciani L., op. cit.

vizioso: le cellule nervose responsabili della regolazione centrale del metabolismo, potrebbero essere danneggiate dal digiuno al punto da perpetuare e far progredire il processo morboso<sup>20</sup>.

Al di là delle succitate cause, è utile soffermarsi sulle motivazioni che spingono le persone a diventare anoressiche. Esse sono innumerevoli e tutte legate alla sfera inconscia, emotiva e relazionale dell'individuo.

Le motivazioni possono essere raggruppate come segue:

### ***Motivazioni inconscio relazionali***

La **paura di diventare adulti** e assumere decisioni in maniera responsabile è frequente tra i giovani.

A tal proposito abbiamo già evidenziato come l'anoressia sia una malattia propria dell'età adolescenziale.

In questo particolare periodo della vita, infatti, il giovane si ritrova alle prese con esperienze nuove in molti settori quali, ad esempio, la scuola.

La conclusione del periodo scolastico obbligatorio può creare grande irrequietezza in quanto la quantità di decisioni da assumere in maniera responsabile è notevole.

È da notare che la paura di diventare adulti non accomuna solo le persone anoressiche ma anche molti

---

<sup>20</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., op. cit.

giovani, soprattutto al giorno d'oggi in quanto si ritrovano a vivere in una società che esaspera la competizione e apparentemente offre illimitate possibilità che nella realtà non ci sono. Ad esempio, nell'ambito della formazione e del lavoro.

A questa paura si può collegare il **desiderio di eludere l'evoluzione verso la vita adulta**. In questi casi l'anoressia diventa uno strumento inconscio per rimanere aggrappati al conosciuto ruolo infantile sottraendosi alla crescita e all'indipendenza proprie dell'età adulta.

Spesso alla base c'è il timore della perdita di amore da parte dei genitori che appaiono intransigenti verso gli adulti e eccessivamente accondiscendenti verso i bambini.

Un altro fattore trasversale a tutte le età, annoverabile tra le motivazioni inconscio relazionali, è **la perdita o la minaccia di perdita di una persona** di riferimento per esempio per decesso o separazione.

### ***Motivazioni inconscio-emotive***

La ricerca di sé ossia la ricerca di significato e la ragione della propria esistenza compreso il proprio ruolo in famiglia e nella società è difficile per ogni persona, in alcune situazioni può contribuire ad innescare il problema anoressico tanto quanto l'odio verso sé stessi o il voler raggiungere ideali di potere, forza ed efficienza.

Per concludere possiamo affermare che causa di DCA sono insicurezze e paure che si cerca di affrontare ricorrendo a modalità comportamentali che si spera possano provocare apprezzamento da parte degli altri.

Oltre ad essere persone che si sforzano di fare tutto il giorno solo cose giudiciose o di avere sempre un buon rendimento scolastico, gli anoressici rafforzano il loro bisogno di attenzione incanalando gli sforzi personali anche attraverso il controllo dei propri impulsi primari quali la fame.

Abbiamo parlato di cause e motivazioni ed ora vorremmo soffermarci sul concetto di **funzionalità dell'anoressia**. Gli anoressici, distorcendo la realtà, spesso vedono nell'anoressia un atteggiamento funzionale.

In questo senso, le “funzioni” della malattia possono essere le seguenti:

- ✿ Provare sofferenza. Questa “funzione” può essere significativa in quelle famiglie che attribuiscono alla sofferenza un valore particolare che in qualche modo procura un’alta considerazione da parte degli altri;
- ✿ Crearsi un alibi. Anche per le prestazioni l’anoressia può essere un alibi sia nel senso di incrementare il valore di una prestazione sia nel senso contrario ossia giustificare con la malattia il mancato raggiungimento di una prestazione. L’anoressia può anche fungere da alibi dell’infelicità, infatti le persone anoressiche spesso sono convinte di dover essere persone felici per via delle loro famiglie e delle

possibilità che hanno. La malattia serve loro per giustificare la loro infelicità apparentemente immotivata;

✿ Ricercare indipendenza. Alcuni soggetti credono di potersi rendere indipendenti dai rapporti umani grazie alla malattia, altri sono invece convinti di poter usare la malattia per svincolarsi dall'immagine di figli ideali a cui non vogliono o non possono più aderire.

Queste “funzioni” dell'anoressia possono cambiare o combinarsi tra loro nel corso della malattia e diventano un laccio a cui aggrapparsi quando la malattia diventa così grave da essere esclusivamente fonte di sofferenza.

La motivazione che spinge la persona anoressica a non voler curarsi è che la vita con l'anoressia, per quanto terribile, è per lo meno conosciuta e non appare così ingestibile come invece appare la vita reale così estranea e minacciosa.

Purtroppo, l'anoressia è una malattia così subdola da riuscire a ingannare la persona che ne è affetta.

L'idea che l'anoressia sia, almeno per i primi tempi, sinonimo di forza, energia, efficienza, autocontrollo e possa avere determinate “funzioni”, mal si accosta al concetto comune di malattia vista come negatività. Infatti, uno dei tanti motti che inneggia all'anoressia è **“la malattia ti capita, l'anoressia è una libera scelta”**. Per gli anoressici non solo il bilancio è positivo ma l'anoressia dischiude possibilità che evidentemente prima risultavano inaccessibili.

Molti anoressici non conoscono un sentimento di malattia; si difendono quindi con ostinazione se si prova a sottrarre loro questa sorta di “ricetta di vita” che spesso è l’unico aspetto di individualità che gli resta all’interno della famiglia; è il linguaggio con il quale si riescono ad esprimere; è il mezzo con il quale stanno provando ad affermarsi e realizzarsi.

Se si pensa a tutto ciò, appare sempre più discutibile l’affermazione che l’anoressia consista solo in un problema di sottopeso e di disturbi alimentari.

È anche importante comprendere che per aiutare un’anoressica e la sua famiglia è fondamentale che queste persone abbandonino l’errata convinzione che il problema si risolverà nel momento in cui la persona inizierà a mangiare e ingrassare normalmente.

Noi siamo persuase nel ritenere che ci sia assoluto bisogno del riconoscimento familiare del sintomo anoressico come problema non solo del singolo ma di tutto il nucleo.

### **1.5 Anoressia e famiglia: uno sguardo alle influenze famigliari**

Sarebbe incompleto parlare di fattori e cause che inducono l’insorgenza dei DCA se non si ponesse uno **sguardo anche al ruolo che la famiglia** ha su ogni individuo.

Un aforisma di Giuseppe Mazzini descrive bene quanto è importante la famiglia per ogni singolo suo membro. Mazzini diceva: *“La famiglia è la patria del cuore”*. In effetti, studi di sociologia della devianza dimostrano che i membri di una famiglia disfunzionale sono più soggetti a sviluppare determinati problemi o dipendenze.

Generalmente, di primo acchito, nelle famiglie degli anoressici, non si nota nulla di straordinario o, addirittura, nulla di negativo.

Si tratta di normali famiglie del ceto medio. Alcune danno persino l'impressione di essere famiglie “da libro illustrato”. Lo stile è spesso connotato da consapevolezza del dovere, efficienza, parsimonia e ordine.

I genitori sovente sono convinti del proprio stile educativo ed hanno interiorizzato in maniera precisa l'ordine e la morale ossia sanno esattamente esprimere ciò che si deve o non si deve fare, ciò che è giusto o sbagliato, naturale o innaturale, normale o anormale, eccetera.

La maggior parte delle famiglie di questo tipo tende a isolarsi dal mondo esterno anche se vengono ovviamente rispettati gli obblighi sociali e di parentela per lo stretto necessario (per esempio il pranzo di Natale).

I genitori spesso non hanno amici e la spontaneità non è il loro punto di forza.

In questo contesto, nell'ambiente familiare si attribuisce grande importanza ai pasti, sono mal viste l'individualità e l'autonomia dei singoli membri anche dal punto di vista di espressione di opinioni personali soprattutto su fattori etici.

Nonostante la ricerca di unità, in questo genere di famiglia mancano una vera intimità e un clima di reciproca fiducia. Le forme di comunicazione sono spesso ritualistiche e non spontanee.

La ragione domina sulle emozioni (anche se positive). Le emozioni vengono manifestate con controllo, per far questo, si rifugge da ogni situazione di confronto e discussione diretti.

Nonostante tutta la vicinanza dimostrata esteriormente, non ci sono cordialità e fiducia tra i singoli membri della famiglia.

In queste famiglie si potrebbero riscontrare anche altre caratteristiche quali un eccessivo valore dato alle apparenze fisiche e l'enfaticizzazione della performance in ogni settore della vita.

Le madri delle anoressiche, generalmente, svolgono egregiamente il ruolo di donna così come sentono definito dalla nostra società ma le figlie, che spesso vivono in simbiosi con le madri, avvertono la loro infelicità e con il tempo

sviluppano la paura di avere davanti a loro lo stesso destino delle madri.

L'anoressia in questi casi è sintomo di una ribellione interiore al ruolo della donna che è stato incarnato dalla madre la quale, assumendo all'interno della famiglia la responsabilità dell'educazione dei figli, mette in questa attività ogni risorsa al punto di voler cercare prestigio personale nella buona riuscita dell'impresa.

Questo è frutto di uno dei più tradizionali fraintendimenti dei ruoli genitoriali che vede nel padre una scarsa partecipazione all'educazione dei figli anche se pronto ad addossare sulla moglie ogni eventuale criticità che si presenta.

Nelle famiglie di anoressiche possono avere un ruolo disfunzionale anche le figure dei nonni. Secondo una concezione comune e funzionale dei ruoli familiari, i nonni appartengono a un piano, i genitori a un altro e i figli a un altro ancora e ognuno ha diritti e doveri differenti.

Non solo nella famiglia allargata ma spesso anche in quella nucleare spesso i nonni svolgono un ruolo eccessivamente dominante che non avrebbero se i loro figli si fossero staccati da loro.

Alcuni genitori ricercano ancora la lode e l'approvazione dei nonni e spesso si verificano sconfinamenti, o perché i genitori non si sono ancora resi indipendenti dai

nonni dei loro figli o perché vengono allacciati legami trasversali.

Il padre sta dalla parte di sua madre invece che da quella della moglie; la madre si allea con i figli contro il padre; il padre con i figli contro la madre; oppure il padre con uno dei figli e la madre con l'altro, cosicché la famiglia risulta divisa.

Spesso i legami mutano a seconda delle necessità e i genitori non discutono mai del loro rapporto di coppia ma convergono ogni diatriba principalmente sulle preoccupazioni e le ansie nei confronti dei figli.

In genere nelle famiglie in cui uno o più membri sviluppa l'anoressia nervosa, i fratelli non sono quasi mai solidali o in "comunella" contro i genitori. Al contrario, concorrenza e rivalità impera e spesso la madre ha un ruolo intrusivo nella relazione tra fratelli (ne regge le fila)<sup>21</sup>.

Un altro elemento familiare che può contribuire all'insorgenza del disordine alimentare è la sessualità.

Nella letteratura specialistica viene attribuito al **rifiuto della femminilità e della sessualità** un ruolo importante ma c'è chi, pur riconoscendo questa possibilità, sostiene che è anche importante comprendere il modo in cui è trattata la sessualità in ambito familiare.

---

<sup>21</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., op. cit.

Alla maggior parte delle ragazze non vengono date spiegazioni a riguardo. Quelle poche fornite servono per descrivere gli uomini come “mostri” la cui unica mira è ingannare la donna allo scopo di sedurla.

Molte anoressiche descrivono le proprie madri come donne prive di sensualità guidate dalla ragione che trasmettono l’idea che l’amore e la sessualità siano qualcosa di sporco.

Altre volte il problema principale è il comportamento generale riferito alla figlia in via di sviluppo. In questi casi il padre può giocare un ruolo decisivo.

Alcuni comportamenti possono diventare un vero e proprio incubo per la giovane nel periodo della pubertà: porte aperte; uso comune del bagno; commenti scherzosi sullo sviluppo fisico; oppure, l’attenzione incestuosa, morbosa e godereccia con la quale alcuni padri osservano lo sviluppo fisico delle figlie.

Tutto ciò appare inspiegabile e inquietante agli occhi della giovane e non è difficile comprendere come alcune ragazze vedano l’anoressia come un’ancora di salvezza in quanto è vista come metodo per impedire alla propria persona di diventare adulta e proteggerla dall’insicurezza<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Gerlinghoff M., Backmund H., op. cit.

## **1.6 Criteri per la diagnosi**

Da quanto emerso finora risulta facile comprendere la motivazione per la quale l'anoressia nervosa sia un disturbo difficile da diagnosticare, in quanto gli individui che ne sono affetti tendono a nascondere il disordine.

Negazione e segretezza, infatti, accompagnano frequentemente altri sintomi.

È inusuale per un individuo anoressico la ricerca di aiuto professionale, in quanto la persona tipicamente non accetta l'idea di avere un problema.

In molti casi, la reale diagnosi non è fattibile fino a che non siano sviluppate complicazioni mediche. L'individuo è spesso portato all'attenzione medica dalla propria famiglia solo dopo il manifestarsi di una marcata perdita di peso.

Mentre gli anoressici affrontano i problemi sanitari correlati all'anoressia, sovente mancano di introspezione, di autoanalisi e di obiettività quindi possono risultare inaffidabili nel fornire informazioni accurate. Di conseguenza, di solito è necessario ottenere informazioni attraverso i genitori o altri membri della famiglia, per poter valutare il grado di perdita di peso e la misura del disordine.

I professionisti della salute soprattutto quelli che lavorano in centri sanitari di aiuto per l'anoressia, forniranno a volte questionari sull'anoressia come parte dello screening del disordine.

I criteri per diagnosticare l'anoressia nervosa si trovano nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association<sup>23</sup>.

Allen Frances, una delle massime autorità nel campo della diagnosi psichiatrica, descrive in questo modo il prototipo diagnostico: *“Pesa molto meno di quanto dovrebbe, ma ciononostante si sente disgustosamente grassa. È terrorizzata di ingrassare ancora se non sta molto attenta a contare ogni caloria che assume. Rifiuta di mantenere un peso corporeo minimo, impiegando a tal fine svariate strategie, come un rigido regime dietetico, esercizio fisico eccessivo, vomito e assunzione di purganti e lassativi. La perdita di peso è estrema, tanto da farla sembrare una vittima dei campi di concentramento. Spesso pericolosa per la salute. Nelle donne il ciclo mestruale si interrompe. La vita ruota quasi esclusivamente intorno alla costante preoccupazione per l'immagine corporea e agli sforzi affannosi per evitare qualsiasi cosa che le farebbe riguadagnare i tanto necessari chili”*<sup>24</sup>.

Tra i suggerimenti diagnostici si trova la descrizione di questi elementi: Immagine corporea, esami medici, fattori culturali e di genere, esordio, pillole dietetiche.

Per quanto concerne la diagnosi differenziale si precisa di dover escludere: bulimia nervosa, perdita di peso dovuta a

---

<sup>23</sup> Oggi DSM-5 – Disturbi dell'alimentazione 307.1 (F50.00)

<sup>24</sup> Frances A., *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014

patologia medica o indotta dall'uso di sostanze, perdita di peso dovuta da un altro episodio o disturbo mentale o alla povertà e a cattive abitudini alimentari, normale costituzione esile e stile di alimentazione frugale.

Frances inoltre riporta i due sottotipi di anoressia nervosa indicati nel DSM. Essi in fase di diagnosi, devono essere sempre individuati dallo specialista al fine di inquadrare il problema nella maniera corretta e procedere con il soggetto in modo appropriato:

🌀 il sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione. Le perdite di peso e le distorsioni dell'immagine corporea sono accompagnate da abbuffate e condotte di eliminazione (vomito, uso di lassativi, diuretici ed enteroclistmi).

🌀 Il sottotipo con restrizioni. La persona si mantiene sottopeso unicamente attraverso la dieta e l'esercizio fisico.

Collegabile all'anoressia nervosa c'è il "Disturbo da *binge – eating*" che è stato inserito nel DSM per indicare le persone che fanno ricorrenti abbuffate ma non ricorrono ad attività compensatorie osservate per bulimia nervosa o per uno dei due sottotipi di anoressia nervosa.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> È stato spostato dalle diagnosi che necessitano di studi ulteriori alla parte principale del DSM-5, Sezione II. Frances sostiene che questo comporterà problemi di eccesso di diagnosi "*abbuffarsi in modo ricorrente è un elemento comune all'esperienza umana e non è necessariamente o solitamente un disturbo mentale [...]. Nelle rare situazioni cliniche in cui*

## 1.7 Segni e sintomi psicologici e comportamentali

L'anoressia può avere degli effetti psicologici e comportamentali pericolosi che influenzano negativamente le attività giornaliere e riducono o addirittura annientano gli interessi verso quelle attività che l'anoressico preferiva prima di contrarre il DCA.

Depressione, turbamento ed irritabilità causati dall'essere divenuti seriamente sottopeso fanno sì che il soggetto inizi a ritirarsi sempre più dalla vita sociale sviluppando grandi difficoltà nell'interazione con gli altri.

Inoltre, il sonno può diventare disturbato causando affaticamento durante il giorno e calo dell'attenzione. Il pensiero costante per il cibo inizia ad influenzare la quotidianità dell'individuo che rimane imperniata tutta sull'alimentazione.

Alcuni comportamenti apparentemente normali sono vissuti con ossessione quali per esempio collezionare ricette e/o preparare piatti elaborati e molto calorici per altre persone.

L'ossessione per il cibo fa innescare nella quotidianità in maniera compulsiva anche alcuni rituali alimentari quali per esempio, fare piccoli bocconi e sminuzzate e spezzettare i cibi; pulire i cibi dal grasso visibile; asciugare il condimento; usare

---

*questa diagnosi sembrerebbe necessaria, si può tranquillamente codificare un disturbo dell'alimentazione senza specificazione."*

le posate in modo anomalo (per esempio: mangiare con una piccola forchetta); nascondere il cibo; fare scarti elevati; lasciare sempre qualcosa nel piatto; usare spezie ed aromi in quantità eccessive; mischiare i cibi in modo inadeguato; bere quantità eccessive di liquidi fuori pasto o, al contrario, non bere; selezionare mentalmente e fisicamente la dose da mangiare; conteggiare le calorie di tutto quello che si mangia e controllare cosa e quanto mangia chi è a tavola; assumere sempre gli stessi cibi e pietanze.

Durante il decorso della malattia si possono sviluppare altre ossessioni e/o compulsioni riguardanti cibo, peso o forma fisica che incontrano i criteri diagnostici tipici dei disturbi d'ansia o di quelli ossessivo compulsivi e disturbi correlati.

Generalmente, le persone affette da anoressia nervosa sono accondiscendenti in ogni aspetto della vita che non riguardi il cibo. A volte essi sono super compiacenti, nella misura in cui mancano di adeguata percezione del sé. Sono desiderosi di compiacere e lottano per la perfezione.

Solitamente vanno bene a scuola e spesso si occupano di varie attività soprattutto nella prima fase della malattia ma sono molto ansiosi e il loro iperperfezionismo fa sì ch'essi non vedano mai nulla di positivo in tutto ciò che fanno.

Mentre il controllo e la perfezione sono fattori critici per gli individui affetti da anoressia, gli aspetti della loro vita che non ricadono nelle abitudini alimentari sono spesso fuori controllo.

Molti anoressici hanno o hanno avuto in qualche punto della loro vita, dipendenze da alcool, droghe o scommesse. Non sono rare le compulsioni legate al sesso, all'esercizio fisico, ai lavori di casa o allo shopping. In particolare, spesso si esercitano compulsivamente per accelerare il processo di perdita del peso.”

## **1.8 Segni e sintomi fisici**

I sintomi fisici dell'anoressia nervosa sono tutti legati all'inedia (prolungato digiuno) e si possono elencare come segue:

### ***Sintomi direttamente legati all'inedia***

Nella fase d'esordio della malattia si riscontrano: un'eccessiva perdita di peso (oltre il 25%); disturbi del sonno (la fame spesso impedisce di dormire); bassa temperatura corporea che è usata dall'organismo come difesa delle energie residue e risparmio energetico; sensazione costante di freddo; nausea; senso di pienezza gastrica; tensione addominale; dolori addominali e alterazione delle normali funzioni intestinali come conseguenza dei lassativi assunti.

### ***Sintomi correlati alla degenerazione progressiva***

Battito cardiaco lento in maniera anomala (bradicardia); pressione sanguigna bassa (ipotensione); disturbi del ritmo cardiaco (aritmia); disturbi del ciclo

mestruale, e amenorrea secondaria (colpisce circa il 90% delle ragazze adolescenti affette da anoressia).

I cicli mestruali normalmente si ripresentano con l'acquisto di peso ed un corretto trattamento);


La continua restrizione alimentare può ingannare la tiroide che, inizia a lavorare poco o per niente al fine di preservare calorie. Spesso l'ipotiroidismo rimane cronico.

Il sistema endocrino nel corpo è profondamente influenzato dall'anoressia. Il complesso sistema di processi fisici e chimici coinvolti nel mantenimento della vita possono essere alterati con conseguenze serie.

Anche se nella maggior parte dei casi le funzioni renali possono apparire normali ci sono anoressici che presentano variazioni importanti della funzionalità renale quali l'aumento o la diminuzione della minzione o una forte carenza di potassio potenzialmente fatale.

### ***Altri sintomi fisici importanti***

Essi generalmente si riscontrano nelle fasi avanzante e consolidate della malattia.

 perdita di densità ossea, osteopenia. Questa complicazione è grave soprattutto nelle donne perché durante l'adolescenza acquisiscono il 40% o il 60% della propria massa ossea. Gli studi hanno dimostrato che la perdita di densità ossea può avvenire in modo molto rapido nelle ragazze con anoressia. Alcuni studi hanno mostrato che la densità ossea può essere recuperata se la salute generale migliora e l'anoressia è

trattata con successo, altri studi suggeriscono che permanga comunque un rischio maggiore di fratture;

- ✿ Anemia (calo dei globuli rossi nel sangue);
- ✿ Aumentata predisposizione alle infezioni causata dal dall'anemia;
- ✿ Squilibrio elettrolitico dato dall'eccessivo uso di lassativi. In sostanza si crea uno scompenso del contenuto liquido dell'organismo e conseguente disequilibrio delle sostanze vitali come calcio, fosforo, magnesio. Questa complicazione spesso ha conseguenze pericolose per la vita;
- ✿ Pelle secca e squamata che assume una colorazione giallastra;
- ✿ Sviluppo di peluria fine su faccia, dorso e arti;
- ✿ Perdita di capelli, unghie estremamente fragili ed erosione dello smalto dentale.<sup>26</sup>

## 1.9 La prognosi dell'anoressia

L'anoressia è tra le condizioni psichiatriche che hanno il tasso di mortalità più elevato, con una stima del 6% delle

---

<sup>26</sup> <https://www.helpguide.org/>

vittime dell'anoressia che muoiono a causa delle complicazioni della malattia.

La causa di morte più comune è da ricercare fra le complicazioni mediche, come l'arresto cardiaco e lo squilibrio elettrolitico.

Il suicidio è anche una causa di morte possibile. In assenza di comorbidità con disturbi personalità, gli individui più giovani tendono a migliorare nel tempo rispetto ai pazienti più vecchi.

La diagnosi precoce e il trattamento possono migliorare la prognosi generale in un individuo affetto da anoressia.

Nonostante molti trattamenti psichiatrici possano avere piccoli effetti sui sintomi della malattia, il miglioramento dei sintomi associati (come ansia e depressione) possono influire in maniera potente e positiva nel miglioramento che il malato mostrerà nel tempo.

Con il trattamento appropriato, circa la metà di coloro che sono affetti dall'anoressia si riprenderà completamente. Alcune persone sperimenteranno una serie di alti e bassi, mentre per altri si tratterà di un peggioramento progressivo negli anni, mentre altri ancora non si riprenderanno mai. Si stima che circa il 20% delle persone con l'anoressia rimarranno malati cronici.

Come per molte altre dipendenze, è necessario uno sforzo giornaliero per controllare le ricadute.

Molte persone hanno bisogno di trattamenti continuativi per molti anni, e per alcuni questo significa tutta la vita.

I fattori che sembrano indicare un recupero più difficile includono il vomito ed altre forme di purga, la bulimia, e sintomi di disordine di personalità ossessiva. Più a lungo procede la malattia, più è complesso trattarla.

### **1.10 Il futuro dell'anoressia**

Partendo dalla multidimensionalità e multifattorialità del disturbo anoressico e considerando come molte persone continuino a soffrirne nonostante i trattamenti ricevuti, i ricercatori stanno cercando di capire meglio come questa malattia si sviluppi e come possa essere trattata più efficacemente.

Per esempio, dal momento che i malati di anoressia tendono ad avere bassi livelli di cortisolo nel sangue (ormone prodotto dalle ghiandole surrenali), ed i comportamenti come la dieta e l'esercizio tendono ad aumentare tali livelli, somministrare ai malati degli integratori di cortisolo è una possibilità che si sta esplorando con qualche successo.

I migliori approcci alla psicoterapia negli adulti anoressici, il ruolo della genetica nello sviluppo del disordine,

e l'efficacia di vari medicinali nel trattamento dell'anoressia sono altre aree che continuano a necessitare di ricerca<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> [https://www.medicinenet.com/anorexia\\_nervosa/article.htm](https://www.medicinenet.com/anorexia_nervosa/article.htm)

## **2. Approcci e metodi terapeutici secolari**

### **2.1 Modelli e approcci interpretativi**

Nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, sono molteplici i modelli teorici interpretativi volti a indagare le motivazioni che spingono tali soggetti a vivere in maniera anomala il loro rapporto con il corpo e con il cibo. Nessuno di questi ha comunque caratteristiche tali da poter essere considerato esaustivo.

I principali approcci presi in considerazione sono il modello psicodinamico, il modello dispercettivo, il modello sistemico familiare, il modello cognitivo comportamentale, il modello strategico costruttivista che trovano un'estrema sintesi qui di seguito.

Vi sono in realtà altri tipi di intervento terapeutico di cui non tratteremo, tra questi: le psicoterapie a mediazione corporea come la Gestalt, la bioenergetica e le tecniche terapeutiche di innalzamento motivazionale normalmente usate in caso di tossicodipendenza.

## **Modello psicoanalitico**

In ambito psicoanalitico l'anoressia è stata considerata dall'indirizzo freudiano inizialmente come una forma di isteria che ha origine nella difficoltà del soggetto ad abbandonare la fase orale dello sviluppo psicosessuale; la fissazione a questa fase porta il soggetto a sessualizzare le funzioni alimentari e a rimuovere l'appetito.

In lavori successivi, Freud accenna all'anoressia come una forma di melanconia che si verifica laddove "la sessualità non è sviluppata".

Progressivamente l'attenzione della psicanalisi si è spostata sulla conflittualità familiare: "nel processo di separazione-individuazione, il cibo può essere rifiutato in quanto caricato degli attributi materni negativi. Lo stabilirsi di legami extra famigliari o il distacco dalla famiglia possono accentuare il conflitto.

Per Melania Klein, *"le pazienti anoressiche, mosse da angosce paranoiche derivanti da vicissitudini affettive, rifiutano il cibo in quanto lo considerano pericoloso per l'interno del corpo e temono che l'incorporazione del cibo possa distruggere l'oggetto buono interno"*<sup>28</sup>.

Sia Mara Selvini Palazzoli, che Hilde Bruch, nelle prime elaborazioni teoriche, attingono alla psicanalisi per seguire poi percorsi ben diversi. Selvini Palazzoli considera originariamente l'anoressia come una sorta di "paranoia

---

<sup>28</sup> Klein M., *Contributi alla Psicogenesi degli stati maniaco- depressivi. Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri Editore S.r.l., Torino, 1978

intrapersonale”: dal momento che la sensazione della fame non viene mai compromessa, l’elemento centrale di questo disturbo non è la paura del cibo, ma il sentimento che *“il corpo nutrito sia minaccioso, torturatore, indistruttibile e che quindi è necessario tenerlo a bada”*.

Per Bruch è la relazione materna disturbata a generare nell’anoressica un concetto di sé impotente e inefficace.

