

ALESSANDRA ZANON

I disturbi dell'alimentazione

Essere significa rinunciare al proprio egocentrismo ed egoismo, ovvero, per usare le parole che spesso ricorrono nei mitici, nel rendersi "vuoti" e "poveri".

Erich Fromm, *Avere o essere*, 120-121

Le parole di Fromm esprimono bene come il vuoto interiore segua quello esteriore, la negazione di ogni desiderio è avvertita così intensamente da contagiare tutti gli ambiti.

In moltissimi casi, comportamenti di tipo anoressico e di tipo bulimico tendono a sfociare gli uni negli altri o a cedere il posto in una sorta di 'zig-zag' tra espressioni che richiamano l'idea di un continuum piuttosto che quella delle categorie finite. Il 'progetto' anoressico coincide con quello bulimico della magrezza, ma, mentre l'anoressica resta incollata all'Ideale, la bulimica viene travolta dalla spinta pulsionale e ripristina l'Ideale solo a momenti alterni. Anche l'obesità comincia ad acquisire dignità di patologia (anche se non ancora presente nel DSM IV¹), alla base un meccanismo comune caratterizzato da fattori capaci di interferire con la normale regolamentazione del comportamento alimentare. Ciò che i clinici definiscono 'sintomi' rappresentano in realtà, per chi se li è 'costruiti', un progetto di cura, un compromesso che potrà essere vissuto in maniera più o meno egosintonica². Occorre comunque inquadrare tali condotte singolarmente, seguendo, da

¹ American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM IV 1994 (trad. it. Masson, Milano 1996); G. Apfeldorfer, *Anoressia bulimia obesità*, Il Saggiatore, Milano 1994.

² E. Faccio, *Il disturbo alimentare*, Carocci, Roma 1999.

alcuni punti di vista, l'ampio ventaglio di descrizioni e definizioni fornito negli ultimi anni.

1. ANORESSIA

L'etimologia del termine 'anoressia' indica la perdita dell'appetito; in realtà il comportamento sintomatico è caratterizzato da una fanatica ricerca della magrezza legata ad una profonda paura di ingrassare. L'esordio si colloca in età post puberale o adolescenziale e riguarda prevalentemente il sesso femminile (95%). I criteri diagnostici del DSM-IV sono descritti nella tabella 1.

La questione del peso e del corpo diventa un'idea dominante, il conseguente disagio troverà come soluzione entusiasta la dieta. Il regime restrittivo viene spesso sorretto da preoccupazioni ipocondriache (bruciore di stomaco, non digeribilità, ecc.) che arrivano a contagiare inconsapevolmente anche i genitori. Con occhi controllanti, il soggetto comincia a pesarsi, a guardarsi allo specchio, misurando al centimetro il 'proprio corpo'. L'attività fisica diventa frenetica e spesso compare l'amenorrea; i cibi concessi si riducono al minimo (latte magro, yogurt, verdure scondite, ecc.) e, scrupolosamente pesati e convertiti nel loro significato calorico, assumono un assetto ossessivo-compulsivo dando luogo a veri e propri rituali. Il paziente anoressico tende a negare la gravità della propria condizione psicofisica, perché sorretto da un senso di onnipotenza avvertito ad ogni rinuncia. La propensione verso gli alimenti e l'alimentazione, smorzata solo negli stadi più avanzati della malattia, viene tentata spesso dalla tendenza a preparare piatti o interi pranzi che poi non assaggia. Quanto più il bisogno è lancinante, tanto più l'astinenza sarà considerata una vittoria. L'iperattività delle condotte esterne si specchiano all'interno con l'appiattimento affettivo, in relazione al quale non si ha la capacità nel distinguere le emozioni. Spesso si cede a comportamenti di tipo bulimico cui fanno subito seguito le pratiche compensatorie (vomito, uso di lassativi) atte a eliminare le calorie introdotte. La

forma che può assumere la spinta alla morte (fisica o psichica) può essere il raggiungimento di un'identità ideale per cui si deve combattere e l'abbandono di quella reale e attuale³.

1.1. *Comprensione psicodinamica*

La comprensione psicodinamica, grazie anche ai fondamentali contributi di Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) porta a considerare la preoccupazione riguardo al cibo e al peso una manifestazione di un disturbo più profondo del concetto di sé.

Solitamente caratterizzate nell'infanzia da condotte 'irreprensibili' e compiacenti nei confronti dei genitori, in adolescenza le anoressiche si mostrano testarde e negativiste⁴.

La Bruch considera l'anoressia nervosa come tentativo di cura di sé, per sviluppare, attraverso la disciplina del corpo, un senso di individualità e di efficacia interpersonale. Le anoressiche trasformano la loro ansia e i loro problemi psicologici attraverso la manipolazione della quantità e della dimensione del cibo assunto. La Bruch individua le origini evolutive dell'anoressia nervosa nella relazione tra l'infante e la madre. Le cure materne sono espletate in funzione dei propri bisogni, non consentendo alla bambina di sviluppare un sano senso di sé. Non si assiste al processo di separazione, il bambino non viene percepito come bambino a sé stante, ma piuttosto come «il braccio destro della madre»⁵. Vantaggio del quadro sintomatico era ottenere ammirazione e conferma come persona unica e speciale, mentre adesso la malattia sembra essere più intrisa della competizione rispetto all'essere la più magra o la più straordinaria. L'intera matrice familiare risulta a tal punto invischiante da impedire la percezione di un senso d'identità separata.

³ Faccio, *Il disturbo alimentare* cit.

⁴ H. Bruch, *The Changing Picture of an Illness: Anorexia Nervosa*, in J.L. Sacksteder – D.P. Schwartz – Y. Akabanf (a cura di), *Attachment and the Therapeutic Process*, International Universities Press, Madison 1987.

⁵ Bruch, *The Changing Picture* cit.

Anche la Selvini Palazzoli (1963) osservò che le pazienti anoressiche non erano in grado di separarsi psicologicamente dalla madre, non acquisendo mai uno stabile senso del proprio corpo. Il digiuno è il modo in cui l'anoressica contrasta un cattivo introietto materno (rappresentazione interna della prima figura di attaccamento), è un corpo che assume altre valenze simboliche.

Williams (1997) sottolineava quanto il sistema di difesa costruito dalla paziente anoressica (rifiuto del cibo) fosse determinato dalla tendenza dei genitori a proiettare le proprie ansie su di loro. La loro mancata esperienza di contenimento, rivela la presenza di un potente impulso sottostante che giustifica tale strategia.

Boris (1984) notò che i desideri orali sono talmente inaccettabili da proiettarli sui genitori, percepiti in quanto avidi ed esigenti. L'autore, influenzato dalla Klein, ha concettualizzato l'anoressia nervosa come un'incapacità a ricevere cose buone a causa del loro illimitato desiderio di successo. Non potendo possedere tutto ciò che si vuole, si rinuncia a tutti i desideri; essere schiava della fame è preferibile a desiderare di possedere la figura materna.

Bemporad e Ratey (1985) hanno colto la funzione paterna in uno schema caratteristico: il padre tipico tende ad abbandonare emotivamente la figlia nei momenti in cui ne avrebbe più bisogno, pur mostrando un superficiale interesse e supporto. Sono loro che cercano nutrimento emotivo nelle figlie, anziché darlo. La bambina anoressica è certa del fatto che i suoi desideri (rassicurazione, conferma e rispecchiamento) non verranno soddisfatti, poiché in primo piano ci sono quelli dei genitori⁶.

La ferrea restrizione è una modalità che le pazienti anoressiche adottano per costringere i genitori a porre attenzione al loro lavoro e riconoscere il profondo bisogno di aiuto. I significati che il sintomo anoressico assume, di natura psicodinamica, spesso sono affiancati da alcuni tratti cognitivi tipici: un'errata percezione della

⁶ J.R. Bemporad – J. Ratey, *Intensive Psychotherapy of Former Anorexic Individuals*, «American Journal Psychotherapy», 39, 1985, 454-466.

propria immagine corporea, il pensiero tutto-o-nulla, quello magico e i pensieri e rituali ossessivo compulsivi.

1.2. Tipologie anoressiche

Il corteo sintomatologico di cui abbiamo parlato finora permette di distinguere cinque tipologie anoressiche, in base alle quali produrre degli orientamenti terapeutici.

1. La tipologia narcisistica in cui prevale il ritiro e la relazione centrata sul Sè. Il comportamento anoressico tende a realizzare il lato positivo del vissuto narcisistico, tramite il perseguimento di ideali, comunicazioni di tipo umoristico-ironico, riflessioni sagge, ecc. Il sistema difensivo di tali pazienti va cautamente gestito al fine di evitare il crollo di tale e fondamentale contenitore. Il venire meno dell'illusorio compromesso esporrebbe il fragile ed indifferenziato nucleo della paziente anoressica ad angosce insopportabili, condizione per l'acting suicidario.

2. Tipologia nevrotica, caratterizzata da un processo di separazione e di identificazione conflittuale. L'autonomia è vissuta in modo problematico, ma essendo consapevoli della propria sofferenza sono le pazienti con le quali è più semplice proporre un percorso terapeutico. Questa tipologia è quella più frequentemente riscontrata.

3. Tipologia con modalità sintomatiche depressive, in cui spiccano autoaggressività, svalutazione, ipercritica. Anche in questo caso è possibile l'approccio psicoterapeutico, con una maggiore cautela nella gestione interna al setting. La sofferenza non è legata solo al corpo ma a tutta la personalità.

