

Bruno Bara

NUOVO MANUALE DI PSICOTERAPIA COGNITIVA

Bollati Boringhieri

Capitolo XIV

**UN APPROCCIO COSTRUTTIVISTA
AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Salvatore Blanco, Luca Canestri e Mario A. Reda

Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica,
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena

...Fisicamente dava l'apparenza di uno scheletro, con i muscoli della faccia ritirati verso le ossa, il suo addome era concavo, l'ombelico sembrava essere ritratto, i suoi arti erano ridotti al massimo grado di sottigliezza ...

Robert William (1790), *A remarkable case of abstinence.*

Un approccio costruttivista ai Disturbi del Comportamento Alimentare

Salvatore Blanco, Luca Canestri e Mario A. Reda

L'anoressia e la bulimia sono malattie che hanno assunto, a partire dagli anni '60, una dimensione d'epidemia sociale, data la loro altissima incidenza in tutto il mondo occidentale con particolare frequenza nell'età giovanile. Anche se i fattori predisponenti un individuo ai disturbi alimentari sono complessi e multidimensionali, in letteratura si evidenzia un ampio accordo tra gli studiosi nel riconoscere un ruolo importante alle componenti sociali e culturali, nonostante i loro meccanismi d'azione sugli esseri umani appaiano ancora poco conosciuti. Tra questi fattori, un posto di primo piano sembra doversi riservare alla sovrabbondanza di cibo e all'ideale estetico di bellezza che, oggi, si configura attraverso un corpo magro e snello, in forma e super-efficiente (Offman e Bradley, 1992; Gard e Freeman, 1996; Striegel-Moore, 1997). Nel mondo occidentale esiste una considerevole pressione sociale verso la magrezza: i continui messaggi dei mass media trasmettono ideali estetici legati al peso, in cui si evidenzia che magro è bello. Più sensibile a questo messaggio è il sesso femminile, che, negli ultimi venti anni, sembra far di tutto per conformarsi a questo modello, che costituisce un lasciapassare per l'accettazione sociale, per la popolarità e per la possibilità di avere un partner "di successo". Inoltre, la relazione con l'immagine corporea, che si riorganizza dopo la pubertà, è un fenomeno più complesso per una donna: la pubertà comporta per il genere femminile cambiamenti più bruschi e drammatici di quelli previsti per il genere maschile. L'eccessiva attenzione per l'estetica e le preoccupazioni esagerate di essere fisicamente attraenti conducono ad una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo e i suoi vari aspetti. Se si pensa che l'accettazione del corpo è strettamente correlata alla stima di sé, si comprende perché le pazienti obese presentano disturbi gravi dell'immagine corporea (Meneghelli et al., 1995). Nella nostra società l'apparenza predomina nell'immaginario collettivo e l'alimentazione, legata alla percezione e alla dimensione del corpo, diviene uno dei settori su cui potersi caratterizzare. Il rifiuto del cibo o il suo consumo eccessivo diventa il sintomo di un disagio che ha origine nell'esperienza personale e nel modo in cui questa esperienza integra i messaggi sociali. La pressione sociale ad essere fisicamente attraenti può, quindi, incrementare il rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (Siever, 1994; Wolf e De Blassie, 1983).

I rapporti tra accettazione del proprio corpo, pressione sociale e disturbi alimentari hanno visto articolazioni differenti e di un certo interesse nell'ambito di studi e di ricerche indirizzate a cogliere gli elementi di differenziazione di genere. A questo proposito, sembra degno d'attenzione citare le ricerche che sottolineano come l'incidenza di questi disturbi tra i maschi aumenti nella categoria degli omosessuali e nei soggetti che vivono in modo conflittuale la definizione del ruolo sessuale (Herzog et al., 1984, 1985; Schneider e Angrass, 1987; Blanco et al., 1997), mettendo in evidenza anche una più ampia presenza di atteggiamenti e di comportamenti sessuali atipici associati con le condotte alimentari (Herzog, et al., 1991). Specifica del sesso maschile è una forma, denominata "Reverse Anorexia", che esordisce di solito nell'adolescenza: l'insoddisfazione per l'aspetto fisico e la distorsione dell'immagine corporea si esprimono con l'irrealistica convinzione d'essere troppo piccoli o gracili; ciò determina i tentativi di mascheramento con abiti pesanti e il rifiuto di indossare costumi da bagno. Questi individui maturano la convinzione di un insufficiente sviluppo della massa corporea e muscolare, spesso centrata sulle dimensioni degli arti, ed associata al proposito di aumentare di peso attraverso un incremento dell'introduzione calorica e dell'attività sportiva; la distorsione dell'immagine corporea, apparentemente di segno opposto a quella della paziente anoressica, conduce all'esasperata ricerca del potenziamento del volume della muscolatura, attraverso la scelta accurata di cibi ad elevato contenuto proteico ed energetico, per mezzo della pratica sfrenata d'attività ginniche e tramite l'uso di sostanze anabolizzanti.

L'inquadramento nosografico dei Disturbi del Comportamento Alimentare ha subito, negli ultimi anni, notevoli cambiamenti. Al di là delle speculazioni classificatorie, l'esperienza clinica rivela l'esistenza di una

notevole variabilità all'interno dei DCA per quanto concerne i livelli di gravità sintomatologica e l'espressività psicopatologica; se all'osservazione specialistica giungono le forme più gravi di patologia, è altresì vero che esistono forme subsindromiche, che non arrivano a soddisfare i criteri per la diagnosi. Ci sono segni e sintomi che, pur non costituendo criteri diagnostici, sono quasi invariabilmente presenti nei pazienti con DCA, e ne configurano il peculiare assetto cognitivo, emotivo, comportamentale e personale; la pressione culturale verso la magrezza e la forma fisica potrebbero interagire con queste caratteristiche, dando luogo a quadri di gravità ed espressività clinica variabili, appartenenti ad uno spettro comune ed idealmente collocabili lungo un continuum. I DCA hanno costituito per lungo tempo un terreno ideale per interpretazioni mediche, psicologiche e sociologiche, o per affermazioni non suscettibili né di smentita, né di verifiche scientifiche.

LA STORIA

Benché negli ultimi decenni si vada assistendo ad una sempre più vasta diffusione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, tali affezioni (in particolare l'anoressia) non possono essere considerate del tutto delle "nuove patologie". Le prime descrizioni cliniche di comportamenti alimentari abnormi risalgono a molti secoli fa: le ricostruzioni della vita d'alcune sante cristiane rappresentano inequivocabili esempi di condotta anoressica, e gli accessi di fame compulsiva e insaziabile sono presenti nell'antica letteratura greca ed ebraica. L'ascetismo cristiano affonda le sue radici nelle teorie di Platone, secondo cui l'anima è prigioniera del corpo. L'obiettivo spirituale della filosofia neoplatonica consisteva, quindi, nel liberare l'anima dalle catene del mondo dei sensi per raggiungere l'indipendenza assoluta da tutti i bisogni fisici, proprio come gli dei. L'ascetismo più rigoroso, oltre al digiuno, faceva ricorso all'astinenza sessuale, alla privazione del sonno, all'autoflagellazione e ad altre forme di tortura autoinflitta, come l'esposizione alle fiamme.

Alcune tra le più grandi mistiche medioevali manifestarono la loro ribellione alle consuetudini sociali dell'epoca tramite la pratica ostinata del digiuno e del vomito autoindotto, connotando in tal modo la ferma volontà di seguire le proprie scelte nonostante le pressioni contrarie dell'ambiente esterno. Il comportamento di queste sante s'iscriveva nello spirito del tempo, nella cornice di una rigorosa fede religiosa condivisa dalla cultura dell'epoca. Anche l'anoressia contemporanea s'iscrive nello spirito della nostra era, non più nel quadro dei valori religiosi dominanti, ma nell'ambito dei valori estetici che predominano nella nostra civiltà. Il digiuno di quelle sante era una pratica ascetica, ma spinta a conseguenze estreme. Anche nelle anoressie dei nostri giorni c'è una pratica, la dieta, consentita e consigliata dalla cultura vigente, ma portata anch'essa all'exasperazione. Nelle anoressie moderne l'elemento fondamentale è la relazione con l'immagine del corpo, il rifiuto dell'idea di un peso corporeo eccessivo e la sensazione di essere in sovrappeso pur non essendolo o essendo addirittura sottopeso. Dunque appare chiaro che il digiuno è una pratica antica che veniva e viene tuttora utilizzata come strumento di rafforzamento della propria volontà e di difesa da un potere superiore. Anima e Corpo sono comparsi, ripetutamente, nella cultura del passato per rappresentare ed opporre tra loro le ragioni della vita spirituale e quelle della vita materiale, illustrando spesso i lamenti ed i travagli dell'anima imprigionata nel corpo ed il suo desiderio di liberarsene per tornare ad essere puro spirito, e così godere delle gioie della perfezione e della santità. Queste rappresentazioni sembrano denotare allegoricamente un modello della psicopatologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare, fondato sul drammatico confronto fra mente e corpo, che si sviluppa come esito dissociativo di difficoltà nel processo d'integrazione somatopsicologica, e che caratterizza la vita psichica di questi pazienti.

Pur essendo noti sin dall'antichità, solo recentemente questi disturbi sono stati oggetto di ricerche e di studi sistematici sul piano psicopatologico e clinico; considerati a lungo disturbi endocrini, oppure sintomi o varianti d'altre patologie come l'isteria, la nevrosi ossessiva, la schizofrenia e i disturbi dell'umore, i DCA vedono oggi riconosciuta la loro autonomia nosografica.

La prima cronaca medica su episodi d'anoressia nervosa è stata scritta nel 1689 dal medico inglese Richard Morton che, nel suo trattato "*Phthisiologia*", cita due casi, uno femminile e uno maschile: quello di una ragazza ridotta pelle e ossa, con una temperatura corporea fredda, con la sospensione dei cicli mestruali, che va incontro alla morte, e quello di un ragazzo che, a differenza, guarisce presentando una sintomatologia più sfumata. Questi due giovani presentano quasi tutti i sintomi della moderna anoressia. Richard Morton descrive la sindrome come una "*consunzione nervosa*" che si manifesta attraverso "*tristezza*" e "*preoccupazioni ansiose*"; "*angosce*" attribuite, come nei casi della "*figlia del Signor Duke*" e del "*figlio del Reverendo Steele*", allo "*star sempre sui libri*", segno appunto di una patologia dell'intelletto (Bhanh e Newton, 1985).