La madre sembra occuparsi della figlia in funzione dei propri bisogni, anziché soddisfare le esigenze della bambina.

Il corpo viene esperito come prolungamento di quello materno, appartiene ai genitori, non a sé stessi; sottoporlo ad una disciplina estrema sembra l’unico modo per impossessarsene davvero.

Questo tentativo estremo di essere unica e speciale perché capace di fare cose straordinarie è una conseguenza dell’insufficiente incoraggiamento o persino della proibizione della ricerca della dipendenza.

La frustrazione della ricerca di autonomia e di indipendenza del bambino è un elemento che viene ripreso anche da Selvini Palazzoli, la quale sostiene che *“la madre strutturi con la paziente una relazione orientata al mantenimento della dipendenza e al rinforzo del senso di inadeguatezza della figlia nei confronti di ogni problema del mondo esterno”*.

Ma il rifiuto del cibo potrebbe anche significare rinnegare sé stessi, ribellarsi a quel falso sé costruito per

compiacere i desideri dei genitori, assecondando un'immagine di bambina perfetta, per dare vita ad un nuovo sé, sopito per anni<sup>29</sup>.

### ***Modello Dispercettivo***

All'interno di questo indirizzo viene posto l'accento sull'alterazione dell'immagine corporea e sul deficit nella capacità di riconoscere i segnali che giungono dal proprio corpo.

L'anoressia deriva dall'assenza o dalla perdita di risposte adeguate che i genitori danno ai segnali attraverso cui il bambino manifesta i propri bisogni; ne consegue che il figlio manca di una precisa padronanza dei limiti del proprio sé, non è in grado di riconoscere e differenziare le sensazioni corporee dalle tensioni emotive, manifestando così un difetto di apprendimento primario.

Il primo sintomo di anoressia mentale vera è propria è il disturbo dell'immagine corporea: l'anoressica pura si identifica con il proprio aspetto scheletrico e ne nega le anomalie.

Secondo indice critico è la mancanza di una accurata percezione e interpretazione degli stimoli provenienti dal corpo, quali il mancato riconoscimento del bisogno di nutrirsi.

---

<sup>29</sup> Faccio E., *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci Editore S.p.A., Roma 2007

Il deficit consiste nell'incapacità di riconoscere la fame, piuttosto che nella perdita di appetito.

Il sintomo clinico è la riduzione di apporto calorico cui si unisce una disorganizzazione nel modo di cibarsi, una modifica dei gusti e delle abitudini alimentari. La disorganizzazione si manifesta in: mancanza o negazione del desiderio di cibarsi; impulso irrefrenabile ad abbuffarsi; assenza di fame.

La terza caratteristica psicologica posta in rilievo è un senso paralizzante di inefficacia che pervade tutto il pensiero e ogni attività del soggetto.

Le pazienti anoressiche agirebbero soltanto in risposta a stimoli e richieste provenienti da altri, nonostante abbiano la tendenza a negarlo.

Nei suoi primi scritti anche Mara Selvini Palazzoli propone riflessioni molto simili: questa confusione percettiva risale alla mancanza di un'adeguata definizione della propria corporeità. *“Tali pazienti sembrano del tutto incapaci di verbalizzare qualsiasi loro vissuto interno, qualsiasi movimento affettivo. Farle parlare dei moti del loro animo, delle varie coloriture dell'umore, della gamma cangiante degli affetti, appare per molto tempo al terapeuta un'impresa insormontabile. Ma non basta, se invitate a indagare i loro stimoli corporei, l'appetito e il senso di ansietà (ma anche il sonno, la stanchezza, il freddo) appaiono gravemente*

*perplesse. Se ci riferiamo [...] alla percezione del senso di sazietà [...] l'incertezza appare totale*"<sup>30</sup>.

Le pazienti non sono in grado di capire se hanno mangiato a sufficienza, troppo o troppo poco, e vengono sopraffatte dal timore e dal terrore di non essersi sapute controllare. Questa pare essere l'eredità lasciata loro dall'ambiente domestico, dove la regolazione alimentare non è scandita dai normali indici fisiologici di fame o sazietà, quanto dall'effetto di ritualizzazione delle abitudini famigliari.

### ***Modello sistemico familiare***

Secondo questo indirizzo tutte le diverse forme di psicopatologia sono il risultato di adattamenti ad un sistema relazionale disfunzionale.

La prospettiva relazionale sottolinea l'importanza di indagare le interazioni patologiche all'interno della famiglia, quali: un atteggiamento iperprotettivo della madre che impedisce lo sviluppo della consapevolezza della propria individualità da parte della figlia, l'assenza di una figura paterna autorevole, l'ambivalenza che pervade i messaggi, verbali e non, che circolano nella famiglia.

Caratteristica dei genitori della paziente anoressica è la difficoltà ad assumersi in prima persona la leadership nella famiglia. Entrambi i genitori sentono il bisogno di giustificare le proprie decisioni come dettate da considerazioni che non

---

<sup>30</sup> Selvini Palazzoli M., *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli, Milano, 1981

hanno loro stessi per soggetto. Ciascuno dei genitori sente il bisogno di attribuire le proprie decisioni alle necessità imposte dalla situazione e non dalla propria volontà.

Ogni membro non agisce in relazione alla propria volontà ma in rapporto alle esigenze di qualcun altro, o comunque per il bene di qualcun altro.

Anche la paziente si è sempre sacrificata per il bene degli altri, così come vuole la regola familiare. Tuttavia, con l'esplosione del sintomo è divenuta incapace di non far soffrire i suoi. In tal modo si configura una leadership che non ha per soggetto la paziente ma la malattia e che viene accettata solo in quanto patologia.

L'intento della terapia è pertanto quello di migliorare lo stato del paziente attraverso interventi centrati sulla famiglia.

Per Mara Selvini Palazzoli, il problema più scottante è il gioco delle alleanze: su di esso si focalizzano un gran numero di regole segrete su cui è vietato comunicare.

Una delle regole più facilmente ritrovabili in questo tipo di famiglie, è quella che vieta di ratificare le alleanze a due, di riconoscerle e di mantenerle. La famiglia si comporta in genere come se l'alleanza tra due membri fosse assolutamente da condannare, assimilabile ad un tradimento nei confronti degli altri membri.

Nelle famiglie composte di tre persone, l'osservazione dei fenomeni riguardanti le alleanze è relativamente più facile che nella famiglia più numerosa. Come sono vietate le

alleanze a due all'interno della casa, lo sono pure quelle all'esterno.

Esiste, inoltre, il problema della colpa.

Nella misura in cui ciascun membro si è sempre tanto cancellato per gli altri, nessun membro della famiglia è disposto ad assumersi davvero la responsabilità se qualcosa va male. Le madri solitamente si colpevolizzano in modo plateale e drammatico della malattia della figlia, ma l'accusa è in realtà giustificata dall'eccesso di "zelo e dedizione"; in tal modo riassumono il ruolo sacrificale minacciando e colpevolizzando tutti gli altri.

I padri che solitamente si presentano come i più equilibrati, in realtà si lasciano trascinare dagli atteggiamenti irrazionali della moglie e perdono di vista le reali difficoltà del rapporto madre-figlia. In questo modo la paziente anoressica si trova intrappolata nel gioco di alleanze richieste prima da un membro e poi dall'altro e appare costretta in una posizione troppo difficile, deviata dal normale sviluppo verso l'autonomia, l'autorealizzazione e il rapporto con i coetanei.

Sembra "[...] *suggestivo che in un sistema di apprendimento in cui ogni comunicazione ha così alte probabilità di provocare un rifiuto, il rifiuto del cibo appaia una modalità perfettamente intonata allo stile dominante del sistema*"<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Selvini Palazzoli M., op. cit.

Selvini Palazzoli individua anche una particolare modalità di interazione tra i coniugi:

- ✿ insoddisfazione reciproca tra i partner, accompagnata dall'incapacità della coppia sia di ammettere tale insoddisfazione che di operare modificazioni risolutive;
- ✿ ruolo di vittima esperito da entrambi i coniugi nel rapporto di coppia, accompagnato dalla competizione attuata per risultare più vittima del partner;
- ✿ escalation sacrificale espressa in modo atipico con accentramento sulla paziente.

### ***Modello Cognitivo-Comportamentale***

All'interno di questo modello interpretativo, si ritiene che l'insorgenza e la permanenza dell'anoressia vengano alimentate dalle idee sbagliate riguardo al peso e al corpo e alla loro elaborazione.

Il processo cognitivo si sviluppa in quattro fasi ben distinte. L'input di informazione viene: percepito; interpretato; si decide l'azione in merito; vengono messe in atto le risposte comportamentali (*output* di risposte).

La **fase di percezione** è caratterizzata dall'attenzione selettiva e dal riconoscimento degli stimoli: la prima permette il riconoscimento e l'identificazione delle informazioni più importanti, tralasciando e ignorando gli stimoli secondari, mentre il secondo richiama le informazioni immagazzinate in memoria, derivanti da esperienze passate ai fini di identificare le nuove.

In soggetti con disturbi dell'alimentazione entrambi i processi possono risultare disfunzionali; potrebbe succedere ad esempio che, mentre molte persone non si accorgono di indossare degli abiti stretti perché altri stimoli catturano la loro attenzione, per un'anoressica sia molto più probabile trovarsi a pensare al vestito che non ad altro.

L'alterata lettura dei messaggi può portare a **cattive interpretazioni**: una frase del tipo «Ti trovo bene oggi» può essere percepita come un «Ti trovo un po' ingrassata». Il **processo di interpretazione** dell'informazione passa attraverso le convinzioni e le credenze personali che, con la ripetizione, si strutturano in veri e propri schemi dotati di stabilità funzionale.

Freeman, ha individuato alcuni degli "errori" più comunemente osservati nei pazienti anoressici:

Il pensiero "*tutto o nulla*", ossia la tendenza a vedere gli eventi e le situazioni in "*bianco e nero*" secondo il prevalere di un certo schema cognitivo o del suo opposto in differenti circostanze.

Quello "*catastrofico*", per cui vengono sopravvalutate le potenziali conseguenze negative di una certa situazione. "*Piango in silenzio, sull'orlo della vasca da bagno dopo essermi pesata. Mi peso anche quattro volte al giorno per essere certa di non avere perso il controllo del mio corpo*". Un aumento anche di pochi etti rappresenta quindi una catastrofe insormontabile.

*“Iper generalizzazione”*: le esperienze passate sono utilizzate per interpretare situazioni che non necessariamente sono simili.

*“Interpretazione selettiva”*: l'individuo interpreta sempre solo i lati negativi e trascura quelli positivi di una situazione e *“Ignorare o negare l'evidenza dei fatti”*: *“Se mangio un dolce, questo trasforma immediatamente in grasso”*.

*“Assolutizzazione”*: c'è la tendenza a utilizzare certe parole o certe regole in termini assoluti. L'individuo è convinto che per poter uscire di casa il proprio corpo debba essere perfetto, oppure crede che non si debbano mai mangiare certi cibi "proibiti".

*“Alterata attribuzione della causalità”*: *“Se non riesco a controllarmi con il cibo non valgo niente”*.

Uso di parole cariche di significato emozionale per descrivere certe situazioni: per esempio, per definire lo stato di sazietà, l'individuo usa l'aggettivo "gonfio" che evoca lo stato di ansietà e l'alterata percezione degli stimoli corporei<sup>32</sup>.

Una volta interpretati i termini di una situazione, l'individuo passa alla fase di **decisione dell'azione**: tra le possibili risposte comportamentali viene preferita la più valida e facilmente applicabile; talvolta questo processo è automatico, quando vengono richiamati degli schemi abituali

---

<sup>32</sup> Greenwood V.B., Freeman A., *Cognitive Therapy: an overview*, (in Faccio E., op. cit.)

di risposta, altre volte deve essere attivato dalla volontà del soggetto (ad esempio, il ricorso al vomito sarà volontario le prime volte, ma con il suo ripetersi diventerà un meccanismo automatico di decisione dell'azione).

L'ultimo stadio prevede la messa in atto dei **comportamenti selezionati**. Il tipo di reazioni suscitate da questi nell'ambiente circostante o nelle persone avranno poi un influsso non indifferente sulla riedizione di tali atti, mediante un processo di feedback retroattivo che eserciterà i suoi effetti sul processo cognitivo stesso, modificandolo. In quest'ottica le condotte della paziente anoressica non sono altro che meccanismi contro lo stimolo temuto: la paura di ingrassare.

Dietro i disturbi legati all'anoressia, secondo i teorici del modello, c'è sempre uno scarso concetto di sé e una bassa autostima che, uniti al perfezionismo, indurrebbero a utilizzare il peso come parametro fondamentale di autovalutazione.

Il perfezionismo sarebbe caratterizzato da due dimensioni importanti quali: gli standard personali e le preoccupazioni valutative ovvero il timore degli errori. Il timore degli errori induce il soggetto a sovrastimare gli eventi minacciosi e di conseguenza porta ad una paura molto intensa di fallimenti dopo prestazioni molto importanti. I soggetti con disturbi del comportamento alimentare tendono ad interpretare ansiosamente ogni imperfezione corporea o del peso come fallimenti catastrofici del loro forte desiderio di una immagine impeccabile.

Altra credenza di fondamentale importanza nei disturbi alimentari è la bassa autostima. Le persone con disturbi del comportamento alimentare sarebbero caratterizzate da un sentimento pervasivo, vago e generico di non essere sufficientemente qualificate, competenti o adatte alle richieste della vita e trascorrono molto tempo rimuginando proprio su questi pensieri negativi.

Le persone che soffrono di un disturbo alimentare hanno una valutazione di sé basata in modo esclusivo e predominante sul peso, le forme corporee e sul controllo dell'alimentazione.

Diversamente le persone che non hanno disturbi dell'alimentazione si valutano in base alla percezione delle loro prestazioni in diverse aree: scuola, relazioni interpersonali, sport, amicizie, eccetera. I soggetti anoressici invece passano molto tempo preoccupandosi e pensando al peso, al grasso e alla forma corporea poiché essi temono proprio le conseguenze negative legate ad essi (relazioni interpersonali, senso di autoefficacia, paura di essere criticati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, eccetera), con conseguente difficoltà ad entrare in contatto con il mondo in modo autonomo.

Come la persona valuta sé stessa è di primaria importanza, la maggior parte delle caratteristiche presenti, i pensieri e le preoccupazioni sono spiegabili direttamente a partire da questo: un soggetto anoressico si preoccupa molto per il peso e le forme corporee, fa esercizio fisico, usa lassativi, diuretici e ha comportamenti di controllo dell'alimentazione e

del corpo solo se pensa che il peso e le forme corporee siano di primaria importanza per valutare sé stesso.

Tutto ciò è accompagnato dai pensieri automatici, che operano al di fuori della propria consapevolezza ma che possono essere identificati: riguardano il peso, le forme corporee e l'alimentazione. Ad esempio, una paziente che dopo essersi pesata scopre di essere aumentata di pochissimo (non importa se arrivi o meno ad un chilo) potrebbe avere un pensiero automatico del tipo *“ho perso il controllo, ingrasserò all'infinito”* e da questo pensiero potrebbero attivarsi una serie di preoccupazioni inerenti al peso, le forme del corpo e l'alimentazione che potrebbero di conseguenza indurla a continuare a rimuginare sul fatto di essere grassa, di aver fallito o di non piacere più a nessuno.

I pensieri automatici ed ancor di più le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e le forme del corpo mantengono in un continuo stato di attivazione lo schema di autovalutazione, che a sua volta produce preoccupazioni sugli stessi argomenti.

Esistono poi una serie di rinforzi che contribuiscono a far persistere la malattia anche in uno stato di emaciazione.

I rinforzi cognitivi sono caratterizzati dal senso di trionfo, di autocontrollo e di superiorità che un soggetto percepisce quando riesce a controllare alimentazione; peso e le forme del proprio corpo. I rinforzi sociali interpersonali, invece, sono caratterizzati da commenti positivi da parte di

altre persone che il soggetto può ricevere nella fase iniziale di perdita di peso, soprattutto se era un po' in sovrappeso<sup>33</sup>.

La terapia che verrà descritta di seguito comporta un percorso terapeutico orientato allo sviluppo, o meglio alla facilitazione e differenziazione, di un senso di sé più definito ed autonomo; unito ad una correzione delle percezioni e dei modelli interpretativi. Il trattamento mira a neutralizzare i pensieri del tipo "tutto o nulla", in particolare attraverso la ristrutturazione cognitiva.

Purtroppo, anche se pian piano ci si sta muovendo in una direzione di contro tendenza, viviamo in una società in cui quello che conta è "apparire piuttosto che essere". A partire da questo, il tentativo di debellare l'insorgenza di questa patologia risulta ancora più impegnativo e richiede l'utilizzo di molte più energie, rispetto al passato.

### ***Modello Strategico-Interazionista***

Dal punto di vista strategico-interazionista non ci si avvale di nessuna teoria sulla natura umana e, di conseguenza, nemmeno di definizioni relative alla "normalità" o alla "patologia".

In quest'ottica si ritiene che i problemi umani siano il prodotto dell'interazione tra soggetto e realtà.

In quest'ottica nessun comportamento umano può essere descritto o spiegato adeguatamente se lo si astrae dal

---

<sup>33</sup> Brusca N., *L'anoressia nervosa: dalla diagnosi al trattamento*, Psicoterapeuti In formazione n.4, 2009

contesto, dalle relazioni e dai significati personali. Anche la forma che il disagio assume, qualunque essa sia, è l'effetto di un vissuto personale intessuto di valori, aspettative e rappresentazioni culturali.

Introdurre un cambiamento terapeutico significa allora favorire una diversa rappresentazione e narrazione di sé, più funzionale all'organizzazione personale ma anche a quella sociale.

Questa prospettiva rinuncia a legare il disagio psichico a propri schemi interpretativi; ciò che cerca di "restituire" al soggetto è una maggiore consapevolezza, non tanto della teoria del disturbo in astratto, quanto della ricostruzione personale che trova nel soggetto stesso la propria origine.

Spesso il ricorso di certi sintomi e la persistenza del disagio alimentano l'illusione che sia possibile oggettivare "la malattia" o "la devianza" come se fosse qualcosa d'altro rispetto al soggetto che ne fa esperienza. In ambito terapeutico ciò comporta una sorta di "rieducazione" cognitiva del soggetto che viene introdotto alla condivisione dei principi di causalità e delle definizioni ritenute responsabili dell'insediamento del disturbo dentro di lui.

Se negli approcci tradizionali l'enfasi posta sul cambiamento e sull'effetto di una puntuale definizione degli equivalenti di riscontro clinico della normalità e del suo contrario, nel modello strategico interazionista non esistono riferimenti normativi di confronto sul modo in cui il paziente dovrebbe comportarsi, bensì protocolli per i diversi tipi di

disagio modulati e resi flessibili alle esigenze del caso specifico.

Lo scopo dell'intervento strategico appare di conseguenza quello di interrompere il circolo vizioso che si è venuto a creare.

La terapia strategica breve non fa assunti circa la reale natura del problema, ma considera come obiettivi del trattamento quei traguardi che vengono descritti dal paziente stesso come significativi per lui, diversi molto probabilmente da paziente a paziente. Ciò si esplicita attraverso cambiamenti anche molto piccoli, ma concreti.

Altrettanto importante è la messa a fuoco delle mosse cui il soggetto ascriva, prima di giungere alla terapia, la risoluzione del problema: sono le tentate soluzioni ad imporre certi tipi di comportamento, i quali anziché alleviare il problema, agiscono in direzione del suo mantenimento.

In questo circolo vizioso il terapeuta strategico si inserisce come il "*tecnico*" che disinnesci le "*tentate soluzioni*" e introduce piccoli segmenti di cambiamento. Prescrizioni e trabocchetti sono gli strumenti privilegiati che consentono di ingenerare nel paziente nuove esperienze percettivo-reattive legate alla messa in atto di comportamenti inediti che promuovono inaspettatamente nel soggetto un nuovo processo di apprendimento e di interazione con la realtà. Tutto ciò è accompagnato da un sistema di comunicazione assolutamente persuasivo che utilizza tutti i poteri suggestivi del linguaggio, adeguandolo il più possibile a quello del paziente.

*“La prospettiva causale che sembra trovare d'accordo la maggior parte degli studiosi dei disordini alimentari, è quella che fa riferimento a tali disturbi come a una sorta di adattamento funzionale a una realtà interiormente vissuta e sentita come ingestibile”<sup>34</sup>.*

## **2.2 Le Terapie**

### ***Riconoscere la necessità del trattamento***

L'anoressia nervosa è un disturbo mentale grave, frequentemente complicato da problemi internistici, che richiede un intervento terapeutico integrato, svolto da più figure professionali.

Premesso che, nei casi in cui l'equilibrio metabolico risulti precario o addirittura compromesso, è indispensabile il ricovero, possiamo individuare alcune linee guida di intervento, che generalmente viene adattato al caso singolo, a seconda delle particolari caratteristiche osservate.

L'atteggiamento del medico, del terapeuta e del counsellor nei confronti del paziente anoressico deve tendere al costituirsi di un'alleanza terapeutica, che abbia lo scopo di

---

<sup>34</sup> Nardone G., Verbitz T., *Anoressia, bulimia, vomiting. La terapia in tempi brevi*. Cortina, Milano, 1998

sconfiggere le angosce relative al peso e al suo aumento progressivo ed incontrollabile.

L'argomento "peso" non deve costituire l'oggetto principale di ogni colloquio, pena il rifiuto a proseguire nella terapia, ma far parte di un progetto terapeutico di benessere globale in cui il miglioramento ponderale risulterà un effetto secondario associato al miglioramento dell'umore e alla riduzione dell'ansia.

È molto difficile accettare l'idea che un membro della propria famiglia soffra di una malattia psichica; per di più se la famiglia, prima dell'insorgenza della malattia, dava l'idea di essere una famiglia particolarmente armoniosa e coesa.

Sembra assurdo soprattutto quando i genitori ritengono di aver fatto il loro meglio perché tutto andasse per il verso giusto.

La malattia è un dato di fatto, e la sua accettazione è la base per qualsiasi intervento di aiuto.

Nella nostra società, riscontriamo ancora molta diffidenza nei confronti della psicoterapia. Moltissime persone sono ancora vittime di pregiudizi e di angosce irrazionali legate al concetto di malato psichico e di trattamento psicoterapeutico, vissuti, a differenza delle malattie organiche, come qualcosa di inquietante e di equivoco.

Nonostante tutte le angosce e le resistenze occorre incoraggiare i genitori ad acconsentire ad una terapia non solo per l'anoressica ma per il bene di tutta la famiglia.

Come abbiamo già accennato in precedenza e come svilupperemo in seguito, sosteniamo che occorra accettare che l'anoressia non sia un problema solo del figlio/figlia ma familiare. Secondo noi. Questa accettazione è la base per arrivare lentamente a scoprire che ciò che si pensava fosse un male per la famiglia può diventare una possibilità per tutti.

Dal diario di un'anoressica:

*“Mi sono decisa ad accettare di parlare con uno psicoterapeuta forzata e costretta dal medico di base, sotto minaccia di un ricovero immediato.*

*Mi ha accompagnato mia madre, credo che mio padre si rifiutasse semplicemente di ammettere che la sua adorata figliuola avesse bisogno di una terapia, che la bimba perfetta fosse anoressica, una malata psichica.*

*Ciò che ha spinto mia madre ad accettare l'aiuto di un terapeuta penso sia stato solo legato al mio rifiuto di alimentarmi; ciò che c'era dietro tutto questo non penso interessasse nemmeno a lei, incolpata da mio padre per le sue frequenti diete e per aver lasciato che io mi ammalassi.*

*Dei problemi di fondo che stanno dietro la malattia penso abbiano paura, quelli per loro sono i miei problemi, soprattutto per mio padre. Lui non mi ha mai accompagnato e non si è mai sottoposto alla terapia, nemmeno nei momenti cosiddetti di restituzione.*

*Per lui, una volta eliminato il disturbo alimentare, tutto sarebbe potuto ritornare come prima.... Quel prima che io non voglio più”.*

La psicoterapia è la forma predominante di trattamento dei disturbi alimentari.

Così come sono diversi gli approcci e le metodologie di analisi, allo stesso modo corrispondono diversi modelli terapeutici e diverse forme, talvolta combinate tra loro, ben sapendo che nessun metodo terapeutico può da solo assicurare la guarigione.

Indispensabile e più importante del metodo terapeutico, qualunque esso sia, è la disposizione della persona anoressica a fare a meno della malattia e ad adoperarsi in tal senso.

### ***Eliminare il pericolo di vita: l'alimentazione artificiale***

Se il soggetto, a seguito delle conseguenze della scarsa nutrizione, è in pericolo di vita, ma rifiuta una terapia, i famigliari devono preoccuparsi di salvargli la vita rivolgendosi *in primis* al proprio medico di medicina generale che valuta se attivare il cosiddetto Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Esso consiste in un atto di tipo medico e giuridico che consente l'imposizione di determinati accertamenti e terapie a un soggetto affetto da malattia mentale ed è un provvedimento che viene emanato dal Sindaco del Comune presso il quale si trova il paziente, su proposta motivata di un

medico (il Sindaco è la massima autorità sanitaria di un Comune).

Un trattamento contro la volontà di un malato rappresenta un grave peso per tutte le persone coinvolte, compresi i medici. E non da ultimo è anche un problema etico che il medico si trova ad affrontare.

Le persone anoressiche non credono che la loro vita sia realmente in pericolo, si sentono capaci di capire i sintomi della morte e potervi recedere, con un fortissimo senso di potere e di controllo.

In Italia, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, il TSO è stato istituito dalla legge n. 180/1978 meglio conosciuta come Legge Basaglia (dal nome dello psichiatra che ne fu promotore) e regolamentato dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833/1978 (articoli 33-35).<sup>35</sup> Questa normativa ha sostituito la precedente (legge 36/1904) riguardante il "ricovero coatto" e ha rivisitato le finalità della procedura che prima era basata sul concetto di "pericolosità per sé e per gli altri e/o pubblico scandalo" mentre ora è esclusivamente finalizzata alla tutela della salute dell'assistito<sup>36</sup>.

Parlando di TSO riferito all'anoressia nervosa occorre precisare che, nella legislazione nazionale, l'anoressia può essere considerata come una delle malattie psichiatriche in cui si possono verificare le condizioni previste dalla legge 833/78

---

<sup>35</sup> [http://it.wikipedia.org/wiki/Legge\\_Basaglia](http://it.wikipedia.org/wiki/Legge_Basaglia)

<sup>36</sup> [http://it.wikipedia.org/wiki/Trattamento\\_sanitario\\_obbligatorio](http://it.wikipedia.org/wiki/Trattamento_sanitario_obbligatorio)

(art. 34), secondo cui è possibile l'applicazione di un trattamento sanitario obbligatorio quando si verificano le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e vi è l'impossibilità di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

È tuttavia doveroso sottolineare che esiste una "zona d'ombra" tra la normativa e la realtà dei fatti perché nell'anoressia il motivo urgente dell'ospedalizzazione è più spesso costituito dalla grave situazione fisica che richiede un trattamento di carattere medico e/o l'alimentazione forzata, e non da alterazioni psichiche tali da richiedere, di per sé, un trattamento urgente, come previsto dalla legge.

A prima vista questo potrebbe apparire un ostacolo non indifferente per l'applicazione del TSO in caso di anoressia nervosa; però è importante considerare che sono le "alterazioni psichiche" che impediscono al paziente una valutazione adeguata del proprio stato di salute e del conseguente rischio per la vita. Tali alterazioni vanno trattate, in primo luogo, con la riabilitazione nutrizionale.

In generale, tra i pazienti psichiatrici, la mancata consapevolezza sia della malattia, sia della necessità di trattamento rappresentano uno dei più importanti elementi per definire l'incapacità decisionale del soggetto e, come abbiamo visto, queste condizioni sono entrambe presenti in caso di anoressia nervosa.

Quando si parla di TSO in caso di anoressia nervosa, la prima cosa che sovviene alla mente è l'utilizzazione del sondino naso-gastrico per le procedure di alimentazione

forzata ma è utile sapere che un ricovero obbligatorio non significa necessariamente il ricorso alla alimentazione forzata.