4. Tipologia con modalità sintomatiche psicotiche, la cui caratteristica è la perdita dei confini del Sè e la frammentazione dell'ideazione, con comparsa di deliri a vari contenuti. Dopo il periodo di crisi, gestito psicofarmacologicamente durante un ricovero in struttura specializzata, è pensabile poter proporre una psicoterapia a setting modificato.

5. Tipologia con modalità sintomatiche psicosomatiche, in cui si presenta vomito spontaneo e lieve dimagrimento. In questi casi la gestione è prevalentemente medica, poiché non viene riferito un conflitto col cibo. Il sostegno psicologico è auspicabile per i genitori, quanto per il medico di famiglia, in modo da aiutarli nella comprensione del sintomo psicosomatico appunto.

1.3. *Approcci terapeutici*

Le finalità terapeutiche non devono essere indirizzate esclusivamente all'aumento di peso⁷.

Garner e collaboratori prevedono un approccio a due vie, in cui il primo obiettivo da raggiungere è acquisire peso per poi dare inizio alla relazione terapeutica. Il percorso da affrontare presenterà ripetute ricadute e diversi ricoveri ospedalieri, fino a quando non verranno prese in considerazione il profondo disturbo del Sè e le connesse distorsioni delle relazioni oggettuali interne⁸.

Anche il ricovero ospedaliero può rappresentare un vantaggio per il lavoro terapeutico ed è una buona regola nel momento in cui il peso risulta inferiore al 30% al normale peso corporeo. L'obiettivo comune è quello di aiutare la paziente ad acquisire peso senza però preoccuparsene in eccesso e quello di non aderire alle richieste di stampo genitoriale. È spesso necessario rassicurare la paziente sul fatto che impediranno un eccessivo aumento di peso, incentivando così il suo senso di fiducia. La psicoterapia individuale, espressivo-

⁷ H.N. Boris, *On the Treatment of Anorexia Nervosa*, «International Journal of Psychoanalysis», 65, 1984, 435-442; Bruch, *The Changing Picture* cit.; R.D. Chessick, *Clinical Notes towards the Understanding and Intensive Psychotherapy of Adult Eating Disorders*, «Annual of Psychoanalysis», 22/23, 1985, 301-322; C. Dare, *Psychoanalytic Psychotherapy*, in G.O. Gabbard (a cura di), *Treatments of Psychiatric Disorders*, II ed., vol. 2, American Psychiatric Press, Washington 1995; L.K.G. Hsu – A.H. Crisp – B. Harding, *Outcome of Anorexia Nervosa*, *Lancet*, 1, 1979, 61-65; P. Hughes, *The Use of the Counter Transference in the Therapy of the Patients with Anorexia Nervosa*, «European Eating Disorders Review», 5, 1997, 258-269; P.S. Powers, *Psychotherapy of Anorexia Nervosa*, in P.S. Powers – R.C. Fernandez (a cura di), *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Karger, Basilea 1984.

⁸ H. Bruch, *Psychotherapy in Anorexia Nervosa*, «International Journal of Eating Disorder», 1 (4), 1982, 3-14.

supportiva, spesso dura diversi anni, a causa delle inossidabili resistenze delle pazienti anoressiche. Secondo il manuale di psichiatria psicodinamica (Gabbard, 2002) risultano utili quattro principi tecnici nella psicoterapia di pazienti anoressiche.

1. Evitare ogni investimento eccessivo nel cercare di cambiare il comportamento alimentare. Come osservò Boris (1984), «Quelli che noi chiamiamo i loro sintomi, le pazienti li chiamano la loro salvezza». Lo psicoterapeuta dovrà resistere all'identificazione proiettiva messa in atto dalla paziente, perché lo condurrebbe ad indentificarsi con gli oggetti interni associati ai genitori della paziente. Così come la paziente provoca i suoi genitori non mangiando, così sfiderà lo psicoterapeuta rifiutandosi di parlare⁹. Risulta pertanto utile chiarire sin dall'inizio che la finalità del rapporto terapeutico è quello di comprendere il disturbo emotivo e non tanto il rifiuto del cibo¹⁰. Nonostante Boris (1984) sottolinei l'evitamento della focalizzazione del cibo, la Bruch (1982) sostiene che il percorso psicoterapeutico non è pensabile se la paziente pesa meno di 43 chili; occorre quindi raggiungere questa soglia minima di sopravvivenza per migliorare le capacità di pensiero e di parola.

2. Evitare interpretazioni precoci nella psicoterapia. Ciò comporterebbe la 'nominazione' di ciò che la paziente sente, svalutando la sua esperienza cosciente. Occorre, invece, convalidare ed empatizzare con l'esperienza interna della paziente¹¹. Compito dello psicoterapeuta è anche quello di aiutare la paziente a definire i propri stati affettivi e conquistare il diritto all'autonomia delle proprie idee. La fase iniziale del trattamento deve quindi facilitare l'introiezione dello psicoterapeuta come oggetto buono, rinforzando l'Io della paziente. Secondo la Bruch, la terapia è un'esperienza nella quale le pazienti sperimenteranno le proprie qualità positive. Boris (1984) risultò più positivo riguardo l'uso delle interpretazioni, pur raccomandandosi di evitarle fino a quando la paziente non abbia

⁹ I.L. Mintz, *Self-Destructive Behaviour in Anorexia Nervosa and Bulimia*, in H.J. Schwartz (a cura di), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*, International Universities Press, Madison 1988.

¹⁰ Bruch, *Psychotherapy in Anorexia Nervosa* cit.; Chessick, *Clinical Notes* cit.

¹¹ Bruch, *The Changing Picture*; Chessick, *Clinical Notes* cit.

ritrovato se stessa. L'autore suggeriva inoltre di parlare al vento sempre, mai direttamente, in modo da salvaguardare la giusta distanza nella relazione e il rispetto dei suoi confini.

3. Controllare attentamente il controtransfert. Risulta spesso utile la delega della questione del peso ad un altro terapeuta, in modo da poter esplorare neutralmente le sottostanti tematiche. Le pazienti tenderanno a ripetere il comportamento assunto nei confronti dei propri genitori, attribuendo lo stesso ruolo al terapeuta e cercando di ottenerne l'attenzione per poi frustrare ripetutamente il suo tentativo. Altro elemento ricorrente a livello controtransferale sono dei desideri omicidi inconsci, che possono insorgere perché determinate da una profonda rabbia e disperazione, causa del rischio di vita della paziente. Gli elementi di transfert e controtransfert, rappresentano delle fondamentali informazioni riguardo il nucleo della malattia.

4. Esaminare le distorsioni cognitive in maniera non giudicante¹². Il terapeuta funge da 'Io ausiliario', per aiutare la paziente ad affinare le sue capacità di osservazione e il suo pensiero critico¹³. Vi è quindi un ruolo educativo, privo, però, di richieste di cambiamento. Lo psicoterapeuta dovrà inoltre tenere conto della frustrazione-disperazione controtransferale che potrebbe forzare la paziente a «vedere le cose come sono realmente». Concludendo, in una ricerca *Follow-up*, a cinque anni di confronti tra terapia della famiglia e terapia individuale di supporto sono emersi significativi miglioramenti in entrambe le modalità. Le pazienti con un esordio precoce sembrano rispondere meglio alla terapia della famiglia, mentre quelle con un esordio tardivo presentano maggiori progressi con la terapia individuale di supporto¹⁴.

¹² Powers, *Psychotherapy of Anorexia Nervosa* cit.

¹³ Chessick, *Clinical Notes* cit.

¹⁴ I. Eisler – C. Dare – G.F. Russell et al., *Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa: A 5-Year Follow-up*, «Archives of General Psychiatry», 54, 1997, 1025-1030.

3. ALTRI MODELLI INTERPRETATIVI

Oltre l'interpretazione psicodinamica, molti sono gli approcci che si sono interessati al funzionamento del meccanismo anoressico.

3.1. Modello dispercettivo

Secondo La Bruch, l'anoressia e l'obesità funzionano entrambe mediante lo stesso meccanismo patogenetico, cioè la mancanza di risposte adeguate da parte dei genitori ai bisogni manifestati dal bambino; ne deriva che il bambino non sarà in grado di riconoscere e differenziare le sensazioni corporee dalle tensioni emotive, manifestando così un difetto di apprendimento primario. Il disturbo dell'immagine corporea è, per La Bruch, il primo sintomo patognomico dell'anoressia mentale vera e propria ('primitiva'). L'altra forma individuata viene definita 'atipica', poiché le preoccupazioni per il peso e per il corpo sono secondarie e non raggiungono dimensioni deliranti. L'anoressica pura si identifica con il proprio scheletro, negando anomalie e disfunzioni, mentre nell'anoressia 'atipica', si riscontra una lamentela rispetto allo stato di emaciazione vissuto con consapevolezza (la prima forma può quindi essere definita egosintonica, mentre quella atipica egodistonica). L'indice da tener presente è il mancato riconoscimento del bisogno di nutrirsi; il deficit consiste quindi nell'incapacità di riconoscere la fame, piuttosto che nella perdita dell'appetito. Tale disorganizzazione avviene in due fasi:

- mancanza o negazione del desiderio di mangiare;
- impulso irresistibile ad abbuffarsi, di solito in assenza di fame (cui fa spesso seguito il vomito).