Altri due casi d'anoressia maschile furono documentati dai medici Robert Whytt (1764) e Robert William (1790) nelle loro rispettive opere "*A nervous atrophy*" e "*A remarkable case of abstinence*". Nel caso riferito

da Whitt, un ragazzo quattordicenne si era ridotto pelle e ossa dal digiuno, cadendo preda di tanto in tanto di violenti attacchi di fame con abbuffate accompagnate da “*veloci digestioni*”. Così Willan descrisse il calvario di un uomo che nel giro di 78 giorni si concluse con la morte (Silverman 1989):

“... Il 21 gennaio del 1786 egli s'imbarcò in un rigido comportamento d'astinenza. Il paziente presto si ritirò dagli affari, prese alloggio in una dimora oscura, si astenne dal cibo solido e s'inumidiva appena le labbra con acqua leggermente insaporita con succo d'arancia. Beveva da un quarto a mezzo litro d'acqua al giorno. Egli andò di corpo nel secondo giorno e di nuovo al quarantesimo giorno del suo digiuno. Dopo tre giorni d'astinenza, il desiderio per il cibo lo abbandonò definitivamente. Per i primi cinquanta giorni fu capace di perseguire i suoi studi, che consistevano nel copiare la Bibbia a mano. Dal cinquantesimo al sessantesimo giorno la sua forza calò drasticamente, ma lui andava avanti credendo che il suo supporto fosse soprannaturale. Successivamente egli si trovava sempre più indebolito e indirizzato verso la morte. Fisicamente dava l'apparenza di uno scheletro, con i muscoli della faccia ritirati verso le ossa, il suo addome era concavo, l'ombelico sembrava essere ritratto, i suoi arti erano ridotti al massimo grado di sottigliezza ...”.

Un secolo più tardi, l'anoressia è stata descritta dal neurologo parigino Charles Lasègue (1873), e in Inghilterra da Sir William Gull (1874), il medico inglese che, per primo, ha dato il nome alla sindrome. Lasègue, nell'esaminare questa psicopatologia, identificò il nucleo della malattia nella “*perversione intellettuale che assicura una patologica tranquillità mediante il disconoscimento dello stato fisico*” (Vandereycken e Van Deth, 1995).

Per oltre un secolo, a partire dagli studi storici di Lasègue e Gull, l'anoressia nervosa è stata considerata ora una malattia a sé stante, ora una variante d'altre malattie. Nella seconda metà dell'Ottocento, molti clinici la considerarono un fenomeno isterico. Lo stesso Lasègue chiamò questa malattia *anorexie hystérique* e Gilles De la Tourette distinse una forma dovuta a “*isteria*” da una forma “*gastrica*” causata da disturbi gastrointestinali. Freud, in una lettera a Fliess del 1895, parlò di una struttura melanconica dell'anoressia, stabilendo un nesso fra anoressia e depressione (Freud, 1889); in seguito la iscrisse nella patologia isterica e la correlò alle perversioni del carattere. Janet, agli inizi del Novecento, parlò di forme isteriche e di forme ossessive d'anoressia (a proposito del “celebre” caso di Nadia, asserì che si trattava di “*obsession de la honte du corps*”, “*una vergogna ossessiva del corpo*”). In effetti, alcune anoressiche, ma non tutte, presentano un disturbo di personalità di tipo isterico.

Ludwing Binswanger ed Eugen Bleuler diagnosticarono come schizofrenia simplex il famoso caso “Ellen West” che aveva certamente tutti i sintomi di un grave disturbo del comportamento alimentare (Binswanger, 1973). Emil Kraepelin ritenne la stessa Ellen West una melanconica. Vari autori hanno paragonato le fluttuazioni periodiche d'alcune pazienti tra anoressia e bulimia alle fasi, rispettivamente, di mania e depressione della psicosi maniaco-depressiva. Nella prima parte del XX secolo, l'anoressia nervosa è stata erroneamente ritenuta come una malattia endocrina (la sindrome di Simmond) ed è stata trattata con estratti tiroidei (Gordon, 1991).

Fino a pochi anni fa, nelle manifestazioni anoressiche sono state viste, alle volte, una forma dell'isteria, soprattutto da parte dei primi autori psicoanalitici (Waller et al., 1940), altre, una forma di disturbo ossessivo (proposta originaria di Palmer e Jones nel 1938, ripresa e sostenuta da Rothenberg nel 1986 e nel 1993), oppure ancora, una forma dissociativa (Nicolle, 1939) o pre-psicotica (Bischof, 1992). A questo proposito, un pioniere degli studi sull'anoressia, Marcé, l'aveva già definita nel 1860 delirio ipocondriaco (Silverman, 1989) ed anche altri autori psicoanalitici avevano messo in evidenza gli aspetti psicotici della struttura psicopatologica e del transfert delle pazienti anoressiche. Nel 1940, in una conferenza tenuta alla Boston Psychoanalytic Society e pubblicata poi dal suo biografo Paul Roazen, Helene Deutsch aveva affrontato questi temi e notato la difficoltà legata alla peculiare compiacenza che queste pazienti dimostrano (Deutsch, 1981). Risale al 1943 l'osservazione di Eissler sul difetto dello sviluppo dell'Io che comporta una perdita od un'inibizione di quelle sensazioni corporee che sono alla base di ciò che egli chiamava “*sentimento di vitalità*” (Eissler, 1943).

Al giorno d'oggi, l'anoressia viene descritta e si presenta come una malattia specifica della civiltà occidentale, frutto dei nostri tempi. Eppure sono stati ripetutamente segnalati, anche in modo allusivo, possibili relazioni fra questa manifestazione morbosa e altri fenomeni che appartengono a contesti storici e culturali diversi quali, per esempio, l'ascetismo e il digiuno. Nella comprensione del vissuto dei soggetti anoressici spesso si ritrovano riferimenti a comportamenti e manifestazioni che hanno un sapore antico (l'estasi, l'eccesso, il controllo, la veemenza, l'entusiasmo, la sfida) e che riportano a figure quali l'eroe, i mistici e gli eremiti. Sull'argomento della storia dell'anoressia, del digiuno e della bulimia sono stati pubblicati svariati lavori.

Data la difficoltà di riassumerli in un breve spazio, c'è sembrato utile abbozzare una schematizzazione descrivendo alcuni atteggiamenti di metodo piuttosto diversi fra loro.

Una prima ipotesi, denominata il "*Principio della Continuità Storica*", ritenendo i comportamenti alimentari patologici simili sia nel corso dei secoli sia sul piano della struttura psicopatologica, permette di tracciare una "storia" dell'anoressia e del digiuno (Brumberg, 1988); questo punto di vista si fonda sull'equivalenza fra casi clinici e casi storici ponendo a posteriori la diagnosi d'anoressia. Fra le ricerche d'eccellenza, vi è la tesi dello storico americano Bell (1987) che individua in Caterina da Siena, ed in altre sante medievali, più che manifestazioni mistiche, i sintomi dell'anoressia nervosa. Bell utilizza, in sintesi, i criteri diagnostici dell'anoressia e, confrontandoli con le descrizioni autobiografiche ed agiografiche delle sante, giunge alla conclusione che i loro comportamenti alimentari vanno interpretati in senso patologico, e che equivarrebbero ad un tipo d'anoressia che esprimeva, dal punto di vista culturale, una "protesta" nei confronti della condizione femminile nel contesto sociale e religioso del Medioevo. Teresa d'Avila, Caterina da Siena, Chiara d'Assisi sarebbero, dunque, delle grandi anoressiche, come pure Pedro de Alcantara (Reda e Sacco, 1996). In numerose riviste scientifiche sono apparsi articoli ispirati a questo tipo d'analisi, sia in riferimento a casi più recenti che ad altri più remoti; per esempio, il comportamento alimentare e i dati biografici di un grande scrittore come Kafka, nonché l'analisi d'alcuni suoi testi, portano Fichter (1987) a definirlo anoressico. Oppure Fried e Vandereycken (1989) suggeriscono l'ipotesi che James M. Barrie, l'autore di Peter Pan, il bambino "*che non voleva crescere*", a sua volta ha sofferto di disturbi anoressici. Lacey (1982) segnala il caso di S. Liberata (I secolo circa), figlia del re del Portogallo che, pur di non sposare il Saraceno cui era stata promessa, cancellò da sé le caratteristiche della femminilità attraverso il digiuno e si lasciò crescere i peli in tutto il corpo, cosa, quest'ultima, che non può non destare i sospetti dei moderni semeiotici essendo molto simile ad uno dei segni secondari dell'anoressia più noti. Halmi (1994) riporta la storia di S. Margherita d'Ungheria (XIII secolo) che si promise a Dio qualora il padre fosse riuscito a respingere l'invasione dei feroci Tartari; promessa che mantenne chiudendosi in convento ed iniziando un leggendario digiuno che la portò alla morte all'età di 28 anni.

Pur sostenendo la posizione della continuità, Bemporad (1996) si distingue per il tentativo di un approccio complessivo che tiene conto sia della "storia del digiuno", sia dell'interpretazione socioculturale, essendo, a suo avviso, le patologie alimentari specifici fenomeni della società occidentale fin dalle sue origini giudaico-cristiane. In questo senso egli sottolinea la continuità fra i fenomeni del digiuno rinascimentale e le attuali anoressiche. Punto forte del suo lavoro è l'affermazione che l'anoressia, di cui riconosce un'intrinseca vocazione al trasformismo, non esiste nelle civiltà antiche, rurali, non occidentali, ossia in quelle organizzazioni sociali nelle quali era o è prevista una chiara sottomissione della donna nell'organizzazione sociale. Un secondo elemento, a suo avviso determinante, è la disponibilità di cibo senza la quale non è pensabile possa esistere il digiuno volontario; la carestia, in altre parole, non permette ideali corporei fondati sulla magrezza. Infine, il lavoro di Bemporad si segnala per articolati ragionamenti sull'identità di genere, sulla sua ricaduta socioculturale, compreso il vissuto corporeo e le sue conflittualità nei confronti delle quali vengono proposte analitiche rivoluzioni di costume.

Una seconda ipotesi, chiamata il "*Principio della Discontinuità Storica*", pur riconoscendo la continuità d'alcuni comportamenti alimentari nel corso del tempo (tra i quali il digiuno), suppone che la diagnosi d'anoressia sia legata allo specifico di un contesto culturale. Rappresentativa, in questo senso, la posizione di Habermas (1992, 1994): l'autore ipotizza, in sostanza, che la storia dell'anoressia e della bulimia non inizi prima della seconda metà del diciottesimo secolo; quest'epoca vede nascere la definizione di una malattia anoressica come specifica identità nosografica caratterizzata non solo dal digiuno, ma anche dalla peculiarità del rapporto con il corpo, inteso nella specificità di un disturbo dell'immagine corporea. Pur riconoscendo dei "casi clinici" nei comportamenti di digiuno prenosografici, egli ritiene che vadano attribuiti ad ambiti culturali diversi e che quindi siano, in un certo senso, inconfrontabili con il digiuno delle anoressiche. Habermas distingue, dunque, i casi di digiuno che avvengono in un contesto ascetico-mistico tipico dell'antichità da quelli successivi che appartenerebbero ad una tradizione miracoloso-secolare; è solo a partire da questi ultimi che, accadendo in un ambito medico-scientifico, si rende possibile porre delle diagnosi e, dunque, operare dei confronti.

Al di là dei dibattiti sulla continuità storica o meno dei disturbi alimentari, Garfinkel e Garner (1982), nel modello eziologico multifattoriale, ritengono di grande importanza alcuni fattori definiti di tipo socioculturale. Questi fattori sono generalmente considerati come tipici delle cosiddette società occidentali ad alta industrializzazione ed elevato tenore di vita. L'enfasi data dagli autori agli elementi socioculturali si spiega col fatto che, a partire dagli anni '60, i disturbi alimentari hanno assunto una diffusione epidemica proprio nelle

società occidentali. A loro volta e circolarmente, questi fattori socioculturali servono a spiegare brillantemente alcune caratteristiche particolari assunte dai disturbi alimentari dopo la loro larga diffusione. Tra queste peculiarità vi sono: la grande importanza assunta da alcuni aspetti fenomenologici, come la paura di ingrassare e i conseguenti disturbi dell'immagine corporea (Gordon, 1998); l'insorgere di un nuovo ideale di bellezza femminile cosiddetto "tubolare", diventato popolare tra i media dell'occidente (Garner et al., 1980; Wisemann et al., 1992); l'incremento della vulnerabilità psicologica delle adolescenti occidentali al *teasing* (*prendersi in giro*) nel gruppo dei pari (Cash et al., 1986; Striegel-Moore, 1997; Thompson et al., 1995).