I medici hanno sempre la possibilità di valutare caso per caso, considerando che, nell'anoressia nervosa, un apporto nutrizionale adeguato e il miglioramento della salute fisica sono le principali condizioni per un miglioramento del quadro psichiatrico<sup>37</sup>.

Indipendentemente dal TSO, nel decidere il metodo di rialimentazione di una persona anoressica, i medici si assumono vari oneri come l'esame dell'intera situazione del paziente per poi decidere il metodo di alimentazione da adottare.

È più importante creare un ambiente in cui possa svolgersi la rialimentazione che non decidere nei particolari ciò che va somministrato. Per questo la terapia a domicilio è fattibile solo se il livello di ansia nei genitori non è troppo elevato.

In tali casi se fosse disponibile un'istituzione adeguata a un ricovero durante il quale viene ripristinato il peso corporeo, si abbrevierà il trattamento e verrà facilitato il lavoro costruttivo con la famiglia della paziente stessa.

Nell'ospedalizzazione, l'alimentazione artificiale per flebocisti intravenosa o tramite sondino appartiene al passato.

---

<sup>37</sup> <http://www.gipsicopatol.it/italiano/rivista/2009/vol15-2/Santonastaso.pdf> 28.07.2011

Oggi questi metodi trovano applicazione solo quando si tratta di pericolo di vita o di riequilibrare stati di estrema carenza.

Per un individuo con gravi perdite di peso che abbiano influito sul funzionamento degli organi, il trattamento ospedaliero deve inizialmente focalizzarsi sulla correzione della malnutrizione, e l'alimentazione intravenosa o via intubazione, per bypassare la bocca, può rendersi necessaria.

Un aumento di 0,5 kg a 1,5 kg per settimana è un obiettivo sicuro e raggiungibile quando la malnutrizione deve essere corretta. Questo tipo di alimentazione artificiale è solitamente imposta agli anoressici che non ne vogliono sapere perché temono in tal modo di perdere il controllo del proprio corpo.

Il metodo solitamente usato in tal casi, in presenza di un paziente incapace di prendere cibo per bocca o di un'anoressica che si rifiuta di farlo, è l'iperalimentazione endovenosa.

In certe condizioni non è soltanto utile nel trattamento dell'anoressia, ma può salvare la vita dell'ammalato.

Si evitano tutte le discussioni circa il cibo da prendere o non prendere per bocca e si stabilisce esplicitamente che il miglioramento dello stato di denutrizione è un problema medico. Si eliminano anche mezzi e espedienti volti ad espellere il cibo vomitando o ricorrendo ad altri trucchi.

Se il paziente collaborasse si potrebbe fin dall'inizio somministrare piccole quantità di cibo, più volte nel corso della giornata; in modo da avere un'alimentazione mista con tutte le componenti necessarie. In questi casi occorre porre attenzione agli atteggiamenti di vomito indotto.

A volte l'aumento di peso è raggiunto utilizzando tabelle per i pasti, attività fisica ridotta, attività sociale incrementata, sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali.

Secondo Hilde Bruch è importante che *“il peso delle pazienti sia sopra il livello di guardia se si vuole attuare la terapia fuori dall'ospedale.*

*Altrimenti il disagio e l'ansia incidono negativamente sull'efficacia del trattamento e il fatto che il pensiero della paziente ruota costantemente intorno al cibo – cosa, questa, caratteristica dello stato di inedia – rende praticamente impossibile qualsiasi trattamento terapeutico volto a indagare le vere cause del sintomo anoressico”<sup>38</sup>.*

Sempre Bruch sostiene che vi sia un livello critico di peso al di sotto del quale *“l'influenza tossica della malattia genera e perpetua uno stato mentale abnorme. Questo peso dipende dall'altezza delle pazienti ma si aggira attorno ai 41-43 kg; è un peso che pur essendo ancora al di sotto della norma è compatibile con una funzione psicologica più normale e consente di iniziare a esplorare problemi psicologici significativi.*

---

<sup>38</sup> Bruch H., *La gabbia d'oro*. Feltrinelli, Milano 2003

*L'obiettivo di recupero del peso deve comunque andare di pari passo con l'elaborazione dei problemi che hanno causato la malattia. Sarebbe importante avere un team per trattamento multidisciplinare che, oltre a provvedere le cure mediche, dietetiche e nutrizionali, fornisca il necessario supporto psicologico.*

*Attraverso i trattamenti sopra indicati è abbastanza semplice indurre un aumento di peso a breve termine, ma questo non rappresenta una terapia adeguata e può perfino essere dannoso. D'altro lato è ugualmente nocivo non prestare attenzione al peso corporeo, permettendo ai pazienti di continuare nell'inedia, fino ad arrivare all'anoressia cronica".*

Secondo una persona anoressica, il destino peggiore è l'idea di perdere il controllo sul proprio cibarsi, "gonfiarsi come un pallone". Questo è il motivo per cui molte pongono tanta resistenza ai trattamenti. Da questo, si comprende l'importanza del sostegno terapeutico che dovrebbe andare di pari passo con il riacquisto del peso, per evitare di cadere nella depressione e nella vergogna<sup>39</sup>.

### ***Trattamenti farmacologici***

Ci risulta che alcuni internisti e medici di famiglia prescrivano farmaci atti a stimolare l'appetito, complessi vitaminici e iniezioni ricostituenti.

Negli anni, sono stati somministrati per la cura di questi disturbi una miriade di psicofarmaci, che però non

---

<sup>39</sup> Bruch H., op cit.

hanno dato risultati convincenti. Fino ad oggi, non ci pare si sia affermata alcuna terapia farmacologica dei disturbi alimentari che sia stata globalmente accettata.

In tutti i casi il ricorso ai farmaci va somministrato sotto controllo e prescrizione medica.

### ***Trattamenti psicoterapeutici***

È importante tener presente che non è questo o quel metodo terapeutico che può guarire ma la disponibilità dell'anoressica a superare la malattia; oltre a questo, il contributo di un internista, nonché una buona alleanza con il terapeuta, sono fondamentali.

I procedimenti psicoterapici che andremo a descrivere hanno tutti l'obiettivo di analizzare il comportamento, il pensiero e il modo di sentire disturbati per trovare, con l'aiuto delle nuove acquisizioni, nuove vie per risolvere il problema e affrontare meglio la vita.

Lo spettro delle tecniche psicoterapeutiche è molto più ampio di quanto riusciremo a descrivere.

Che si lavori mediante *l'insight*, la comprensione, l'elaborazione dei problemi consci e inconsci o gli esercizi di movimento corporeo, il rilassamento, la creatività manuale e la meditazione; l'obiettivo è sempre il medesimo: riportare in equilibrio il corpo, la psiche e lo spirito, conformemente alle possibilità individuali, in modo da permettere all'individuo di fronteggiare meglio la propria vita.

## ***Le terapie psicoanalitiche e psicodinamiche***

Gli orientamenti che si ispirano al modello psicoanalitico sono molto diversificati tra di loro poiché prendono spunto dalle numerose diramazioni che hanno caratterizzato lo sviluppo e l'evoluzione della psicoanalisi.

Inoltre, possono esplicitarsi entro *setting* molto variabili per natura ed intensità del coinvolgimento richiesto (terapie individuali, di gruppo, eccetera).

L'elemento che riteniamo accomuni tutte le forme terapeutiche di ispirazione psicanalitica è la focalizzazione non tanto sul sintomo anoressico, quanto sul processo di sviluppo e di maturazione individuale cui viene attribuita la determinazione del sintomo. All'analisi di questo percorso si accede attraverso il costante e prolungato lavoro di interpretazione del profondo.

Lo strumento elettivo del trattamento è senz'altro la relazione terapeutica. Per ciò che riguarda la terapia individuale, in genere sono richiesti molti anni di lavoro al fine di superare le "formidabili" resistenze poste dal paziente.

Obiettivo della psicanalisi è prima di tutto rendere accessibili alla coscienza e all'esperienza diretta i conflitti irrisolti del passato.

La tecnica più nota per rendere cosciente ciò che è stato rimosso è quella delle libere associazioni.

Nel metodo classico il paziente è sdraiato sul lettino e l'analista è seduto dietro di lui. Il paziente è invitato a

esprimere pensieri e sentimenti che prova in quel momento. Il materiale ottenuto tramite le libere associazioni (sogni, resistenze e comportamenti inadeguati) è sottoposto a interpretazione.

Fulcro della terapia psicoanalitica è il transfert. Il paziente proietta sul terapeuta i propri vissuti emotivi e analogamente anche il terapeuta può proiettare sul paziente le proprie risposte emotive (controtransfert).

Sono solitamente proposti quattro principi come guida per la conduzione di questo genere d'intervento:

**Evitare un investimento eccessivo** nel cercare di cambiare il comportamento alimentare in quanto accanirsi contro il sintomo significa accanirsi contro l'ancora di salvezza dei pazienti e quindi pregiudicare una buona alleanza terapeutica.

Il focus della terapia va pertanto cercato nel disturbo emotivo, non nel rapporto con il cibo. È necessario fare anche molta attenzione alle pressioni esercitate da parte dei genitori; identificarsi con loro significherebbe replicare una nuova figura genitoriale e rinunciare a capire il mondo interno della paziente.

**Evitare interpretazioni precoci** infatti interpretare i desideri e le paure della paziente potrebbe essere percepito dal paziente stesso come un discorso intrusivo, che minimizza o invalida la sua esperienza cosciente.

Viceversa, l'atteggiamento terapeutico dovrebbe votarsi non tanto alla lettura neutrale, quanto all'empatia e all'interesse nei confronti dei vissuti interni. È importante proporsi come assistente nell'esplorazione dei propri stati affettivi e delle decisioni o azioni che i vissuti interni suggeriscono.

La terapia dovrebbe essere il luogo privilegiato per la scoperta delle proprie qualità positive. D'altra parte, occorre temporeggiare l'interpretazione fino al momento in cui la paziente non sia pronta a riceverla, ed anche allora di proporla come ipotesi impersonale, mantenendo così il rispetto dei confini della paziente.

**Controllare attentamente il controtransfert** perché il terapeuta è esposto frequentemente al pericolo di interiorizzare le ansie di genitori e colleghi d'equipe in riferimento all'aumento di peso delle pazienti. Questo fatto potrebbe intrappolarlo nell'identificazione con queste persone di contorno.

Una soluzione possibile potrebbe essere quella di chiedere collaborazione a un secondo terapeuta perché si occupi esclusivamente del controllo del peso, e lasciarsi tutto lo spazio necessario all'esplorazione delle tematiche psicologiche.

Il terapeuta dovrebbe **esaminare le distorsioni cognitive** ossia proporsi come supporto nell'affinare le capacità di osservazione e di percezione del paziente, arrivando così a esplorare le credenze cognitive illogiche e invalidanti, nel rispetto del proprio modo di essere.

Ciò significa sapersi porre nel ruolo educativo senza insinuare richieste di cambiamento; le distorsioni dell'immagine corporea possono essere particolarmente refrattarie agli sforzi educativi e terapeutici, pertanto è necessario “corazzarsi” nei confronti della disperazione e della frustrazione.

Sebbene la necessità di personalizzare modalità e tecniche di intervento in base alla particolarità del caso sia un'esigenza spesso condivisa, nell'analisi classica, l'analista si astiene il più possibile dal fare domande e dal dare consigli. Essenziale è che il paziente stesso abbia degli *insight* (intesi come percezioni del significato degli eventi) e grazie ad essi, elabori e risolva i conflitti inconsci rimossi ma presenti nella sua storia di vita.

L'analisi è un procedimento lungo e oneroso dal punto di vista economico. Dura solitamente da tre a cinque anni e prevede circa 4 sedute settimanali.

Accanto all'analisi classica sono state elaborate altre forme di trattamento definibili di stampo analitico focale, come la terapia analitica, la terapia breve a orientamento analitico, la terapia di coppia, familiare e di gruppo, meno lunghe e dispendiose.

### ***La terapia cognitivo-comportamentale***

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, come suggerisce il termine, combina due forme di psicoterapia:

La psicoterapia comportamentale: aiuta a modificare la relazione fra le situazioni che creano difficoltà e le abituali reazioni emotive e comportamentali che la persona ha in tali circostanze, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione. Aiuta inoltre a rilassare mente e corpo, così da sentirsi meglio e poter riflettere e prendere decisioni in maniera più lucida.

La psicoterapia cognitiva: aiuta ad individuare certi pensieri ricorrenti, certi schemi fissi di ragionamento (credenze) e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle forti e persistenti emozioni negative che vengono percepite come sintomi e ne sono la causa; a correggerli, ad arricchirli, ad integrarli con altri pensieri più oggettivi, o comunque più funzionali al benessere della persona: il superamento della distorsione cognitiva relativamente al peso e all'aspetto corporeo.

Quando sono combinate nella CBT (*Cognitive behavioral therapy*), queste due forme di trattamento pare diventino un potente strumento per risolvere in tempi brevi forti disagi psicologici.

La terapia comportamentale mette in primo piano la problematica attuale e la situazione contingente di vita del paziente, piuttosto che la sua storia. Essa è composta da molteplici tecniche, attraverso cui vengono smantellati e cestinati comportamenti indesiderati e costruite o apprese modalità comportamentali alternative. I singoli metodi si avvalgono di esercizi comportamentali o i giochi di ruolo.

Nel caso di pazienti anoressiche la sua efficacia si esplica solo in rapporto a obiettivi specifici, come ad esempio nell'acquisto di peso a breve termine.

Base per iniziare la terapia è l'esecuzione di un'analisi del comportamento e delle condizioni: nel colloquio con la paziente, difatti, vengono dapprima analizzati il suo comportamento problematico e le condizioni che lo tengono in vita. Alcuni metodi sono applicati direttamente al comportamento problema, altri mirano a modificare le condizioni esterne di vita che permettono al problema di perpetuarsi. Con il termine "comportamento problematico" non ci si riferisce soltanto al comportamento osservabile, ma anche alle reazioni fisiologiche, ai pensieri, agli atteggiamenti e ai sentimenti. Si parte dal presupposto che il comportamento modificato (dal terapeuta) abbia un'influenza sui pensieri, sui sentimenti e sulle reazioni somatiche.

Tutto si concretizza nella formulazione di un contratto tra paziente e terapeuta nel quale vengano definiti gli obiettivi da perseguire gradualmente: pasti sempre più abbondanti e/o regolari, riduzione delle pratiche catartiche, acquisto di un determinato quantitativo di peso settimanale o mensile, automonitoraggio da parte della paziente dei propri insuccessi o successi quotidiani in relazione ai criteri stipulati nel programma. In seconda istanza è pure inclusa l'assegnazione di compiti che il soggetto dovrà svolgere.

Le tecniche generalmente impiegate sono: Il **rinforzo positivo o negativo** (che si traduce nel facilitare o ostacolare la riedizione di certi comportamenti premiando quelli "buoni",

ossia corretti, e scoraggiando quelli "cattivi", addirittura mediante punizioni. Un esempio potrebbe essere il fatto di garantire le dimissioni dal ricovero ospedaliero solo a patto di aver raggiunto un determinato peso; la **desensibilizzazione sistematica**: in tal caso il soggetto viene gradualmente esposto a uno stimolo legato a una sua modalità reattiva patologica fino all'estinguersi della risposta stessa; **l'esposizione allo stimolo con prevenzione della risposta**; questa tecnica viene utilizzata in caso di vomito autoindotto. Soprattutto con pazienti anoressico-bulimici. Dopo aver fornito alla paziente lo stimolo (ovvero il pasto) vengono messe in atto delle strategie per scongiurare l'autoinduzione del vomito. In che modo?

Ad esempio, consumando il pasto in compagnia del terapeuta, che cercherà di attutire lo stato di disagio conseguente all'introduzione di cibo e di ridurre così il bisogno di provocarsi il vomito, ma ancora bloccando l'accesso al bagno e infine coinvolgendo la paziente in attività alternative a contenuto piacevole.

Per quel che riguarda la modificazione della distorsione cognitiva si fa riferimento al trattamento principe della teoria cognitiva, cioè alla **ristrutturazione**. Vengono fornite le nozioni essenziali riguardo alla funzione nutrizionale e ai normali processi assimilativi del nostro corpo; si procede poi ad una analisi attenta e ad una presa di coscienza, da parte del soggetto insieme con il terapeuta, degli elementi di distorsione mirando a un riequilibrio degli stessi.

In seguito, vengono fornite argomentazioni e tecniche utili per il cambiamento dei convincimenti erranei che riguardano il peso, le dimensioni del proprio corpo, nonché la sensazione di essere incapace di gestire la propria vita e i rapporti interpersonali; si interverrà infine a favore del cambiamento della modalità di pensiero "tutto-nulla" presente in questi soggetti.

Anche questo tipo di terapia può avvenire in contesto sia individuale che di gruppo.

Un'importanza particolare è stata acquisita dalle **tecniche di automodificazione del comportamento**, adottabili dal paziente stesso. Esse sono applicabili al paziente che è motivato a cambiare e ha fiducia nel fatto di potercela fare.

Il riferimento teorico, quando si parla di "fiducia di riuscire a cambiare" sono gli studi sull'autoefficacia svolti dallo psicologo A. Bandur.

I pazienti non apprendono solo seguendo le indicazioni del terapeuta, ma acquisiscono anche degli strumenti con i quali possono guidare personalmente il processo del loro cambiamento.

### ***Le terapie familiari e il ruolo della famiglia***

Poiché l'anoressia non è solo il disturbo di un singolo individuo, ma anche un problema della famiglia, è buono coinvolgere nella terapia anche i familiari, soprattutto in presenza di ragazze adolescenti minorenni che vivono ancora in famiglia.

Ciò che accomuna gli approcci raggruppati entro questa categoria è la ricerca di un miglioramento nello stato del paziente a partire da interventi centrati sulla famiglia.

Nell'ottica sistemica, l'acquisizione da parte dei componenti di modalità relazionali alternative è la condizione che permette al paziente di abbandonare il comportamento disturbato, dato che le condizioni che lo rendevano "necessario" sono venute a mancare.

Esistono diverse possibilità di collaborazione con i familiari. Le forme più frequenti sono le seguenti: colloquio con i singoli membri della famiglia; terapia familiare sistemica; terapia per gruppi di famiglie; gruppi di auto aiuto.

Tuttavia, il coinvolgimento dei familiari si rivela spesso difficile, a causa di fattori esterni, come per esempio una grande distanza, resistenze interne al nucleo familiare o opposizione dei pazienti. Per quanto preziosa sia la collaborazione dei familiari, a volte occorre elaborare la problematica familiare anche solo insieme al paziente.

### ***Le terapie Familiari – il modello sistemico***

Negli anni Trenta – Quaranta del Novecento, il biologo Von Bertalanffy definisce un sistema come "*un complesso di componenti in relazione*"; di qualsiasi natura essi siano, qualsiasi cambiamento nel sistema modifica ogni singola parte.

Salvador Minuchin, psichiatra e pediatra argentino, è diventato famoso in tutto il mondo come uno dei principali

terapeuti della famiglia. L'American Journal of Psychotherapy lo ha descritto come "un innovatore originalissimo, un clinico d'eccezione e un maestro insigne". Minuchin, insieme ai suoi collaboratori, applica le tecniche della terapia della famiglia all'anoressia.

*“Il modello messo a punto (**modello psicodinamico**) prevede una iniziale valutazione degli aspetti organici del soggetto da parte di un medico che, eventualmente, potrà decidere l'ospedalizzazione. L'obiettivo del ricovero, in questo caso, sarà quello di aiutare il soggetto a riacquistare peso mediante l'uso di tecniche comportamentali basate sul condizionamento; inoltre si cercherà di ottenere la disponibilità da parte della famiglia al coinvolgimento terapeutico.*

*Il modello psicosomatico di Minuchin ipotizza cinque modalità collegate alla comparsa e al mantenimento del sintomo anoressico: invischiamento; iperprotezione; evitamento del conflitto; rigidità, coinvolgimento della ragazza anoressica nella deviazione del conflitto.*

*Il vero e proprio inizio della terapia prevede una “lunch session” (pranzo) allargata: tutta la famiglia viene invitata a consumare un pasto nella stanza della terapia, al fine di attualizzare il problema ed evitare di discutere su qualcosa di riferito. È altamente probabile che la situazione riesca a far sviscerare da parte del terapeuta le dinamiche di invischiamento, iperprotettività, evitamento del conflitto e rigidità che spesso caratterizzano queste famiglie. Per poter realizzare tutto ciò, il terapeuta entra a far parte del campo*

*delle interazioni familiari, si crea uno spazio di leader del sistema terapeutico e sfida in tal modo i modelli interattivi stereotipati della famiglia, sostenendo a turno i vari membri del sistema e definendo i confini tra i sottosistemi.*

*Ogni membro deve sentirsi partecipe in prima persona, esporre i propri punti di vista o le obiezioni rispetto a quanto viene detto dagli altri. Si cercherà in tal modo non tanto di evitare discussioni, quanto di impedire i giochi di alleanza e di rimanervi intrappolati”<sup>40</sup>.*

Tra i metodi terapeutici utilizzati nella cura delle pazienti anoressiche, rilevante è **la terapia familiare sistemica**. Tale metodo nasce negli anni Novanta del Novecento con la revisione dell’approccio teorico precedentemente utilizzato da Mara Selvini Palazzoli negli anni Settanta e Ottanta.

Il metodo utilizza un *set* costante con l'utilizzo dello specchio unidirezionale e di un team composto da quattro terapeuti, due dei quali partecipano alla seduta, mentre i rimanenti (generalmente di sesso diverso) osservano il tutto da dietro lo specchio.

La revisione del metodo sorge dal riscontro di alcuni limiti che ne hanno determinato il superamento.

---

<sup>40</sup> Psicologia (facoltà di), *Le famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Università di Torino, 2000,2001.

Tali limiti sono emersi grazie a una ricerca di *followup* svolta dalla Selvini Palazzoli su 143 pazienti anoressiche prese in carico, da lei stessa e dal suo gruppo, dal 1971 al 1987.

Alle ragazze, contattate telefonicamente, è stato chiesto di rispondere a un'intervista di *followup* per indagare le loro attuali condizioni e, di conseguenza, avere dei risultati di carattere longitudinale.

Dalle risposte è emerso che una percentuale superiore alla metà aveva raggiunto un benessere globale relativo a tutti gli aspetti della vita (il sintomo, la vita lavorativa, le relazioni familiari).

Ma sono emersi anche diversi limiti relativi ad alcuni aspetti della terapia a cui erano state sottoposte. Limiti che hanno portato Selvini Palazzoli e i suoi collaboratori a riflettere sull'incompletezza di fondo della terapia familiare sistemica praticata nel periodo esaminato. Questi limiti riguardavano:

- 🌀 Assenza di uno spazio terapeutico individuale per le pazienti, a causa della brevità dei trattamenti che ha portato molte di esse a seguire una terapia individuale dopo quella familiare;
- 🌀 Scarsa empatia verso i genitori, soprattutto la madre, a causa di una eccessiva colpevolizzazione da parte dei terapeuti nei loro confronti;
- 🌀 Intolleranza dei genitori a essere considerati una concausa dell'evento patologico; ciò induceva a scaricare la colpa

della sofferenza familiare sulla paziente che da ruolo di vittima si trasformava in persecutrice.

Dall'esame dei limiti, è nata una rivisitazione dell'approccio in precedenza incentrato sulle correlazioni tra famiglia e sintomo.

Selvini Palazzoli dichiarava al primo contatto con la famiglia che la *“terapia familiare era motivata dal fatto che ci sono delle relazioni che non funzionano, dei conflitti, delle delusioni”*. L'intervento consisteva nel mostrare alla famiglia modi più funzionali di comportamento rispetto a quelli messi in atto e consistenti nel considerare la paziente come vittima sacrificale disposta ad assumere su di sé un disturbo preservandone gli altri membri.

La mossa successiva consisteva nella prescrizione del sintomo: raccomandare alla paziente di non aumentare di peso alla luce dei vantaggi che la sua patologia poteva comportare per gli altri. Ciò significava stabilire un doppio legame terapeutico, dal quale la paziente poteva uscire solo ribellandosi ai terapeuti e quindi abbandonando il sintomo.

La rivisitazione dell'approccio terapeutico riporta l'attenzione su tre poli: la persona, la famiglia, il sintomo. La terapia familiare sistemica parte dalla paziente e dalla sua sofferenza.

La visione precedente non è stata abbandonata ma è più chiaro il fatto che, al primo contatto, molti genitori non sono preparati a sentirsi dire alcune cose. Per questo una

iniziale presa in carico centrata sulla paziente risulta più accogliente.

L'attenzione si incentra sulla persona, aiutandola a diventare consapevole delle vicende che hanno caratterizzato la sua storia personale, a esprimere i suoi bisogni, le sue richieste; a combattere il profondo senso di disvalore.

Accanto a questo vi è un'attenzione alle singole persone della famiglia: madre (facendo leva sulla necessità di un radicale cambiamento e di trasformazione); padre (responsabilizzandolo rispetto al vissuto della figlia e ai bisogni della moglie e della famiglia); fratelli/sorelle per aiutarli nel passaggio dall'atteggiamento competitivo a quello solidale.

Lo **schema di fondo** diventa: partire dall'esame della persona -paziente, ponendola al centro dell'intervento; analizzare i rapporti instaurati nello sviluppo temporale della sua vita con ciascuno dei genitori e dei fratelli; esplorare i due sottosistemi generazionali (la coppia genitoriale, il gruppo dei fratelli); indagine sulla persona di ciascuno dei genitori e sulla storia all'interno della famiglia d'origine.

Questo schema non si applica in modo meccanico ma il percorso terapeutico, per ogni famiglia, verrà scelto dopo una serie di fasi di presa in carico: primo contatto, colloqui preliminari, sedute di consultazione familiare.


Durante il primo contatto, che potrebbe anche essere telefonico, occorre: accertarsi dell'adeguatezza della richiesta rispetto alle proprie competenze; dare una spiegazione sull'approccio utilizzato, cioè sulla necessità della

collaborazione della famiglia; decidere chi convocare ai colloqui preliminari.

Una volta data risposta alle precedenti domande, nei colloqui preliminari e in particolare nel primo colloquio occorre: raccogliere una descrizione del problema e una breve storia della paziente (se è presente la paziente è importante dare a lei per prima la parola); fondare una definizione del problema in senso psicologico, cioè portare la famiglia (paziente compresa) a vedere la sofferenza della ragazza in termini psicologici come una difficoltà di crescita all'interno di relazioni familiari e sociali; proporre una consultazione familiare di tre - sei sedute per capire insieme a loro che cosa ha portato all'anoressia nel loro specifico caso. Se la famiglia è disponibile si fissano altri colloqui preliminari.

Nel secondo colloquio, il terapeuta raccoglie tutti i dati sulla storia dei singoli membri della famiglia con l'obiettivo di stare sui fatti di vita significativi dei vari membri, ottenendo solo indirettamente informazioni sulle relazioni. Dai colloqui preliminari esce un ritratto sia della paziente sia di tutti i membri della famiglia come persone.

Si giunge alla consultazione familiare che consente il raggiungimento di un duplice obiettivo:

 Formulare, lavorando con la famiglia al completo, un'ipotesi relativamente precisa e articolata sulla quale tra l'equipe e la famiglia si raggiunga un accordo sulle principali ragioni di sofferenza della paziente che hanno generato, la scelta da parte sua dell'anoressia;

🌀 Verificare quali siano le risorse per il cambiamento che si generano nella famiglia grazie all'incontro con l'equipe. Si cerca cioè di individuare chi si renda più disponibile a imboccare il cammino di un coinvolgimento terapeutico e perciò su chi conviene maggiormente puntare.

È l'esito di questo *"test di trattabilità"* che condurrà l'equipe a intraprendere l'uno o l'altro dei diversi percorsi terapeutici, con quella data famiglia, per mobilitare sia la paziente che i suoi familiari.

Quando tutti i membri familiari sono coinvolti nel percorso terapeutico, in base alle situazioni specifiche, è stato possibile delineare qualche strategia.

Dal punto di vista teorico, la situazione ideale è quella in cui si può effettuare un **lavoro parallelo con la famiglia e con la paziente**.