Un'ulteriore caratteristica psicologica evidenziata da La Bruch è un senso paralizzante di inefficacia che pervade tutto il pensiero ed ogni attività del soggetto. Le pazienti anoressiche vengono attivate da richieste provenienti da altri, anche se tendono a negarlo. Anche la Selvini Palazzoli (1982) offre una prospettiva simile.

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 ad indagare i loro stimoli corporei, l'appetito ed il senso di ansietà (ma anche il sonno la stanchezza, il freddo, persino l'opportunità della minzione e della evacuazione), appaiono gravemente perplesse. Se ci riferiamo, come in maniera specifica vogliamo fare qui, alla percezione dell'appetito ed alla percezione del senso di sazietà (...) l'incertezza appare totale¹⁵.

Le abitudini familiari vengono ritualizzate, conducendo le pazienti ad un forte senso di controllo perché non sanno più cosa e quanto mangiare. Si parla quindi di 'disturbo percettivo' per intendere un'inadeguata percezione degli stimoli e delle sensazioni derivanti dal corpo. Durante il processo di apprendimento, il bambino dovrebbe ricevere conferma delle sue sensazioni in modo da fargliele percepire in quanto reali ed adeguate. La Selvini Palazzoli indaga inoltre l'importante aspetto dell'attribuzione di ruolo.

Tali soggetti vengono inavvertitamente imprigionati dal gruppo familiare in un ruolo rigido, il solo con il quale i genitori possono essere in comunicazione senza angoscia (ibidem).

Solitamente la paziente asseconda le aspettative, si rivela mite dipendente e tranquilla nell'esecuzione dei propri compiti.

Per il bambino in queste condizioni, "sorpresa" significa non solo la perdita dell'unico rapporto precario che gli altri avevano con il suo ruolo (non con lui), ma anche la perdita della propria precaria identità (confusa da lui con

¹⁵ M. Selvini Palazzoli et al., *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*, Feltrinelli, Milano 1982.

il suo ruolo). Se egli non si comporta in quel determinato modo, non potrà più essere “riconosciuto”¹⁶.

3.2. *Modello sistemico*

Partendo dal presupposto che tutte le forme di malattia mentale sono il risultato di adattamenti ad un sistema relazionale deviante ed illogico, Mara Selvini Palazzoli ha evidenziato alcune caratteristiche ricorrenti nella struttura familiare e nello stile relazionale delle ragazze anoressiche. Si tratta di famiglie che presentano una coerenza comunicativa a livello sia verbale che non, ma al di là delle apparenze, la modalità di relazione prevalente è il rifiuto dei messaggi altrui. Si evidenzia una difficoltà nei genitori di assumersi la leadership in famiglia. Solitamente le decisioni prese vengono attribuite alle necessità esterne situazionali. Ogni membro non fa le cose perché le desidera ma in rapporto alle esigenze di qualcun altro. La manifestazione dei sintomi porta alla creazione di una leadership, accettabile solo in quanto patologica, il cui soggetto non è la paziente ma la malattia.

La Selvini Palazzoli focalizza, sul gioco delle alleanze, un fondamentale presupposto. L'alleanza è vissuta come un tradimento nei confronti degli altri. Le madri solitamente si colpevolizzano, pur sottolineando l'eccesso di 'zelo e dedizione', i padri rimangono passivi rispetto alla gestione materna. Sembra allora abbastanza suggestivo che in un sistema di apprendimento, in cui ogni comunicazione ha così alte probabilità di provocare un rifiuto, il rifiuto del cibo appare una modalità perfettamente intonata allo stile dominante del sistema¹⁷.

3.3. *Il modello psicosomatico*

Nella famiglia definita come 'psicosomatica', il sintomo riflette lo stile interattivo caratterizzato dalla tendenza ad incanalare e

¹⁶ Selvini Palazzoli, *Paradosso e controparadosso* cit.

¹⁷ M. Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano 1981.

sostituire i conflitti emotivi mediante il sintomo: l'anoressia risulterebbe così l'unica forma di adattamento possibile di un dato soggetto ad un dato tipo di funzionamento familiare¹⁸.

Minucchin, Rosman e Baker (1980) hanno identificato una serie di caratteristiche proprie del sistema di transazioni delle famiglie con membro anoressico. I confini sono deboli, la tendenza alla condivisione impedisce la definizione di ruoli adeguati ed i processi di differenziazione e di autonomizzazione. L'intrusività è giustificata dalla necessità di prendersi cura del benessere del familiare. Ogni situazione conflittuale viene evitata mediante il gioco delle alleanze: nella triangolazione il soggetto può esprimersi solo mettendosi dalla parte di uno dei genitori; nella coalizione genitore-figlio risulta preferibile una coalizione stabile con uno di loro, anche se questo comporta il doversi mettere contro l'altro. Altro fenomeno è quello della digressione, il solo problema familiare diventa la malattia del figlio, reprimendo in questo modo i conflitti coniugali. Sono quindi tre i modelli di coinvolgimento che le famiglie psicosomatiche sanno mettere in atto per contrastare il conflitto, modalità che passano attraverso la strumentalizzazione del figlio. Le persone anoressiche danno troppa importanza alla lealtà e alla protezione rispetto all'autonomia ed all'autorealizzazione: il Sé di queste pazienti risulta quindi sempre subordinato alle richieste altrui. Tutto è teso a dare una buona impressione, ciò comporta la dipendenza dall'assenso dei genitori e genera vergogna e senso di colpa di fronte alle critiche. L'ipervigilanza non va tradita con il disaccordo o l'iniziativa, perché tutto è dettato dall'amorevole attenzione di questi genitori. Il loro super investimento rinforza il sintomo fino a farlo diventare la carta d'identità della figlia (o del figlio).

Valeria Ugazio (1998) individua nell'universo semantico di queste famiglie una fondamentale polarità 'vincente/perdente' il cui contenuto risulta puramente relazionale. È il giudizio sociale a definire la propria identità e chi occupa la posizione del 'perdente'

¹⁸ Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale* cit.

potrà solo ricodificare la propria sconfitta nei termini del sacrificio. Allontanarsi dal contesto potrebbe portare a dei cambiamenti nelle relazioni, utili per evidenziare se inediti o poco frequentati dal soggetto, spiegando così quei periodi di remissione sintomatica più o meno lunghi tanto da ingannare anche i clinici.

3.4. Modello cognitivo

Seguendo il modello dell'elaborazione dell'informazione, il processo cognitivo è strutturato in quattro fasi. L'input ambientale viene: percepito, interpretato, per poi decidere l'azione in merito. A questo punto vengono messe in atto le risposte comportamentali.

I processi attentivi delle pazienti anoressiche non solo vagliano le informazioni irrilevanti, ma tralasciano addirittura le più importanti. Lo stato emotivo condiziona notevolmente l'accesso alle informazioni del passato. Freeman (Freeman, Greenwood, 1987) ha individuato alcune tendenze tipiche delle pazienti anoressiche. Il pensiero 'tutto o nulla', il pensiero catastrofico e l'ipergeneralizzazione (le esperienze passate sono utilizzate per interpretare nuove situazioni anche se non sono simili):

1. interpretazione selettiva (l'individuo interpreta sempre e solo i lati negativi, trascurando quelli positivi);
2. ignorare o negare l'evidenza dei fatti;
3. assolutizzazione (l'individuo si convince di poter uscire di casa solo se il suo corpo risulta perfetto o se crede di non dover mangiare mai certi cibi 'proibiti');
4. alterata attribuzione della causalità: il successo o l'insuccesso personale vengono attribuiti a fattori interni o esterni, stabili o instabili, controllabili o non (secondo la teoria della *Self-Efficacy* di Bandura¹⁹);
5. uso di parole cariche di significato emozionale per descrivere alcune situazioni (per esempio definire lo stato di sazietà usando

¹⁹ *Autoefficacia percepita*. Cfr. A. Bandura, *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento 1995.

l'aggettivo 'gonfio' che evoca ansietà e alterazione percettiva degli stimoli corporei).

La decisione dell'azione è data da schemi abituali di risposta che diventano un pattern automatico attraverso la loro ripetizione. L'ultimo stadio prevede la messa in atto dei comportamenti selezionati, mediante un processo di feed-back retroattivo. In tal senso, le condotte del paziente anoressico e bulimico non sono altro che meccanismi di esitamento contro la paura di ingrassare.

Guidano (1987) afferma:

L'unitarietà dei processi di significato personale, nell'organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP), si origina a partire da una percezione vaga ed indefinita di sé e si organizza intorno ai confini, antagonisti ed oscillanti, tra un bisogno assoluto di approvazione da parte delle persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di poter essere intrusi e disconfermati.

È proprio nella perenne oscillazione tra 'l'adeguamento' e 'l'opposizione' che insorge il sintomo. Il momento critico si incontra quando il soggetto delude la figura di attaccamento, deprimendo, in questo modo, il senso di sé che quel genitore proponeva nella relazione e nel quale il bambino si identificava. L'obiettivo terapeutico è facilitare la definizione di un senso di sé più autonomo²⁰.