Richard Gordon (1991) suggerisce che ogni tentativo di comprensione dell'anoressia-bulimia si deve collocare in una prospettiva culturale, considerandola come uno di quei disturbi che Devereux (1978) definisce *etnici*, vale a dire caratterizzati da un modello cognitivo-comportamentale deviante che, per le sue dinamiche, viene ad essere un'espressione delle contraddizioni cruciali e dell'ansia di fondo di una particolare parte della società umana in un determinato momento storico.

Vandereyken e Van Deth (1995) hanno studiato i casi di digiuno con la prospettiva di capire gli antecedenti socioculturali dell'anoressia intesa come malattia multifattoriale, fortemente collegata al contesto storico; alla specificità di quest'osservazione si può facilmente obiettare chiedendosi quale malattia psichiatrica non sia correlata all'ambiente socioculturale. Gli autori, nello spiegare in maniera critica i comportamenti di digiuno e nel raccogliere un'esauritiva quantità di materiale che spazia in ambiti diversi della vita sociale e culturale (dal sacro al profano, dallo scientifico allo spettacolo), evidenziano gli elementi di continuità e di discontinuità fra questi e la moderna anoressia. Dopo aver preso in esame le vicende delle digiunatrici religiose o degli asceti e dei fenomeni dei digiunatori "laici", si preoccupano, piuttosto che di porre a posteriori diagnosi o meno d'anoressia, di capire con quali modalità il digiuno sia entrato progressivamente nel linguaggio medico e nella clinica psichiatrica definendosi come una specifica sindrome. L'affascinante storia di quest'ingresso non è esente da situazioni contraddittorie e da vicende anche dolorose. È, dunque, per questi studiosi più importante riconoscere le radici culturali della scoperta dell'anoressia, alla quale attribuiscono una matrice "vittoriana", piuttosto che discriminare quali comportamenti del passato vadano attribuiti all'ambito psicopatologico e quali no.

Più recentemente, Arciero (2002) ha evidenziato che ogni epoca della coscienza umana è stata caratterizzata da un criterio d'ordinamento della realtà e individua almeno due ordini di fattori, definiti dall'autore epocali, che concorrono allo sviluppo del fenomeno. In primo luogo, è evidente che in una civiltà preoccupata del soddisfacimento della fame, una patologia legata al rifiuto del cibo non può emergere su vasta scala. Con l'emancipazione dai bisogni materiali, il cibo, mentre perde il carattere di necessità, entra in una sfera più astratta; in larghi strati della popolazione dell'Occidente si pensa a come, quando e che cosa mangiare, piuttosto che a sfamarsi. Il secondo fattore determinante è l'avvento della tecnologia dell'informazione. L'Occidente ha visto, a partire dagli anni sessanta, lo sviluppo progressivo delle tecnologie e dei mezzi di comunicazione di massa (Blanco e Reda, 2004). Il mutamento dell'ambiente umano, generato dalle nuove prospettive offerte dal mondo della tecnica, ha favorito la comparsa di forme inesplorate di costruzione dell'identità personale. L'uomo comincia a cercare fuori di sé, nel grande palcoscenico della realtà rappresentata dai media, le linee su cui modellare le proprie azioni e le proprie emozioni; ricerca fonti esterne a cui conformarsi, immagini condivise a cui adattarsi e attraverso le quali riconoscersi. Inevitabilmente ciò produce mutamenti sia a livello della struttura familiare, sia nell'allevamento dei figli; l'esteriorità comincia in tal modo ad orientare l'educazione dei bambini e le transazioni interpersonali, oltre a definire gli stati interni.

Qualunque siano i presupposti metodologici, se si ammette che il rapporto con il cibo (il digiuno in particolare) affonda le radici nella storia dell'umanità e nei miti, e assume una funzione significativa particolare, non si può non ammettere che il nutrirsi e il digiunare possano risultare carichi di valore allegorico; tale valore è rintracciabile in alcune figure quali quelle degli asceti, degli eremiti, dei digiunatori secolari e da baraccone e nei più recenti fenomeni studiati dalla scienza medica dell'ottocento fino alla definizione dell'anoressia e alla sua successiva annessione alla medicina e alla psichiatria. L'astinenza ed il rifiuto del cibo non sono mai passati sotto silenzio: quando chi digiuna, chiunque sia, santo o laico o politico, incontra lo sguardo dell'altro, provoca stupore; la sua vicenda viene raccontata e il suo segreto proclamato al mondo. Quando quest'altro è un medico, lo stupore viene accantonato per far spazio all'indagine diagnostica (Santonastaso, 1993). Questo tipo di patologia ha finito con il costituire, per psichiatri e psicologi, un polo d'attrazione fenomenale, in grado di richiamare sempre più crescenti interessi ed una gran quantità di ricerche: il perché va cercato certo nelle caratteristiche della malattia, nella sua crescente diffusione, ma forse anche nei bisogni dello psichiatra e dello psicologo, in particolare nella "fame" di una teoria in grado di spiegare la mente e dunque di restituirci un oggetto. È interessante constatare che l'80% dei lavori scientifici riguarda l'anoressia, e ciò a di-

spetto dei dati epidemiologici: forse perché l'anoressia ci spaventa di più per le più rapide ed evidenti conseguenze sul piano psico-fisico e socio-familiare, ma forse anche in quanto situazione patologica non solo decisamente incontrollabile, ma anche fin troppo strettamente correlata alla nostra attuale cultura occidentale, consumistica e edonistica, che non smette mai di martellarci con l'ideale di una magrezza socialmente vincente.

SOVRAPPESO E OBESITÀ

A partire dagli anni '80 si va assistendo nel mondo occidentale al verificarsi di una vera e propria "pandemia" di obesità: in questi paesi si mangia eccessivamente, si mangia male e si ingrassa troppo, tanto che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità è "uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi", addirittura "una nuova epidemia mondiale". Il problema della sovralimentazione è in costante crescita, al punto che oggi nel mondo il numero di persone in sovrappeso e obese uguaglia quello delle persone sottopeso. Ma quantunque l'obesità costituisca oggi, secondo l'OMS, uno fra i problemi di salute pubblica più gravi, tuttavia, è ancora un ambito di intervento assai trascurato. Si può affermare, vista la prevalenza, che ci si trova di fronte a una vera e propria epidemia globale di sovrappeso e obesità, una "globesità", come la definisce l'OMS, che si sta diffondendo sempre più e che può causare, in assenza di una azione immediata, problemi sanitari molto gravi per milioni di persone nei prossimi anni (World Health Organization, 1998).

L'abbondante disponibilità di cibi altamente palatabili ed energetici (soprattutto ricchi di lipidi) espone ad un iperconsumo di calorie, che non è né biologicamente guidato dallo stato di necessità, né consapevolmente deciso, ma che risponde ad un fenomeno detto di "iperalimentazione passiva". I lipidi sono le sostanze nutritive con il maggiore potere energetico e, offrendo il massimo contributo alla densità energetica complessiva dei cibi, sono le sostanze maggiormente responsabili del fenomeno di iperconsumo passivo. Tale fenomeno, pur inducendo un accumulo di grasso corporeo, apparentemente non genera alcuna spinta verso un minore apporto di cibo. I soggetti obesi non sono affatto stimolati a nutrirsi meno per il fatto di avere un eccesso di grasso corporeo, e questo dato sembra confortare l'ipotesi di una asimmetria di azione del sistema di regolazione fame-sazietà. Questo tipo di alimentazione, interagendo con una vulnerabilità genetica, può dar luogo in alcuni individui ad un notevole incremento dei depositi adiposi.

Cattiva alimentazione, sovrappeso e obesità sono un portato dell'Occidente e, man mano che le abitudini alimentari occidentali viaggiano dai paesi ricchi a quelli poveri, aumenta la proporzione di obesi in questi ultimi, con una differenza sostanziale: mentre nei paesi industrializzati le fasce più a rischio di sovrappeso e obesità sono quelle più svantaggiate, in quelli non industrializzati, nei quali ricchezza e prestigio significano anche abbondanza di cibo, le fasce più esposte a questa patologia sono quelle economicamente privilegiate. Sono quindi le fasce più colte e consapevoli della popolazione occidentale quelle che riescono a difendersi meglio dal pericolo rappresentato dall'obesità e dal sovrappeso, che costituiscono una grave minaccia per la salute.

Un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, può comportare soprattutto complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscolo-scheletrico; ma forte è anche l'associazione fra obesità e diabete, malattie del fegato o colecisti, cancro, ipertensione. Esistono numerosi studi che indagano i nessi tra l'eccessiva assunzione di cibo, con conseguente sovrappeso e obesità, e l'aumento della morbilità e della mortalità (Pi-Sunyer, 1993; Pinhas-Hamiel et al., 1996); secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita".

Mentre l'obesità interessa in ugual misura uomini e donne, le differenze di genere sono marcate per quel che riguarda le persone in sovrappeso, infatti la frequenza nei maschi è quasi il doppio rispetto a quella delle femmine.

Si ingrassa per una predisposizione di tipo genetico, che concorre o interagisce con altri motivi di tipo comportamentale o ambientale: scorrette abitudini alimentari, con l'assunzione di eccessive quantità di zuccheri e di grassi, spesso associate a stili di vita sedentari, possono accrescere il rischio di diventare obesi, in particolare tra le persone che presentano una propensione. Le cause del sovrappeso e dell'obesità sono indubbiamente multi-fattoriali, ma quelle che più hanno contribuito a questo così significativo aumento sono da ricollegarsi soprattutto alle modifiche dello "stile di vita", in particolare sedentarietà e diminuzione dell'attività fisica, accompagnate da aumentata e/o squilibrata introduzione calorica. Questo è tanto più vero nelle fasce più giovani della popolazione che, se pur hanno visto aumentare le ore mediamente dedicate

all'attività sportiva organizzata, hanno praticamente azzerato quella ludico-spontanea trasformandola in prolungata permanenza davanti a TV, computer e videogiochi.

Numerosi ricercatori hanno notato che i fattori sociali possono avere una grande influenza sull'odierna prevalenza di obesità. La cultura è probabilmente uno dei determinanti di maggiore importanza del peso corporeo, poiché, oltre a definire e regolare il contesto per l'alimentazione e l'attività, assegna un significato morale e sociale al peso. Nelle culture tradizionali, di fronte al rischio continuo della scarsa disponibilità di cibo, l'essere grassi veniva a rappresentare un segno di salute e di benessere. Al contrario, il sistema alimentare delle culture industrializzate offre un'ampia disponibilità di cibo ad elevato contenuto energetico, rendendo più facile l'aumento di peso, e più difficile la riduzione ponderale. In contrasto con questa realtà, nelle società industrializzate la magrezza ha assunto un valore progressivamente crescente come ideale culturale ed estetico, mentre il sovrappeso è divenuto oggetto di rifiuto e l'obesità è stigmatizzata in quanto fonte di gravi problemi di salute, e spesso associata ad un atteggiamento discriminante.