Questo potrebbe portare tempi più lunghi. I fratelli e le sorelle, se non sono molto piccoli, sono una risorsa importante nella fase di consultazione in quanto testimoni di vita della sorella e della famiglia; devono comunque essere interessati e non costretti; vale la pena *"indagare il loro destino all'interno della famiglia"*.

In patologie alimentari all'esordio o in reazioni anoressiche di adolescenti che non si possono ancora dichiarare casi di *"anoressia mentale stabilizzata"*, si può effettuare il **lavoro con la famiglia al completo**. Si punta sul nucleo familiare senza un parallelo intervento individuale sulla paziente. Chiarisce il gioco familiare, permettendo al paziente

di modificare la sua percezione interna di sé da “*debole pedina*” a “*promotore di cambiamento*”.

In casi gravi in cui esiste una grande disponibilità di risorse, è possibile impostare un **lavoro individuale con ciascun membro della famiglia**. Si articola in forme di terapia parallele con ciascun membro.

Quando invece si può contare solo su qualcuno dei membri della famiglia, è ci si può operare per effettuare un **lavoro parallelo con la coppia genitoriale e la paziente**. Questo approccio è inevitabile se la paziente è figlia unica e/o se ci sono fratelli ma non sono coinvolti poiché non collaborativi.

Il lavoro con la coppia mira a valutare come il coniuge rinforzi involontariamente nell'altro vissuti disturbanti già patiti nell'infanzia. Tale lavoro può essere svolto se: tra la coppia si nota una fiducia reciproca; vi è la possibilità di un uso non ricattatorio del materiale emerso e un'accettazione dei propri limiti.

Se vi è una disponibilità della ragazza a un lavoro su di sé, unito alla capacità della madre e reggere l'implicita colpevolizzazione, si tenta il cosiddetto **lavoro parallelo con la madre e la paziente**.

In questo modo il padre si sottrae e l'obiettivo del lavoro è far percepire alla madre i propri stati interni di desiderio e dolore così che smetta di reagirvi con sacrificialità o incassando umiliazioni. I migliori risultati si ottengono se il lavoro è affidato a due terapeuti.

Quando la paziente è arroccata irriducibilmente nella patologia e il padre/fratelli sono chiusi o rinunciatari, risulta utile il **lavoro con la sola madre**. In questo caso, la madre deve prima riconoscere le sue sofferenze e difese per poter individuare quelle della figlia.

Il **lavoro solo con il padre** è opportuno nei casi in cui la madre è inaccessibile o troppo disturbata. Il padre agisce in una condizione da vincente rispetto alla moglie che è sottomessa ai suoi desideri quotidiani e ha un ruolo meno scomodo nei confronti della figlia: infatti è la madre ad essere più esposta agli attacchi sintomatici della paziente; al contrario il padre viene rispettato o quanto meno lasciato in pace. In genere con il padre non si intraprendono terapie individuali ma solo alcuni colloqui individuali.

Lavoro solo con la coppia è utilizzato quando la paziente rifiuta il trattamento. La coppia solitamente è sofferente quando la paziente è scoraggiata rispetto all'utilità di far sentire la propria voce e alla possibilità di essere ascoltata. Il difficile sta nel lavorare congiuntamente con i coniugi in presenza di rancori. Diventa importante l'orientamento sulla madre (o su chi sta peggio).

Il **lavoro solo con la paziente** è una scelta estrema e forzata, utilizzata quando ci si trova di fronte a situazioni in cui la paziente è adulta e capace di gestire la terapia; la paziente è immatura e il terapeuta deve fungere da interlocutore principale per la paziente e da contenitore mentale sostitutivo delle funzioni genitoriali; vi è un rifiuto a convocare i familiari.

Per concludere, l'intervento terapeutico sulla famiglia prende le mosse proprio dalle caratteristiche della famiglia, in base alle specificità si può agire sul **problema della leadership**. Riguardo alla difficoltà mostrata da ciascun membro delle famiglie di dichiarare in prima persona che cosa vuole o non vuole, desidera o non desidera; una tecnica di intervento è di comunicare quanto osserviamo (così facendo confermiamo il diritto di ciascun membro di avere e di esprimere francamente il proprio desiderio).

In caso di giochi di alleanza, **l'intervento sulle alleanze** è indispensabile ed utile per escogitare tattiche e prescrizioni che, al giusto momento, inducano padre e figlia in un'esperienza di effettivo avvicinamento e anche in un'alleanza costruttiva. L'alleanza dovrà essere temporanea. Soprattutto si dovrà fare attenzione a che essa non agisca distruttivamente nei riguardi della madre (la quale potrebbe essere pronta a minacciare con depressione e ostilità appena si sente esclusa).

Esiste un tipo di intervento definibile "**intervento sul problema della colpa con l'uso della connotazione positiva**". Si tratta di attribuire intenzioni costruttive a quel genere di comportamento interpersonale descritto come distruttivo e dannoso.

Solitamente sono proprio le pazienti stesse a considerare la propria patologia come l'effetto di difficoltà familiari e a lamentare sovente una confusione di ruoli all'interno della famiglia.

Vi sono comunque dei casi nei quali il trattamento familiare con tutta la famiglia sembra essere poco indicato o addirittura sconsigliato: nel caso di genitori divorziati o separati, poiché questo potrebbe rinforzare l'idea di una riunificazione familiare; nel caso in cui uno dei due genitori sia portatore di qualche grave patologia psichica (ad esempio, una psicosi maniaco-depressiva), che necessita il rispetto della sua vulnerabilità; nel caso vi siano precedenti di molestie fisiche o di abuso sessuale da parte di un genitore, situazioni che richiedono la protezione della vittima e l'elusione di eventuali dilemmi di fedeltà; nel caso in cui le interazioni familiari siano altamente negative o destrutturanti, poiché confronti diretti in presenza di un "estraneo importante" (il terapeuta) possono portare alla rottura.

Che si tratti di terapia familiare classica, di semplice counseling familiare, di terapia di coppia per i genitori finalizzata all'analisi funzionale del disturbo, è bene comunque dare rilievo ad alcuni assunti di base:

La patologia familiare non deve essere confusa con semplici momenti di crisi, ma deve essere riconosciuta nel caso sia espressione di un vero dolore. I genitori devono essere sempre sostenuti dall'idea di aver agito nel migliore dei modi possibili. Sarebbe inutile la colpevolizzazione, sia da parte dei genitori che da parte della paziente, e a poco servirebbe nell'economia delle relazioni, spesso già compromesse.

Risulta vantaggioso porre l'accento sulle possibilità di reciproca collaborazione. Anche i fratelli o le sorelle vengono

pertanto invitati a partecipare attivamente al percorso terapeutico. Il loro punto di vista può infatti arricchire notevolmente le prospettive sviluppate nell'“osservatorio terapeutico”<sup>41</sup>.

### ***La terapia di gruppo per il paziente anoressico***

Quasi tutti i metodi psicoterapeutici sono utilizzabili sia in un *setting* individuale, cioè attuati con un individuo, sia in un *setting* di gruppo. In ogni singolo caso si deve esaminare quale forma sia la più idonea.

Solitamente viene privilegiata la terapia di gruppo in quanto ritenuta particolarmente efficace nell'elaborazione dei problemi specifici dell'anoressia.

La terapia di gruppo offre alla persona lo spazio per il contatto e lo scambio con pazienti della stessa età.

Nonostante occasionali rivalità, le anoressiche sono di solito legate tra loro da un forte sentimento di solidarietà.

Questo fa sì che, con il tempo, si crei nel gruppo un'atmosfera di fiducia, nella quale è possibile confrontarsi insieme sui problemi comuni, ma anche parlare delle proprie difficoltà personali.

---

<sup>41</sup> Vandereycken W., (in Caruso M.), *I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica*, Franco Angeli, Milano 1997

In un clima del genere, è più facile per le pazienti accogliere la critica delle coetanee e rivolgere, dal canto proprio, delle critiche alle altre.

Si impara a gestire la critica e a prendere coscienza di sentimenti emergenti o rimossi di rivalità e concorrenza e a elaborarli insieme.

Temi centrali della discussione di gruppo sono: l'insicurezza, l'egocentrismo, le paure, il perfezionismo, il rapporto con i genitori e i relativi conflitti, i ruoli propri e altrui, il rapporto con i coetanei e con la sessualità.

### **2.3 La durata del trattamento**

Un trattamento adeguato ha durata variabile: va da uno a tre anni, a seconda della gravità e della durata del disturbo. Se è necessario un ricovero, questo si protrae nella maggior parte delle cliniche per diversi mesi o un anno.

Ma la terapia non si conclude con il trattamento ospedaliero: è necessario infatti proseguire con una terapia ambulatoriale. La maggioranza delle pazienti è convinta di potersi buttare tutto dietro le spalle molto più velocemente, e di conseguenza si sottopone a una forte pressione. Ma una malattia che si è evoluta in un periodo tanto lungo non può essere risolta in poco tempo.

## 2.4 Network: il ruolo della rete di aiuto

Il compito del consulente è complesso, deve valutare la necessità di un supporto psicologico e/o psicoterapeutico integrandolo con la necessità di un trattamento medico e dietetico; la combinazione della terapia, con la risoluzione dei problemi della famiglia e la qualità dell'interazione fra paziente e consulente.

Tutto ciò mostra da un lato la complessità del disturbo, complicata spesso dalla presenza di ragazze molto emaciate, e la necessità di una rete di soggetti che dovrebbero gravitare attorno alla vita della paziente e della sua famiglia, con interventi che si devono integrare in ottica di rete.

L'intervento di rete è un modello utilizzato all'estero da decenni, ma fa la sua entrata nel panorama italiano alla fine degli anni Ottanta.

Il concetto di rete suggerisce, come metafora della realtà, un reticolo di punti di diverso addensamento, che sono posti tutti sullo stesso piano senza alcuna subordinazione reciproca. Le reti si dividono in:

- 🌀 reti primarie, cioè che si caratterizzano per i vincoli di parentela, vicinato e amicizia tra le persone;
- 🌀 reti secondarie, che nello specifico si dividono in informali (gruppi che si organizzano dall'apertura della rete primaria verso un ambiente comune più ampio) e formali (il complesso dei servizi pubblici e privati, finalizzati alla cura della persona).

A livello di reti secondarie formali sul tema dei Disturbi dell'Alimentazione sono impegnati, in modo non uniforme nelle varie realtà territoriali, una molteplicità di servizi pubblici, privati e di terzo settore:

Dipartimenti di Salute Mentale; Unità Operative di Psichiatria e Psicologia; Unità Funzionali Salute Mentale Adulti; Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia adolescenza; servizi di psichiatria; Neuropsichiatria Infantile; Ginecologia; Gastroenterologia; Pediatria, Dietistica; Unità Operative di Pediatria; Servizi Per le Dipendenze (SerD); Servizio di Diabetologia, U.F. Attività Consultoriali; Attività Sanitarie di Comunità; Servizi di Dietologia; Associazioni di auto mutuo aiuto e di familiari.

Solo pochi dei servizi implicati nel processo assistenziale hanno personale realmente dedicato e preparato sul tema. In alcune realtà inoltre i servizi operano senza una precisa definizione delle funzioni con conseguente frammentazione e casualità delle cure e con dispersione di risorse ed energie<sup>42</sup>.

Per un corretto approccio diventa importante una presa in carico multidisciplinare attraverso l'apporto integrato di competenze specificatamente qualificate in grado di assicurare risposte professionalmente qualificate e specializzate nel settore dei DCA; favorendo l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e la rete del volontariato di aiuto.

---

<sup>42</sup> <http://www.sisdca.it/html/cnt/home.asp>

La rete ha la funzione di garantire una corretta diagnosi psicologica e psichiatrica, la valutazione delle condizioni internistiche e nutrizionali; la presa in carico del paziente e la definizione del piano terapeutico individuale; il trattamento integrato con utilizzo di modalità terapeutiche specialistiche rivolte alla cura dei sintomi medici e psichici differenziate e flessibili in relazione alle diverse fasi della malattia; il trattamento psicoterapico a medio e lungo termine, secondo le indicazioni attinenti al caso specifico e, ove necessario, la prescrizione e il monitoraggio di terapia psicofarmacologica; la valutazione dietetica e la riabilitazione nutrizionale; interventi di supporto guidato per i familiari e attività di counseling.

Tra gli specialisti che intervengono sul caso è importante vi sia un rapporto aperto, chiaro e valido di collaborazione. Il motivo è dovuto al fatto che le pazienti, nella maggior parte dei casi, tenderanno di metterli l'uno contro l'altro, utilizzando il metodo che hanno sempre usato in casa: istigando il padre contro la madre e viceversa. Allo stesso modo, sono necessarie la mutua comprensione e l'armoniosa interazione con il personale di assistenza e con gli esperti della nutrizione.

Nella rete, il counsellor deve saper capire e valorizzare ciò che accade, rispetto alle proprie aspettative e valutazioni, ponendo la sua attenzione sulle problematiche che possono sorgere nei processi di rete, più che quelle individuali. Il counsellor può orientare la vita di relazione della rete, in modo non direttivo, cioè adeguandosi ai tempi e ai modi delle reti stesse.

Il ruolo del counsellor cristiano nella rete, ancor più si distingue per la cura che presterà alla persona intesa nella sua dimensione di spirito, anima e corpo; agendo da facilitatore verso un percorso di completa guarigione.

### 3. Approcci cristiani

Come per le teorie secolari, anche per l'approccio cristiano vale la regola che non c'è un unico modo "giusto" per affrontare la questione. Le varie terapie proposte variano spesso tra di loro.

Nell'ambito secolare abbiamo visto che i vari tipi di approcci terapeutici si possono suddividere in due grandi gruppi: chi si concentra sul fattore "esteriore" e puramente fisico (p.es. il modello comportamentale), mirando a un cambiamento del comportamento e, nel caso dell'anoressia, a un modo nuovo, più sano, di nutrirsi e quindi a un aumento di peso; chi invece parte dal modo di pensare, cercando di capire che cosa abbia causato il modo sbagliato di comportarsi, lavorando poi sulla modificazione del modo di vedere le cose che di conseguenza porta anche a un cambiamento nel comportamento (p.es. il modello psicoanalitico).

Anche nell'ambito cristiano possiamo ritrovare due principali scuole di pensiero che esemplifichiamo con l'approccio di Jay E. Adams e quello di Lawrence Jr. Crabb (Larry Crabb).

### 3.1 L'approccio di Adams

Jay E. Adams è il rappresentante più importante dell'approccio direttivo nella consulenza, viene chiamato anche il counselling "nouthetico" il cui termine deriva dalla parola "*nomos*" che in greco antico significa legge<sup>43</sup>.

Il consulente è chiamato a far confrontare il cliente con i principi della Scrittura, quindi con ciò che è giusto fare, esortandolo a metterli in pratica e non concentrandosi sui sentimenti o altre eventuali cause del suo comportamento<sup>44</sup>.

Il ruolo del counsellor perciò è abbastanza dominante, la sua autorità si basa sulle affermazioni della Parola di Dio<sup>45</sup>.

Si parte dal presupposto che la soluzione ad ogni problema c'è già (è nella Bibbia); il compito del consulente è quello di mostrarla semplicemente al cliente che poi, a sua volta, deve decidere di comportarsi di conseguenza, indipendentemente da come si sente.

Successivamente, ci si aspetta anche un cambiamento nelle emozioni. La domanda centrale quindi non è il "perché", ma il "che cosa", cioè delle "direttive" per il modo giusto di agire.<sup>46</sup> Un altro aspetto importante individuato come la causa

---

<sup>43</sup>Winkler E., *Praktische Theologie elementar*, Vandenhoeck & Ruprecht Verlage, Gottingen, 1997

<sup>44</sup>Benner David G., in Hill P. C., *Encyclopedia of psychology & counseling*, Baker Books, Grand Rapids, 1999

<sup>45</sup>Christian Counselling, <http://mintools.com/counseling2.htm>

<sup>46</sup>Nicol M., *Grundwissen Praktische Theologie. Ein Arbeitsbuch*, Kohlhammer, Köln, 2000

di quasi ogni problema della persona, è la condizione di peccato in cui essa vive<sup>47</sup>.

Che cosa significa tutto ciò nella pratica della consulenza per una persona anoressica?

Seguire quest'approccio significherebbe non soffermarsi esclusivamente sulle circostanze (passato, situazione familiare, eccetera) che hanno portato ad un modo sbagliato di vedere la realtà e quindi al comportamento anoressico, bensì, partendo dalla Parola di Dio, indicare "semplicemente" quale sia il rapporto giusto con il cibo.

Si sottolinea che il nostro corpo è il "*tempio di Dio*" (1 Co 3:16), che quindi non appartiene più a noi e che dobbiamo glorificare Dio con esso, nutrendolo tra l'altro in modo appropriato.

L'importanza non è posta su come la persona vede sé stessa o sulla guarigione di eventuali ferite, ma sul fatto che "*Dio ordina di trattare il corpo in una certa (giusta) maniera – e quindi bisogna farlo*" Secondo alcuni approcci direttivi le cause dell'anoressia sono atteggiamenti peccaminosi come: idolatria, vanità estrema, invidia, disonestà, egocentrismo ed altro.

A questo si aggiungerebbero spesso elementi come: mancanza di autocontrollo, una vita di pensieri non controllati

---

<sup>47</sup> Rolf S, *Vom Sinn zum Trost: Überlegungen im Horizont einer relationalen Ontologie, Heidelberger Studien zur praktischen Theologie*, Lit Verlag, Münster, 2002

e una condotta spirituale non curata bene. Aspetti come traumi, abusi o simili sono d'importanza solo subordinata.<sup>48</sup>

Ciò che bisognerebbe quindi fare è individuare, nella terapia, quali siano gli *“idoli del cuore”*, cioè i comportamenti peccaminosi che diventano più importanti della volontà di ubbidire a Dio, pentirsi e cambiare stile di vita.

Il compito principale del consulente in tutto questo processo è di insegnare i principi biblicamente giusti e di verificare, per esempio tramite dei compiti a casa, se il cliente sta facendo i passi giusti.

### **3.2 L'approccio di Crabb**

Il suo approccio parte dal seguente presupposto: ogni essere umano ha un bisogno basilare e cioè quello di sentire il proprio valore personale. Per poterlo realizzare sono necessari due fattori: significato e sicurezza.

Se una persona vive in modo non corretto, ciò deriva da una *“filosofia di vita”* sbagliata. Nella consulenza cristiana, bisogna prima capire qual è questa filosofia per poi correggerla e portare la persona a un comportamento giusto.

---

<sup>48</sup> <http://www.livrite.com/renovation/eatdis1.htm>

Crabb spiega questo con la suddivisione della personalità umana in cinque parti:

- 🌀 la mente cosciente: il luogo dove la persona pronuncia delle affermazioni a sé stessa, valutando gli eventi intorno a lei;
- 🌀 la mente non cosciente: la parte della personalità dove vengono sviluppate le supposizioni basilari su dove trovare significato e sicurezza;
- 🌀 la direzione di base “*il cuore*”: ciò per cui una persona decide di voler vivere;
- 🌀 la volontà: la capacità dell’uomo di poter scegliere come si vuole comportare;
- 🌀 le emozioni<sup>49</sup>

Come nasce quindi un comportamento sbagliato o non sano?

Secondo Crabb i bisogni basilari di significato e sicurezza rimarranno sempre. Quelli che possono cambiare sono i bisogni secondari e anche gli “*strumenti*” attraverso i quali la persona pensa di ricevere significato e sicurezza e “*sono proprio questi strumenti ad essere, spesso, sbagliati*”, non funzionali per il benessere della persona.

Potremmo dire, per esempio, che una persona anoressica cerca di soddisfare il suo desiderio di sicurezza o

---

<sup>49</sup> Crabb L. J, *Come costruire un matrimonio intimo e solido*, Edizioni Patmos, Perugia, 2007

significato con tentativi di perfezionismo totale e di controllo assoluto sul peso.

Secondo Crabb, quando una persona è convinta di realizzare i bisogni basilari (significato/sicurezza) tramite strumenti non corretti come, per esempio, le azioni messe in atto per diventare magri o per avere tutto sotto controllo, la persona non potrà mai essere veramente soddisfatta. Essa ha un modo sbagliato di pensare.

Infatti, afferma, che non sono gli eventi a controllare le nostre emozioni e i nostri comportamenti, ma il modo in cui valutiamo gli eventi.

In altre parole, le nostre supposizioni basilari della mente incosciente su dove trovare significato e sicurezza determinano: ciò che diciamo a noi stessi (mente cosciente); come valutiamo le situazioni e come di conseguenza agiamo e ci sentiamo.

Ciò che deve essere rinnovato allora non sono le emozioni, il comportamento o le circostanze, ma prima di tutto la mente con le sue supposizioni basilari e interpretazioni del mondo<sup>50</sup>.

Nella pratica della consulenza, Crabb propone di identificare prima le emozioni che la persona prova, per poi arrivare a capire quale comportamento è stato generato da questi sentimenti.

---

<sup>50</sup> Crabb L. J., op.cit.

In un terzo passo, il consulente deve provare a comprendere qual è il modo di pensare alla base di questo comportamento per arrivare, possibilmente, a capire quali sono le supposizioni basilari della mente del cliente che influenzano tutto il resto e dove deve verificarsi il principale cambiamento di prospettiva.

Bisogna però considerare anche il fatto che queste convinzioni spesso sono molto radicate e quindi non così facili da estirpare. Si deve, quindi, affrontare un processo più lungo per la *“trasformazione della mente”* (Rm 12:2).

Il consulente deve attivarsi per aiutare il cliente a capire in quali circostanze sono nate quelle supposizioni basilari, incoraggiandolo a esprimere i sentimenti che collega ad essi, accompagnandolo nel processo, spesso doloroso, di cambiamento di pensiero e insegnandogli ciò che, invece, dovrebbe riempire la sua mente: solo Dio può soddisfare i suoi desideri basilari, dandogli significato e sicurezza.

Se l'individuo prende un impegno fermo nei confronti di questo nuovo e corretto modo di pensare, la terapia prosegue con la pianificazione di un nuovo comportamento che porta anche a nuove emozioni sane<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Crabb L. J., op. cit.

### **3.3 La scelta del modello**

Come gruppo di consulenti cristiani, ci siamo posti di fronte alle due “strade principali” (approccio di Adams e di Crabb), le abbiamo integrate con le conoscenze derivanti dai saperi secolari e abbiamo deciso che direzione prendere per affrontare il caso assegnatoci.

Le nostre riflessioni hanno portato alla conclusione che l’approccio più adatto è quello che inizia a lavorare sul modo di pensare e non sul comportamento stesso, quindi, orientiamo l’intervento assumendo i presupposti di Larry Crabb.

Applicare i principi derivanti dal suo approccio al contesto dell’anoressia, significa non cercare di cambiare il comportamento (il modo di mangiare), ma arrivare a capire perché la persona si comporta in questo modo.

Quale supposizione sbagliata sta alla base di questo comportamento? In che modo pensa di ricevere significato, sicurezza, valore personale dimagrendo sempre di più? Che cosa possiamo fare per aiutare la persona a essere cambiata nella sua mente incosciente per poi iniziare a comportarsi in modo diverso, mangiando in modo corretto?

Perché questa decisione?

Ciò che vorremmo per Rebecca, la ragazza anoressica del “caso didattico” è una guarigione profonda, duratura nel tempo. Non soltanto un miglioramento temporaneo dei

sintomi. Vorremmo provare ad intervenire sulle cause, e non i sintomi.

Riteniamo che gli assunti di Crabb convergano con alcuni approcci secolari. Siamo persuasi del fatto che anche nel caso dell'anoressia, dietro il comportamento non sano (rifiuto di cibo) come causa, c'è un modo sbagliato di pensare.

Assumendo un'ottica principalmente derivante dai presupposti di natura psicodinamica, dal modello strategico interazionista e dal modello dispercettivo, iniziamo a lavorare con la ragazza tenendo in considerazione lo schema mentale su cui si fonda la cenestesia. Nel frattempo, gli elementi che analizziamo insieme a lei sono: il modo di vedere sé stessi, il mondo intorno, le altre persone, Dio, eccetera.

Secondo noi, se un percorso di cura mirasse solo a portare la persona nuovamente a mangiare, senza toccare i suoi pensieri, ci sarebbe un esponenziale aumento del rischio che questa persona prima o poi ricominci con il suo comportamento anoressico. Riteniamo che la via verso la guarigione possa passare solo attraverso un cambiamento interiore profondo.


Ciò non esclude che in alcuni casi si possa essere costretti a intervenire prima sul comportamento, per esempio quando c'è un rischio per la vita della persona. In questo caso bisogna prima garantire la sua sopravvivenza per poi lavorare sul suo modo di vedere sé stessa, gli altri, eccetera.


### 3.4 Che cosa può aggiungere la fede

#### ***Le varie teorie psicologiche dal punto di vista cristiano***

Avendo come base le teorie psicologiche secolari, come consulenti cristiani ci dobbiamo sempre domandare dove noi, come cristiani, ci collochiamo in tutto ciò.

In teoria sono possibili due estremi che a volte, purtroppo, vengono realmente scelti come posizioni nell'ambito evangelico:

 La convinzione che solo la psicologia (o una certa scuola psicologica) abbia ragione e possa indicarci la via per aiutare gli altri. In questo caso come credenti non possiamo aggiungere niente di più quindi, senza una comprovata formazione in ambito psicologico, ci è precluso aiutare chiunque.

 La convinzione che rifiuta ogni tipo di approccio psicologico in quanto non basato sulla Bibbia e quindi non accettato o non utilizzato.

Tra due estremi c'è sempre una via di mezzo, e noi, come potenziale gruppo di consulenti, siamo convinti che anche in questo caso la verità sia lì "nel mezzo".

Partiamo dal presupposto che *"ogni verità è verità di Dio"*<sup>52</sup>.

Dalla Bibbia capiamo che Dio abbia creato l'uomo con una mente funzionante, quindi con un'intelligenza che gli

---

<sup>52</sup> Waylon W., *The Bible in Counselling*, Moody Press, Chicago 1977

permette di esaminare, analizzare, scoprire e capire tante cose sul mondo che lo circonda, sulla natura, sull'universo e su tante cose ancora. Questo vale per ogni essere umano e non soltanto per chi vive la propria vita in dipendenza da Dio.

L'uomo infatti è capace di fare grandi scoperte. Di scoprire delle verità enormi nella scienza, nella medicina, biologia, fisica, astronomia e in tante altre discipline.

*“Queste verità sono delle “verità di Dio”, cioè delle leggi o processi che Dio stesso ha creato e stabilito. Pensiamo che ciò sia vero in tantissimi ambiti della nostra vita: quando siamo malati, andiamo dal medico, usiamo varie operazioni matematiche tutti i giorni e ci basiamo su leggi fisiche o chimiche nella costruzione di edifici e macchinari e nella creazione di prodotti vari, senza chiederci se lo scienziato che ha scoperto tutto ciò credeva o meno in Dio.*

*Nello stesso modo siamo convinti che anche la psicologia ha scoperto tante “verità di Dio” e sviluppato degli approcci che anche per noi credenti possono essere molto utili.*

*Così la Bibbia riconosce per esempio l'influenza che può avere il nostro inconscio sulle nostre azioni di oggi (vedi la teoria psicoanalitica) e il modo in cui s'influenzano a vicenda i singoli membri di vari sistemi sociali (la terapia sistemica familiare in paragone per esempio a 1 Corinzi 12:12-26)”<sup>53</sup>.*

---

<sup>53</sup> Giuni G., *Teorie psicologiche e Bibbia*, (in Lux Biblica n33 “Il ministero della consulenza”), Ibei Edizioni, Roma, 2006

Questo però, d'altro lato, non significa che la psicologia per noi sia l'unico strumento a nostra disposizione su cui ci dobbiamo basare in modo esclusivo. Per noi come cristiani è essenziale considerare due aspetti principali nel nostro approccio con la psicologia:

*“Per quanto la psicologia possa aver scoperto una parte della “verità di Dio”, nessuna teoria è perfetta e in armonia completa con l'insegnamento di Dio, anzi, dobbiamo tener conto del fatto che l'uomo, nonostante l'intelligenza che Dio gli ha dato, rimane un essere limitato che non potrà mai capire tutto pienamente. E, soprattutto, è un essere che fallisce, sotto l'influenza del peccato.*

*Questo significa che tante teorie psicologiche possono aver subito l'impatto di pensieri addirittura contrari al pensiero di Dio: spesso negano la presenza del peccato, vedono l'uomo come fondamentalmente buono e pensano di conseguenza che la causa di un certo comportamento sia da cercare in traumi infantili (teoria psicoanalitica) o in condizionamenti dall'esterno (teoria comportamentale) e che quindi il paziente non debba assumersi la responsabilità per delle sue azioni”<sup>54</sup>.*

Che posizione dovremmo avere noi credenti davanti a questi fatti?