3.5. Modello strategico ed interazionista

Esso coniuga da un lato l'interazionismo simbolico ed il costruttivismo socio-psicologico, dall'altra si associa alla psicoterapia breve, che a sua volta sintetizza aspetti della teoria della comunicazione, della terapia sistemica e dell'esperienza clinica di Erickson²¹. Tale modello permette interventi focalizzati su

²⁰ V. Guidano et al., *Cognitivism e psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 1983, 1987, 1996.

²¹ G. Nardone, *Suggestione ristrutturazione cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milano 1991.

specifici problemi, la cui soluzione è supposta essere raggiungibile nell'arco di un numero limitato di sedute terapeutiche. Il cambiamento terapeutico deve favorire nel soggetto una diversa rappresentazione e narrazione di sé, più funzionale all'organizzazione personale ma anche a quella sociale. Si verifica una sorta di 'rieducazione' cognitiva dell'individuo. La terapia strategica breve non fa assunti circa la reale natura del problema, ma considera come obiettivi del trattamento quei traguardi che risultano significativi al paziente, cambiamenti anche molto piccoli ma concreti. Risulta importante evidenziare i precedenti tentativi di risoluzione del problema, poiché tendono a rinforzare il mantenimento del sintomo.

Modificando i meccanismi di rinforzo retroattivo, il terapeuta genera nel paziente nuove esperienze percettivo-reattive che promuovono inaspettatamente il processo di apprendimento. Un ruolo centrale è ascrivito ai poteri di suggestione del linguaggio. Il lavoro di Milton Erickson (1952) sull'ipnosi sottolinea l'importanza dello stile comunicativo nell'evocare risorse interne all'individuo al fine di indurre il cambiamento.

4. BULIMIA NERVOSA

Il quadro bulimico si innesta spesso su una pregressa condizione di anoressia nervosa. Le pazienti emaciate che si abbuffano e si purgano, vengono spesso classificate come anoressiche, sottogruppo bulimico²². Due sono i criteri fondamentali per la diagnosi:

- le ricorrenti abbuffate alimentari (due episodi settimanali per almeno tre mesi secondo il DSM IV);
- la messa in atto di strategie compensatorie per eliminare il cibo introdotto (vomito, purganti o diuretici, digiuno o severa restrizione, intensa attività fisica).

²² L.K.G. Hsu, *The Treatment of Anorexia Nervosa*, «American Journal of Psychiatric», 143, 1986, 573-581.

L'abbuffata segnala la rottura di un equilibrio, sbalzando la paziente ad un livello in cui prevale la legge del 'tutto o nulla'. L'abbuffata avviene solitamente fuori dalle ore dei pasti, in solitudine, mescolando gli alimenti più disparati (apporto calorico: dalle 3500 alle 5000 calorie). Inizialmente c'è come una sospensione degli affetti, poi insorgono il senso di colpa, la vergogna, la rabbia, la depressione e la perdita di autocontrollo e di autostima. Solitamente i pazienti bulimici sono normopeso, grazie alle pratiche compensatorie; si riscontrano, anche in questo caso, irregolarità ovariche o mestruali. Il decorso clinico presenta una durata variabile (media 5-6 anni), vista anche la frequenza delle ricadute. La 'fobia del peso' è l'anello che congiunge l'anorexia al fenomeno bulimico. La sistematizzazione della sua definizione nosografica la si ritrova nel DSM IV (tabella 2), anche se non esiste, neanche in questo caso, una definizione di abbuffata, poiché la sua percezione soggettiva è del tutto indipendente dalla reale quantità di cibo introdotta.

Christopher Fairburn, in un lavoro del 1996, individua le caratteristiche tipiche dell'abbuffata compulsiva (o *Binge Eating*). Oltre i criteri del DSM IV, che identificano la perdita del controllo con velocità nel mangiare, sensazione di pienezza eccessiva, introduzione di grandi quantitativi di cibo in assenza di fame, segretezza dell'atto di mangiare, disgusto e ribrezzo verso se stessi, Fairburn descrive stati di ansia e forte agitazione (anche dal punto di vista motorio) nonché uno stato alterato di coscienza. Infatti le pazienti descrivono, come una sorta di trance, lo stato che accompagna l'abbuffata, un comportamento automatico che s'innesci in attività dove non sia necessario pensare (guardare la televisione, ascoltare musica, etc.). I cibi 'concessi' sono proprio quelli solitamente proibiti, le restrizioni sono talmente rigide da esplodere poi in vere e proprie crisi. Gli elementi scatenanti sono secondo Fairburn:

- le sensazioni spiacevoli (tensione, ansia, depressione);
- sentirsi grassi (l'autosvalutazione porta all'attacco bulimico);

- l'incremento di peso (la sensazione di aver perso il controllo per poi perderlo davvero);
- la condotta di restrizione e la fame che ne deriva (in cui il minimo 'sgarro' si traduce in abbuffata);
- l'infrazione di una regola dietetica (quanto più le regole sono rigide tanto più si rischia di 'rompere gli argini');
- la mancanza di un'organizzazione del proprio tempo;
- la solitudine e la noia;
- la tensione pre mestruale;
- l'utilizzo di alcolici (che allenta l'autocontrollo e indebolisce la capacità di giudizio).

I vissuti emotivi immediatamente successivi all'episodio sono descritti come positivi, poiché si assiste ad una riduzione dell'ansia e della fame con la conseguente sensazione di sollievo. Ben presto subentrano però, le emozioni negative: depressione, disgusto e senso di colpa oltre che stanchezza, mal di stomaco e sonnolenza improvvisa.

4.1. *Comprensione psicodinamica*

Secondo La Bruch le due sindromi hanno poco in comune, poiché da un lato spiccano la rigidità e la severità nell'autodisciplina, nella paziente anoressica, e, dall'altro, emerge un comportamento impulsivo, irresponsabile ed indisciplinato della persona bulimica²³. L'opinione della Bruch non è comunque sostenuta dagli ultimi e più recenti dati che segnalano un forte legame fra i due disturbi²⁴. Almeno il 40-50% di tutte le pazienti anoressiche è anche bulimico²⁵.

²³ Bruch, *The Changing Picture* cit.

²⁴ D.M. Garner – P.E. Garfinkel – M.J. Irvine, *Integration and Sequencing of Treatment Approaches for Eating Disorders*, «Psychotherapy and Psychosomatics», 46, 1986, 67-75.

²⁵ P.E. Garfinkel – H. Moldofski – D.M. Garner, *The Heterogeneity of Anorexia Nervosa: Bulimia as a Distinct Subgroup*, «Archives of General Psychiatry», 37, 1980, 1036-1040; L.K.G. Hsu – A.H. Crisp – B. Harding, *Outcome of Anorexia Nervosa*, *Lancet*, 1, 1979, 61-65.

I risultati a lungo termine del *Follow-up* evidenziano che con il passare del tempo l'anoressia nervosa può cedere il passo alla bulimia, mentre la modalità inversa è assai rara²⁶.

Disturbi psichiatrici concomitanti sono comuni (Yager, 1984) e, in più della metà dei casi, le pazienti bulimiche soffrono di disturbi di personalità associati²⁷. La diagnosi di bulimia nervosa si può presentare in pazienti con strutture caratteriali assai diverse, dalla struttura psicotica a quella nevrotica, passando a quella borderline (Wilson, 1983). L'anoressia e la bulimia sono essenzialmente due facce della stessa medaglia (Mintz, 1988). La paziente anoressica presenta un Io più forte ed un controllo maggiore da parte del Super-Io, mentre quella bulimica risulta incapace nel posticipare la soddisfazione dei propri impulsi a causa di un Io e di un Super-Io meno forti. Kendler e collaboratori (1995) hanno evidenziato quanto siano fondamentali, nello sviluppo del disturbo, la famiglia ed i fattori ambientali. In uno studio condotto su centodue soggetti con bulimia nervosa e duecentoquattro soggetti di controllo sani (Fairburn et al., 1987) sono risultati fattori associati allo sviluppo della malattia: problemi fra i genitori, esperienze di abuso fisico e sessuale, autostima negativa. Reich e Cerpka (1998) hanno evidenziato problemi di comunicazione emotiva con i genitori e un pattern caratteristico di conflitti tra parti contraddittorie del Sé, determinato dal carattere scisso delle identificazioni con i genitori. Ripetutamente intruse nei loro confini, mediante abusi fisici o psicologici queste pazienti costruiscono meccanismi di difesa che rovesciano gli affetti e trasformano la passività in attività, presentando richieste super-egoiche contraddittorie. Le origini evolutive della bulimia sollevano una particolare difficoltà nei confronti della separazione; un elemento comune nella storia infantile di queste pazienti è

²⁶ L.K.G. Hsu, *Outcome Studies in Patients with Eating Disorders*, in S.M. Mirin – J.T. Gossett – M.C. Grob (a cura di), *Psychiatric Treatment: Advances in Outcome Research*, «American Psychiatric Press», Washington 1991.