In ambito psicopatologico, il DSM-III, nel capitolo dedicato ai Disturbi dell'Alimentazione, comprendeva sia l'Anoressia Mentale sia la Bulimia, quest'ultima considerata come disturbo autonomo e distinto dall'Anoressia. Erano presenti inoltre la Pica, il Disturbo di Ruminazione dell'Infanzia ed altri Disturbi Alimentari Non Altrimenti Classificabili. Il manuale considerava, invece, l'obesità, condizione che, pur richiedendo attenzione e cure mediche, non era da inquadrarsi come disturbo mentale.

Nel DSM-IV, l'obesità continua a non comparire nella classificazione dei DCA; tuttavia tra i Disturbi Non Altrimenti Specificati è individuato il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge-Eating Disorder o BED), in cui il mancato controllo sull'alimentazione, in assenza di condotte di eliminazione, conduce a rilevanti valori di incremento ponderale. In questa categoria diagnostica vengono ad essere inquadrate tutte le forme di discontrollo alimentare che conducono a variabili livelli di obesità. Nell'obesità possono essere presenti iperfagia e/o crisi bulimiche, ma generalmente mancano tutte le possibili manovre tese a prevenire gli effetti delle abbuffate sul peso corporeo, quali il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi o di diuretici, l'uso di anoressizzanti, i digiuni periodici o l'esercizio fisico strenuo. Molti pazienti bulimici sono stati in sovrappeso o hanno una generica predisposizione all'obesità.

Alcuni autori hanno ipotizzato che nei soggetti geneticamente predisposti all'obesità esista una compromissione dei meccanismi di regolazione del sistema degli oppioidi endogeni (Margules, 1981). L'obesità individuale e familiare potrebbe costituire, perciò, un fattore di rischio per la comparsa di condotte bulimiche: dai risultati di alcuni studi, infatti, emergerebbe una correlazione fra obesità, restrizioni dietetiche e crisi bulimiche; molte pazienti bulimiche sono state in sovrappeso durante l'adolescenza e hanno iniziato a presentare crisi bulimiche in concomitanza o subito dopo un periodo di dieta.

A seconda dell'influsso di fattori quali l'entità e la frequenza delle abbuffate, il numero dei giorni caratterizzati da alimentazione compulsiva, l'eventuale presenza di occasionali condotte di eliminazione, l'attività fisica del soggetto, le sue caratteristiche genetiche, il suo stato metabolico, ecc. si possono avere condizioni di sovrappeso sino a quadri di obesità conclamata. L'incremento ponderale tende ad essere progressivo in quanto sembra che l'atteggiamento alimentare compulsivo si aggravi con l'aumentare del livello di adiposità.

La detezione della presenza del Disturbo da Alimentazione Incontrollata come concausa dell'obesità riveste una importanza fondamentale nell'approccio terapeutico al paziente obeso. L'osservazione clinica suggerisce che i pazienti con BED non trattati progrediscono nell'incremento ponderale; il controllo del binge-eating può prevenire tale incremento ulteriore con le sue deleterie conseguenze.

Dovremmo sospettare in un obeso la presenza di elementi psicopatologici riconducibili allo spettro dei Disturbi della Condotta Alimentare quando sono presenti:

- anamnesi di ampie oscillazioni del peso corporeo;
- intercorrenti restrizioni dietetiche;
- marcata preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico;
- indicatori di discontrollo sull'alimentazione;
- atteggiamento rigido e perfezionista nei confronti della dieta;
- difficoltà al calo ponderale;
- difficoltà nel mantenere l'eventuale calo ottenuto;
- comorbilità o anamnesi di un disturbo psicologico.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata sembra essere relativamente raro nella popolazione generale, viceversa è di comune riscontro tra i soggetti obesi, con valori di prevalenza crescenti, parallelamente al grado di sovrappeso. Circa il 2/3 dei pazienti che soddisfano il criterio del BED sono in sovrappeso o francamente obesi, evidenziando così il ruolo di altri fattori, metabolici, endocrini, genetici, oltre all'alimentazione, nella genesi dell'obesità.

Al contrario di quanto riscontrato nell'Anoressia e nella Bulimia Nervosa, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata sembra essere solo moderatamente più frequente nel sesso femminile rispetto al maschile (rapporto 3:2) ed equamente distribuito tra i gruppi etnici nei campioni di pazienti in trattamento per obesità. L'età di esordio non è conosciuta; l'età dei soggetti al momento della diagnosi varia tra i 30 ed i 40 anni (maggiore rispetto alle pazienti bulimiche); i pazienti obesi riferiscono l'insorgenza dei disordini alimentari (regime ipocalorico o abbuffate) attorno ai 20- 21 anni ed una storia di "weight cycling" (oscillazioni di peso maggiori di 10 kg) del peso corporeo. Tra i soggetti in sovrappeso, la presenza del BED sembra associarsi ad una più precoce insorgenza dell'obesità.

Le complicanze organiche legate al Disturbo da Alimentazione Incontrollata sono sovrapponibili a quelle dell'obesità semplice (diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, alcuni tipi di neoplasie), e la loro incidenza aumenta parallelamente al grado di obesità. I pazienti con BED, che frequentemente si situano tra i grandi obesi, sono quindi potenzialmente ad alto rischio di morbilità per queste patologie, oltre ad essere esposti alle possibili sequele psicopatologiche legate alla presenza di disturbi in comorbilità, tanto più gravi e frequenti quanto più è severo il disturbo alimentare.

Il trattamento del Disturbo da Alimentazione Incontrollata comporta la difficoltà insita nel trattare contemporaneamente un disturbo della condotta alimentare ed una condizione di obesità, presente nella maggior parte di questi pazienti. Se poi consideriamo che spesso il BED si presenta in comorbilità con altre psicopatologie, si aggiunge la necessità di trattare questi disturbi, oltre al DCA e all'obesità.

Agnese, una paziente affetta da obesità di grado grave e di 27 anni (altezza 170 cm, peso 134 Kg., BMI¹=46,37), descrive così il suo problema:

"Vorrei una bacchetta magica che mi faccia perdere tutti i chili in un solo colpo: sono grassa con tutte le conseguenze che questo comporta. Di certo non posso dire di fare una vita normale: non ho un fidanzato, non vado a ballare, non vado al mare con gli amici e non faccio tante altre cose che una ragazza della mia età normalmente fa ... ovviamente tutto questo per un profondo sentimento di vergogna. Mi tormenta una fame insaziabile e incontrollabile ... durante le abbuffate sono completamente presa da dei raptus: mentre mangio perdo coscienza, sono come in trance e mi riprendo solo quando mi sento scoppiare per l'enorme quantità di schifezze (prevalentemente dolci) che ho ingurgitato... il tutto ovviamente condito da fortissimi sensi di colpa e frustrazione e da un profondo schifo di me.

I miei genitori, sin da quando avevo 13 anni (allora ero solo in sovrappeso), mi hanno portata da medici, psicologi, psichiatri, dietisti e dietologi della mia e di altre città ... ma non ho mai ottenuto un risultato che fosse duraturo ... anzi, ad ogni nuovo tentativo, tendevo ad ingrassare sempre di più.

Sono consapevole del fatto che questa mia patologia ha anche una spiegazione psicologica, ma i miei e chi mi sta attorno credono semplicemente si tratti di pigrizia, ingordigia, mancanza di volontà, ecc.

Mi sento sempre più depressa e questo mio stato mi spaventa: a volte mi ritrovo al supermercato o in una pasticceria e, senza rendermi conto, compro montagne di dolci e di altro cibo che nascondo e che mangerò in quantità abominevoli, non appena mi ritroverò da sola per qualche minuto. Non so che fare, mi rendo conto che dovrei ricominciare a seguire una terapia; l'ultimo tentativo che ho fatto è stato l'anno scorso presso un Centro per i Disturbi dell'Alimentazione di un'altra città. Si trattava di una terapia di gruppo e anche se il mio desiderio era quello di essere seguita individualmente, mi sono comunque impegnata ad andare avanti ... ma anche quella volta dopo alcuni mesi comunque ho lasciato.

I rapporti con la mia famiglia sono molto fragili e tesi: nonostante l'indiscutibile affetto che ci lega, io non mi sento accettata e pongo un muro tra me e loro (apparentemente i rapporti sembrano ottimi, ma non parliamo mai di "cose importanti").

¹ Il BMI (Body Mass Index) o Indice di Massa Corporea (IMC) è un indicatore dello stato corporeo in termini antropometrici che correla l'altezza con il peso del soggetto. Il BMI si calcola dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri [BMI = PESO (KG) / STATURA (m)²]. Serve per verificare il peso del soggetto ed inquadralo in un'area di peso che può essere: normale, sottopeso, sovrappeso, obesità media e obesità grave. Si qualificano condizioni di sottopeso valori di BMI inferiori a 18,5, normopeso valori compresi nell'intervallo 18,5-24,9, sovrappeso da 25 a 29,9, obesità media da 30 a 39,9 ed obesità grave valori di BMI uguali o maggiori di 40.

Mi sono informata anche per le operazioni chirurgiche ma ho avuto paura per le possibili controindicazioni e anche per i rischi connessi all'anestesia. Non mi va di essere messa sotto pressione come tutte le volte in cui sono stata a dieta o seguita da uno specialista medico, quindi ho deciso di consultare uno psicoterapeuta, l'ho fatto all'oscuro dei miei familiari perché ho bisogno di tranquillità. E qui nascono altri problemi: ho lasciato l'università per la paura di fallire, di non riuscire a portare avanti gli studi e da allora (tranne una breve parentesi in una azienda) sono disoccupata. Chi mai assumerebbe una commessa, una cameriera, una babysitter, una segretaria grassa e così sgradevole alla vista? Il che comporta l'impossibilità di mantenermi da sola in una terapia e il dover chiedere aiuto alla mia famiglia: mi sento bloccata, ma purtroppo adesso non vedo altre soluzioni.

Ho bisogno di sfogarmi, perché la situazione si fa sempre più difficile: alterno momenti di lucidità ad altri in cui quasi non mi rendo conto di essere grassa e mi cullo in questa illusione finché non mi scontro con uno specchio o con una foto; le conseguenze sono dolorose, mi sento disperata e non riesco ad esprimere i miei sentimenti nei confronti di chi mi sta vicino, ho la sensazione di non avere il diritto di amare perché sono grassa.

Sono stanca di tutto questo e mi rendo conto che il mio problema sono io, adesso mi sento come in un limbo in cui non faccio altro che "rimandare" la mia vita a quando sarò magra ... sì, ma quando?"

La sottotipizzazione operata dal DSM-IV in Bulimia Nervosa Con e Senza Condotte di Eliminazione e la categorizzazione del Binge Eating ha fatto nascere molte perplessità non solo tra gli specialisti della materia, ma addirittura tra i costituenti la Task Force del DSM-IV che ha redatto il settore specifico. Il dubbio concerne la possibilità che i due quadri rappresentino in effetti il medesimo disturbo con manifestazioni differenti a carico del peso dovute a fattori diversi, come ad esempio di tipo genetico o metabolico.