Dovremmo essere consapevoli del fatto che prima di studiare la psicologia per noi è prioritario conoscere bene la Bibbia e il pensiero di Dio.

---

<sup>54</sup> Giuni G., op. cit.

Su questa base poi potremmo successivamente approcciarci anche alle varie teorie psicologiche, chiedendo a Dio di darci la saggezza per comprendere, quali dei tanti insegnamenti sono in accordo con la nostra fede e quali invece ci portano su una strada diversa e quindi per noi sbagliata.

Quando parliamo di psicologia (letteralmente, dal greco, la “conoscenza dell’anima”) o di consulenza (“cura d’anima”), non dimentichiamo che nessuno conosce il cuore e l’anima dell’uomo come li conosce Dio. Egli è Colui che dice:

*“Poiché io ristorerò l’anima stanca, sazierò ogni anima languente.”* (Gr 31:25).

Come credenti possiamo essere gli strumenti di questo Dio meraviglioso che vuole guarire le ferite dell’anima umana. Vedremo qui di seguito alcuni aspetti a proposito.

### ***L’amore incondizionato di Dio***

Nell’approccio cristiano per la cura dell’anoressia gioca un ruolo importante l’amore incondizionato di Dio.

Per spiegare meglio l’importanza di questo aspetto prendiamo spunto dal libro (secolare) della psicologa americana Peggy Claude-Pierre *“Der Weg zurück ins Leben* (La via per tornare alla vita)”. Peggy Claude-Pierre ha avuto entrambe le figlie soffrire di anoressia, quasi fino al punto di morire.

Nessuno degli approcci psicologici che conosceva sembrava “funzionare” e così lei stessa ha iniziato una sua ricerca per trovare un’altra “via”.

Claude-Pierre, di fronte alla domanda: *“perché alcune persone sviluppano qualche disturbo alimentare, mentre altre, nelle stesse condizioni, no?”*<sup>55</sup> conclude che la causa principale non sono le condizioni nelle quali si trova una persona, ma il suo modo di vederle, quindi, il fattore più importante è la sua personalità e il suo modo di interpretare la vita.

Parla di una *“sindrome di negativismo”* che, *“come una voce dentro la persona, la porta a vedere in ogni evento o ogni commento nei suoi confronti un giudizio negativo, un segno dell’essere una persona senza valore, degna solo della morte, che però porta i pesi degli altri ed è costretta ad assumersi la responsabilità per loro”*<sup>56</sup>.

Secondo la psicologa *“alcune persone nascono con questo modo di vedere il mondo che poi, tramite alcuni fattori, può venire rinforzato fino a dominare la persona al cento per cento”*<sup>57</sup>.

Una persona con la *“sindrome di negativismo”* pensa anche di *“dover raggiungere la perfezione, ma non riuscendoci soffre ancora di più di sensi di inferiorità, di colpa e di vergogna”*<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> Claude-Pierre P., *Der Weg zurück ins Leben: Magersucht und Bulimie verstehen und heilen*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 2001

<sup>56</sup> Claude-Pierre P., op. cit.

<sup>57</sup> Claude-Pierre P., op. cit.

<sup>58</sup> Claude-Pierre P., op. cit.

La cura che Claude-Pierre quindi propone è l’*“amore incondizionato”* che dovrebbe essere una voce talmente più forte di quella del negativismo da farla tacere.

Questo non soltanto quando la persona si comporta “bene”, ma, appunto, anche quando è arrabbiata, sbaglia, eccetera.

Claude-Pierre, nella sua clinica di Montreux in Canada<sup>59</sup>, circondava i suoi pazienti, soprattutto nella fase iniziale, 24 ore su 24 da medici, infermieri e altro personale incaricati di ripetere in continuazione che sono amati, preziosi e degni di vivere e che “quell’altra voce” dentro di loro dice delle bugie. “Trasmettevano questo amore oltre che con parole anche con carezze e abbracci”<sup>60</sup>.

A detta dell’autrice, i pazienti sviluppavano pian piano l’autostima, realizzavano di essere degni di vivere e di nutrirsi in modo adeguato. Comprendevano che non devono assumersi tutte le responsabilità e che non devono sempre controllare tutto. Così, passo dopo passo, riprendevano a mangiare e a tornare a una vita regolare e sana.

Sempre secondo Claude-Pierre, ci sono però anche degli aspetti problematici: un tale approccio richiede molto personale, almeno nella fase iniziale, Un infermiere può occuparsi solo di un’unica persona, quindi solo poche persone potevano usufruire di questo tipo di terapia.

---

<sup>59</sup> Attualmente chiusa a causa di accertamenti per presunte irregolarità sanitarie

<sup>60</sup> Claude-Pierre, op.cit.

A nostro avviso, è praticamente impossibile che degli esseri umani dimostrino, sempre, solo amore incondizionato per il paziente. Sarebbe “sovrumano”.

Crediamo che le terapie sanitarie siano fondamentali. Riteniamo comunque interessante il discorso umanistico di Claude-Pierre se assunto come base per lo svolgimento di ogni azione di cura.

Siamo certi che ciò che si può fare in modo parziale e limitato in qualità di infermieri, medici, psicologici, parenti, familiari e counsellor viene da Dio in modo perfetto.

La Scrittura insegna che Dio non soltanto ha amore incondizionato per le sue creature, ma che addirittura è l'amore perfetto (1Gv 4:8).

Questo amore è incrollabile e non finirà mai (Is 54:10, Gr 31:3), ed è per chiunque e non dipende dalle nostre capacità, dalla nostra grandezza (Dt 7:7-8) o da qualsiasi altra nostra caratteristica. L'amore di Dio sussiste anche quando pecciamo e falliamo (Ef 2:4-5).

La grandezza di questo amore la vediamo nel fatto che Cristo stesso si è dato per noi (Ef 5:25, Gv 3:16-17).

Ovviamente questo messaggio di amore è un messaggio di speranza e di liberazione anche per chi soffre di anoressia.

Possiamo, come spiegato precedentemente, usufruire dei vari approcci secolari, ma *in primis*, siamo tenuti ad annunciare l'amore incondizionato di Dio.

La persona anoressica che accetta questo messaggio è portata a comprendere che non deve più seguire un modello fisico “ideale” per essere amata, ma che Dio la ama per quello che è. Non deve più controllare tutto, ma può sapere che Dio ha il controllo. Non deve più caricarsi dei pesi degli altri, pensando di dover essere responsabile per tutti e per tutto, ma può riposare nella sicurezza che Dio vuole portare i suoi pesi. Può realizzare il fatto che è una creatura di Dio, amata, voluta, stimata, preziosa e degna di vivere.

### ***La grazia***

Il concetto della grazia è strettamente, se non insolubilmente legato a quello dell’amore incondizionato. È un concetto che nella società secolare vale poco. Il messaggio che viene invece trasmesso è quello che ciò che conta è la prestazione, il rendimento, la *performance*. Le persone valgono per ciò che sanno fare, se sbagliano invece, il loro valore diminuisce drasticamente.

Questo crea una pressione enorme soprattutto per la persona anoressica che spesso è profondamente ed inconsciamente convinta di non avere alcun valore.

Essa pensa di non potersi permettere delle debolezze e che gli sbagli non siano ammessi.

Per ricevere almeno un po’ di riconoscimento vuole essere perfetta perlomeno in ciò che può controllare: il suo corpo.

A questo proposito Claude-Pierre afferma che sia noi come società che, soprattutto, le persone anoressiche, dobbiamo imparare questa verità: *“essere umano significa anche fallire e imparare dai fallimenti”*<sup>61</sup>.

Poi aggiunge: *“Quando la paziente (...) entra in un’atmosfera di perdono incondizionato, può concedersi, anche se solo pian piano e con difficoltà, il diritto di essere umana - con tutte le debolezze a esso collegate”*<sup>62</sup>.

Ma dove si può trovare un perdono incondizionato, una grazia incondizionata? Dove esistono relazioni che non dipendono da ciò che l’altro fa o riesce a rendere? Dov’è che gli sbagli vengono perdonati? In modo perfetto e assoluto questo può venire soltanto da Dio.

Jonathan Ward spiega bene, l’importanza della grazia.

Essa è il sentirsi accettati per quello *“che si è”* e il *“non sentirsi più condizionati dall’obbligo di rendersi accettabili agli occhi degli altri. La grazia libera dal dover seguire delle regole per dimostrare qualcosa o guadagnarsela”* - proprio ciò che la persona anoressica sta cercando di fare<sup>63</sup>.

La grazia quindi significherebbe per il paziente anoressico la liberazione dal dover fare, dal dover sottostare alle regole create da lui stesso per corrispondere a un’immagine per la quale spera di essere accettato.

---

<sup>61</sup> Claude-Pierre P., op. cit.

<sup>62</sup> Claude-Pierre P., op. cit.

<sup>63</sup> Ward J., *Il ruolo della grazia nella cura pastorale*, in Lux Biblica n.33 “Il ministero della consulenza”, Roma, 2006

Non deve più nascondere le proprie debolezze, cercando di dimostrare di aver tutto sotto controllo, perché può sperimentare che Dio l'accetta comunque.

Il concetto della grazia può aiutare la persona anoressica anche in un altro senso.

Secondo Ward *“la grazia crea un clima in cui la persona riesce ad accettare i propri fallimenti”*<sup>64</sup>.

Quando una persona anoressica decide di voler intraprendere la via verso la guarigione sta andando incontro a un cammino lungo e tante volte non facile e le (ri)cadute non saranno sempre evitabili.

In quei momenti è facile scoraggiarsi e quindi per lei è molto importante sapere che la grazia di Dio nei suoi confronti non cambia.

La grazia di Dio *“è la condizione di base per compiere un cambiamento significativo di paradigma: agire non più per essere accettati, ma perché si è accettati”*. Essa *“rialza la persona, cancella gli errori fatti e aiuta ad andare avanti”*<sup>65</sup>.

### ***L'immagine di noi stessi***

Anche l'immagine che si ha di sé è, in un certo senso, è legata al concetto di amore incondizionato.

*“La persona anoressica non ha soltanto problemi a credere di essere una persona degna di amore, ma ha, in*

---

<sup>64</sup> Ward J., op. cit.

<sup>65</sup> Ward J., op. cit.

*generale, un problema con l'immagine di sé stessa e cioè un'idea distorta di come dovrebbe essere". Come abbiamo visto all'inizio di questo lavoro, "la maggior parte soffre di bassa autostima, mira alla perfezione che non raggiunge mai, ha paura di diventare grassa, non è contenta del proprio fisico, ha una grande fame di riconoscimento, eccetera"*<sup>66</sup>.

Nel suo libro sull'anoressia Lisa Bevere dedica un ampio spazio a questa problematica, che secondo lei è un aspetto fondamentale che deve essere cambiato per arrivare a una vera trasformazione e a una guarigione della persona.

Secondo Bevere la persona anoressica ha di sé un'idea sbagliata che è come un tiranno, che la tiene prigioniera. Non la lascia mai in pace e la convince continuamente di non essere adatta, di essere brutta. Queste convinzioni la spingono a fare di tutto per arrivare a un modello ideale, perfetto, ed irraggiungibile.

Infatti, così come dice Bevere, *"si tratta di una menzogna, alla quale la persona anoressica crede"*.

Secondo Bevere coloro che proclamano questa bugia sono tra l'altro i media, la televisione, il cinema, la pubblicità: *"parlano tutti della donna ideale, che diventa l'idolo della persona anoressica"*<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Herold S., *Leicht wie ein Schmetterling: Evas Weg aus der Magersucht*, Verlag der Franck-Buchhandlung GmbH, Marburg an der Lahn 2007

<sup>67</sup> Bevere L., *Non sei quello che pesi. Poni fine alla guerra con il cibo e scopri il tuo vero valore*, EUN, Marchirolo, 2009

Per essere liberi dalla menzogna bisogna conoscere la verità, anzi, bisogna conoscere Colui che è la verità: Gesù Cristo (Gv 14:6).

*“Questa conoscenza va oltre a un mero “livello mentale”, ma è tale “da permearci fino a raggiungere ogni area del nostro essere”<sup>68</sup>.*

Trovarsi davanti alla Verità può a volte anche essere doloroso, ma è assolutamente necessario per la guarigione. Significa avere un incontro personale con Dio e *“richiede l’ammissione della nostra incapacità di provvedere. È un invito a mettere da parte l’orgoglio e ad arrendersi all’umiltà e alla dipendenza”<sup>69</sup>.*

Un passo importante sarebbe quindi quello di non concentrare più lo sguardo su noi stessi. Di non pensare al raggiungimento di un certo ideale fisico come traguardo per la felicità. Occorre concentrarsi su Cristo in cui *“sono racchiusi tutti i sogni e le speranze, non soltanto in cielo, ma come nostra eredità qui sulla Terra. Egli ci dà uno scopo, dei progetti e un futuro. La sua morte definisce la nostra vita”<sup>70</sup>.*

Da questa prospettiva sarà poi più facile per la persona anoressica vedere sé stessa sotto un’altra luce. Invece può accettare, pian piano, la verità che Dio dice sulla sua vita.

Significa imparare a vedere sé stessa così come la vede Dio e assumere il Suo punto di vista: è una creatura di Dio,

---

<sup>68</sup> Bevere L., op. cit.

<sup>69</sup> Bevere L., op. cit.

<sup>70</sup> Bevere L., op. cit.

fatta a Sua immagine. Non deve quindi più impegnarsi a raggiungere un ideale irrealistico, ma sa che è già stata creata a immagine dell'Eccelso.

*“Per chi per tanto tempo ha creduto però alle bugie e per chi ne è stato vittima e prigioniero, ovviamente ci vorrà spesso un processo relativamente lungo per raggiungere questo nuovo modo di vedere. Ma lo scopo è di dire, alla fine, insieme al salmista:*

*«Sei tu che hai formato le mie reni, che mi hai intessuto nel seno di mia madre. Io ti celebrerò, perché sono stato fatto in modo stupendo. Meravigliose sono le tue opere, e l'anima mia lo sa molto bene» (Sl 139:13-14)<sup>71</sup>.*

### **3.5 I dodici passi**

L'approccio dei “dodici passi” nasce originalmente nell'ambito della cura di dipendenze, in modo particolare dell'alcolismo. In un primo momento, ci si potrebbe chiedere che cosa c'entrano le dipendenze con l'anoressia. È interessante notare che la parola tedesca per anoressia, “*Magersucht*”, significa letteralmente “la dipendenza dall'essere magari”.

---

<sup>71</sup> Bevere L., op. cit.

Il manuale dei gruppi dei dodici passi definisce una dipendenza in maniera simile a quanto descritto da Luigi Carcrini e Lucio Pinkus:

*“...Il fattore decisivo di una dipendenza non è una sostanza consumata dalla persona dipendente, ma uno stato d’animo, un sentimento che risulta dalla dipendenza. (...) La dipendenza è il desiderio irresistibile di una sensazione, un’esperienza, uno stato.”<sup>72</sup>*

Questa definizione descrive bene anche la persona anoressica: il sentimento che ricerca e dal quale dipende, è quello di essere magro, di avere anche oggi ancora 100 grammi in meno sulla bilancia rispetto a ieri, di essere forte e di avere il controllo totale almeno in quest’area della sua vita.

*“Però poi succede, come in tutti i casi di dipendenza, che non è più la persona a controllare la situazione o il suo comportamento, ma è la ricerca della sensazione e il comportamento a esso collegato che controlla la persona e tutta la sua vita”<sup>73</sup>*

Infatti, come abbiamo visto all’inizio, la persona anoressica è controllata dal pensiero ossessivo del cibo. Tutto il ritmo della sua giornata è determinato dal desiderio di dimagrire, di inventarsi sempre nuovi modi per perdere

---

<sup>72</sup>[http://www.treccani.it/enciclopedia/tossicodipendenza\\_%28Universo-del-Corpo%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/tossicodipendenza_%28Universo-del-Corpo%29/)

<sup>73</sup> Collins Gary R., *Christian counselling: a comprehensive guide*, Word Publishing, Dallas, 1989

calorie, dal tentativo di trovare scuse per non mangiare e dal cercare di coprire la propria fame leggendo libri di cucina o preparando pranzi e cene per altri.

Una volta definita quindi l'anoressia come una forma di dipendenza si può valutare il principio dei dodici passi come possibile approccio per una cura.

Questo tipo di terapia, sviluppata originalmente negli anni Trenta dai fondatori degli Anonimi Alcolici, in origine era basato su concetti cristiani.

Col tempo queste idee sono state “eliminate” e parole come “Dio” sono state sostituite con espressioni come “essere superiore”<sup>74</sup>. Però, tuttora, l'idea di fondo coincide molto con le convinzioni cristiane e quindi può essere usato in modo particolarmente “efficiente” dai credenti.

Sono nati, infatti, dei gruppi cristiani che usano questi principi con i loro riferimenti originali. A livello mondiale sono tanti i gruppi che usano questo approccio per qualsiasi tipo di dipendenza, tra l'altro, anche, per persone anoressiche.

Vediamo qui di seguito quali sono questi singoli passi da applicare:

Ammettere di avere un problema, qualcosa che non si riesce più a gestire.

C'è una potenza più grande di noi, che ci può aiutare: Dio stesso.

---

<sup>74</sup> <https://www.a-connect.de/schritt.php>

Affidarsi a Dio: un cambio di potere. Questo è il punto di svolta per la persona anoressica, quello di rinunciare a combattere da sola.

Fare un'“analisi” interiore, guardarsi in modo onesto, finirla con i segreti e smetterla di dire bugie a sé stessi e agli altri.

Ammettere davanti a Dio, sé stessi e gli altri ciò che c'è: gli sbagli, dipendenze, legami, il fallimento, le paure.

Prontezza per cambiamenti: Questo è forse il punto più difficile per gli anoressici, cioè essere pronti a cambiare, quindi riprendere di fatto a mangiare in modo normale e a mettere su peso.

Permettere la trasformazione: Questo passo è un approfondimento del terzo, della resa a Dio: bisogna chiedere a Dio di operare con le sue possibilità nella propria vita.

Mettere le cose in ordine: significa, per la persona anoressica, riprendere a vivere in modo normale, con la misura giusta, rinnovare i rapporti, confessare eventuali bugie, riconciliarsi con i genitori ed altri, eccetera.

Riparazione e restituzione: Ridare al corpo ciò che gli era stato tolto: cibo e riposo, fare del bene anche alla propria anima, trattare sé stessi in modo più amorevole e successivamente anche gli altri.

Il concetto del “subito”: dopo una ricaduta bisogna reagire subito, cioè rifare di nuovo un'“analisi” onesta,

ammettere di avere scelto nuovamente il disordine alimentare come soluzione, arrendersi nuovamente a Dio e al suo potere.

Diventare testimoni: una volta che una persona anoressica ha ricominciato a vivere e a guarire può diventare un incoraggiamento per altri, soprattutto per persone anoressiche.

### **3.6 Le dieci vie<sup>75</sup>**

Il processo delle “dieci vie” viene presentato dai dottori Frank Minirth, Paul Meier (fondatori di una delle cliniche psichiatriche più grandi al livello mondiale), Robert Hemfelt e Sharon Sneed nel loro libro “*Liebeshunger*” (“fame d’amore”).

Il libro tratta il tema dei disordini alimentari, principalmente quello dei “mangiatori coattivi”, però le affermazioni fatte valgono anche per l’anoressia.

Anche questo approccio parte dall’idea di vedere un disordine alimentare come una dipendenza e il cliente è quindi vittima del seguente cerchio vizioso:

---

<sup>75</sup> Minirth, Frank; Meier, Paul, Hemfelt, Robert; Sneed, Sharon, *Liebeshunger: Heilung von Eßsucht: Zehnstufenplan für Geist, Seele und Leib*, Schulte & Gerth, 1992

La “fame d’amore”, quindi il non sentirsi amati e apprezzati dagli altri, o il non sentirsi degni del loro amore e della loro stima, porta a una bassa stima di sé stessi e di conseguenza a un dolore emozionale. Per attenuare questo dolore viene usata una sostanza che crea poi dipendenza.

Nel caso dell’anoressia non si tratta di una singola sostanza, ma di un comportamento (il non mangiare), il cui risultato (peso sempre più basso) reca soddisfazione e appagamento. Questo, con il tempo, genera il circolo vizioso delle dipendenze che ha anche conseguenze negative.

La persona anoressica si isola sempre di più dal suo ambiente sociale e diventa schiava del pensiero del cibo/del perdere peso.




Si aggiungono sensi di colpa e d’imbarazzo, sia per la dipendenza in sé sia, nel caso dell’anoressia, quando non si riesce a raggiungere una metà prefissata (per esempio un peso ancora più basso).


Da questo risulta l’odio verso sé stessi, l’idea di non meritare, di mangiare, di avere alcun tipo di piacere oppure, addirittura, di vivere.

Questo rafforza la fame di amore e il circolo vizioso ricomincia da capo con la tendenza al peggioramento. Per soddisfare realmente questa fame d’amore e per uscire dalla dipendenza i dottori Minirth, Meierm Hemfelt e Sneed consigliano di procedere come segue:


In una fase di preparazione bisogna prima identificare i motivi per cui si è arrivati al disordine alimentare (per esempio come punizione verso sé stessi, per reprimere un altro problema, come espressione del desiderio di controllo); analizzare le varie relazioni esistenti (con la famiglia di origine, verso l'altro sesso, con parenti e amici, verso le autorità, con sé stessi, con il proprio corpo, con Dio) per individuare dove sono eventuali fattori che favoriscono la dipendenza; capire il circolo vizioso della dipendenza e ammettere il problema.


Dopo questo si inizia con le "dieci vie". Non è un programma progressivo, da fare un passo dopo l'altro, ma sono varie vie da usare durante il processo di guarigione. Alcuni passi a volte sono da ripetere, bisogna tornare indietro e ripercorre alcune parti di "strada". Queste "vie" sono:

-  Preparare il successo. Assicurarsi di aver identificato tutte le dipendenze e di aver realmente ammesso il proprio problema, confessarlo davanti a Dio e gli altri, chiedere aiuto e sostegno alla famiglia e assicurarsi di voler diventare veramente liberi;
-  Mangiare in modo che si veda il successo. Iniziare con un nuovo "programma" di cibo;
-  Dire addio. Separarsi dalla dipendenza dal comportamento, da situazioni e da persone. È vero che la dipendenza può creare dolori, ma anche il dolore può dare dipendenza. Bisogna mettere dei paletti giusti in certe relazioni, non sentirsi responsabili per tutto o voler riparare e controllare tutto;

 Vivere il lutto. Spesso la dipendenza è creata da qualche trauma nel passato, qualche mancanza vissuta, qualche “fame d’amore”. Se per esempio è mancato nel passato l’amore (il che poi ha creato l’anoressia), bisogna vivere questo lutto, non coprirlo o cercare di soddisfarlo con qualche “cerotto” (dipendenza), ma vivere tutte le sue fasi (anche se con ritardo), perché spesso nascono delle dipendenze quando il lutto non viene affrontato e sperimentato completamente.

Dopo che le prime quattro vie hanno condotto verso il basso e la valle, le successive portano verso la cima – le cose positive.

 Scoprire nuove prospettive. Decidere di voler pensare in modo diverso riguardo certe cose: fare pace con la propria fisicità (accettare il proprio corpo); prendere nuove decisioni verso sé stessi (per esempio: “Merito di stare bene. Dio vuole il mio bene. Dio mi ama.”), verso il cibo (fonte di nutrimento e energia, non un nemico), riguardo altre persone (accettare la necessità di aver bisogno di altre persone, di perdonare, non isolarsi, ma anche di non dover più essere responsabile per tutti o dover controllare gli altri) e riguardo Dio (per esempio “Dio è il mio padre celeste che mi ama e che mi accetta. Comprende i miei problemi e mi vuole aiutare.”). Ripetersi quotidianamente le decisioni prese per cambiare pian piano mentalità;

 Avventurarsi in nuove direzioni. Fare dei nuovi passi in base alle decisioni prese sulla quinta via. Stando attenti a correre solo dei rischi “sani”, iniziare a “fidarsi”

nuovamente del cibo; di altre persone. Scoprire nuove possibilità lavorative; interessi e *hobbies*, scoprire una nuova relazione con Dio (trovare la propria chiesa, la propria cellula<sup>76</sup>, il modo e luogo personale per leggere e pregare);

- ✿ Scegliere dei modelli nuovi. Decisione del cliente di creare delle buone amicizie, permettendo agli altri di prendersi cura di lui, ma anche l'impegno da parte sua di prendersi cura degli altri. Fidarsi prima di tutto di Dio come il vero Padre;
- ✿ Partecipare a un gruppo di auto-aiuto. Questo serve molto per Iniziare a prendersi le proprie responsabilità e accettare l'amore degli altri;
- ✿ Assicurare la vittoria. Essere costante tutti giorni in tutti gli aspetti della guarigione: nella lettura della Bibbia e nella preghiera, nel mantenere rapporti con persone e un certo ritmo nel cibarsi. In più bisogna continuare l'analisi di sé stessi ed eventualmente ripercorrere delle vie già fatte;
- ✿ Affrontare le ricadute. Bisogna imparare a riconoscere i segni d'allarme per eventuali ricadute e sviluppare dei meccanismi di difesa (per esempio ammetterlo subito davanti ad un'altra persona e a Dio; accettare il perdono; avere fiducia nel fatto che Dio ha accompagnato nel percorso finora e che lo farà anche in futuro).

---

<sup>76</sup> Piccolo gruppo di credenti che si incontrano settimanalmente per sostenersi nelle difficoltà quotidiane, leggere insieme la Bibbia e pregare

### **3.7 Considerazioni generali**

Lo scopo di questo capitolo è stato quello di dare un'idea generale di alcuni approcci di counselling cristiano applicandoli al problema anoressico. Si è tentato di spiegarne i principali concetti mettendo anche in evidenza la grande varietà di traiettorie e percorsi di consulenza esistenti anche in ambito cristiano.

Per affrontare il nostro “caso didattico” abbiamo dovuto decidere per uno di questi approcci. Ci teniamo a precisare che ciò non significa il non ritenere validi anche gli altri.

Bisogna sempre considerare il fatto che così come la psicologia non è una scienza esatta, tanto meno lo è il counselling.

Un caso di anoressia non è come un'equazione matematica per la quale esiste soltanto un'unica soluzione da scoprire tramite un processo prestabilito.

In generale, in ogni lavoro di cura, si ha a che fare con l'intimo della persona, con il suo cuore e la sua anima. Per questa ragione è sempre da valutare, di volta in volta, quale approccio è più adatto in base alle circostanze specifiche.

Seguendo poi un certo percorso si valuterà se integrarlo prendendo come riferimento elementi differenti.

I singoli passi di un approccio li si descrive attraverso un'elencazione ma, nella realtà, li si considera come degli indicatori. Non sono regole asettiche da applicare.

In certi momenti può essere buono invertire i passi o approcciarsi ad una situazione in modo diverso. Dipende dalle necessità della persona che stiamo cercando di aiutare.

In tutto ciò abbiamo bisogno dell'aiuto e della saggezza di Dio che in ogni momento ci sa suggerire la cosa giusta da fare.

Precisiamo, inoltre che, indipendentemente dalle circostanze, dall'approccio e dal modello è necessario che il counselling cristiano venga condotto sotto la guida dello Spirito Santo.

Confidare nell'opera che lo Spirito Santo compie nel cuore della persona per fortificarla, potenziarla e santificarla è alla base dell'aiuto che il consulente cristiano può dare.