²⁷ C. Johnson – D. Toni – A. Enright, *Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population*, «Journal of Psychiatry», 154, 1989, 1133-1138.

l'assenza di un oggetto transizionale²⁸, condizione che non permette l'agevolazione del processo di separazione psicologica dalla madre²⁹. La lotta evolutiva per la separazione può essere inscenata usando come oggetto transizionale il proprio corpo (Sugarman, Kurash, 1982): l'ingestione del cibo rappresenta il desiderio di fusione simbiotica con la madre e l'espulsione di cibo invece un tentativo di separarsi da lei. Il bisogno della famiglia bulimica è quello di apparire 'tutti buoni', adottando una particolare modalità di gestione delle 'qualità cattive'. Qualità queste inaccettabili da parte dei genitori e quindi proiettate sulla bambina bulimica in quanto unica depositaria della 'cattiveria'. A livello inconscio il soggetto raccoglie tutta l'avidità e l'impulsività della famiglia, assorbendo in tal modo l'attenzione sulla 'malattia' e distogliendola dai conflitti genitoriali. In una ricerca empirica (Patton, 1992), un gruppo di quaranta donne con disturbi del comportamento alimentare fu messo a confronto con un altro gruppo di donne con un'alimentazione normale. In seguito all'esposizione ad uno stimolo di abbandono, le pazienti con disturbi dell'alimentazione mangiarono una maggiore quantità di cracker rispetto a quelle del gruppo di controllo. L'abbuffata risultò quindi una difesa nei confronti di una paura inconscia di abbandono. Il carattere scisso dell'intero mondo relazionale di queste pazienti può raggiungere alti livelli di concretezza, considerando, ad esempio, le proteine come il cibo 'buono' da trattenere e le merendine come il cibo 'cattivo' di cui abusare in un primo momento e poi vomitarlo. La possibilità di espellere la cattiveria permette alla paziente di gestire in qualche modo l'aggressività ma la mancanza di integrazione rende precario il suo equilibrio.

²⁸ Cfr. D.W. Winnicott, *Playing and Reality*, Armando, Roma 1996 (trad. it. G. Adamo – R. Gaddini, *Gioco e Realtà*, Armando, Roma 1996).

²⁹ A.H. Goodsett, *Self-Regulatory Disturbance in Eating Disorders*, «International Journal of Eating Disorders», 2 (3), 1983, 51-60.

4.2. CONSIDERAZIONI TERAPEUTICHE

Il principio che deve essere tenuto in considerazione è la personalizzazione del trattamento terapeutico. Occorre quindi tener presente anche l'alto grado di comorbidità (disturbi di personalità o abuso di sostanze) che spesso caratterizza questo quadro clinico. Anche se esistono casi in cui può non essere indicata, o necessaria, una psicoterapia psicodinamica, la maggior parte delle pazienti bulimiche ne trae vantaggio. La percentuale delle pazienti che potrebbe non rispondere bene a questo tipo di trattamento potrebbe presentare un disturbo borderline di personalità nei suoi due terzi (Johnson et al., 1989) o altre forme di personalità patologiche e una depressione significativa. Per questi pazienti è indicata una psicoterapia espressivo-supportiva a tempo indeterminato, spesso combinata ad un intervento psicofarmacologico. L'approccio comportamentale potrebbe irritare le pazienti (Yager, 1984), come ad esempio il dover annotare quotidianamente su un diario le proprie abitudini alimentari, pratica che porrebbe in primo piano la sintomatologia e non le tematiche sottostanti. Un trattamento che non sia in sintonia con gli interessi e il sistema di credenze della paziente è condannato a fallire³⁰.

La bulimia nervosa comporta un alto rischio per la vita nonostante, apparentemente normo peso, non tendono a suscitare la stessa urgenza della visibile emaciazione anoressica. Attraverso le pratiche di eliminazione, il bilancio elettrolitico viene alterato al punto da provocare un arresto cardiaco; risulta quindi essenziale comprendere, nella gestione della paziente, un controllo sistematico dei valori ematologici, ricorrendo al ricovero ospedaliero come strategia di recupero. I terapeuti diventano il ricettacolo di tutte le loro proiezioni 'cattive', avvertendo un senso di inutilità riguardo ai propri sforzi. Il clinico dovrà sfruttare questa messa in atto dello schema familiare all'interno del setting, poiché

³⁰ J. Yager, *The Treatment of Bulimia: An Overview*, in P.S. Powers – R.C. Fernandez (a cura di), *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Karger, Basilea 1984.

ricaverà informazioni importanti circa il senso soggettivo da dare al sintomo bulimico. Rappresentando la malattia una sorta di equilibrio omeostatico, su cui si regge tutto il sistema familiare, l'intervento dovrà interessare anche gli altri membri del nucleo, in modo da non far percepire il miglioramento della paziente come una minaccia. Le reazioni difensive che si potrebbero mettere in atto potrebbero, da un lato, sabotare il percorso terapeutico della paziente bulimica, dall'altro, far emergere una disfunzione in un altro componente della famiglia 'destabilizzata'. Il monitoraggio va effettuato salvaguardando e rispettando la costruzione del sintomo bulimico, poiché rappresenta la 'soluzione' di quella famiglia. I genitori verranno quindi seguiti e sostenuti nelle loro ansie e angosce in modo da non interferire con il trattamento della figlia³¹. La forte ambivalenza ed il timore di danneggiare in qualche modo l'equilibrio familiare costringono l'evitamento di una terapia psicodinamica intensiva³². A livello controtransferale, si può avvertire il desiderio di 'salvare' la paziente, 'ingozzandola' di interventi interpretativi. Un approccio empatico fondato sulla psicologia del Sé, che rimanda ad un secondo momento l'interpretazione, sembra riuscire meglio ad aiutare le pazienti bulimiche. Anche la psicoterapia psicodinamica di gruppo risulta positiva nella cura di questa patologia, perché consente di distribuire l'investimento transferale su più persone, allentando quindi l'ambivalenza emotiva di tali pazienti e permette il confronto concreto per un possibile riconoscimento del proprio particolare stato di disagio.

4.3. Altri modelli interpretativi e di trattamento

Modello della riduzione dell'ansia nella bulimia. Da una ricerca condotta da Pollice et al. (1997) sembrano esistere delle

³¹ L.L. Humphrey – S. Stern, *Object Relations and the Family System in Bulimia: A Theoretical Integration*, «Journal of Marital and Family Therapy», 1988, 14, 337-350.

³² G. Reich – M. Cierpka, *Identity Conflicts in Bulimia Nervosa: Psychodynamic Patterns and Psychoanalytic Treatment*, «Psychoanalytic Inquiry», 18, 1998, 383-402.

microfluttuazioni, nello stato d'ansia delle pazienti, molto ravvicinate nel tempo e di intensità parossistica. Secondo questi ricercatori sarebbero le vicissitudini alimentari a dettare la comparsa dell'ansia e non viceversa. Steere, Butler e Cooper (1990) sostengono che il loro effetto faccia da rinforzo alle condotte disturbate, in modo da ripristinare indirettamente il circuito abbuffata-vomito nel momento in cui questo venga casualmente innescato.

Altri autori, come Rosen e Leitenberg (1982, 1985, 1988), sostengono che l'ansia evochi le condotte di eliminazione, in quanto elemento patogeno primario. Secondo il modello della riduzione d'ansia, proposto da questi autori, sono le pratiche compensatorie a mantenere stabile il comportamento dell'abbuffata. Come nel disturbo ossessivo-compulsivo i controlli e i rituali messi in atto per diminuire lo stato d'ansia conducono, a lungo termine, ad una conferma della situazione ansiogena e ne evocano un'ulteriore riedizione, così l'efficacia 'ansiolitica' del vomito autoindotto non fa altro che promuovere la messa in atto di quei comportamenti compensatori. Ogni modalità di evitamento conferma la minacciosità di ciò che è stato evitato e rafforza l'evitamento successivo³³. Occorrerebbero comunque ulteriori dati empirici per avvalorare quest'originale modello interpretativo.

Modello additivo (Addiction Model). Nel modello additivo, o modello dell'abuso e della dipendenza, la bulimia è vista come una forma di dipendenza. A sostegno di tale tesi (Boemis, 1985; Vandereycken, 1990) sono state fatte le seguenti osservazioni:

- le pazienti bulimiche abusano spesso di alcol e droga, evidenziando un'incapacità nel controllo delle sfere pulsionali;
- è stata riscontrata una maggiore frequenza delle patologie del comportamento alimentare nei parenti delle pazienti bulimiche, rispetto alla popolazione generale;
- il profilo di personalità delle pazienti bulimiche presenta delle forti analogie con quello degli alcolisti e dei dipendenti da sostanze tossiche (dato da verificare);

³³ W. Vanderlinden – W. Vandereycken – J. Norrè, *La bulimia nervosa. Guida pratica al trattamento*, Astrolabio, Ubaldini, Roma 1995.

- la bulimia soddisfa i seguenti criteri per la dipendenza:
- a) perdita di controllo;
 - b) costanti preoccupazioni per il proprio 'oggetto del desiderio';
 - c) utilizzo della sostanza o del cibo per fronteggiare lo stress e i sentimenti negativi;
 - d) segretezza;
 - e) persistenza della dipendenza pur in presenza di risultati ripugnanti;
 - f) conseguenze avverse sul piano medico-sociale;
 - g) ambivalenza verso il trattamento;
 - h) rischio di ricadute.

Studi recenti hanno confermato la percentuale di comorbidità tra le due categorie compresa tra il 25 e il 60 % (Jonas, 1990) ma non vengono comunque soddisfatti tutti i criteri, poiché l'assunzione di cibo non provoca sensazioni di euforia e di piacere ma, prevalentemente, rabbia, vergogna e senso di colpa. Inoltre, nella dipendenza bulimica non si assiste al tipico meccanismo dell'assuefazione che comporterebbe un aumento della quantità di cibo da ingerire. La dipendenza fisica viene confermata solo per quanto riguarda il circolo vizioso del consumo di zuccheri: una dieta ad alto contenuto zuccherino determina un aumento della glicemia, che a sua volta agisce sull'incremento dell'insulina. Questa determinerà la caduta del tasso di glicemia, scatenando una nuova sensazione di fame.