Queste perplessità sono condivise dagli autori che, ritenendo i due quadri clinici rappresentativi dello stesso disturbo, utilizzeranno di seguito la categoria Bulimia comprendendo in essa i casi di sovrappeso e obesità con comportamenti alimentari disfunzionali.

VERSO UNA PSICOPATOLOGIA ESPLICATIVA

Anche se le risposte sono meno semplici di quanto non possa apparire a prima vista, di seguito, cercheremo di chiarire alcuni quesiti quali: “*Che cosa differenzia una personalità anoressica da ogni altra persona più o meno normalmente preoccupata della propria estetica e del proprio peso?*” e “*Che cosa differenzia una personalità bulimica da ogni altro individuo che tenda a risolvere episodicamente o continuativamente i propri conflitti affettivi o separativi mangiando dei dolci?*”. Appare tuttora oscuro come, dall'aderenza ad un'innocua dieta dimagrante, si possa giungere ad una distorsione dell'immagine corporea che, spesso, assume una connotazione quasi delirante. L'esordio può essere simile a qualsiasi banale regime alimentare, ma ciò che differenzia i pazienti con DCA dai coetanei “a dieta”, è l'ostinazione con cui perseguono l'obiettivo di dimagrire e l'assoluta rigidità nell'osservanza delle norme dietetiche.

Mentre i Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano un'entità diagnostica categoriale ben individuata in senso descrittivo, riguardo alle ipotesi eziopatogenetiche ed esplicative risulta esserci, fra i clinici, un minore consenso. Nonostante i limiti, la psicopatologia descrittiva, consentendo una buona omogeneizzazione delle diagnosi, ha permesso la realizzazione di fondamentali indagini epidemiologiche e il confronto fra studi clinici differenti e di vari paesi, basati su paradigmi teorici diversi. Ha avuto il grosso merito di riuscire a creare un linguaggio comune tra gli addetti ed appare utile e funzionale per la somministrazione di terapie farmacologiche, dal momento che queste ultime si occupano poco dell'indagine eziologia e delle cause o del significato del disturbo. Ma un atteggiamento descrittivo e ateorico non è altrettanto funzionale all'elaborazione di strategie psicoterapeutiche, in quanto uno degli scopi prioritari dell'intervento è proprio la ricerca del senso del disturbo. È necessario avere una teoria di riferimento per poter ricostruire il disturbo in senso esplicativo; in altri termini, la psicopatologia può acquisire un significato solo alla luce di una cornice teorica che permetta di inserire i sintomi in una visione più ampia, che presenti una congruenza interna e che possa essere riconosciuta dal paziente.

Il passaggio da una psicopatologia descrittiva ad un'esplicativa non è privo di conseguenze sia per il paziente, sia per il terapeuta. Per il paziente dare un senso alla propria sofferenza è già parte di un cambiamento terapeutico: ciò gli permette, infatti, di vivere il disturbo non più come una malattia estranea a sé che aggredisce l'organismo, ma come un modo personale di "funzionare" psicologicamente o di reagire agli eventi, che, in quanto parte di sé, può essere modificato. Per il terapeuta seguire un approccio esplicativo vuol dire abbandonare la posizione di detentore di verità e di valori assoluti, non assumere il ruolo di chi cerca di persuadere il paziente dell'inadeguatezza delle sue convenzioni e dei suoi comportamenti, ma di chi cerca, in collaborazione con lui, il significato del disturbo.

È fondamentale rendere il paziente consapevole del senso del sintomo alimentare e della finalità di comportamenti quali il digiuno o le abbuffate, il vomito o l'iperattività fisica, il calcolo infinitesimale delle calorie o l'abuso di lassativi o diuretici. Infatti, i sintomi sono di solito meccanismi d'autoinganno e attività diversive, che permettono ai pazienti di mantenere la continuità del senso di sé e di stabilizzare la propria identità. Tali meccanismi hanno la funzione sia di regolare esperienze emotive discrepanti (in questi pazienti, particolarmente, il senso di vuoto e d'inconsistenza personale), sia di evitare che affiori alla coscienza un'immagine di sé negativa.

In un'ottica costruttivista, i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei Disturbi del Comportamento Alimentare vengono inquadrati in un unico continuum, in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia le modalità di percepire la propria esperienza e di attribuire ad essa dei particolari significati. Essi si situano lungo il continuum a dipendere dalle loro manifestazioni sintomatologiche, dal livello di attività/passività e dall'attribuzione interna/esterna; si assiste, frequentemente, a variazioni nel tempo degli aspetti fenomenologici: alcuni pazienti esordiscono con un episodio anoressico, per poi sviluppare un atteggiamento bulimico con frequenti abbuffate. Nell'anoressia vi è una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata ad un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa è tipicamente esterna con atteggiamento d'autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo disconfermante. All'opposto nell'obesità psicogena vi è una motricità rallentata, con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita; l'attribuzione causale di colpa è interna con senso pervasivo di sconfitta, per cui le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé. La bulimia si trova in una posizione intermedia, con ampie oscillazioni negli atteggiamenti, che si alternano tra lo stile tipico dell'anoressia e quello dell'obesità.

A parte la comprensibile esigenza classificatoria del DSM-IV e in accordo con l'ipotesi di un continuum, sempre più autori preferiscono, oggi, parlare di Sindrome Anoressico-Bulimica, di Spettro dei Disturbi dell'Alimentazione (Pancheri e Cassano, 1999), o, meglio, secondo un più specifico punto di vista costruttivista, d'Organizzazione di Significato Personale di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Arciero, 2002). Quest'ultimo approccio consiste in un inquadramento dei disturbi alimentari in una categoria nosografica globale, sottesa da una comune organizzazione della Conoscenza che si è venuta a creare all'interno della nostra cultura di matrice occidentale, pur con forme d'espressione individuale che portano a manifestazioni comportamentali diverse; il paradigma è supportato dal fatto che molti pazienti presentano una commistione delle due forme, non pochi di loro passano da una forma all'altra, in entrambe le espressioni si rileva un identico terrore di ingrassare e l'apparenza estetica è determinante per lo stato psicologico.

Laddove le due manifestazioni patologiche non coesistono, è importante rilevare come il disturbo di tipo anoressico si presenti nella maggior parte dei casi come egosintonico, accettato ed anche esibito, un atteggiamento di fanatica ricerca di una magrezza estrema di cui vantarsi, e come, viceversa, la bulimia tenda ad essere avvertita come un disturbo egodistonico, un impulso rifiutato ed irrefrenabile che ha per conseguenza un comportamento da nascondere con forte vergogna.

Il comportamento anoressico-bulimico è un sintomo ambivalente e multideterminato: è un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, non importa se poi finisce per essere un modo per ricevere danno o punizione (ipotesi che pone un forte accento sulle caratteristiche culturali alienanti e massificanti della nostra società occidentale); è un tentativo d'opposizione alle eccessive aspettative genitoriali (se i genitori tendono a prendersi cura del bambino in funzione dei propri bisogni, piuttosto che di quelli del figlio, allora il bambino sviluppa nella prima infanzia un Sé confuso, per far piacere ai genitori, ma cova le matrici di futuri comportamenti testardi e negativisti, che in adolescenza userà per aggredirli); è un tentativo onnipotente di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso d'autonomia e d'individualità (un'attività diversiva messa in atto per tentare di uscire da una dimensione psicologica ed esistenziale di dipendenza ed impotenza).

Questi fattori sono anche accompagnati da tratti cognitivi caratteristici, che comprendono un'errata percezione della propria immagine corporea, un pensiero infantile di tipo "tutto o nulla", perlopiù centrato solo sul presente, pensieri e rituali ossessivo-compulsivi, e una percezione della realtà sociale ed un pensiero di tipo magico-persecutorio (bisogno-paura di essere 'visti').

Le abbuffate e l'uso di purganti non sono solitamente problemi compulsivi isolati. Generalmente, in questi pazienti coesistono molti altri comportamenti tendenzialmente o espressamente impulsivi o autodistruttivi (il paziente si graffia il volto e le braccia, si provoca ustioni con le sigarette, e mette in atto tentativi di suicidio

a scopo dimostrativo), soprattutto nelle relazioni più intime e nella sessualità. Sempre più spesso si rileva, inoltre, anche l'abuso di molteplici sostanze psicoattive.

La preoccupazione riguardo al cibo e al peso è dunque una manifestazione relativamente tarda, emblematica di un disturbo basilare del concetto di sé. La maggior parte dei pazienti con anoressia e/o bulimia nervosa riferisce di aver percepito da sempre interiormente la convinzione di essere completamente inadeguati ed impotenti, sentendosi incapaci di sostenere il giudizio degli altri.

LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Negli esseri umani, le modalità di percepire ed esprimere le emozioni, la capacità di attribuire significati alle proprie sensazioni e agli avvenimenti della vita, i comportamenti che ognuno di noi “sceglie” per affrontare una particolare situazione, si presentano con caratteristiche diversificate che rendono unici e diversi tra loro gli individui. Ciascuno esprime le caratteristiche personologiche nel rispetto delle proprie “teorie e regole personali”, perciò anche se i suoi atteggiamenti appaiono irrazionali o imprevedibili ad un osservatore esterno, sono in ogni caso l'espressione di una propria coerenza interna (Reda, 1996a).

Nella seconda metà degli anni ottanta, la scuola cognitivista italiana ha proposto alcuni modelli che inquadrano i disturbi alimentari in una dimensione evolutiva (Liotti, 1988; Guidano, 1988, 1992; Reda, 1996b); tali paradigmi descrivono una specifica modalità d'organizzazione della conoscenza umana, modalità a fondamento della predisposizione a comportamenti alimentari disfunzionali. Nelle osservazioni di questi autori, viene data un'ampia rilevanza all'influenza dell'ambiente evolutivo-familiare e socio-culturale nella genesi e nel mantenimento dei disturbi alimentari.

L'organizzazione della conoscenza individuale ha sviluppo e articolazione graduale. Essa rappresenta la risultante della maturazione del sistema nervoso centrale che avviene seguendo regole ereditate filogeneticamente tipiche per la nostra specie; questa complessa architettura biologico-funzionale si determina e prende forma nelle situazioni d'interazione che una mente in via di formazione ricerca selettivamente e attivamente con altre menti culturalmente formate (Trevarthen, 1992). Per mezzo delle interazioni attive, dell'intersoggettività e della reciprocità emotiva, gli esseri umani elaborano una forma di conoscenza personale, che si struttura in teorie e si organizza con modalità comportamentali, cognitive ed affettive peculiari ed originali (Russel, 1989; Feinman, 1992; Trevarthen, 1998). Attraverso processi d'adattamento e di cambiamento, questa complessa articolazione permette una condizione di stabilità e di coerenza dell'esperienza di sé, in una sorta d'equilibrio dinamico operante attraverso una “*autorganizzazione che ricerca l'ordine attraverso le fluttuazioni*” (Mahoney, 1985). In ogni individuo la presenza di fluttuazioni neurovegetative si esplica costantemente in accoppiamento strutturale con l'attività cerebrale, corticale e subcorticale (Le Doux, 1999); in quest'attività una delle funzioni di base è quella di “tradurre il tacito in esplicito attraverso la costituzione di modelli sempre più articolati e complessi di sé e del mondo”; i livelli ed i processi conoscitivi interagiscono reciprocamente in una configurazione complessiva che caratterizza ogni organizzazione di conoscenza (Guidano, 1986, 1996; Reda, 1996a).