L'apostolo Paolo, nella sua lettera ai Romani dice qualcosa che a nostro avviso è parte integrante della consulenza condotta dallo Spirito Santo: "Non conformatevi a questo mondo, ma siate trasformati mediante il rinnovamento della vostra mente, affinché conosciate per esperienza quale sia la volontà di Dio, la buona, gradita e perfetta volontà".

Il consulente non è conformato a questo mondo ossia non è una persona con una certa conoscenza nell'ambito della psicologia che applica tecniche per alleviare le sofferenze del suo assistito. Al contrario il consulente è stato trasformato per opera dello Spirito Santo ed ha una mente rinnovata a tal punto da conoscere per esperienza diretta nella propria vita quale sia la volontà di Dio. Il suo obiettivo è quello di aiutare il più possibile il cliente a sviluppare una relazione con il

Creatore tale da portare sollievo e guarigione in tutte le aree della vita.

Solo lo Spirito Santo è in grado di far afferrare alla persona i concetti che sono espressi dal consulente.

Sì, il consulente può parlare, incoraggiare, pregare, sostenere, indicare la direzione ma rimarrebbero solo parole se non intervenisse lo Spirito Santo a convincere.

La convinzione che opera Dio nel cuore dell'uomo è indescrivibile a parole. È qualcosa che scatta all'improvviso e sommerge le emozioni e i sentimenti donando certezza che le cose stanno esattamente come il consulente le sta illustrando. *“La fede infatti è certezza di cose che si sperano, dimostrazione di realtà che non si vedono”* (Eb 11:1).

Allo stesso modo in cui opera nel cliente, lo Spirito Santo può operare nel consulente dandogli la capacità di comprendere i bisogni inespressi tramite intuizioni di problemi magari legati a situazioni di cui il cliente non ricorda nulla.



## 4. Analisi del caso proposto

### 4.1 La raccolta di informazioni certe

Come potenziale gruppo di consulenti ci siamo inizialmente concentrati sul testo del “caso didattico” che ci è stato dato e sulle informazioni in esso contenute. Non ci viene detto molto, ma abbiamo voluto sistematizzarle perché sono la base di partenza su cui proseguire.

#### ***Informazioni sulla ragazza:***

La presentazione del problema della ragazza da parte dell'accompagnatore è diretta: l'anoressia.

Rebecca ha 16 anni ossia è nel periodo adolescenziale in cui di solito esordisce la malattia.

Lei è la maggiore di due fratelli. Anche questo è un fattore che può giocare un certo ruolo nei casi di anoressia (la più grande ha maggiori responsabilità nei confronti del fratello/sorella minore).

Fisicamente è “minuta” e “spaurita”: fatti che possono rientrano nel “quadro” dell’anoressia in una fase iniziale.

Essendo nata in una famiglia cristiana praticante, la ragazza ha già fatto professione di fede<sup>77</sup>.

Non ha mai chiesto nessun tipo di aiuto finora: anche questo è tipico dell’anoressia; la persona anoressica generalmente non riconosce (non vuole riconoscere) di avere un problema.

### ***Informazioni sulla famiglia***

La ragazza arriva dal consulente insieme al padre; della madre non sappiamo nulla. Il padre era un pastore. Ora non lo è più ma frequenta una chiesa.

Ad accorgersi dei problemi della ragazza non sono i genitori, colti alla “sprovvisa”, ma amici e insegnanti che li persuadono che Rebecca ha bisogno di aiuto.

### ***Informazioni sulla situazione spirituale***

È una famiglia cristiana: il padre era pastore, e la figlia ha fatto professione di fede.

La chiesa che la famiglia frequentava originalmente era una chiesa “tradizionalista” successivamente hanno cambiato chiesa.

---

<sup>77</sup> Nelle maggior parte delle realtà evangeliche il battesimo non è un rito che si compie quando il bambino ha pochi mesi di vita ma è una professione pubblica di fede in Cristo fatta in età cosciente attraverso immersione ed emersione in acqua

## 4.2 Spunti di riflessione

Nel raccogliere queste informazioni, ci siamo resi conto che sappiamo ben poco sulla ragazza e sulla situazione della sua famiglia.

Necessitiamo di elementi in più per capire in che modo possa essere possibile attuare un programma di aiuto. Pertanto, prima di entrare nel “vivo” della consulenza, abbiamo deciso di stilare un elenco provvisorio di informazioni di cui abbiamo bisogno.

Questi spunti nascono, in parte, da considerazioni generali sull’anoressia, in parte da alcune “mezze indicazioni” forniteci dal testo che ci fanno ipotizzare situazioni non esplicitate.

### ***La situazione fisica della ragazza***

Il testo afferma che la ragazza è “minuta”. Trattandosi di un caso di anoressia ci serve sapere molto di più, perciò prendiamo spunto da quanto abbiamo affermato nella parte relativa ai diversi sintomi fisici dell’anoressia e ci poniamo alcuni interrogativi.

Quanto è alta e quanto pesa? Qual è il suo BMI? E’ sottopeso? Se sì, quanto gravemente?

È già in cura da un medico? Se sì, quali informazioni possiamo avere da lui? Esistono delle analisi del sangue?

Quali sintomi tipici dell’anoressia presenta? Ha ancora, per esempio, il ciclo mestruale?

### ***La situazione emotiva della ragazza***

Finora sappiamo solo che è “spaurita”, ma abbiamo bisogno di sapere il perché e di conoscere quali emozioni prova, mettendole in relazione alle emozioni “tipiche” dell’anoressia.

### ***Il comportamento della ragazza***

Quali dei suoi comportamenti sono “tipici” dell’anoressia? Rifiuto di mangiare, praticare molto sport, cucinare per altri, eccetera. Se sono presenti, da quanto tempo?

### ***Lo stato “mentale” della ragazza***

Qual è il suo modo di pensare riguardo a sé stessa, al cibo, al suo ruolo nella società, eccetera?

Quello che risulta va confrontato con i sintomi tipici di una persona anoressica.

### ***La situazione spirituale della ragazza e della famiglia***

Ci viene detto che Rebecca ha fatto professione di fede: che cosa significa in concreto? È stata una vera conversione? Oppure una confessione “formale” o “religiosa” come potrebbe capitare in una famiglia di credenti?

Sappiamo che frequentavano, come famiglia, una chiesa “tradizionalista”: che cosa significa nello specifico? Che idee hanno di Dio, della vita cristiana e in generale?

Ora frequentano un'altra chiesa: di che orientamento è? La loro frequentazione è costante?

### ***Le relazioni familiari***

Ci viene detto che la ragazza è accompagnata solo dal padre: dov'è la madre? Qual è il rapporto tra i genitori? Vivono ancora insieme? Come sta andando il matrimonio?

Inoltre, sappiamo che il padre era un pastore, ma che ora non lo è più: perché? È successo qualcosa di particolare? Il matrimonio come va? Sappiamo anche che, ad accorgersi del problema di Rebecca sono stati gli amici e gli insegnanti: come mai non i genitori? Che relazioni interpersonali esistono quindi all'interno della famiglia? Viene accennato a un secondo figlio. Quanti anni ha? Che ruolo ha lui all'interno della famiglia? Ha dei problemi anche lui, ha bisogno di aiuto anche lui?

Queste, ed altre informazioni, ci servirebbero per comprendere meglio le cause dei problemi di Rebecca; abbiamo immaginato che faranno parte delle aree da esplorare nei primi cinque colloqui. Comunque, più avanti nel testo spiegheremo meglio come faremmo per ottenere i dati, in base agli approcci che sceglieremo.

### **4.3 Indicazioni di procedimento**

Ci è sembrato utile fare, in fase iniziale, un *brainstorming* su quali siano gli elementi importanti e necessari per la comprensione del caso in modo da averli chiari durante il cammino di consulenza; è bene che alcuni

siano chiari fin dall'inizio, mentre altri li "ricaveremo" in corso d'opera.

Dopo queste riflessioni preliminari, come gruppo di consulenti, abbiamo dovuto decidere come procedere a livello concreto. Per noi sono stati importanti i seguenti aspetti:

### ***Lavoro su due "livelli"***

Studiando il caso ci è sembrato opportuno lavorare in modo "parallelo": con la ragazza e con la famiglia.


Questo significa che avremo una serie di incontri con la ragazza da sola e, contemporaneamente o successivamente, a seconda di come si sviluppa la situazione, degli incontri con i genitori e con tutta la famiglia.

Abbiamo preso questa decisione per i seguenti motivi: prima di tutto il problema principale, l'anoressia, compare nella ragazza; il padre è venuto da noi per la figlia, pertanto lei deve essere al centro della nostra attenzione.

Nello stesso momento, però, come abbiamo già detto, in un caso di anoressia gioca un ruolo molto importante anche la famiglia e, per questo, ci è sembrato essenziale aggiungere un percorso parallelo con i genitori.

Questo modo di agire ha un duplice obiettivo:

- 🌀 Comprendere se e quali circostanze famigliari hanno favorito lo sviluppo del comportamento anoressico. Questo renderà possibile cercare un rimedio per risolvere queste situazioni;

 Fornire delle indicazioni alla famiglia su come essere di sostegno nel percorso di guarigione della ragazza. Il coinvolgimento della famiglia, nel processo di consulenza, ci sembra importante anche per il fatto che è ancora minorenne (16 anni) e quindi ancora molto legata ad essa e influenzata da essa.

Un percorso individuale la aiuterebbe in modo limitato, se le situazioni negative persisterebbero nella famiglia.

Non dobbiamo, però, dimenticare un fattore molto importante. Stiamo parlando di voler mettere in atto un duplice, e parallelo, percorso: individuale e di gruppo familiare. Purtroppo, dal testo, non sappiamo se vi sia la disponibilità, da parte degli interessati, a farlo e, ovviamente, non è possibile iniziare un percorso di consulenza senza il loro esplicito consenso.

Da quel che sappiamo, la ragazza arriva da noi accompagnata dal padre, ma non sappiamo se venga volentieri o se invece sia costretta.

Il padre, da parte sua, viene per cercare aiuto per la figlia ma non sappiamo se sarebbe disposto ad un percorso di consulenza.

Della madre non sappiamo assolutamente nulla: non è venuta per accompagnare la figlia, non sappiamo se vive ancora con la famiglia, non sappiamo cosa pensa della consulenza. Sarebbe disposta a partecipare al progetto?

Sappiamo, infine, che la famiglia è composta da un altro figlio ma non sappiamo né l'età né se, anche lui, sta vivendo delle problematiche: è necessario/importante coinvolgerlo?

La nostra speranza è che l'intera famiglia sia disposta a partecipare agli incontri di consulenza e, per la descrizione del caso, partiremo dal presupposto che effettivamente lo sia.

Prima di procedere, volevamo aggiungere che abbiamo preso in considerazione una "terza opzione" ovvero l'eventuale partecipazione, della ragazza, ad un gruppo di auto-aiuto specifico per l'anoressia, come quelli già menzionati nella descrizione de "i dodici passi".

Non sempre questi gruppi vengono considerati in modo positivo per affrontare i disordini alimentari, in quanto potrebbe nascere, tra i partecipanti, una specie di "gara" (ad esempio: chi dimagrisce di più), ci ha fatto propendere, tenendo anche conto della giovane età della ragazza, a rinunciarvi, per il momento.

### ***Il nostro ruolo come gruppo di consulenti***

Abbiamo notato che può essere un grande vantaggio affrontare questo caso come gruppo di consulenti perché abbiamo a disposizione maggiori esperienze, risorse e capacità.

Pensiamo di "sfruttare" questo fatto nel modo di seguito indicato.

Per quanto riguarda la consulenza individuale con la ragazza, riteniamo che potrebbe essere utile farla con una consulente; mentre, il percorso con la famiglia/ genitori verrà affrontato con una coppia di consulenti, uomo e donna, che potranno interagire meglio nelle relazioni interpersonali e offrire diversi punti di vista.

Inoltre, il gruppo di consulenza, potrebbe avere la funzione di “supervisore” dell’operato dei singoli.

I consulenti che si occupano dei due diversi percorsi (individuale e familiare), dopo i vari incontri, potranno condividere gli elementi nuovi con il resto del gruppo per avere: la conferma del loro modo di procedere; consigli per l’incontro successivo; supporto quando non sanno come proseguire; spunti di riflessione su aspetti che non hanno notato. Nello svolgimento di questo progetto, abbiamo sperimentato l’utilità dell’agire insieme e di come “due, tre, quattro menti” lavorino meglio di una soltanto.

### ***Il lavoro di rete con altre professionalità***

Comprendendo i vantaggi del lavoro di gruppo, come consulenti sul caso, vorremmo ampliare il “nostro giro” e collaborare, dove sarà possibile e necessario, con altri professionisti ed esperti, creando un network (rete) utile alla guarigione della ragazza.

Primariamente sarà necessario collaborare con il medico di medicina generale che saprà accertare e monitorare lo stato di salute della ragazza, cosa che un consulente non è in grado di valutare.

Se la ragazza risulterà non essere ancora in cura, dovremo incoraggiare lei o i genitori a recarsi dal medico e dovrà essere seguita dall'inizio del processo di consulenza e per tutta la sua durata.

In questo modo si potranno constatare, in modo tangibile, i progressi e i miglioramenti riguardo il suo stato di salute.

Sappiamo che il medico è tenuto al segreto professionale; la nostra speranza è che con la ragazza si sviluppi un tale rapporto di fiducia che lei stessa ci tenga informati o che venga dato al medico il permesso di comunicare direttamente con noi.

Inoltre, la collaborazione con un medico è assolutamente necessaria anche perché solo lui potrà valutare se sarà necessario il ricovero ospedaliero.

Altre figure professionali eventualmente da coinvolgere, saranno, ad esempio, lo psichiatra o lo psicologo e l'assistente sociale.

Diciamo "eventualmente" perché non abbiamo, abbastanza informazioni per poter decidere con chi occorrerà costruire la rete multiprofessionale.

In questo elaborato, quindi, non potremo sviluppare ipotesi in tal senso ma è di fondamentale importanza lasciar traccia della necessità di questa parte in ogni situazione analoga.

## ***L'approccio scelto***

Una volta stabilito che intendiamo lavorare sia a livello individuale che a livello di famiglia, è necessario decidere quale, dei tanti approcci già citati e analizzati in precedenza, useremo per affrontare il nostro caso.

Come già accennato, a livello cristiano, la teoria che ci convince di più è quella di Larry Crabb; abbiamo, quindi, deciso di procedere secondo il suo schema per gli incontri di consulenza con la ragazza.

Riteniamo essenziale comprendere quali modi di pensare esistano dietro i suoi problemi emotivi e/o di comportamento per aiutarla poi, su una base biblica, a vedere le cose dal punto di vista di Dio, per sperimentare una trasformazione, un vero cambiamento e una guarigione nella sua vita.

Oltre a questo aspetto generale, ovvero il procedere da dentro (pensiero) verso fuori (comportamento) e non viceversa, ciò che ci convince di più, nell'approccio di Crabb, sono i singoli passi, sette in tutto, che propone nel processo di consulenza.

A nostro avviso, sono degli ottimi "indicatori" che aiutano, passo dopo passo, ad arrivare al "dunque", al vero problema per poi arrivare con la ragazza, in modo concreto alla soluzione e al cambiamento.

Per quanto riguarda la metodologia da adottare negli incontri di consulenza con i genitori e la famiglia, abbiamo

scelto di ispirare le azioni all'approccio "familiare sistemico" di Mara Selvini Palazzoli che ci è sembrato, per logica evidente, quello più adatto per analizzare i vari rapporti interpersonali all'interno della coppia e della famiglia.

Le famiglie con pazienti giovani, malate da poco, sono più pronte a lasciarsi coinvolgere nella terapia rispetto a quelle delle pazienti adulte.

Il lavoro con la famiglia diventa perciò importante per capire e lasciare che la famiglia stessa capisca i modelli di interazione errati, e si lasci aiutare a cambiarli per ricostruire un ambiente sano di vita per i figli e rapporti di relazione sani e costruttivi tra i membri.

A livello secolare tra l'altro, la terapia di famiglia si è guadagnata un certo posto di rilievo; sono state pubblicate relazioni entusiastiche da consultori di psicologia infantile, in cui si propone la terapia con tutta la famiglia insieme quale trattamento d'elezione.

### ***Il luogo delle consulenze: il setting***

Nel testo non viene specificato dove, la prima volta, il padre accompagna la figlia né qual è il luogo in cui si tengono gli incontri.

Noi escludiamo la casa di Rebecca come luogo d'incontro in quanto, spesso, i problemi di anoressia nascono all'interno del contesto familiare e quindi, vederci lì, significherebbe essere nel "luogo dei problemi".

Inoltre, è probabile che la ragazza non si sentirebbe libera di parlare, sarebbe sotto pressione, eccetera.

Anche la casa di uno dei consulenti, a nostro avviso, non sarebbe il luogo adatto all'incontro perché difficilmente si creerebbe un'atmosfera indisturbata nella quale la ragazza si sentirebbe completamente a suo agio.

Scegliamo quindi, come luogo, un ambiente neutro che renderemo accogliente. Pensiamo ad uno studio vero e proprio oppure, semplicemente, ad un locale all'interno di una chiesa, adibito e dedicato al counselling cristiano.

Prepariamo questo luogo in modo tale che, chi vi si rechi, si possa sentire subito a proprio agio, e per farlo, possiamo: offrire sempre un luogo pulito e ordinato; predisporre delle comode poltrone posizionate ad angolo; fornire un punto dove la cliente, o i clienti, possano dirigere lo sguardo quando non vogliono guardare in viso il consulente (un bel quadro, dei fiori, ... ); posizionare un orologio agevolmente visibile dal consulente; tenere a portata di mano dei fazzoletti di carta e qualcosa da bere (acqua, caffè, ... ).

Oltre al "*setting* fisico", ci disponiamo anche per il giusto "*setting* mentale".

Sia per quanto riguarda la consulenza individuale che per quella di gruppo, abbiamo scelto tre elementi che dovrebbero determinare gli incontri: rispetto, genuinità ed empatia.

Il manuale del “Corso basilare di consulenza cristiana” definisce così questi tre principi:

*“Rispetto: credere davvero che l'altra persona sia degna dei suoi propri diritti. I suoi punti di vista possono anche differire dai nostri, ma hanno un valore da prendere seriamente in considerazione.*

*Genuinità: essere sé stessi, non nascondersi dietro facciate, accettando apertamente le differenze dei ruoli che ci sono tra noi.*

*Empatia: l'abilità, almeno momentanea, di mettersi nelle “scarpe” dell'altra persona e vedere il mondo dal suo punto di vista”<sup>78</sup>.*

Fa parte di quest'atmosfera usare, soprattutto inizialmente, la cosiddetta “*metodologia indagativa*” delle domande aperte.

Esse, insieme al rispetto, la genuinità e l'empatia nei confronti della cliente o dei clienti creano l'ambiente giusto nel quale la persona che cerca aiuto si sente libera di esprimere i propri pensieri, emozioni, timori, eccetera.

Inoltre, le domande aperte aiutano a ricevere molteplici informazioni che rendono possibile avere un quadro abbastanza completo della situazione. La persona, non potendo rispondere solo con un “sì” o con un “no”, darà

---

<sup>78</sup> L'Arca Teen Challenge/Barnabas Training Consortium, *Corso basilare di consulenza cristiana*, Basildon, 1998

risposte complesse aggiungendo molte informazioni che diversamente resterebbero oscure.

In base all'atmosfera che si crea possono nascere due situazioni diverse:

Vi è la possibilità che la cliente (o i clienti), stimolata dal nostro atteggiamento e dalle domande aperte, parli a "ruota libera".

In questo caso dobbiamo esercitare l'ascolto attivo che significa consentire alla persona di parlare liberamente, dando soltanto qualche volta dei segnali che la stiamo ascoltando (annuendo, o dicendo "sì"), verificando di volta in volta se abbiamo capito bene (con domande tipo: "Ho capito bene, volevi dire che...?" oppure: "Cosa intendi con questa frase?") e riassumendo ciò che lei ha detto.

Negli incontri con il gruppo familiare dobbiamo anche stare particolarmente attenti al rischio che uno dei membri parli troppo non lasciando la possibilità agli altri di esprimersi. In questo caso dovremmo intervenire in modo da dare a tutti la possibilità di parlare creando un corretto equilibrio.

L'altra possibile situazione che potrebbe verificarsi è quella del silenzio: la persona (sia nel colloquio individuale, che nell'incontro di gruppo) non parla più quando, ad esempio, si tocca un punto particolarmente dolente della sua vita.

In tal caso sarà importante saper gestire bene la situazione, non costringendola a parlare, ma facendole capire

che il suo silenzio non ci crea imbarazzo, che le stiamo semplicemente vicino dandole tutto il tempo di cui ha bisogno per riprendere il dialogo.

### ***Gli aspetti “formali” del primo incontro***

Prima di entrare nel “vivo” e di spiegare più nel dettaglio come il gruppo di consulenza procederà, vogliamo accennare brevemente agli aspetti “formali” da chiarire nel primo incontro di consulenza.

Sarà importante fare con la cliente/ i clienti una specie di “contratto” (scritto od orale) per definire una serie di aspetti basilari<sup>79</sup>:

Presenteremo il nostro Codice Deontologico che prende come riferimento il modello dell’A.C.C.<sup>80</sup>;

Assicureremo la riservatezza. Ogni cliente può fidarsi di noi nella certezza che tutto ciò che dirà, a meno che non si tratti di situazioni gravi (un crimine o una circostanza che mette a rischio la vita sua o di un’altra persona) sarà soggetto a privacy e confidenzialità;

Chiariamo la questione dei costi, spiegando che, fondamentalmente, il servizio è gratuito, ma che è possibile fare un’offerta libera. Nel nostro “caso didattico la ragazza è minorenni quindi la questione economica la si affronta con i genitori.

---

<sup>79</sup> Appendice B del testo originale, non riportata in questo trattato

<sup>80</sup> <http://www.acc-italia.org/>

Parleremo degli orari, della durata e del numero dei nostri incontri.

Stabiliremo che il primo incontro ci servirà per parlare della situazione in generale per consentirci di comprendere meglio la problematica e definire l'intervento necessario (se ve ne sarà bisogno).

Sulla base del primo incontro decideremo una prima serie di incontri, in numero da stabilire insieme al/ai cliente/i; la serie sarà prolungabile se risulterà essere necessario. Gli incontri avranno una regolarità settimanale e avranno una durata di massimo sessanta minuti.

Definire un inizio e una fine aiuta noi consulenti a procedere con un certo ordine. Al cliente dà, invece, la possibilità e la libertà di interrompere gli incontri senza sentirsi in imbarazzo.

### ***Contenuti del primo incontro***

Un altro aspetto in comune dei diversi percorsi (individuale con la ragazza, di gruppo con la famiglia) è il contenuto del primo incontro: non inizieremo immediatamente con i passi degli approcci spiegati, ma cercheremo innanzitutto, di avere un'idea generale della situazione.

Nel colloquio individuale con la ragazza cercheremo di conoscere, tramite domande aperte, quali sono stati, finora, gli eventi più importanti della sua vita (traslochi, nascita del

fratello, cambio di scuola, eccetera) e gli elementi principali che determinano, oggi, la sua vita (famiglia, scuola, amici).

Inoltre, dovremo chiarire subito se è in cura da un medico e fare i passi necessari in base al suo stato di salute.

Nel colloquio con la famiglia agiremo nella medesima maniera, indagando sui dati generali (età, storia passata, grandi eventi della vita, da quanto tempo sono sposati, quando è nato il secondo figlio) e sulla situazione attuale di ogni membro di famiglia.

Naturalmente alcune informazioni salteranno fuori soltanto in un secondo momento; l'obiettivo del primo incontro è disegnare, per quanto possibile e fin dall'inizio, una "cornice" nella quale, poi, collocare tutte le informazioni successive.

#### **4.4 Ciclo di consulenze individuali con la ragazza**

Come già precedentemente esposto, l'obiettivo che ci poniamo nel lavorare con la ragazza, non è solo quello relativo al superamento del disturbo alimentare in sé, ma di identificazione dei bisogni profondi di Rebecca per poter affrontare un percorso di risoluzione dei problemi personali emozionali e di pensiero che hanno trovato la loro massima espressione nel comportamento anoressico.

Non è difficile, perciò, comprendere che questa fase di lavoro la si può attuare solo dopo aver instaurato con la ragazza un rapporto di fiducia, empatia e reciproca stima.

Le fasi di Crabb, infatti, conducono il consulente ad esplorare con il cliente le aree di cui sopra che sono così profonde da poter essere trattate solo in modo strettamente confidenziale. Il percorso di Crabb che facciamo con la ragazza può essere rappresentato da una strada che inizialmente scende (scende nella comprensione profonda), ad un certo punto diventa pianeggiante (mette le sue radici nel pensiero biblico) e poi risale (prendendo impegni sicuri, pianificando e realizzando comportamenti in linea con il volere di Dio).

### ***Il momento della discesa***

Identificazione dei problemi emozionali. Inizialmente, in questa fase si lavora per poter mettere la ragazza in contatto con i propri sentimenti. Rebecca è giovane così abbiamo pensato di farle fare un breve test per iniziare a valutare e successivamente analizzare con lei le emozioni che prova in modo più ricorrente.

Il test consiste nel sottoporle un elenco di emozioni scritte in ordine alfabetico chiedendole di evidenziare quelle che prova normalmente.

Una volta eseguito l'esercizio, si procede ad una serie di domande aperte che la aiutano a parlare delle proprie emozioni ripensando a quando le ha sperimentate.

Per esempio, essendo una ragazza anoressica, tra le varie parole in elenco potrebbe aver indicato l'ansia quale emozione ricorrente. A quel punto ci si sofferma con lei per scoprire in che occasioni si trova in questo stato.

L'ansia potrebbe essere percepita dalla ragazza quando studia o generalmente durante il periodo scolastico in quanto per l'anoressico l'ottimizzazione della performance è uno strumento funzionale per ottenere approvazione dagli altri e per dimostrare di esercitare assoluto controllo su ogni aspetto della propria esistenza.

Partendo dalle risposte della ragazza, esploriamo con lei le emozioni che prova nei vari settori della sua vita. Per esempio: rapporto con la famiglia. Si sente amata, protetta, voluta oppure incompresa, involuta, disprezzata? Cosa prova nei confronti del fratello minore? (esempi: rabbia, invidia, ostilità, affetto, preoccupazione). Cosa prova per suo padre e sua madre? (esempi: disprezzo, inferiorità, superiorità, imbarazzo).

Rapporto con la scuola e con gli amici. Cosa le piace e/o non le piace della scuola? Ama studiare? Cosa prova nei confronti dei suoi compagni? Ha una compagna o un compagno di banco simpatico o antipatico? Qual è la sua materia preferita e cosa pensa dei professori? Come si sente in loro presenza?

Quale emozione prova quando sta con i suoi migliori amici? Cosa le suscita lo scontro di idee con loro o un eventuale loro tradimento? Cosa sente invece quando non ci

sono problemi all'orizzonte? Cosa pensa dell'attività fisica? A cosa crede che serva?

Rapporto con il cibo. Durante il giorno pensa al cibo? In che modo? Come si sente al pensiero di ingrassare o dimagrire? Come si sente quando per strada percepisce odore di cibo proveniente dai negozi o dai ristoranti?

Rapporto con la chiesa e con Dio. Quali emozioni prova durante il culto? Come si sente quando frequenta i giovani della sua chiesa, se ne sente parte? Che cosa prova nei confronti di chi ha autorità nell'assemblea? Qual è un versetto rappresentativo per lei? Perché? Che rapporto ha con Dio e con la Bibbia? Come percepisce Dio? Quali emozioni o sentimenti prova quando legge la Bibbia? (per esempio: serenità, stimolo oppure noia e pesantezza).

Identificazione dei problemi comportamentali. Identificati i problemi emozionali possiamo passare ad analizzare i problemi comportamentali derivati.

L'obiettivo di questa fase è quello di individuare i comportamenti della ragazza compresi ovviamente quelli legati al cibo, determinandone le cause ossia le emozioni che stanno alla base del loro sviluppo.