Per Jonas (1990), è probabile l'esistenza di una 'vulnerabilità biologica' a livello del sistema dei neurotrasmettitori degli oppioidi endogeni comune a soggetti borderline e a pazienti bulimiche.

Infine, secondo Vandereycken (1990), il fenomeno della tolleranza risulta plausibile solo se la dipendenza considerata non sia tanto dal cibo, quanto dalla sua astinenza. Infatti, il reale 'godimento', per l'anoressica così come per la bulimica, sta nel controllo del peso e del proprio aspetto fisico; il rafforzamento dell'autostima dipende da questa fase. La crisi bulimica è quindi un errore da non ripetere, una motivazione che va ad incentivare ulteriormente il desiderio di controllo tipico di queste pazienti.

*Modello dissociativo*³⁴. Lo psichiatra francese Pierre Janet fu il primo ad utilizzare il modello dissociativo nel trattamento di pazienti anoressiche ed anche bulimiche (Vanderlinden e Vadereycken, 1995). Janet teorizza l'esistenza di un'idea fissa, accompagnata da un complesso di idee e sentimenti, che sfugge al controllo e, alcune volte, anche alla consapevolezza del soggetto. L'idea così dissociata acquisirà una vita indipendente che spingerà la paziente a mantenere una rigida restrizione alimentare durante il giorno, e a soccombere al circolo vizioso dell'abbuffata e del vomito conseguente alla sera. Secondo Janet, sarebbero la debolezza costituzionale e l'esperienza di emozioni violente a rappresentare le basi per dare vita a questo assetto dissociativo. Janet utilizzò l'ipnosi per stimolare e modificare questo stato dissociativo; dopo oltre mezzo secolo viene recuperato tale modello per il trattamento della bulimia. Queste pazienti, infatti, rivelano spesso l'assunzione di un'altra personalità durante le crisi e, nei casi più complicati, non ricordano nulla di quanto accaduto. Torem (1986, 1987), tramite l'uso di tecniche ipnotiche, sostiene che l'obiettivo del trattamento consiste nell'identificazione dello stato dissociativo dell'Io e nell'integrazione di questo, con il resto della personalità, mediante compromesso. Diverse ricerche hanno evidenziato la relazione tra il meccanismo dissociativo e il comportamento bulimico, inducendo la valutazione del grado di ipnotizzabilità (mediante la *Stanford Hypnotic Clinical Scale*) e la presenza di uno stato dissociativo (utilizzando un nuovo questionario di autosservazione, il *Dissociation Questionnaire o DIS-Q*) in un gruppo di cinquanta pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Vanderlinden et al., 1990). È stata infatti evidenziata un'alta correlazione tra questi due punteggi nel gruppo delle pazienti bulimiche, dando più credito all'ipotesi che abbuffata e suggestionabilità ipnotica possano avere in comune un meccanismo dissociativo.

³⁴ Vanderlinden – Norrè – Vadereycken, *La bulimia nervosa* cit.

Modello familiare. La teoria dei sistemi di Minuchin, Rosman e Baker (1978) considera l'anoressia nervosa come il sintomo di una patologia familiare, contribuendo ad un sempre più frequente intervento sul sistema familiare delle pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Vandereycken, Kog e Vanderlinden). Le seguenti caratteristiche sono tipiche delle famiglie delle pazienti bulimiche:

- appartengono spesso alle classi sociali più alte;
- si osservano di frequente nei familiari disturbi del comportamento alimentare, malattie somatiche, disturbi affettivi, dipendenza;
- le interazioni familiari sono caratterizzate da controllo e da dipendenza emotiva reciproca, insieme a forti tensioni e conflitti spesso non apertamente o direttamente espressi.

Non è comunque detto che l'insorgenza del disturbo bulimico debba necessariamente implicare la presenza di una patologia familiare. La letteratura in merito è scarsa rispetto a quella sulla terapia familiare nei casi di anoressia nervosa, perché solitamente le pazienti bulimiche chiedono un trattamento in età adulta. Esistono comunque delle importanti pubblicazioni ad orientamento sistemico. Schwartz, Barret e Saba (1985) hanno proposto un approccio integrato stabilendo un programma per il controllo dei sintomi bulimici. Tali indicazioni risultano essenziali poiché il comportamento disturbato permane anche dopo la normalizzazione delle dinamiche familiari. Tale approccio è basato su concetti della terapia familiare strutturale (Minuchin) e strategica (Haley, Selvini Palazzoli). Questi autori si propongono una modificazione dell'atteggiamento della paziente nei confronti del cibo, del peso, delle relazioni significative e delle modalità di pensiero. Il trattamento comprende tre fasi, all'interno delle quali si alternano sedute individuali a sedute di terapia familiare: nella prima fase si prepara il terreno al cambiamento (tematiche familiari, isolamento del sintomo, resistenze); nella seconda fase si lavora sulla possibilità di incentivare l'autonomia della figlia, abbandonando lo stile iperprotettivo nei suoi confronti e

impartendo delle direttive con lo scopo di aumentare la capacità di controllo delle abbuffate; infine si pone particolare attenzione al processo di cambiamento in corso. È stato dimostrato che la terapia familiare risulta più efficace che quella individuale nelle pazienti in cui il sintomo non è ancora cronicizzato e se intrapresa prima dei diciannove anni di età. Le pazienti più anziane risultano invece molto più agevolate dal trattamento individuale³⁵. Al fine di ottenere dei risultati a lungo termine, è necessario, quindi, un approccio multidimensionale mantenendo fissa l'attenzione sul singolo soggetto portatore della problematica.

5. IL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BINGE EATING DISORDER)

Si tratta di soggetti che presentano frequenti episodi di abbuffate (*Binge Eating*: assunzione di cibo eccessiva e incontrollata), senza adottare comportamenti compensatori come nel caso della bulimia. Nel BED, inoltre, non sono presenti elevati livelli di restrizione alimentare: queste pazienti non riescono in nessun modo a limitare il loro introito calorico. L'eccessiva importanza data alla magrezza nella valutazione di sé, caratteristica della bulimia, risulta assente in questa forma. Infatti, queste pazienti, non presentano insoddisfazione o disprezzo per il proprio corpo, il loro è un peso nella norma o leggermente al di sopra di essa. La prevalenza dei BED va dallo 0,7 al 4% nelle popolazioni non cliniche (secondo il DSM IV), mentre può raggiungere addirittura il 30% tra gli individui in trattamento per l'obesità nei centri universitari³⁶.

La relazione tra obesità e BED sembra essere stretta: nella popolazione generale, ben l'8% delle donne in sovrappeso soddisfa i criteri per la diagnosi di BED (tab. 3).

³⁵ G.F.M. Russel et al., *An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, «Archives of General Psychiatry», 44, 1987, 1047-56.

³⁶ D.M. Marcus, *Binge Eating in Obesity*, in C.G. Fairburn – M. Wilson (eds.), *Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa*, «American Journal of Psychiatry», 147, pp. 401 e 408.

6. L'OBESITÀ PSICOGENA

Il quadro clinico dell'obesità psicogena può apparire meno drammatico rispetto a quello dell'anoressia; spesso, invece, si rivela come una sindrome psichiatrica tutt'altro che irrilevante. Si può affermare che l'obesità, nonostante sia un disturbo a breve-medio termine, ha un tasso elevato di mortalità iatrogena e, spesso, viene presa in considerazione in qualità di disturbo organico, in relazione alle patologie ad essa correlate: ipertensione, diabete, difficoltà motorie, ipercolesterolemia, disturbi circolatori, cardiopatie.

È bene sottolineare che la medicina diversifica l'obesità di sviluppo, cioè con esordio infantile che si struttura con la crescita, dalla 'obesità reattiva', conseguente a gravi eventi occorsi nella vita, come lutti o separazioni dolorose. La maggiore difficoltà nell'approccio medico all'obesità consiste nelle sue molteplici origini: endocrinologiche (per esempio da disfunzione ipotalamica), organiche (come il morbo di Cushing), o legate allo stile di vita (come la forzata inattività, etc). Tale situazione rende particolarmente elevato il rischio che l'obesità venga considerata una patologia esclusivamente medica e ne vengano così trascurati gli aspetti psichici, quali il disagio patito come conseguenza dell'eccesso ponderale, ma anche la sofferenza connessa a precise dinamiche intrapsichiche in qualche modo preesistenti alla condizione obesa. L'obesità è al tempo stesso sintomo e causa di una serie di difficoltà nei rapporti interpersonali: l'attenzione smodata per il cibo, per le diete e per il rifiuto delle relazioni affettive, dato l'aspetto estetico, comporta una grave limitazione degli interessi e delle attività.