Le organizzazioni personologiche fino ad ora individuate, e denominate dal costruttivismo “Organizzazioni di Significato Personale”, sono quattro: di tipo "Fobico", di tipo "Depressivo", di tipo "Ossessivo" e di tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni" (Guidano 1988, 1992, 1996; Reda, 2001; Arciero, 2002). Quest'ultima è alla base di tutti i Disturbi del Comportamento Alimentare, dall'anoressia alla bulimia e all'obesità psicogena. Anche se l'Organizzazione di Significato Personale di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni prende il nome dalla patologia, essa non è semplicemente definita dall'associazione con uno specifico tipo di disturbo. A caratterizzarla è una peculiare modalità di articolare la propria esperienza immediata e di spiegarsela e riferirla, ravvisabile anche in soggetti asintomatici. Questo pattern si sviluppa in stretta interdipendenza con il modello d'attaccamento che un individuo sperimenta con le figure significative, soprattutto nell'infanzia e nella fanciullezza. Come hanno ampiamente dimostrato gli studiosi della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1990), fra cui Ainsworth (1978), Bretherton (1995) e Crittenden (1994, 1997), le modalità e la qualità dell'interazione con la figura primaria d'attaccamento determinano, sin dalla prima infanzia, le coordinate e i vincoli per lo sviluppo della personalità.

L'orientamento interno/esterno, l'attribuzione di causalità e la campo-dipendenza/indipendenza rappresentano dimensioni rilevanti per meglio comprendere il funzionamento e l'articolazione delle Organizzazioni di Significato Personale.

Le organizzazioni con un **orientamento internalizzato** (inward) dell'esperienza sono quelle di tipo "Fobico" e "Depressivo". Le emozioni primarie, sin dal primo anno di vita, sono ben discriminate, in quanto la figura

di riferimento esprime il proprio stato emotivo in modo non ambiguo, a prescindere dalla sua qualità. In seguito, le emozioni valutative, che comunicano il senso di sé in relazione agli altri e ai modelli socialmente condivisi, svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione dell'emotività di base, volta soprattutto a modulare l'immediatezza del sentire. Le organizzazioni di tipo "Ossessivo" e "Disturbi Alimentari Psicogeni", vincolate da uno stile d'attaccamento costruito su atteggiamenti ambivalenti o ambigui della figura di riferimento, hanno un **orientamento esternalizzato** (outward). Le emozioni primarie non sono espresse in modo netto e definito e, pertanto, l'organizzazione del dominio emotivo è basata sull'interpretazione di stimoli ambigui accompagnati da un'attivazione indifferenziata. Le emozioni autocoscienti prevalgono rispetto a quelle di base e consentono la costituzione di un senso di sé in presenza di un sentire vago o impercettibile. L'individuo si definisce solo a partire da una fonte di referenza esterna, che al massimo può essere internalizzata (Guidano 1988, 1992).

Nel caso d'**attribuzione causale esterna**, gli individui tendono a riferire all'ambiente la responsabilità dei propri disturbi, con una rappresentazione degli altri come ingannevoli, inaffidabili, intrusivi; nel caso d'**attribuzione causale interna**, la percezione di sé è continuamente incentrata sull'inevitabilità di situazioni disconfermanti, che vengono percepite come causate dalla propria incapacità e inadeguatezza, (Guidano 1992). Quando l'attribuzione causale è totalmente esterna, le determinanti ambientali (umane, naturali o soprannaturali) sono percepite come alla base del proprio disturbo. Viceversa, un estremo orientamento internalizzato fa sì che gli individui tendano a focalizzare totalmente la responsabilità del disagio sulle proprie caratteristiche negative, marginalizzando o escludendo l'ambiente. Nei pazienti con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni l'attribuzione causale è tipicamente esterna negli anoressici, con conseguenti atteggiamenti d'autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo disconfermante; negli obesi l'attribuzione causale è interna e accompagnata da un senso pervasivo di sconfitta, perciò le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé. I soggetti bulimici si trovano in una posizione intermedia con ampie oscillazioni fra i due atteggiamenti.

Witkin e Goodenough (1977) e Witkin (1978) hanno richiamato l'attenzione sull'importanza della "**campo-dipendenza**", ossia della tendenza o meno a ricercare nel campo percettivo esterno informazioni, segnali sociali, punti di vista, atteggiamenti degli altri. Partendo da questi studi, più recentemente, altri autori (Guidano 1986, 1986a, 1988, 1992, 1996; Reda, 2001; Arciero 2002) hanno descritto due stili relazionali, che si strutturano a partire dalle modalità d'attaccamento, legati all'attenzione data o meno ai segnali emotivamente significativi che appartengono al contesto relazionale e che cambiano attimo dopo attimo: quello "campo dipendente" ("field dependent") e quello "campo indipendente" ("field independent"). Lo stile relazionale "campo dipendente" si riscontra nei soggetti che privilegiano il campo percettivo esterno rispetto alle sensazioni corporee. Pertanto, si sviluppa gradualmente uno stile personale e interpersonale che organizza la relazione con il mondo facendo prevalentemente affidamento su riferimenti esterni (caratteristiche interpersonali, ricerca di vicinanza emotiva e fisica, buona competenza relazionale); si delinea nel corso della maturazione e, successivamente, nel ciclo di vita una notevole sensibilità ai segnali emotivi immediati del contesto interpersonale. Lo stile relazionale "campo indipendente" si osserva nei soggetti che utilizzano prevalentemente le sensazioni corporee rispetto al campo percettivo esterno. In questo caso si sviluppa uno stile cognitivo e relazionale più impersonale e distaccato, meno sensibile alle relazioni sociali (con il mantenimento di una certa distanza sia fisica che emotiva dagli altri) ed emerge la tendenza a fare affidamento perlopiù su idee, principi, ipotesi e spiegazioni personali; si delinea nel corso della maturazione una prevalenza della lettura cognitiva del contesto esterno, basata sulla sua struttura e configurazione.

Negli individui che sviluppano uno stile di personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, l'unitarietà dei processi si origina a partire da una percezione vaga e indefinita di sé, e si organizza intorno a confini antagonisti e fluttuanti tra il bisogno incondizionato d'approvazione da parte di persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di poter essere intrusi o disconfermati da tali persone. La caratteristica distintiva di questo modello organizzativo è la spiccata tendenza a reagire ad ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste polarità emotive con un'alterazione dell'immagine corporea che si esprime con un comportamento alimentare disfunzionale. L'oscillazione ricorsiva tra la necessità di riferirsi ad un polo esterno per definire un proprio sé e la delusione che tale riferimento necessariamente comporta in termini di disconferma e di disapprovazione percepiti o temuti, fa sì che questi individui, per costruire modelli e teorie stabili e congruenti su di sé e sul mondo, articolino una complessa procedura semantica attraverso cui riordinare i dati dell'esperienza. La necessità/timore di un riferimento esterno che può fornire approvazione e conferme si concretizza attraverso comportamenti e schemi cognitivi che permettono di esprimere le proprie caratteristiche uniformandosi ad una serie di modelli considerati positivi; si determina, così, una costante ricerca di

sintonia sulle aspettative dell'altro, ricerca che viene agita con modalità ed atteggiamenti perfezionistici in modo da prevenire le disconferme. L'atteggiamento ipercritico nei confronti degli altri permette, inoltre, di non sentirsi troppo coinvolti o definiti: attraverso la critica viene neutralizzato l'impatto con cui eventuali rifiuti o disconferme possono ripercuotersi sul proprio senso d'identità. La capacità di valutare la propria adeguatezza è, per di più, resa difficoltosa dalla scarsa competenza, durante le interazioni interpersonali, nel decodificare i comportamenti non verbali e le espressioni facciali degli altri individui, con conseguente difficoltà nella comprensione degli stati emotivi altrui, nella definizione della propria pertinenza in quel contesto e nella gestione delle relazioni sociali.

La percezione di un'interiorità incerta e confusa favorisce una determinante dipendenza dall'ambiente nella costruzione di una teoria su di sé e sul mondo. Le manifestazioni patologiche che ne conseguono dipendono dai livelli d'organizzazione-disorganizzazione personale, di flessibilità, d'adattamento e di generatività degli schemi cognitivo-emotivi. Gli elementi invariati che caratterizzano le situazioni di scompensamento sono rappresentati dall'estremizzazione dei tratti tipici di quest'organizzazione personale: la distorsione dell'immagine corporea, la ricerca angosciata dell'approvazione da parte degli altri significativi e il timore di un inevitabile giudizio negativo, quale conferma del proprio senso d'inadeguatezza o d'incapacità personale. Per contrastare questo "ineluttabile destino", ricorrono principalmente a due strategie. La prima consiste nel cercare di stabilizzarsi attraverso la ricerca spasmodica di un punto di riferimento esterno; appartengono a questa categoria la ricerca d'approvazione da parte di una persona significativa, l'adesione ad un modello ritenuto prestigioso, l'adeguamento con le aspettative dell'altro e il perfezionismo volto alla prevenzione delle disconferme e dei rifiuti. Allo stesso scopo è rivolto l'atteggiamento ipercritico che, sovente, questi individui assumono nei confronti degli altri: quando avvertono il pericolo di sentirsi troppo definiti o disconfermati, criticano in anticipo chi può essere avvertito quale potenziale fonte di disconferma o di giudizio negativo, sminuendone anticipatamente la validità. Il rapportarsi ad un criterio esterno, al fine di strutturare una soddisfacente accettabilità personale, nasconde numerose insidie, tra cui quella di costruire teorie confermantici il senso di non essere all'altezza delle situazioni, di non farcela a soddisfare le aspettative altrui, di sentirsi ingannato, deluso o troppo definito dal contesto o dai desideri dell'altro. La seconda strategia, per contrastare il senso d'inadeguatezza e incapacità personale, si fonda sulla ricerca di un criterio interno rigido, finalizzata allo sviluppo di una percezione più netta e definita di sé. Ciò genera, nella ricerca di una percezione omogenea di sé, un'eccessiva e acritica difesa del proprio punto di vista da intrusioni, sostenuta da schemi cognitivi radicali sull'ingannevolezza del mondo; di conseguenza, questi individui assumono un atteggiamento di chiusura, evitano di esporre le proprie impressioni o convinzioni e ricorrono frequentemente alle bugie.

Nel corso del loro ciclo di vita, gli individui con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni oscillano ricorsivamente fra questi due atteggiamenti. Dal riferimento ad un criterio esterno ricavano un'immagine che può avere una minore o maggiore accettabilità e stabilità a dipendere da quanto il soggetto sente che riesce a rispondere alle aspettative dell'altro. Tuttavia, la percezione di sé che deriva dall'adesione ad un criterio interno rimane costantemente vaga, anche quando il soggetto sente di corrispondere ai desideri dell'altro. Queste tendenze, tra l'altro, spiegano un fenomeno piuttosto frequente anche in soggetti con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni in fase di stabilità e che non presentano scompensi clinici: la sensazione di essere solo apparenza, di corrispondere alle aspettative degli altri, di fornire un'immagine positiva ma, nello stesso tempo, proprio perché c'è questa percezione confusa di sé, di non essere in realtà come ci si sente di apparire. La necessità di maturare un senso di coerenza interna li rende, alle volte, iperattivi e li fa impegnare freneticamente in molteplici attività, per deviare la propria attenzione da tutti i temi che possono suscitare l'impressione di non sapere con certezza quello che si vuole dalla vita. Purtroppo questa strategia comporta il rischio di avvertirsi vuoti, indefiniti, inattendibili, con la conseguenza di orientarsi nuovamente su un criterio esterno.

LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ PERSONALE

La capacità d'autorganizzazione e i processi d'attaccamento, strettamente connessi fra loro, sono alla base della costruzione dell'identità personale (attitudine verso se stessi) e dei ruoli relazionali ad essa collegati (attitudine verso gli altri). La reciprocità ideo-affettiva permette la lettura degli stati interni ed orienta la strutturazione degli assetti emozionali e delle modalità comportamentali; tali processi portano a caratterizzare, nel corso dello sviluppo, l'identità personale che connoterà poi l'intero ciclo di vita soggettivo. Il confine tra sé e non sé, tra senso d'unicità personale, ossia di demarcazione dagli altri, e senso dell'alterità, o meglio d'appartenenza al contesto relazionale, emerge con caratteristiche diverse da soggetto a soggetto, a dipendere dal dispiegarsi dei vari pattern d'attaccamento. L'identità personale possiede due aspetti funzionali: quello

dell'individuazione di sé dal resto del mondo e quello della comunicabilità intersoggettiva, dell'appartenenza a narrative socialmente e culturalmente condivise. Quest'ultimo aspetto consente a ciascun individuo di sentirsi riconosciuto e accettato dagli altri (Bruner e Kalmar, 1998). L'identità svolge la funzione di contenere e modulare il flusso emotivo interno, e si modifica in relazione alla possibilità e alla necessità di regolare la sua intensità: l'individuo muta in conseguenza del bisogno di contenimento della propria emotività.

Recentemente alcuni studi sui processi di costruzione dell'identità personale (Lewis e Brooks Gunn, 1979; Lewis 1993, 1994, 1995) hanno condotto alla definizione di due tendenze di base nelle procedure di messa a fuoco di sé, tra le quali esiste comunque un continuum. Nella messa a fuoco dall'interno (inward orientation), l'individuo dirige la costruzione dell'identità sull'interiorità e sul mantenimento del senso di sé. L'orientamento "inward" comporta la tendenza a modificare l'ambiente esterno per renderlo consono alle necessità interne. In questi casi, con lo sviluppo di una precoce messa a fuoco delle emozioni basiche (paura, rabbia, tristezza, gioia), il soggetto percepisce come primario ciò che sente. Poiché i tratti emotivi sono basati prevalentemente su configurazioni d'azioni, d'emozioni e di significati correlati a stati emotivi primari ben differenziati, l'organizzazione del dominio emotivo è centrata su eventi prevalentemente interni. Nella messa a fuoco dall'esterno (outward orientation), l'individuo polarizza la costruzione dell'identità sulla sintonizzazione ad un riferimento esterno. L'orientamento "outward" è centrato, quindi, sull'alterità e sulla variabilità del contesto relazionale e comporta la tendenza a modificare il mondo interno al fine di renderlo conforme con l'esterno. Prevalgono stati emozionali autocoscienti (per esempio: vergogna, colpa, orgoglio, imbarazzo) che orientano l'attenzione sulla corrispondenza con le figure esterne percepite come più significative; richiedendo capacità cognitive di tipo autoriflessivo, queste tonalità emotive compaiono più tardi nello sviluppo (rispetto alle emozioni di base) e sono in genere più sfumate nelle loro espressioni comportamentali. Poiché le configurazioni di stati emotivi ricorrenti sono costituite prevalentemente da emozioni valutative, l'organizzazione del dominio emotivo è centrata su fonti esterne di significato.

L'identità personale, come atto riflessivo, si articola all'interno della relazione con l'altro, e prende forma nella regolazione reciproca fra l'esperienza vissuta e la sua ininterrotta ricomposizione in una storia coerente. Il linguaggio consente di riordinare e di comunicare la propria esperienza in un modo intelligibile e di renderla, attraverso una coerenza narrativa, più consistente, stabile e continua con la conoscenza di sé e del mondo nel quale si è immersi (Taylor 1993).

L'esperienza personale può essere compresa e resa comunicabile grazie alla temporalità che essa acquista all'interno del dominio linguistico. Si possono distinguere due modi d'ordinamento temporale dell'esperienza (Ricoeur 1993, 1994, 1995): il primo fornisce un senso di persistenza nel tempo (sameness o "medesimezza") ed è indipendente dalle situazioni contingenti; il secondo è legato alla mutevolezza degli eventi (selfhood o "ipseità) e fornisce il senso di "costanza di sé" (Arciero, 2002). La medesimezza è connessa all'assemblaggio d'esperienze emotive e di configurazioni di comportamento che un individuo riconosce come ricorrenti e tipicamente personali. L'ipseità, legata alle circostanze in atto di volta in volta ed in quanto tali imprevedibili, fornisce un senso di sé mutevole e molteplice che necessita di essere integrato con il senso di medesimezza. L'equilibrio fra questi due processi d'ordinamento dell'esperienza favorisce la flessibilità della trama narrativa e, di conseguenza, permette maggiori capacità d'adattamento e di stabilità. In una trama flessibile, gli eventi emotivi imprevisi sono facilmente integrati nell'esperienza passata e sono in grado di modificare le aspettative future, senza essere percepiti come estranei né interrompere il senso personale di continuità. Attraverso l'ininterrotta riconfigurazione delle proprie esperienze in un racconto, emerge "l'identità narrativa" (Ricoeur, 1986). Quest'ultima ha origine dalla dialettica ricorsiva fra la medesimezza, che garantisce il senso di persistenza nel tempo, e l'ipseità, che fornisce un senso di costanza legato alla contingenza e ai cambiamenti (Guidano 1992; Arciero, 2002). L'identità, rappresentata come l'atto riflessivo di una narrazione autobiografica che stabilizza il senso di continuità del sé, consente di chiarire il quesito di come un individuo muti nel tempo rimanendo se stesso. Le modalità d'ordinamento della propria esperienza nel tempo sono strettamente connesse all'organizzazione del dominio emotivo di conoscenza, che, a sua volta, dipende fondamentalmente dalla relazione primaria d'attaccamento (Guidano 1988, 1992, 1996).

La stretta interazione tra sistemi d'attaccamento, processi di costruzione dell'identità personale e Disturbi della Condotta Alimentare è stata indagata fin dagli anni settanta, in particolare, da Ilde Bruch (1973) e Mara Selvini Palazzoli (1974), che hanno proposto un ruolo centrale dei sistemi d'attaccamento nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi alimentari; in seguito la correlazione tra sistema d'attaccamento e DCA è stata sviluppata da diversi altri autori (Shaver e Hazan, 1995; Salzman, 1996; Candelori e Ciocca, 1997, 1998).

In una serie di brillanti ricerche, Irene Chatoor e collaboratori (1988) evidenziano la presenza di disturbi alimentari in bambini in età preverbale, e mettono in luce come questi non trovano la soddisfazione dei loro bisogni e la comprensione dei loro sentimenti espressi con il pianto negli atteggiamenti di reciprocità con le figure d'accudimento. I genitori non sono in grado di cogliere il significato dei segnali emotivi dei propri figli e le loro risposte alle necessità dei piccoli sono incongruenti. Manifestano grosse difficoltà a capire richiami fondamentali, quali i segnali di desiderio, di gioco, di andare a dormire, di mal di pancia, o altri ancora; quando i genitori imparano a comprenderli e, riconoscendo i bisogni espressi, rispondono con comportamenti adeguati, i bambini riacquistano un senso di stabilità con la remissione della sintomatologia alimentare (Chatoor e Egan 1983; Chatoor et al., 1985).

Nel bambino si sviluppa, precocemente, una particolare abilità nell'adattare il proprio comportamento alle richieste familiari; in virtù di quest'abilità, il bambino che strutturerà una personalità di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** anticipa i comportamenti dei genitori che avverte come discrepanti rispetto ai propri stati emotivi, il che concorre a generare confusione nel riconoscimento delle proprie emozioni e difficoltà nella loro regolazione. Tali interazioni disfunzionali contribuiscono ad ostacolare lo sviluppo dei processi di differenziazione somatopsicologica, necessari a distinguere la varietà delle sensazioni somatiche (quali la fame, la sazietà o la stanchezza) dagli stati emozionali (quali la rabbia, la frustrazione o il bisogno d'affetto) (Blanco et al., 2000). Intorno alle configurazioni sensoriali esperite cominciano, in tal modo, a comporsi quei sistemi di significati soggettivi alla base dell'identità personale e del pensiero narrativo (Bruner, 1992, 1994). Quest'ultimo processo consiste nel raccontare storie su di sé a se stessi e agli altri. Con lo sviluppo della "narrativa autobiografica" si vanno organizzando quei sistemi di significati che danno senso alla nostra esperienza. La costruzione di significati si genera dal continuo realizzarsi della nostra storia e della nostra trama narrativa (Bruner, 1992, 1994; Maturana e Varela, 1987, 1988; Maturana, 1995).

La costante inibizione dell'espressione emozionale, provocata dalla percezione confusa dei bisogni fisiologici e degli stati emotivi e dalla difficoltà a distinguerli, si rifletterà sullo stile d'attaccamento, sull'identità e sull'attribuzione di significati rispetto alle percezioni somatosensoriali, alle immagini e ad i pensieri che costituiscono tali vissuti emotivi; aumenterà, di conseguenza, la confusione nel definire un sentimento e nell'imparare a modularlo.

Il cibo diventa, così, l'ambito in cui il fanciullo può controllare il suo ambiente ed esprimere le proprie esigenze vitali. Quando i bambini rifiutano il cibo nello sforzo di rivendicare una maggior autonomia, alcune madri, incapaci di interpretare questi comportamenti correttamente, si sentono frustrate e conseguentemente rifiutano i loro bambini. Il rifiuto, provocando profondi sensi di colpa e d'inefficienza, le porta ad incrementare gli sforzi mercanteggiando con loro, supplicandoli, o cercando di distrarli. In ogni modo, a maggiori sforzi seguono maggiori resistenze, e quando questo modo di nutrire i bambini diventa sistematico, questi ultimi diventano più abili nell'attirare l'attenzione rifiutando il cibo (Blanco et al., 2000). Tali dinamiche, espresse per lo più in un costante controllo sulla relazione, rendono le madri incapaci di riconoscere i tentativi dell'infante d'autoalimentarsi.

L'essere fuori sintonia reciproca conduce madre e bambino a sperimentare livelli di frustrazione e d'angoscia sempre maggiori (Reda, 2001). L'iperadeguatezza ed il perfezionismo permettono al bambino di anticipare e neutralizzare i temuti comportamenti intrusivi e disconfermanti da parte dei genitori, garantendo una protezione preventiva rispetto a possibili critiche o ad intense perturbazioni emotive. La famiglia in cui vige uno stile comunicativo caratterizzato dall'invischiamento non riesce a gestire il naturale cambiamento dei bisogni e della relazione che avvengono nel periodo adolescenziale; la comunicazione di bisogni e affetti viene costantemente elusa e si strutturano complesse strategie per l'evitamento dei conflitti familiari (Lattimore et al., 2000).