Occorre tener presente che ogni persona ha un assoluto bisogno di amore, significato e sicurezza e che per appagare questi stati emotivi sviluppa dei comportamenti. Per esempio, risponde al bisogno di amore e sicurezza mostrando agli altri solo i lati migliori di sé.

Nell'anoressia sicuramente predomina il controllo come comportamento funzionale. Per esempio, per controllare lo stimolo della fame in risposta alle emozioni negative che l'atto del mangiare comporta, si mettono in moto una serie di comportamenti quali l'identificazione ed il conto esatto delle calorie che si intende assumere durante il giorno.

Rifacendoci alle sfere della sua vita sulle quali abbiamo lavorato nella fase iniziale, poniamo delle domande a Rebecca per aiutarla a mettere in relazione i comportamenti che assume quotidianamente con le emozioni che prova.

Rapporto con la famiglia. Quali sono le sue abitudini quotidiane legate alla famiglia? Per esempio: partecipa volentieri alle attività domestiche? Svolge attività ricreative con uno o tutti i componenti della sua famiglia? Partecipa spesso alle attività del fratello minore? In che modo? Ci sono situazioni quotidiane che la spingono a dialogare con suo padre o sua madre?

Rapporto con la scuola e con gli amici. In che posizione si trova il suo banco di scuola? (Esempio: prima fila o ultima fila). Perché? Come si comporta quando ci sono compiti in classe o interrogazioni? (Per esempio: si isola e si concentra oppure è attenta a cosa accade intorno a lei e cerca di non perdere il contatto con i compagni). Quante ore dedica allo studio? In che momento della giornata preferisce studiare? Al mattino si alza presto per ripassare? Ha più amici maschi o amiche femmine? Dove va quando esce con loro? Quali sono le cose più divertenti che fanno insieme? E quelle più noiose?

Quante ore settimanali dedica allo sport o all'attività fisica in genere?

Rapporto con il cibo. Durante il giorno quanti pasti fa? Mangia con la sua famiglia, con gli amici oppure da sola? Davanti ad un piatto misto di riso e verdure oppure di carne e verdure, come si comporta? Va spesso al supermercato? Quali sono le cose che acquista con spensieratezza? Quali quelle che compra solo per dovere?

Rapporto con la chiesa e con Dio. Dove si siede quando è al culto? Perché? Quante volte alla settimana si vede con gli altri membri di chiesa? Quali sono le attività della chiesa alle quali lei partecipa? Perché? Pensando alla sua giornata tipo, quante volte prega o parla con Dio? In che modo lo fa? Quante volte legge la Bibbia durante la settimana? In che modo?

Identificazione dei problemi di pensiero. Per affrontare questa fase occorre tener presente che emozioni, comportamenti e pensieri sono inscindibili; si influenzano a vicenda. Sarebbe un lavoro incompleto se, individuate emozioni e comportamenti ad esse collegati, non si lavorasse per identificare i pensieri che stanno alla base dei comportamenti assunti.

Per esempio, se Rebecca ci dice che prova ansia quando studia e ci racconta che si alza presto al mattino per ripassare la lezione anche se non è prevista alcuna interrogazione, probabilmente il pensiero predominante è quello che deve sempre essere pronta a dimostrare le sue competenze per non dare adito alle persone di ritenerla debole.

In questo caso, il pensiero di base è: le persone mi amano solo quando dimostro di essere la migliore in ogni ambito e posso sconfiggere la paura di non essere accettata o di essere giudicata negativamente attraverso una forte determinazione nei confronti dello studio.

Questa fase è assolutamente delicata in quanto mette la ragazza in contatto con i pensieri che reggono i comportamenti che rispondono alle sue emozioni.

A fronte di comportamenti disfunzionali quali lo sviluppo di un DCA, ci saranno sempre pensieri che mettono in luce il mancato soddisfacimento dei bisogni primari: il bisogno di significato e il bisogno di sicurezza.

Per identificare i problemi di pensiero che hanno influenza sulla “qualità” dei sentimenti, abbiamo deciso di analizzare con Rebecca una circostanza che ci sembra significativa: il trasferimento della famiglia avvenuto tre anni prima. Quale influenza ha avuto su di lei il trasferimento? Le sono mancati forse dei punti di riferimento? Ha forse paura di questa nuova situazione e non riesce ad esprimerla a parole? Cosa pensa della sua nuova sistemazione e delle sue nuove conoscenze?

Dal testo del caso assegnatoci comprendiamo che i genitori della ragazza, prima che terze persone intervenissero, avevano giudicato le difficoltà della figlia come *“fisiologiche difficoltà adolescenziali”*.

Da questo possiamo dedurre che la ragazza possa, tra le altre cose, aver problemi relazionali all'interno

dell'ambiente scolastico ma soprattutto ci fa riflettere sul fatto che se i genitori non hanno saputo cogliere ciò che lei esprime attraverso il comportamento anoressico, il pensiero predominante sviluppato da Rebecca potrebbe essere quello di essere degna di attenzioni e di relazioni.

Questo pensiero comporta sentimenti di paura di non essere compresa e accettata; ansia di non essere perfetta e di conseguenza non voluta; ansia di fallire in qualche sfera in cui sta esercitando controllo quale lo studio o l'alimentazione e conseguentemente depressione e maggior rinforzo del disturbo del comportamento alimentare.

Con estrema delicatezza, inserendo le domande nello schema che abbiamo precedentemente identificato nella fase di indagine e che abbiamo sinora integrato con le informazioni ricevute nei colloqui già avvenuti con Rebecca, le poniamo una serie di quesiti come spunti da cui partire per analizzare i pensieri profondi che lei ha su sé stessa, su Dio e sugli altri.

Proprio in questa fase è importante **mettere a fuoco i suoi bisogni primari di significato e sicurezza** e i pensieri che ha sviluppato circa questi argomenti.

Rapporto con la famiglia. Cosa pensa che pensino i genitori di lei? Cosa pensa di suo fratello e cosa pensa che pensino i genitori di lui?

Pensa che si possa trovare un qualcosa un pensiero o una convinzione che accomuna tutti i membri della sua famiglia? Quale? Perché?

Rapporto con la scuola e con gli amici. Cosa pensa che i compagni pensino di lei? Cosa pensa quando durante un'interrogazione o un compito in classe si dimentica qualcosa che ha studiato per ore e che a casa sapeva esprimere quasi a memoria?

Cosa pensa dell'amicizia vera? Secondo lei esiste la possibilità di avere amici così come descritti in Proverbi 17:17? (*"Un amico vuol bene sempre, è nato per essere un fratello nella sventura"*). Pensa di essere una vera amica?

Cosa pensa sia lo sport che pratica? (Esempi: un semplice passatempo, una valvola di sfogo, un'attività utile per raggiungere un fine). Perché?

Rapporto con il cibo. Cosa pensa quando legge articoli o quando qualcuno le dice che l'anoressia è una malattia che può portare alla morte?

Cosa pensa della morte? Cosa pensa se le chiedo un motivo per il quale vale la pena vivere? E se gli chiedo di dirmene uno per il quale vale la pena morire?

Rapporto con la chiesa e con Dio. Cosa pensa che pensi Dio di Lei? Pensa che Dio la ami? Che ami i suoi genitori? In che modo? Perché? Come pensa di poter piacere a Dio?

Cosa pensa del perdono in generale? Quel è il suo pensiero circa la chiesa e le relative attività compreso il culto della domenica? Cosa pensa se le dico che Dio si usa della sua Parola per parlare al cuore delle persone? Mi può raccontare un episodio in cui le è successo qualcosa del genere? Cosa pensa sia avvenuto in lei? Perché?

### ***La fase del luogo pianeggiante***

L'obiettivo di questa fase è il poter rielaborare con Rebecca tutto quello che si è messo a fuoco circa i suoi sentimenti, emozioni, comportamenti e pensieri analizzando cosa dice Dio nella Bibbia.

Spetta ora a noi consulenti con dolcezza ed autorevolezza insegnare alla ragazza come Dio la vede e cosa Dio pensa di ogni persona.

Il concetto che dovrà essere chiarito è che il pensiero muta in base ai valori che si hanno e le emozioni ed i comportamenti cambiano con il cambiare del modo di vedere le cose.

Due esempi non esaustivi li prendiamo dall'Apostolo Paolo.

Quando era in prigione per motivi di fede descrisse la sua prigionia e le relative sofferenze come situazioni che non lo toccavano perché il senso di quella condizione lo trovava nell'aver contribuito al progresso del Vangelo. Lui diceva che vivere è Cristo e morire per Lui è un guadagno.

Il secondo esempio si riassume con questa frase dell'apostolo: «*Tutte le cose vere, tutte le cose onorevoli, tutte le cose giuste, tutte le cose pure, tutte le cose amabili, tutte le cose di buona fama, quelle in cui è qualche virtù e qualche lode, siano oggetto dei vostri pensieri*» (Fl 4:8).

Affrontando con Rebecca il processo del chiarimento del pensiero biblico le mostriamo con la Bibbia l'amore

incondizionato che Dio ha per lei affinché questa diventi una certezza.

Dio ci accetta così come siamo: deboli, disperati, abbandonati (Eb 4:14).

Siamo stati creati a sua immagine, quindi esseri speciali (Gn 5:2).

Noi siamo curati, teneramente amati (Sl 8:4; 40:17; 144:3; 1Pt 5:7), aiutati nelle difficoltà quotidiane (Sl 121:2; Sl 146:5-7; Eb 13.6) e soccorsi nei momenti più tristi (Sl 86:17; Is 41:10).

Inoltre, siamo conosciuti ancor prima di essere nati (Sl 139), Dio sa che da soli non possiamo fare nulla (Gv 15:5).

Ritornando alle indicazioni tratte dal testo del caso, sappiamo che Rebecca aveva fatto una professione di fede in età preadolescenziale, rafforziamo, quindi, in lei il pensiero del piano di salvezza.

Gesù ha dato sé stesso, non solo per l'intera umanità, ma per Rebecca, che è tanto amata da Dio da rientrare in questo grande progetto:

Per essere liberata dalla morte eterna (Gv 3:16; Rm 6:23); per essere libera da giudizio e condanna (Rm 8:1); per trovare in lui un vero padre (Lc 11:11; 1Tes 2:11); per avere un vero amico (Lc 12:4; Gv 15:15).

Perché Rebecca è una persona gradita a Dio ed è da Lui personalmente amata.

Dio non si vergogna di lei e delle sue imperfezioni, non c'è nulla che Dio non conosca di lei, non c'è nulla che Gesù non le abbia già perdonato, non c'è nulla che lei possa avere fatto per non essere degna di essere amata da Dio.

In tal modo, con l'intervento dello Spirito Santo, Rebecca potrebbe riaprire un canale chiuso a causa delle ferite ricevute e delle aspettative deluse da parte di chi avrebbe dovuto vegliare su di lei per proteggerla ed aiutarla a trovare il significato della sua vita.

Ci accertiamo che Rebecca riposi in questa certezza: risiedono in Gesù Cristo il significato e la sicurezza di cui gli uomini e le donne di tutto il mondo hanno un disperato bisogno.

I nuovi pensieri che sostituiscono i vecchi le danno la capacità di affrontare la sfida per poter cambiare i comportamenti sbagliati.

Verso sé stessa con un rapporto diverso con il cibo. Sceglie una dieta adeguata al ristabilimento fisico perché il suo corpo possa ritornare ad essere quel "*tempio dello Spirito Santo*" che Dio desidera lei sia (1Co 6:15,19).

Le attività sportive non più mirate per spendere energie con l'intento dimagrire ma praticate con moderazione per la propria salute.

Dedicarsi allo studio per il piacere di imparare, senza dover dimostrare di essere sempre al "*top*" delle proprie prestazioni per emergere o per il timore di deludere qualcuno.

La motivazione allo studio potrebbe essere quella di usare al meglio le capacità che il Signore le ha donato.

Nei rapporti interpersonali e familiari. Avendo la capacità di amare anche chi, umanamente, non “dovrebbe” essere amato (Lc 6:27-36). Perdonando anche chi non merita di essere perdonato (Ef 4:32). Trattando il prossimo come vorremmo essere trattati noi (Mt 7:12).

Nel suo rapporto personale con Dio che nutre per lei solo pensieri di pace (Gr 29:11); che è Colui che le perdona ogni peccato (1Gv 1:19); che è Colui che le ha già donato ogni benedizione (Ef 1:3); che è Colui che le ha dato la vita eterna in Cristo Gesù (Gv 3:15).

Lo Spirito Santo ha così spazio per ricreare uno stato spirituale armonico e Rebecca può trovare la certezza e la fiducia che cercava invano con le sue sole forze.

### ***Il momento della risalita***

La prima fase la si definisce come “**impegno sicuro**”. In questa fase tocca a Rebecca prendere degli impegni in base a quanto ha avuto modo di comprendere su sé stessa, i suoi sentimenti, comportamenti e pensieri in raffronto a quelli di Dio.

Rebecca può decidere di impegnarsi a rivedere i suoi pensieri là dove non combaciano con quelli del suo Creatore. Noi le stiamo vicino in questo e la aiutiamo a star serena: con l'aiuto dello Spirito Santo lei ce la farà.

La seconda fase è la **pianificazione e realizzazione** di un comportamento biblico. L'obiettivo è che la ragazza, attraverso la riscoperta di Dio sia determinata a portare avanti gli impegni assunti.

La incoraggiamo: ad avere un sano rapporto con il proprio corpo; ad aver cura di sé stessa attraverso una regolare alimentazione (almeno due pasti "veri" al giorno); a studiare in orario stabilito e non oltre; a praticare lo sport preferito non più di un paio di ore giornaliere per due volte la settimana e a ritrovare il gusto di vestirsi per piacere a sé stessa e non agli altri (genitori o amici).

È importante sostenere Rebecca affinché possa ritrovare un'intimità con Dio che potrebbe esprimersi in una regolare lettura della parola di Dio, accompagnata da un tempo di preghiera libera e spontanea affinché lei possa sempre più permettere che il Signore, attraverso lo Spirito Santo, possa ritornare a ristare il suo cuore.

Di fondamentale importanza sono i nuovi pensieri di Rebecca che impara a vivere il perdono nei confronti di se stessa e degli altri.

L'ultima fase del percorso con la ragazza è **l'identificazione dei sentimenti guidati dallo Spirito Santo** che le dà strumenti utili a sviluppare e mantenere costanti nel tempo i nuovi pensieri.

Con il test utilizzato nella fase di identificazione dei problemi emozionali, potremo chiederle di indicarci quali

nuovi sentimenti può evidenziare e quali vecchi può depennare.

I nuovi pensieri producono nuovi sentimenti. Come si sente adesso che ha ripreso peso? Come si sente nell'ambito scolastico? Cosa prova adesso per i propri genitori e per il fratello?

Ancora una volta dalle sue risposte alle nostre domande aperte, e dalle sue reazioni potremo valutare insieme a Rebecca, il percorso fatto insieme mettendo in evidenza in cosa ha cambiato il suo modo di pensare e di interpretare il mondo attorno a sé.

Per lavorare in maniera ancora più concreta abbiamo deciso di suggerirle la stesura di un diario dove annotare pensieri ed emozioni.

Adesso lei è in grado di paragonare i suoi vecchi schemi di pensiero, le sue emozioni e comportamenti con i nuovi pensieri, le nuove emozioni e i comportamenti rinnovati sia nel rapporto con gli altri che con sé stessa ed il cibo.

Siccome è stato necessario "ricostruire" ed ancora sta camminando per continuare a farlo, il diario, nel tempo, le darà la prova concreta che nella sua vita sono subentrati pensieri e gesti quotidiani che sono la dimostrazione visibile del suo impegno e dei suoi sentimenti mutati in linea con il pensiero di Dio.

Nostro compito resta quello di sostenerla in preghiera ed affiancarla in eventuali ricadute andando di tanto in tanto a monitorare il mantenimento degli impegni presi.

Come potremo capire se Rebecca è guarita nei ricordi e nelle emozioni?

Se ha lasciato lavorare il suo cuore e la sua mente dallo Spirito Santo, ci darà delle risposte vittoriose su alcuni aspetti, piene di speranza anche se non ancora del tutto vittoriose su altri e, in generale dei feedback positivi.

Se così non fosse, non ci perderemmo d'animo, insieme a lei continueremmo a lavorare e a pregare perché Rebecca ritrovi la strada di definizione della sua identità in Cristo.

#### **4.5 Il percorso di consulenza con la famiglia**

Accanto e parallelamente ad un lavoro sistematico con Rebecca, è importante agire per capire e ricostruire l'ambiente familiare, dove vive la ragazza.

La trasformazione dei pensieri e dei comportamenti della fanciulla che, a poco a poco, abbandona il sintomo anoressico come mezzo per dare sollievo alle sue sofferenze, dovrebbe essere accompagnata, se possibile, dall'assunzione di un atteggiamento autocritico dei familiari.

Ciò contribuisce sia al processo di guarigione della ragazza, sia alla presa di coscienza dei propri inconsapevoli errori e dei propri comportamenti sbagliati da parte dei famigliari.

Raramente ci si sofferma a pensare al modo di essere famiglia e al modo di essere genitori.

In questi tempi si impara a essere un buon dottore, un buon meccanico, un direttore di banca, un commesso o un uomo d'affari.

Ci è stato insegnato come fare a “guadagnarci da vivere” ma nessuno ci ha insegnato come “vivere” e come vivere le relazioni.

Alcuni valori cristiani sono stati sovvertiti ed ora è più importante essere un buon ragioniere che un buon padre, una buona amministratrice che una buona moglie, un buon sportivo che un buon figlio.

Sapersi guadagnare da vivere bene è importante, ma molto di più lo è vivere una vita appagante, con uno scopo e significato.

La famiglia dovrebbe essere il “luogo” degli affetti. Per Dio la famiglia è importante.

*“Per questa ragione, io piego le mie ginocchia davanti al Padre del Signor nostro Gesù Cristo, dal quale prende nome ogni famiglia nei cieli e sulla terra” (Ef 3:14-15)*

Avendo come traccia l'approccio sistemico familiare, dopo il primo colloquio di presentazione e di raccolta di informazioni (in cui domina la ragazza con i suoi vissuti e il suo racconto), si avvia un lavoro parallelo con la ragazza e con la famiglia: con i singoli membri della famiglia e suoi sottosistemi (genitori e genitori più fratellino) e poi con la famiglia al completo.

Lo scopo è portare alla luce il gioco familiare, aiutare tutti i membri della famiglia a prendere coscienza delle proprie sofferenze per esprimerle verbalmente.

*“I momenti con la famiglia riunita, in cui si ripercorre la storia del nucleo familiare, sono infatti spesso illuminanti per le pazienti, che passano dallo stato di accusa alla pietà e all'abbandonano il sintomo anoressico”<sup>81</sup>.*

Con la famiglia al completo occorre raccogliere tutti i dati sulla storia dei singoli membri.

L'obiettivo iniziale è quello di stare sui fatti significativi nella vita dei vari membri (studio, lavoro, vita sociale, salute), ottenendo solo indirettamente informazioni sulle relazioni.

Dai colloqui preliminari dovrebbe uscire un ritratto sia della paziente sia di tutti i membri della famiglia come persone (vita lavorativa, relazioni sociali e affettive, interessi, salute fisica).

---

<sup>81</sup> Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano, 1998

Si può inoltre chiedere ai genitori di dare una sinteticissima definizione delle loro relazioni passate nelle rispettive famiglie di origine: “Cosa ricorda della sua infanzia e di come erano i rapporti nella sua famiglia?”, “Com’era sua madre con lei?”; “Com’era suo padre?”; “Con quali aggettivi descriverebbe questi rapporti?”.

Domande molto semplici ma utili per farsi una prima impressione sul clima affettivo in cui hanno vissuto i genitori.

Il lavoro con la famiglia, essendo una famiglia di quattro membri (madre, padre, Rebecca e il fratellino), deve partire dalle fondamenta: i genitori, i genitori e Rebecca, lasciando sullo sfondo il fratellino.

Il primo scopo del lavoro con la famiglia al completo è quello di raggiungere e formulare un’ipotesi relativamente precisa e articolata sulla quale, tra l’equipe e la famiglia, si raggiunga un accordo, sufficientemente condiviso, circa le principali ragioni di sofferenza di Rebecca generative del sintomo anoressico.

Il secondo scopo è attivare un processo di cambiamento funzionale nelle aree in cui si ritiene che esso debba avvenire per il benessere di Rebecca e di tutti i familiari.

Come counsellor cristiani, il nostro manuale sarà la Parola di Dio e i nostri modelli saranno ispirati dallo Spirito Santo con riferimento alla Bibbia.

### ***Il lavoro con il fratello minore: un accenno***

Essendo il fratello di Rebecca più piccolo di lei, non pensiamo di coinvolgerlo più di tanto. Abbiamo immaginato possa essere un bambino in tenera età (supponiamo non sia neppure ancora entrato nella fase della preadolescenza).

Il livello di coinvolgimento dipende infatti dall'età. In ogni caso sarebbe importante che fosse presente la responsabile della scuola domenicale<sup>82</sup> frequentata e con lei fosse fatto un lavoro di rete; oltre ad essere un'osservatrice privilegiata, la responsabile della scuola domenicale potrà disporre di informazioni utili e preziosi consigli per gestire le future relazioni tra fratelli.

Con la famiglia intera, sarà importante indagare eventuali segnali di gelosia in Rebecca verso il fratellino; l'eccessiva responsabilizzazione di Rebecca verso il fratellino e il livello di attaccamento della mamma al fratellino più piccolo.

Spesso questi fratelli e le sorelle minori subiscono le angherie delle sorelle maggiori anoressiche. Sovente questo rinsalda il legame madre-fratello del paziente, suscitando in lui ulteriore furia e trascinandolo in una spirale di peggioramento del sintomo anoressico.

In questi casi la teoria sistemica suggerisce l'uso di *"prescrizioni"* che i genitori dovranno mettere in atto nei

---

<sup>82</sup> Semplificando molto, annoto che nell'ambito evangelico il "catechismo" è chiamato "scuola domenicale"

confronti di entrambi i fratelli per ristabilire il giusto equilibrio<sup>83</sup>.

Solitamente questo alternarsi da un lato di interventi con la famiglia al completo o con sottoinsiemi e, dall'altro di interventi con solo R, si rivela risolutivo in situazioni di reazioni anoressiche all'esordio e mostrate da adolescenti.

### ***Il lavoro con la coppia genitoriale***

Dal testo del "caso didattico" sappiamo che Rebecca è la sorella maggiore, pertanto ci è sembrato conveniente, dopo la consultazione familiare, escludere il fratello minore da un lavoro più approfondito. Come già accennato, ipotizziamo sia un bambino in tenera età.

Questa esclusione ha anche come finalità quella di valorizzare lo stato adolescenziale di Rebecca che assume il ruolo di "grande".

Dal momento che spesso la manifestazione dell'anoressia cela delle crisi o problemi anche tra i coniugi, sarebbe importante avviare anche un lavoro congiunto con i coniugi stessi per ristabilire la giusta armonia in cui vivono i figli.

Il lavoro con la coppia mira a mettere a fuoco quei vissuti che hanno portato sofferenza o sono stati disturbanti al punto da rendere la coppia meno serena e meno attenta alle proprie responsabilità genitoriali.

---

<sup>83</sup> Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., op. cit.

I temi da indagare potrebbero essere quelli legati alla fiducia e all'intimità.

Come si esprime la fiducia tra i coniugi? Ci sono stati episodi che hanno deluso l'uno o l'altro? Episodi non perdonati? Come vivono la loro intimità?

Per ripristinare fiducia nel coniuge, si percorre la strada della fede in Dio.

Il mondo<sup>84</sup> penserebbe che questa fiducia non avrebbe senso se il coniuge non la meritasse, ma Gesù può cominciare a ricostruire la fiducia nei nostri cuori anche prima che il coniuge se ne dimostri degno.

Quando poi la coppia può attingere alla reciproca fiducia, può aiutarsi a vicenda a modificare i comportamenti di ciascuno e ad accettare i rispettivi limiti.

Altro aspetto da "toccare" è legato ad una caratteristica che dovrebbe riguardare tutte le coppie: l'unità.

La Bibbia dice che i due diventano "uno solo", e quindi, il seguito a questo patto, ogni cosa appartiene all'uno (cioè alla coppia come entità).

Come vengono gestiti i beni della famiglia? Spesso i dissensi in campo finanziario sono concentrati sul "mio" stipendio o sul "tuo" debito; oppure i doni o eredità ricevuti

---

<sup>84</sup> Termine mutuato da un versetto biblico (cfr. Gm 4:4) comunemente usato tra i credenti evangelici per indicare la società in generale e/o le persone che, seppure si dichiarino "cristiane" non vivono un reale rapporto con Dio e non conoscono, né si sforzano di conoscere, i suoi insegnamenti

da uno o dall'altro possono essere considerati come proprietà esclusiva e non appartenenti ad entrambi come stabilito dal patto.

Conflitti e divisioni possono nascere quando non si manifesta la "morte dell'io" e il bene reciproco non è il primo interesse di entrambi i coniugi.

Inoltre, è importante per la coesione della coppia cristiana, la condivisione di un aspetto di vita di fede: la preghiera.

I due sposi pregano insieme? La preghiera è paragonabile alla malta che cementifica tutto l'edificio. La preghiera di coppia dovrebbe essere un periodo piacevole di intimità fra i coniugi e Dio.

Come viene vissuto questo momento? È un'occasione per criticare le preghiere del coniuge o per discutere la validità scritturale delle singole preghiere? Sono stati individuati soggetti di preghiera di comune interesse?

Come si raggiunge l'accordo nella famiglia? Esistono vari metodi per raggiungerlo. Quale prevale in questa coppia?

Seguono alcuni esempi dei metodi che di solito favoriscono il raggiungimento di un accordo in una coppia.

L'opinione dell'esperto. In questo caso il coniuge con più esperienza o conoscenza dà il suo giudizio di esperto e la coppia accetta l'opinione dell'esperto.

Il compromesso. Per trovare un compromesso ciascun coniuge espone la propria opinione o desiderio e si raggiunge una decisione che soddisfi entrambi. Essa sarà diversa dalle singole aspettative di partenza.

La legge del più forte. Questa modalità scatta laddove entrambi i coniugi siano convinti della fondatezza della propria opinione e “combattono” fino a che uno dei due cede.

Altra modalità è definibile come manipolazione: “Se fai come ti dico io, ti darò...” (denaro, sesso, una serata fuori). Un coniuge forza la mano all’altro offrendo o rifiutando favori.

Alcune volte i coniugi adottano un metodo che si potrebbe definire “la logica contro il sentimento”. Un coniuge cerca di superare l’altro con argomenti logici e l’altro con discorsi sentimentali. La decisione viene presa da chi ha fatto la “presentazione” migliore.

Un riferimento cristiano che può essere utile anche ad una coppia in tema della presa di decisioni può derivare da un discorso fatto da Gesù ai suoi discepoli: *“In verità vi dico ancora: se due di voi sopra la terra si accorderanno per domandare qualunque cosa, il Padre mio che è nei cieli ve la concederà”* (Mt 18:19).

“Se due si accordano...” significa “se due si armonizzano”, ossia sintonizzarsi per combinare simultaneamente dei suoni; lo scopo della sinfonia non è di rendere tutti gli strumenti uguali, ma di unire le caratteristiche peculiari di ogni strumento in una bellissima armonia.

Il testo del “caso didattico” mette in evidenza che il padre di Rebecca era un pastore. Ora non lo è più. Partendo da questo particolare, decidiamo di indagare anche come la coppia vive la vocazione<sup>85</sup>.

Come stanno vivendo la loro chiamata vocazionale? Esisteva una vocazione della famiglia accanto al ruolo di pastore del padre o c'è amarezza per la perdita del ruolo?

È il tempo di seminare, mietere e distribuire ciò che il Signore ha riversato su loro o sono annoiati dalla vita cristiana e non trovano più nessuno che li edifichi e li ispiri?

Il patto matrimoniale cristiano contiene delle promesse e delle clausole: “amare, onorare, aver cura, eccetera”, “nel bene e nel male” e “finché morte non separi i coniugi”.

Riteniamo utile un'indagine su come i coniugi stiano vivendo il loro matrimonio. Come vivono il patto matrimoniale?