Si possono distinguere due aspetti: il primo è rappresentato da un'attrazione superiore alla media per la soddisfazione che comporta il cibo (comportamento alimentare da 'buongustaio'); il secondo è invece rappresentato da un rapporto violentemente conflittuale col cibo. Questi pazienti si preoccupano del loro aspetto fisico, disprezzano il loro sovrappeso e si ritengono condannate al rifiuto e all'abbandono nelle relazioni affettive. Al tempo stesso non resistono alle crisi bulimiche, durante le quali

ogni cosa viene ingurgitata voracemente e senza gusto (solitamente cibi molto calorici). Inizialmente riescono a portare avanti un regime dietetico, ma dopo aver ottenuto un certo dimagrimento, la tentazione del cibo riprende il sopravvento determinando l'ingrassamento e il conseguente stato di depressione secondaria dell'umore. I cicli mestruali sono irregolari, la vita sessuale è insoddisfacente anche se il desiderio sembra permanere, contrariamente al completo disinteresse delle pazienti anoressiche per qualsiasi forma di sessualità. Viene conservato l'impegno per lo studio o per il lavoro³⁷.

6.1. Comprensione psicodinamica

L'obesità comincia a comparire nei disturbi del comportamento alimentare in Vittorio Guidano³⁸ che li unifica in una causalità legata ad un inadeguato accudimento parentale e descrive l'obesità come un sintomo che si manifesta in età ancora più precoce dell'anoressia. La regolare interruzione delle diete prescritte viene puntualmente intesa dal dietologo, dai familiari e quindi dalla paziente stessa come mancanza di tenacia, di controllo, di buona volontà, di educazione alimentare. I pazienti, infatti, non solo percepiscono la dieta come un'atroce violenza nei loro confronti (metafora di precedenti e ricorrenti vissuti di accadimento anaffettivo), ma non hanno gli strumenti per decodificare l'improvviso emergere di emozioni verso le quali si tutelavano ottundendosi col cibo. Con ancora più angoscia sono ricordate le diete imposte nella fanciullezza in cui il progetto di dimagrire, non condiviso, veniva solo percepito come un rifiuto della propria immagine da parte dei genitori. Dati i continui fallimenti clinici, l'obesità è stata affrontata anche con interventi violenti, intrusivi, non risolutivi ed in alcuni casi ad alto rischio: il palloncino, il cerchiaggio gastrico o la resezione intestinale. Solo negli ultimi anni i centri di dietologia hanno inserito nell'organico psichiatri e

³⁷ G. Reda, *Manuale di Psichiatria*, UTET, Torino 1993.

³⁸ V. Guidano, *Il sé nel suo divenire*, Franco Angeli, Milano 1996.

psicologi che esigono che le diete – ora meno rigide e graduali – siano affiancate da un supporto psicologico.

La delusione e la rabbia legate ad un accudimento parentale, percepito come controllante e giudicante, piuttosto che come caldo ed affettivo, vengono rivissute e riferite solo al rapporto col cibo³⁹. Rispetto al desiderio, il soggetto oppone un corpo che pensa non essere desiderabile, mette un cuscino tra sé e l'altro. L'operazione è quella di rendere svilito il corpo come oggetto, per vedere di essere accettati come soggetto. La spinta a mangiare si presenta di solito nei momenti di vuoto (la sera prima di andare a dormire, nelle pause dal lavoro o dall'accudimento dei figli), in tutti quei frangenti in cui si ritrovano con se stessi e di fronte al proprio al vuoto. A differenza delle persone bulimiche, i soggetti obesi, non vomitando, trattengono tutto, perché per loro la questione è colmare il vuoto che patiscono. Spesso, nei racconti delle persone obese, si incontra il fatto che nei rapporti con i propri genitori appare un investimento particolare sul cibo; gli aspetti dell'oralità diventano l'unica via intorno alla quale si organizzano le domande di amore, di accettazione, di riconoscimento. Il corpo obeso diviene una 'protezione', una sorta di difesa che il soggetto frappone tra sé e gli eventi dolorosi; un soma che impedisce il contatto degli altri, segno che la vita relazionale è avvertita come conflittuale e dolorosa. Il soggetto obeso teme la relazione, la riveste di un manto di drammaticità, continuamente teme la perdita dell'altro. Paradossalmente questi soggetti non vorrebbero mai staccarsi dall'altro, ne sono dipendenti, spesso non riescono a soggettivarsi, ossia a tollerare il distacco⁴⁰. Nell'obesità possiamo reperire il fallimento di un principio per cui in fondo non si vuole la soddisfazione piena dei nostri bisogni, perché così facendo si uccide il desiderio e non rimarrebbe nulla da desiderare.

Insomma, affinché ci sia desiderio ci deve essere mancanza, un livello di insoddisfazione, cosa che alle persone obese risulta essere

³⁹ L. Scrosati Crespi, *I gruppi ABA. Interruzioni e conclusioni della cura*, Franco Angeli, Milano 1998.

⁴⁰ F. Comelli, *La posizione dell'analista*, Franco Angeli, Milano 2003.

ALESSANDRA ZANON

difficile da elaborare, perché questo implica poter cogliere il proprio posto nel desiderio e nell'amore degli altri⁴¹.

⁴¹ P.E. Bossola, *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico clinici nel trattamento di pazienti anoressico bulimiche*, Franco Angeli, Milano 2000.

Tabella 1
Anoressia nervosa
(Criteri diagnostici secondo il DSM-IV)

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del mondo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazioni di ormoni, per es. estrogeni).

Specificare il sottotipo:

- con restrizioni: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
- con abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Tabella 2
Bulimia nervosa
(Criteri diagnostici secondo il DSM-IV)

<p>A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambe le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none">1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.2) sensazione di perdita di controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando). <p>B. ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.</p> <p>C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.</p> <p>D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.</p> <p>E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia nervosa.</p> <p>Specificare il sottotipo:</p> <ul style="list-style-type: none">• con condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di bulimia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.• senza condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto, o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).
--

Tabella 3
Disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder*)
 (Criteri di ricerca secondo il DSM-IV)

- A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi e seguenti elementi:
- mangiare, in un periodo definito di tempo (per es. un periodo di due ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es. la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
- mangiare molto più rapidamente del normale;
 - mangiare fino a sentirsi piacevolmente pieni;
 - mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.
- C. È presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.
- D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.

Nota: Il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la bulimia nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata.

E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es. uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di anoressia nervosa o bulimia nervosa.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, DSM IV 1994 (trad. it. Masson, Milano 1996).
- G. Apfeldorfer, *Anoressia bulimia obesità*, Il Saggiatore, Milano 1994.
- E. Bachr – Y. Latzer – S. Kreitler, *Empirical Comparison of Two Psychological Therapies: Self-Psychology and Cognitive Orientation in the Treatment of Anorexia and Bulimia*, «Journal of Psychotherapy Practice and Research », 8, 1990, 115-128.
- A. Bandura, *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento 1995.
- J.R. Bemporad – J. Ratey, *Intensive Psychotherapy of Former Anorexic Individuals*, «American Journal of Psychotherapy», 39, 1985, 454-466.
- K.M. Boemis, “*Abstinence*” and “*Non Abstinence*”. *Models for the Treatment of Bulimia*, «International Journal of Eating Disorders», 4, 1985, 407-38.
- H.N. Boris, *On the Treatment of Anorexia Nervosa*, «International Journal of Psychoanalysis», 65, 1984, 435-442
- H.N. Boris, *The Problem of Anorexia Nervosa*, «International Journal of Psychoanalysis», 65, 1994, 315-322.
- P.E. Bossola, *Trauma, abuso e perversione. Problemi teorico clinici nel trattamento di pazienti anoressico bulimiche*, Franco Angeli, Milano 2000.
- H. Bruch, *Eating Disorders*, International Universities Press, Madison 1973 (trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano 1977).
- H. Bruch, *The Golden Cage*, International Universities Press, Madison 1978 (trad. it. *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano 1983).
- H. Bruch, *Psychotherapy in Anorexia Nervosa*, «International Journal of Eating Disorders», 1 (4), 1982, 3-14.
- H. Bruch, *The Changing Picture of an Illness: Anorexia Nervosa*, in J.L. Sacksteder – D.P. Schwartz – Y. Akabanf (a cura di), *Attachment and the Therapeutic Process*, International Universities Press, Madison 1987.

- R.D. Chessick, *Clinical Notes towards the Understanding and Intensive Psychotherapy of Adult Eating Disorders*, «Annual of Psychoanalysis», 22/23, 1985, 301-322.
- F. Comelli, *La posizione dell'analista*, Franco Angeli, Milano 2003.
- C. Dare, *Psychoanalytic Psychotherapy*, in G.O. Gabbard (a cura di), *Treatments of Psychiatric Disorders*, II ed., vol. 2, American Psychiatric Press, Washington 1995.
- C. Dare et al., *The Clinical and Theoretical Impact of the Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa*, «J. Martial Fam.», 16, 1990 39-57.
- F. De Clerque, *Aba News*, 8, 26, 2001.
- R. Della Grave, *Il trattamento ospedaliero*, in Caruso – Manara (a cura di), *I disturbi del comportamento alimentare*, Franco Angeli, Milano 1997, 167-97.
- R. Dalle Grave, *Alle mie pazienti dico: "Informazione ed auto-aiuto per superare i disturbi alimentari"*, Positive Press, Verona 1999.
- R. Dalle Grave – L. Camporese, *Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata: chi colpisce, che cos'è*, «Emozioni e cibo», 2, 2000, 13-16.
- I. Eisler – C. Dare – G.F. Russell et al., *Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa: A 5-Year Follow-up* «Archives of General Psychiatry», 54, 1997, 1025-1030.
- M.H. Erickson, *L'ipnosi profonda e la sua induzione*, in E.L. Rossi (a cura di), *The Collected Papers of Milton H. Erickson*, vol. I, *The Nature of Hypnosis and Suggestion*, New York, Irvington Publishers (trad. it. M.H. Erickson, *Opere. Volume I: La natura dell'ipnosi e della suggestione*, Astrolabio, Roma 1982, 169-205).
- E. Faccio, *Il disturbo alimentare*, Carocci, Roma 1999.
- C.G. Fairburn – S.J. Beglin, *Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa*, «American Journal of Psychiatry», 147, 1990, 401-408.
- C.G. Fairburn – S.L. Welch – H.A. Doll et al., *Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community Based Case-Control Study*, «Archives of General Psychiatry», 54, 1997, 509-517.
- A. Freeman – V.B. Greenwood (eds.), *Cognitive Therapy: An Overview*, in *Cognitive Therapy: An Application in Psychiatric and Medical Settings*, Human Science, New York 1987.

- C.P.L. Freeman – J.K.M. Munro, *Drug and Group Treatment for Bulimia/Bulimia Nervosa*, «Journal of Psychosomatic Research», 2, 1988, 647-60.
- R. Freeman et al., *Clinical and Personality Correlates of Body Size Overestimation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, «International Journal of Eating Disorders», 4, 1985, 439-56.
- G.O. Gabbard – S.G. Lazar – J. Hornberger et al., 1997, *The Economy Impact of Psychotherapy: A Review*, «American Journal of Psychiatry», 154, 147-155.
- G.O. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2003.
- P.E. Garfinkel – H. Moldofski – D.M. Garner, *The Heterogeneity of Anorexia Nervosa: Bulimia as a Distinct Subgroup*, «Archives of General Psychiatry», 37, 1980, 1036-1040.
- P.E. Garfinkel – D.M. Garner, *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York 1982.
- D.M. Garner – P.E. Garfinkel – M.J. Irvine, *Integration and Sequencing of Treatment Approaches for Eating Disorders*, «Psychotherapy and Psychosomatic», 46, 1986, 67-75.
- A.H. Goodsett, *Self-Regulatory Disturbance in Eating Disorders*, «International Journal of Eating Disorders», 2 (3), 1983, 51-60.
- V. Guidano, *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
- V. Guidano, *Lo sviluppo del sé*, in B. Bara, *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1996, 86-104.
- V. Guidano et al., *Cognitivismo e psicoterapia*, Franco Angeli, Milano 1983, 1987, 1996.
- J.B. Hall et al., *Voci multiple: la narrazione nella psicoterapia sistemica familiare*, Mondadori, Milano 1984.
- L.K.G. Hsu, *The Treatment of Anorexia Nervosa*, «American Journal of Psychiatry», 143, 1986, 573-581.
- L.K.G. Hsu, *Are Eating Disorders Becoming more Common in Blacks?*, «International Journal of Eating Disorders», 6, 1987, 113-24.
- L.K.G. Hsu, *Outcome Studies in Patients with Eating Disorders*, in S.M. Mirin – J.T. Gossett – M.C. Grob (a cura di), *Psychiatric Treatment: Advances in Outcome Research*, «American Psychiatric Press», Washington 1991.
- L.K.G. Hsu – A.H. Crisp – B. Harding, *Outcome of Anorexia Nervosa*, *Lancet*, 1, 1979, 61-65.

- P. Hughes, *The Use of the Counter Transference in the Therapy of the Patients with Anorexia Nervosa*, «European Eating Disorders Review», 5, 1997, 258-269
- L.L. Humphrey – S. Stern, *Object Relations and the Family System in Bulimia: A Theoretical Integration*, «Journal of Marital and Family Therapy», 1988, 14, 337-350.
- C. Johnson – D. Toni – A. Enright, *Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population*, «Journal of Psychiatry», 154, 1989, 1133-1138.
- C. Johnson – M.E. Connors, *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: A Bio Psychosocial Perspective*, Basic Books, New York 1987.
- J.M. Jonas, *Do Substance-Abuse, Including Alcoholism, and Bulimia Covary?*, in L.D. Reid (ed.), *Opioids, Bulimia and Alcohol Abuse & Alcoholism*, Springer Verlag, New York 1990.
- A.S. Kaplan – D.B. Woodside, *Biological Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 55, 1987, 645-653.
- K.S. Kendler – A.C. Heath – M.C. Neale, *A Population-Based Twin Study of Alcoholism in Women*, JAMA, 268, 1992, 1877-1882.
- K.S. Kendler – E.E. Walters – M.C. Neale et al., *The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism* «Archives of General Psychiatry», 52, 1995, 374-383.
- D.M. Marcus, *Binge Eating in Obesity*, in C.G. Fairburn – M. Wilson (eds.), *Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa*, «American Journal of Psychiatry», 147, 401-408, 1993.
- I.L. Mintz, *Self-Destructive Behavior in Anorexia Nervosa and Bulimia*, in H.J. Schwartz (a cura di), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*, International Universities Press, Madison 1988.
- S. Minuchin – B.L. Rosman – L. Baker, *Psychosomatic Families, Parent and Fellows of Harvard College* 1978 (trad. it. *Famiglie psicosomatiche: l'anorexia nervosa nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma 1980).
- G. Nardone, *Suggestione ristrutturazione cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milano 1991.

- G. Nardone – T. Verbitz – R. Milanese, *Anoressia, Bulimia, Vomiting. La terapia in tempi brevi*, Cortina, Milano 1998.
- C.J. Patton, *Fear of Abandonment and Binge Eating: A Subliminal Psychodynamic Activation Investigation*, «The Journal of Nervous and Mental Diseases», 180, 1992, 484-490.
- C. Pollice et al., *Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa*, «Journal of Clinical Psychiatry», 21, Roma 1987, 367-76.
- P.S. Powers, *Psychotherapy of Anorexia Nervosa*, in P.S. Powers – R.C. Fernandez (a cura di), *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Karger, Basilea 1984.
- G. Reda, *Manuale di Psichiatria*, UTET, Torino 1993.
- G. Reich – M. Cierpka, *Identity Conflicts in Bulimia Nervosa: Psychodynamic Patterns and Psychoanalytic Treatment*, «Psychoanalytic Inquiry», 18, 1998, 383-402.
- J. Rosen – H. Leitenberg, *Bulimia Nervosa: Treatment with Exposure and Reponse Prevention*, «Behavior Therapy», 13, 1982, 117-24.
- G.F.M. Russel et al., *An Evolution of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, «Archives of General Psychiatry», 44, 1987, 1047-56.
- J. Russel – D.E. Mitchell – P.L. Nursey – D.C. Collins, *The Role of Beta Endorphin and Cathecolstrogens on the Hypotalamic-Pituitary Axis in Female Athletes*, «Fertil. Steril.», 42, 1984, 690-695.
- G.F.M. Rusell, *Bulimia Nervosa: an Ominous Variant of Anorexia Nervosa*, «Psychological Medicine», 9, 1979, 29-448.
- M. Scarnecchia – O. Bellini, *Il lavoro della cura con la persona anoressica*, Franco Angeli, Milano 2002.
- L. Schwartz, *Anorexia Nervosa as a Culture Bound Syndrome*, «Soc. Sci. Med.», 20, 1985, 725-30.
- R.C. Schwartz – M.J. Bartett – G.M. Sab, *Family Therapy for Bulimia*, in D.M., Garner – P.E. Garfinkel (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Press, New York 1985, 280-310.
- L. Scrosati Crespi, *I gruppi ABA. Interruzioni e conclusioni della cura*, Franco Angeli, Milano 1998.
- M. Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano 1963.

- M. Selvini Palazzoli et al., *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*, Feltrinelli, Milano 1982.
- L. Stagi, *La società bulimica. Le trasformazioni simboliche del corpo tra edonismo e autocontrollo*, Franco Angeli, Milano 2002.
- J. Steere – G. Bulter – P.J. Cooper, *The Anxiety Symptoms of Bulimia Nervosa: A Comparative Study*, «International Journal of Eating Disorders», 9, 1990, 293-301.
- A. Sugarman – C. Urash, *The Body as a Traditional Object in Bulimia*, «International Journal of Eating Disorders», 1 (4), 1982, 57-67.
- M.S. Totem, *Eating Disorders and Dissociative States*, in F.E.F. Larocca (a cura di), *Eating Disorder: Effective Care and Treatment*, Ishiyaku Euromerica, St. Luis 1986a, 141-150.
- A. Tridenti – S. Bochia, *Il fenomeno anoressicobulimico. Un tentativo di compressione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare*, Masson, Milano 1993.
- W. Vandereycken – R. Van Deth, *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Raffaello Cortina, Milano (ed. Or. 1994), 1994.
- W. Vanderlinden – W. Vandereycken – J. Norrè, *La bulimia nervosa. Guida pratica al trattamento*, Astrolabio, Ubaldini, Roma 1995.
- G. Williams, *Reflections on Some Dynamics of Eating disorders: "No Entry" Defenses and Foreign Bodies*, «International Journal of Psychoanalysis», 78, 1997, 927-941.
- C.P. Wilson (a cura di), *Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Jason Aronson, New York 1983.
- J. Yager, *The Treatment of Bulimia: an Overview*, in P.S. Powers – R.C. Fernandez (a cura di), *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Karger, Basilea 1984.