### ***Il lavoro con il padre***

Nel caso in cui la madre sia inaccessibile (ricordiamoci che non è venuta al primo incontro), proponiamo almeno alcuni colloqui con il padre.

---

<sup>85</sup> Il “pastore” è un uomo dedicato alla conduzione di una chiesa. È assimilabile al “prete cattolico” anche se può sposarsi (Cfr. 1Tm 3 che parla delle caratteristiche dei vescovi e dei diaconi). Anche la moglie del pastore, di solito ha caratteristiche personali ed una vocazione di natura pastorale. Si dice per questo che condivide la vocazione del marito

Abbiamo appreso dalla parte teorica che solitamente il padre di una ragazza anoressica è in una condizione di “vincente”, in quanto riesce ad ottenere la subordinazione della moglie ai propri desideri. Sovente però gli viene a mancare quel “calore” e quel “risarcimento affettivo” a cui anela.

Non di rado questo genere di uomo ha compensato un dolore infantile diventando precocemente efficiente e indipendente, negando alla sua coscienza la necessità dell’affetto materno.

Uomini con questo genere di esperienza di vita, spesso ritengono di essere super autonomi, mentre emotivamente dipendono enormemente dalla presenza e dal sostegno emotivo delle loro mogli alle quali finiscono per chiedere di più di quello che esse sono in grado di dare, arrivandone a trascurare i bisogni affettivi.

Padri che la vita ha trattato con durezza sono solitamente sprezzanti e trattano con durezza i sintomi con cui si esprime la sofferenza delle figlie anoressiche.

Nella Parola di Dio, il ruolo del padre, in una famiglia è fondamentale sia per il corretto andamento della famiglia stessa che per la gestione delle relazioni del nucleo.

Dio si presenta come Padre e ha dato notevole importanza a questo ruolo umano.

Gli stessi nomi di Dio rivestono un contenuto particolare che rimanda alle diverse caratteristiche di un padre modello.

Con molta semplicità e “timore”, nell’analisi del ruolo del padre nel “caso didattico”, riteniamo importante avere come nostro modello i diversi nomi di Dio e il loro significato desunto dalla Scrittura. Da questi assunti iniziamo ad affrontare con l’uomo i seguenti temi:

È attivamente presente? Mantiene le promesse, onora gli impegni che ha preso?

Questo è il padre che dice: “Non vi preoccupate, non me ne vado. Sono qui per restare, sono di parola. Potete contare su di me”. È il Padre che mantiene le parole e promesse, che non deluderà.

Il padre riflette, rispecchia “Adonai, padrone”? ossia mantiene in famiglia una posizione di rispetto, guadagnata e non forzata?

Un capo ha qualcuno che lo segue. Sono felici i membri della famiglia di seguirlo? Hanno per lui un sano rispetto basato su convinzione personale data dall’esperienza concreta di vita con lui?

È possibile creare un’alleanza anche temporanea tra il padre e la figlia Rebecca, in considerazione che l’ha condotta lui da noi?

Nel Regno di Dio, l'amore ha sostituito la legge, il primo ha deciso di divenire l'ultimo e la forza ha abdicato all'incoraggiamento.

Cosa fa il padre di Rebecca (sia a livello materiale che spirituale) per proteggere la sua famiglia?

Provvede per la sua famiglia? Come? Il Padre non è avaro, gioisce a dare abbondantemente a quelli che ama. Il Padre non è pigro. Allo stesso tempo non enfatizza il lavoro così tanto da ammazzarsi di lavoro giorno dopo giorno, a discapito della relazione con la famiglia. Com'era il suo lavoro come pastore?

È un padre presente? La presenza fisica, materiale, spirituale del padre è determinante nella vita familiare. Ci sono state volte in cui i familiari hanno avuto bisogno di lui e non c'era?

Ci sono cose nella vita che considera intoccabili? Cose che rifiuta di cambiare? Situazioni in cui non è disposto a deporre la sua aspirazione a favore di quella dei familiari?

È capace di non complicare le situazioni? Risolve i problemi? Guarisce o ferisce? Porta restaurazione o condanna? Il padre rincuora, rassicura, riafferma. È una gioia dei familiari stargli vicino?

Come parla con la famiglia? Il "Padre" non è rude. Non è sarcastico, non deprime, non sconvolge, non reagisce, non è negativo. Il "Padre" è gentile, pronuncia sempre una

benedizione anche quando sta disciplinando. Il Padre sa che “la bocca parla dall’abbondanza del cuore”

Un concetto biblico importante che mostra indirettamente una caratteristica di “Dio Padre” a cui si deve ispirarsi il padre cristiano è questo: *“E voi non avete ricevuto uno spirito da schiavi per ricadere nella paura, ma avete ricevuto uno spirito da figli adottivi per mezzo del quale gridiamo: «Abbà, Padre»”* (Ro 8:15).

In Romani 8:15 il nome Abba incarna tutta la bellezza di un papà. È da Abba che andiamo quando abbiamo fatto uno sbaglio. È da Lui che andiamo quando abbiamo bisogno di aiuto o siamo disillusi o stiamo male, siamo soli, confusi o semplicemente abbiamo bisogno di due braccia forti che ci possono tenere stretto.

Il padre di Rebecca riesce ad essere quel tipo di “papà” da cui andare quando è successo qualcosa?

Riteniamo che in questo “caso didattico” il nostro lavoro con il padre diventi fondamentale in caso emerga la necessità di dare la possibilità all’uomo di differenziare la propria immagine di sé da quella del padre naturale con il quale potrebbe aver vissuto difficoltà: freddezza, distanza, incomunicabilità.

Può essere necessaria una riconciliazione, con il proprio padre naturale per poter divenire maggiormente empatico con le sofferenze personali di sua figlia e della moglie.

## ***Il lavoro con la madre***

La madre non accompagna la ragazza al primo incontro con noi. Il suo ruolo nella vicenda pare rimanere marginale, sarebbe importante lavorare e collaborare con lei.

Abbiamo appreso che solitamente le madri vivono il sintomo anoressico come un attacco personale e che spesso sono donne sacrificali: disponibili a farsi carico di compiti altrui, con grande difficoltà a chiedere aiuto anche in situazioni di emergenza. Incapaci di ricavare del tempo di qualità da dedicare a sé stesse.

Generalmente incassatrici di umiliazioni, reprimono la rabbia a causa della scarsa considerazione in cui erano tenute nella famiglia d'origine. Queste donne hanno imparato a bastarsi, affidandosi alle proprie risorse per sopravvivere, a reprimere la rabbia per poter essere accettate.

Quanto sopra è notoriamente nascosto dietro il loro comportamento di madri iperadeguate, stimate lavoratrici, ottime padrone di casa.

Non ci si aspetti che siano comunque disposte ad ammettere facilmente né la propria "sacrificabilità", né la propria predisposizione ad incassare umiliazioni.

Un obiettivo del lavoro con la madre di Rebecca potrebbe essere quello di aiutarla a riconoscere le sofferenze che si celano dietro suoi comportamenti e a prenderne in considerazione di modificare qualche comportamento inizialmente basandosi sull'amore per la figlia.

Sempre tenendo come riferimento i principi biblici, iniziamo ad esplorare con la donna il piano di Dio per la “madre” contrapponendolo a quello dell’oppositore di Dio. Riassumendo possiamo dire che la differenza tra i due piani è che Dio ha dato alla madre la possibilità di concepire, amare e partorire; mentre Satana cerca di portarla a concepire, rinnegare ed abortire.

Come ha vissuto la sua maternità? Come vive il suo ruolo di mamma? Come è il suo rapporto con i figli? La madre sembra occuparsi della figlia in funzione dei propri bisogni o riesce a capire e soddisfare le diverse esigenze della ragazza?

Come accompagna i figli verso l’autonomia?

Orienta la sua relazione con la figlia al mantenimento della dipendenza della ragazza da lei, oppure le dà strumenti di autonomia ed indipendenza di pensiero e di visione del mondo?

Come agisce in caso di problemi di Rebecca? Attua un rinforzo del senso di inadeguatezza della figlia o riesce a stare al suo fianco in una sorta di “accompagnamento leggero”?

Come ritiene di contribuire al mandato di Proverbi 22:6<sup>86</sup>? Ha delegato il marito?

Come esprime il suo amore verso i figli e che sentimenti prova di fronte alle caratteristiche dell’amore della “madre ideale”? Esso dovrebbe essere inaffondabile,

---

<sup>86</sup> *“Insegna al ragazzo la condotta che deve tenere; anche quando sarà vecchio non se ne allontanerà”*

infrangibile, inarrestabile, inalterabile, invincibile, inspiegabile, incrollabile ed intoccabile. In una parola: irragionevole.

Puoi rubare, ingannare, fallire e perfino uccidere ma l'amore della "madre ideale", non ti abbandona.

Non si tratta di essere disposti a non riconoscere gli errori dei figli e a giustificarli ma di riuscire ad amarli al di là di tutto.

Nel Vangelo di Luca c'è una parabola che incoraggia a non smettere mai di pregare, anche di fronte a situazioni che sembrano impossibili (Lc 18:1-8).

Considerando questo principio cristiano vorremo chiedere alla madre di Rebecca se prega per i suoi figli e come intercede per loro.

Efesini 5:1 "Siate dunque imitatori di Dio, come figli amati [...].

La parola greca usata in questo versetto e tradotta "imitatori" è la parola "*mimētos*" che vuol dire letteralmente "mimi".

La Scrittura può quindi essere tradotta: "Mimate Dio in qualità di suoi figli". È noto, infatti, come i bambini, imitano i genitori. Il particolare importante in questo concetto è rappresentato dal fatto che i figli non imitano quello che dicono i genitori ma quello che essi fanno.

Su queste basi chiediamo alla madre di Rebecca se ritiene di essere un valido esempio per sua figlia. In cosa? Perché?

Abbiamo visto nel capitolo 1 che sovente le madri delle ragazze anoressiche introiettano il ruolo di donna derivante dalla cultura patriarcale. Avendolo introiettato, la sofferenza derivante dal senso di abnegazione delle loro aspirazioni personali è inconscia.

Quindi potrebbero essere donne estremamente frustrate che cercano appagamento nel pieno controllo dei figli e dell'andamento domestico.

In tal caso potrebbero essere donne alle quali le figlie non vogliono assomigliare, infatti, il sintomo anoressico potrebbe essere l'unico modo delle figlie per tentare di sottrarsi al "destino" della madre.

Quando la madre, con l'aiuto dello Spirito Santo, riconosce la propria sofferenza e vede la possibilità di poter assumere le caratteristiche della cosiddetta "madre ideale", può iniziare a riconoscere e accettare anche la sofferenza della figlia.

Può iniziare a comprendere che l'anoressia di Rebecca non è un attacco personale della figlia nei confronti di sua madre e può incominciare a provare un sentimento di pietà per intraprendere insieme alla figlia un percorso di cambiamento delle loro dinamiche relazionali.

### ***L'elaborazione del percorso di counselling cristiano con tutta la famiglia***

Effettuata l'analisi e la consultazione con il padre e la madre di Rebecca, unitamente alle informazioni desunte dal

lavoro individuale con Rebecca, insieme alla famiglia dovremmo essere in grado di raggiungere il duplice obiettivo:

- ✿ Formulare con tutti un'ipotesi relativamente precisa e articolata sulle principali ragioni di sofferenza che hanno portato la ragazza ad essere anoressica;
- ✿ Concordare insieme le risorse per il cambiamento presenti nella famiglia.

*«L'opera è grande ed estesa, e noi siamo sparsi sulle mura, e distanti l'uno dall'altro. Dovunque udrete il suono della tromba, là radunatevi con noi; il nostro Dio combatterà per noi» (Ne 4:14-20).*

Alla luce della Parola di Dio la famiglia di una ragazza anoressica può essere paragonata alla Famiglia infantile rappresentata nel capitolo cinque del libro degli Atti degli Apostoli (Anania e Saffira). Si tratta di una famiglia per cui apparire è fondamentale.

*“Ma Pietro disse: «Anania, perché Satana ha così riempito il tuo cuore da farti mentire allo Spirito Santo e trattenere parte del prezzo del podere?»”.*

L' espressione “riempito il tuo cuore” significa “forte controllo sul pensiero”.

Dal comportamento di questa famiglia infantile emergono diverse attitudini: l'ipocrisia, l'inganno e la menzogna.

L'ipocrisia perché erano preoccupati per i propri bisogni e dell'apparenza, quasi stessero dicendo *“se non faremo questo, non saremo considerati spirituali”*; l'inganno perché volevano che si parlasse bene di loro; volevano fare qualcosa per *“impressionare”*. La menzogna dimostra la non sincerità, la non genuinità; simbolo dei cristiani carnali che vogliono essere conosciuti come *“spirituali”* ma non lo sono.

Come può diventare la famiglia di Rebecca?

Il modello a cui tendere è quello di Aquila e Priscilla, una famiglia matura con relazioni sane citata al diciannovesimo versetto del sedicesimo capitolo della prima lettera ai Corinzi.

Aquila e Priscilla avevano una chiesa in casa loro, segno del desiderio di voler parlare di Dio e insegnare le sue vie agli altri, requisito di una famiglia cristiana matura.

#### **4.6 Raccomandazioni**

Tutta la descrizione fatta sinora deve essere considerata alla luce del fatto che un qualsiasi problema complesso e multifattoriale di carattere sanitario non può mai essere affrontato solo attraverso il lavoro del counsellor, neppure se agisce in un'équipe monoprofessionale. Se le persone portatrici del problema si sono rivolte ad un

counsellor cristiano, sarà sua cura riuscire a costruire intorno al nucleo (o alla singola persona) una rete professionale adeguata riuscendo a lavorare in modo integrato nel rispetto delle competenze altrui e dei valori di cui è portatore.

Durante gli incontri di consulenza, l'atteggiamento dovrebbe incentrarsi non tanto alla ricerca dei motivi, quanto all'empatia e all'interesse nei confronti della paziente come persona (spirito, anima, corpo). Di seguito si riassumono alcuni concetti esposti in precedenza a cui è utile prestare molta attenzione:

- ✿ Meccanismi di controllo. Il controllo infatti non gioca solo il ruolo di cancello di apertura o di sbarramento all'irruenza degli impulsi, ma interviene in senso molto più ampio, costituendosi cardine di tutto il sistema di vita del soggetto. I tentativi consci e inconsci di controllo riguardano infatti non solo gli impulsi (legati all'assunzione di cibo), ma anche buona parte del sistema di relazioni famigliari;
- ✿ Pensieri tutto o niente. Per le anoressiche non esistono vie di mezzo ma solo soluzioni estreme: «Devo riuscire a non toccare quella scatola di dolcetti, perché se ne mangio uno, perdo il controllo e va a finire che li mangio tutti»;
- ✿ Pensieri masochistici e pratiche lesionistiche Minacce di morte e tentativi di suicidio non sono rari: a volte sono delle strategie manipolatorie agite allo scopo di mantenere su di sé la preoccupazione dei familiari e dell'analista, altre volte invece le pratiche autolesionistiche diventano dei rituali irrinunciabili, espressione di impulsi che non si può accettare di riversare sul mondo esterno. «Il mio corpo è il

bersaglio di tutta la rabbia che non riesco a tirare fuori e con lui ho intrapreso una specie di roulette russa».

Durante il percorso di consulenza può anche accadere che la famiglia chieda consigli pratici. In questi casi valgono i seguenti suggerimenti:

- ✿ Evitare di parlare di cibo ricordandosi che l'anoressia è solo un sintomo ad un dolore che non trova espressione e si esplicita nel controllo ossessivo;
- ✿ Suggestire di evitare minacce, insistenze, sistemi di premi/punizioni, dato che il cibo non è il vero problema;
- ✿ Cercare di aiutare la ragazza a guardare in faccia le proprie vere difficoltà;
- ✿ Ritrovare dei momenti di coppia particolari, speciali, senza i figli. Al fine di rompere quell'intromissione, difesa inconscia o conscia della ragazza nello stallo famigliare;
- ✿ Provare a fare autocritica di fronte agli sbagli, spesso anche un po' di auto ironia non guasta.

## 5 Conclusioni

Si conclude la condivisione di queste parti dello scritto inedito “Un diadema dalla Cenere. L’anoressia nervosa”, sperando di aver dato evidenza ad un tema importante e, allo stesso tempo, aver incuriosito il lettore sul counselling cristiano. Una realtà che, seppur controversa e circoscritta, fa parte di quelle tante forme di aiuto che, attingendo a piene mani dalle prospettive kantiane, agiscono in modo da trattare l’uomo sempre come un fine mai solo come un mezzo.

Come ultima cosa, si riporta il breve racconto narrativo ideato e scritto dall’autrice, proprio durante il corso di counselling citato in premessa.

Il racconto è realmente parte integrante dello scritto inedito.

All’epoca il gruppo di lavoro, a cui sembrava veramente di aver conosciuto Rebecca e la sua famiglia, aveva deciso di inserirne la prima parte nell’introduzione e l’ultima nelle conclusioni mostrando l’ipotetico “prima” e “dopo” del percorso di counseling.

### **Dall'introduzione dello scritto inedito**

*“Abbiamo introdotto il nostro argomento inventando un possibile fatto che abbia spinto Rebecca, la ragazza del caso, a rivolgersi ad un gruppo di consulenti cristiani”.*

*Era una notte buia e tempestosa ...*

*No, non è l'inizio del celebre racconto di Paul Clifford e neppure uno dei tanti romanzi del famoso Snoopy, bensì la narrazione del dramma riguardante Rebecca una ragazza che, incurante delle urla della madre, si ritrovava per l'ennesima volta in bagno ad interrogare la bilancia constatando con grande orrore d'essere aumentata di 100 grammi. Da mesi seguiva la dieta “ana” ma quella sera proprio non resistette, la fetta di torta della nonna le aveva in qualche modo ricordato il calore delle serate estive che da bambina aveva trascorso con lei. Aveva perso il controllo addentando il dolce ed ora doveva rimediare.*

*L'anoressia era la sua vita, il suo piccolo ma controllato mondo, la sua unica e fedele amica, capace di dare un senso nuovo a tutti i problemi degli ultimi anni: le urla di mamma e papà, l'allontanamento dalla chiesa, il trasferimento in quel posto così squallido, i nuovi e tremendi compagni di scuola, i problemi di suo fratello e la delusione di avere un padre incapace di fare il padre e una madre fallita come donna, come moglie e come madre.*

*Tre anni fa Rebecca aveva urlato: “Gesù, dove sei? Perché questo capita proprio a noi?” Queste domande non avevano trovato risposta. Forse Dio li stava punendo per la*

*loro imperfezione. Forse per loro non c'era più speranza. Ogni domenica parole altisonanti le ricordavano di quanto sia fondamentale dominare i propri istinti per non peccare, per non essere come gli altri e per piacere a Dio.*

*Qualche giorno prima Rebecca, annoiata da un caldo pomeriggio di inizio estate, aveva provato a scrivere su Google la prima cosa le era passata per la testa... aveva scritto: "Sono stanca di vivere" e subito era rimasta incuriosita da un sito di una ragazza che esprimeva esattamente le sue stesse emozioni. La ragazza scriveva: "Stanca sono Stanca...Stanca di tutto...non sto bene...la mia testa non sta bene...la mia anima non sta bene...voglio essere felice...peccato che la mia felicità è legata al mio corpo che è legato al mio peso che è legato alla mia mente...è tutto un cerchio che si ripete all'infinito... non smetterà mai...non finirà mai...la mia insoddisfazione, la mia insicurezza, la mia depressione.*

*Sono irritata nel leggere le solite cose che dice la gente in normopeso che non ha alcuna concezione vera di cosa sia questo disturbo. - Perché lo fate? Non uccidetevi! A noi maschi piace la donna in carne - Purtroppo ci sono dentro, e non ci sono finita per fare la modella..."*

*Era il blog di un'anoressica che descriveva ogni giorno la lotta contro il male che la attanagliava da anni. In quello spazio virtuale Rebecca aveva letto mille consigli su come diventare ancora più magra e soprattutto era venuta in contatto per la prima volta con un volto della malattia a lei assolutamente sconosciuto: il volto religioso. "Ana" è la dea della magrezza a lei sono dedicate preghiere ed esistono*

*comandamenti e addirittura un credo.<sup>1</sup> Mentre Rebecca leggeva avidamente quelle parole, un senso di inquietudine profonda le divorava l'anima. Le venivano in mente frasi come "Solo a Dio spetta il culto" oppure "Non avrai altro Dio all'infuori di me". Descrivere le emozioni di quel momento ed il senso di colpa di Rebecca è impossibile ma una cosa è certa lei amava Dio e non voleva allontanarsi da Lui. Il dubbio di finire ad adorare Ana le aveva dato il coraggio di acconsentire all'incontro con un gruppo di counsellor cristiani. Non sapeva come sarebbe dovuta apparire con quelle persone e non sapeva se avrebbe avuto voglia di parlare ma una cosa era certa: Ana non doveva prendere il posto di Gesù perché se lei avesse ancora una volta deluso Dio sarebbe stata veramente la fine.*

#### **Dalle conclusioni dello scritto inedito**

"Ipotizzando che sia venuta da noi ed abbia seguito il percorso descritto nella nostra relazione, vorremmo, con l'ausilio della fantasia farvi raccontare direttamente da lei oggi come si sente".

"Talvolta ripenso a come è tutto è iniziato e con la mente ripercorro la mia infanzia fino ad arrivare ad oggi. Quando lessi le parole scritte sul quel sito" - stanca sono stanca... la mia insicurezza..." ebbi la certezza di aver finalmente trovato qualcuno che mi potesse comprendere. Sono andata al primo colloquio con il gruppo di consulenti convinta che non avrebbero mai potuto aiutarmi. La mia intenzione era solo quella di trovare un modo per vivere la mia anoressia senza la dea descritta dalle altre anoressiche ma, già dalla prima volta, ho incontrato sorelle e fratelli e non

psicologi e dottori. Ho avuto la sensazione di essere con amici. Mi hanno fatta sentire amata e stimata, non giudicata ma compresa.

Grazie a loro e allo Spirito Santo, ho realizzato che Dio è la mia fonte di sicurezza e significato. Lui è e rimarrà il mio tutto. Ho ripreso a mangiare ma ancor di più ho riacquistato la gioia di vivere e sono cresciuta in ogni senso. Ora non mi importa più nulla di controllare tutti gli aspetti della mia vita o di scaricare colpe addosso ai miei genitori perché al timone della nave c'è Gesù. Vi saluto e ringrazio cari amici consulenti, grazie mamma e papà per esservi impegnati con me in questo percorso. Per festeggiare chiedo oggi alla nonna di preparare la torta, quella che sa fare solo lei e la mangerò con tutti coloro che vorranno venire a trovarmi per festeggiare la mia rinascita”.



## Bibliografia

Allegri E., Palmieri P., Zucca F., *Il colloquio nel servizio sociale*, Carocci Editore S.p.A., Roma, 2013

Benner David G., in Hill P. C., *Encyclopedia of psychology & counseling*, Baker Books, Grand Rapids, 1999

Bevere L., *Non sei quello che pesi. Poni fine alla guerra con il cibo e scopri il tuo vero valore*, EUN, Marchirolo, 2009

Bruch H., *La gabbia d'oro*. Feltrinelli, Milano 2003

Brusca N., *L'anoressia nervosa: dalla diagnosi al trattamento*, Psicoterapeuti In formazione n.4, 2009

Claude-Pierre P., *Der Weg zurück ins Leben: Magersucht und Bulimie verstehen und heilen*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 2001

Collins Gary R., *Christian counselling: a comprehensive guide*, Word Publishing, Dallas, 1989

Crabb L. J., *Come costruire un matrimonio intimo e solido*, Edizioni Patmos, Perugia, 2007

Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie. Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*, Il Mulino, Bologna, 2004

Donini G., Burattini F., Mazzoni I, *Anorexia*, Ed. Croce Bianca, 1993

Faccio E., *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci Editore S.p.A., Roma 2007

Folgheraiter F., (a cura di Raineri M.), *Assistente sociale domani. Volume 1*, Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A., Trento, 2016

Frances A., *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014

Gargioni A., Mori M., Venturello B., Waldner S., *Un diadema dalla cenere. L'anoressia nervosa*, opera inedita

Gerlinghoff M., Backmund H., *Mal di Cibo. Terapie psicologiche e comportamentali contro l'anoressia e la bulimia*, Red Edizioni, Milano 2009

Giuni G., *Teorie psicologiche e Bibbia*, (in Lux Biblica n33 "Il ministero della consulenza"), Ibei Edizioni, Roma, 2006

Greenwood V.B., Freeman A., *Cognitive Therapy: an overview*, (in Faccio E., op. cit.)

Herold S., *Leicht wie ein Schmetterling: Evas Weg aus der Magersucht*, Verlag der Franck-Buchhandlung GmbH, Marburg an der Lahn 2007

Klein M., *Contributi alla Psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri Editore S.r.l., Torino, 1978

L'Arca Teen Challenge/Barnabas Training Consortium, *Corso basilare di consulenza cristiana*, Basildon, 1998

Minirth, Frank; Meier, Paul, Hemfelt, Robert; Sneed, Sharon, *Liebeshunger: Heilung von Eßsucht: Zehnstufenplan für Geist, Seele und Leib*, Schulte & Gerth, 1992

Nardone G., Verbitz T., *Anoressia, bulimia, vomiting. La terapia in tempi brevi*, Cortina, Milano, 1998

Nicol M., *Grundwissen Praktische Theologie. Ein Arbeitsbuch*, Kohlhammer, Köln, 2000

Psicologia (facoltà di), *Le famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Università di Torino, 2000,2001

Rogers C.R., *Potere personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Astrolabio, Roma, 1978

Rolf S, *Vom Sinn zum Trost: Überlegungen im Horizont einer relationalen Ontologie*, Heidelberger Studien zur praktischen Theologie, Lit Verlag, Münster, 2002

Selvini Palazzoli M., *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli, Milano, 1981

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano, 1998

Speciani A., Speciani L., *Anoressia e bulimia. Fare pace con il cibo*, Giunti Editore S.p.A., Firenze 2009

Vandereycken W., (in Caruso M.), *I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica*, Franco Angeli, Milano 1997

Ward J., *Il ruolo della grazia nella cura pastorale*, in *Lux Biblica* n.33 "Il ministero della consulenza", Roma, 2006

Waylon W., *The Bible in Counselling*, Moody Press, Chicago 1977

Winkler E., *Praktische Theologie elementar*, Vandenhoeck & Ruprecht Verlage, Gottingen, 1997









## **Barbara Venturello**

*Welfare Community*

Professionista esperta nella generazione di processi in grado di far emergere la consapevolezza del bisogno di partecipazione per il miglioramento dei contesti di vita (famiglie, gruppi sociali, condomini, frazioni, quartieri, aziende). Il suo apporto mette a sistema azioni in grado di tenere il focus sulle persone e sugli ambiti di vita e i contesti, in una logica di community development. Consulente, formatrice e facilitatrice di dinamiche di gruppo, utilizza un approccio di respiro sistemico-ecologico a carattere collettivo. Trova nei fondamenti teorici e metodologici del servizio sociale di comunità, nei principi del metodo pedagogico di Paulo Freire, nell'approccio di rete e in quello delle capability, gli elementi di base per la costruzione a qualsiasi titolo dei suoi interventi professionali. Lavora con enti pubblici e privati, enti di terzo settore, università, comuni, aziende, istituzioni scolastiche facilitandone la trasformazione culturale in vista di un ripensamento e progettazione dei propri servizi sulla base di prospettive preventive, promozionali ed inclusive proprie del welfare community. Assumendo la logica del contrasto delle solitudini involontarie e dell'isolamento, è convinta che la costruzione di un abitare basato sulla reciprocità e sulla collaborazione sia fondamentale per rispondere ad esigenze concrete di vita delle persone anziane, disabili o aventi qualche fragilità. Per questa ragione sta sperimentando pratiche di welfare condominiale in collaborazione con alcuni studi associati di amministrazione condominiale. Si occupa, inoltre, di consulenze individuali e di colloqui motivazionali di sostegno e orientamento al cambiamento di vita.