Frequentemente, le madri dei pazienti con DCA presentano un'organizzazione rigidamente basata sulla direttività e sulle disconferme, e strutturano relazioni incentrate su ripetuti tentativi d'intrusione, finalizzati al controllo d'ogni emozione e/o pensiero del figlio interferente con l'omeostasi familiare; agiscono queste intrusioni anticipando costantemente la definizione del mondo, tendendo a definire i sentimenti del figlio e cercando di sostituirsi ai suoi sistemi di rappresentazione, aspettative e dialoghi interni. In una ricerca condotta da Pilleri e collaboratori (2001) su quattordici pazienti con DCA e sulle loro madri si rilevano, nei pazienti, pattern d'attaccamento prevalentemente di tipo "ansioso-ambivalente" (denominato resistente o pattern C, nella terminologia della Ainsworth, 1979) e il pattern "disorientato-disorganizzato" (denominato pattern D); gli autori hanno messo in evidenza anche nelle madri una prevalenza delle stesse modalità nello stile d'attaccamento. I padri di questi pazienti presentano, abitualmente, atteggiamenti basati sull'evitamento

delle responsabilizzazioni familiari e del coinvolgimento emotivo, si preoccupano dell'aspetto fisico, del rendimento scolastico o sportivo senza preoccuparsi degli stati emozionali, delle sensazioni e dei punti di vista del figlio; evitano in qualunque modo di approfondire i problemi e di intervenire in modo chiaro e definito rispetto alle richieste emotive che vengono loro proposte.

L'adolescente con organizzazione di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** non è in grado di riconoscere e gestire le proprie sensazioni, lo schema corporeo non viene rappresentato e percepito in modo coerente con le sensazioni emotive, che rimangono indefinite; il tentativo di inserirle in un sistema di significato, per poterle esplicitare a se e agli altri, provoca fluttuazioni insostenibili al momento di metterle a fuoco e di esprimerle, l'attenzione viene spostata sulla risposta dell'altro, con un'aspettativa d'incomprensione e di disconferma. Queste fluttuazioni provocano una sorta di disorganizzazione interna dei vari sistemi in collegamento tra loro nella strutturazione dell'organizzazione cognitiva. La spinta emotiva che avviene al momento dell'adolescenza permette, normalmente, di prendere consapevolezza dei propri stati interni e delle proprie caratteristiche emozionali; nei soggetti con personalità di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni**, invece, si consolida un deficit di base dell'autoconsapevolezza in cui i pattern semantici escludono o distorcono attivamente, seppur in modo inconsapevole, la traccia somatosensoriale dell'esperienza emozionale. In questi individui, la trama narrativa su cui si articola la rappresentazione di sé si contraddistingue per l'utilizzazione prevalente di dimensioni semantiche che caratterizzano la propria identità personale in termini di oscillazioni tra giudizio/noncuranza, conformità al ruolo/inadeguatezza, superiorità/inferiorità, volitività/arrendevolezza. Le emozioni prevalenti sono rappresentate da sentimenti di delusione/impotenza, mentre la descrizione delle proprie modalità relazionali si caratterizza per fluttuazioni tra temi di adeguamento/opposizione, stima/disistima, scelta/rifiuto, ribellione/evitamento dei conflitti (Di Pasquale e Rivolta, 2003). La narrativa emozionale risulta confusa: si rileva la necessità di adeguarsi all'altro significativo, ma contemporaneamente un forte bisogno/timore del giudizio ed una notevole mancanza d'autonomia. L'identità personale si struttura in pattern narrativi caratterizzati da un atteggiamento verso se stesso che oscilla tra il valore assoluto e la critica più spietata, e da un atteggiamento verso la realtà basato sull'ambiguità, in cui il mondo rappresenta la fonte delle possibili conferme sempre attese, ma anche delle possibili e temutissime delusioni. I rapporti con le persone significative sono vissuti in modo ambivalente con significati fluttuanti tra il deludere gli altri e il rimanere deluso dagli altri, evitando comunque di definirsi attraverso l'indefinitezza e la superficialità nella gestione delle relazioni interpersonali.

LA NARRATIVA EMOZIONALE

La narrativa emozionale rappresenta quella modalità personale che ciascuno di noi utilizza per caratterizzare la propria vita affettiva e connotare emotivamente se stessi e il mondo. Attraverso la costante azione d'assemblaggio e di riorganizzazione dei pattern narrativi e delle tonalità affettive loro connesse, ogni individuo riordina e riferisce a sé la propria esperienza emotiva all'interno del personale senso d'identità e d'unicità (Reda, 1996b).

Gli schemi emotivi e i ritmi psicofisiologici loro correlati sono le componenti basilari della natura specificamente emozionale della coscienza dell'infante (Izard e Buechler, 1978; Izard 1979). Sulla base della qualità delle interazioni e degli scambi affettivi all'interno della relazione d'attaccamento, le tonalità emozionali di base si trasformano, durante lo sviluppo, in tratti emotivi stabili. Attraverso la prevedibilità dei comportamenti genitoriali e gli scambi affettivi ritmici e regolari, il bambino focalizza le emozioni di base e il loro assemblarsi con percezioni, azioni e ricordi. La reciprocità emotiva madre-bambino rappresenta, perciò, la base su cui si articolano le configurazioni d'attaccamento stabili nel tempo, che vanno ad organizzare la medesimezza d'ogni individuo.

A prescindere dalla qualità dello scambio emotivo, risposte comprensibili e prevedibili alle richieste affettive del bambino favoriscono lo sviluppo di una narrativa emozionale polarizzata in maggior misura sull'interiorità, con un predominio, in questi individui, del senso della continuità (medesimezza). Allorché, viceversa, il genitore risponde in modo incoerente e confuso ai richiami del bambino, quest'ultimo sviluppa una scarsa capacità di discriminazione degli stati emotivi interni; prevale, in tal caso, una narrativa polarizzata sull'esteriorità, a causa di un'attivazione neurovegetativa indifferenziata, di volta in volta interpretata a dipendere sia dalle circostanze, sia dal significato condiviso dall'ambiente circostante. In ragione della minore demarcazione dall'esterno e del senso di confusione interiore, la narrativa emozionale di questi individui si orienta verso l'ipseità, attivando un senso d'instabilità interiore e frequenti variazioni nella percezione del senso di sé.

Il contesto familiare dei pazienti con DCA è caratterizzato da una scarsa o da una distorta comunicazione esplicita degli affetti: momenti di comprensione si alternano a momenti di distacco, e le relazioni parentali oscillano ricorsivamente tra la piena approvazione e le critiche spietate. Lo stile affettivo della famiglia determina, in questi individui, lo strutturarsi di modalità peculiari nella gestione dei rapporti affettivi: da un lato si assiste ad una ricerca esasperata di un sentimento sincero, che nelle fasi iniziali delle relazioni essi percepiscono nel partner, dall'altro è sempre presente l'aspettativa della delusione.

L'esperienza di delusione, da parte di una figura percepita prima come riferimento affettivo e poi, all'improvviso, inadeguata rispetto alle aspettative, attiva reazioni emozionali di sfiducia e di rabbia che, pur episodiche e transitorie, sono ricorrenti. Per loro, l'amore costituisce una fondamentale opportunità d'approvazione personale e, per questo, l'ambito in cui si riversano le più penose apprensioni di delusione.

Queste caratteristiche si presentano, in modo più o meno intenso e disturbante, sia nelle fasi di compenso che in quelle di scompenso clinico e si esprimono attraverso atteggiamenti e comportamenti tipici messi in atto nella costruzione, nel mantenimento e nella rottura dei rapporti affettivi. Al fine di confermare, anche se inconsapevolmente, le proprie ineluttabili aspettative di delusione, solitamente sviluppano un interesse per oggetti d'amore impossibili o geograficamente lontani, e generalmente valutati in termini di fama, di successo sociale e/o sicurezza personale.

Le relazioni sono contraddistinte dall'angosciosa ricerca di certezza assoluta di fedeltà del partner e di sicurezza affettiva, al fine di neutralizzare le attese di delusione; la solidità del rapporto deve essere costantemente rafforzata attraverso un'assidua richiesta di rassicurazioni e una serie di continue messe alla prova, rivolte a confermare le aspettative di comprensione, fiducia e sincerità. L'ossessiva ricerca di rassicurazioni e le assidue messe alla prova nei confronti del partner, se da un lato forniscono sicurezza e approvazione, dall'altro finiscono per logorare il rapporto affettivo, generando situazioni di profondo conflitto e di rifiuto. Viene esercitato un persistente e costante controllo mentale ed emotivo sul partner: bisogna essere sicuri di quello che l'altro prova e pensa nei propri confronti, poiché al suo giudizio è connessa la definizione della propria identità personale (Amoni e Caridi, 1982).

Il rapporto sessuale fornisce intense emozioni stabilizzanti il senso di sé positivo, ma nello stesso tempo è vissuto frequentemente come fonte di pericoloso coinvolgimento; il rischio viene evitato attraverso la selezione di partner sessuali poco interessanti, con la conseguenza di impedire che si configurino condizioni che potrebbero portare al sospirato ma temutissimo innamoramento. L'intimità, spesso, non è sperimentata in modo spontaneo e piacevole, ma viene sentita con disinteresse e noia (Reda, 2001).

La percezione di un rapporto affettivo conflittuale e disconfermante provoca una fortissima delusione rispetto alle aspettative massimali d'amore e comprensione. Il tema della delusione, una volta attivato, può essere integrato nella propria narrativa emozionale attraverso due diverse articolazioni di significati: nel caso d'attribuzione causale interna, verranno confermate le previsioni rispetto alla propria scarsa amabilità, con una prevalenza di sentimenti d'inadeguatezza ed incapacità ed atteggiamenti di rassegnazione e rinuncia; nel caso d'attribuzione causale esterna, saranno invece gli altri ad essere deludenti ed inadeguati, con sentimenti di frustrazione e rabbia agiti attraverso la critica e la svalutazione del partner.

L'esclusione o la marginalizzazione degli aspetti emozionali nell'esperienza personale viene operata attraverso una complessa articolazione di trame narrative che oscillano ricorsivamente tra l'iperidealizzazione e la svalutazione di sé e dell'altro; queste tracce semantiche hanno lo scopo di modulare preventivamente le emozioni negative che si determinano nelle situazioni di confronto con gli altri significativi.

La mancata integrazione tra sensazioni e significati implica, da un punto di vista neurovegetativo, l'incapacità di un'efficace identificazione e regolazione delle emozioni quando queste vengono attivate. Nelle valutazioni psicofisiologiche dei soggetti con organizzazione di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** si manifestano, sia nelle fasi di compenso che in quelle di scompenso sintomatologico, particolari difficoltà a dare consistenza precisa alle sensazioni corporee come, per esempio, quelle di fame e sazietà, quelle sessuali, il riconoscimento della fatica fisica e del dolore e le alterazioni della temperatura non correlate alle condizioni ambientali.

Alcuni studi sulle modalità d'organizzazione psicofisiologica dei soggetti affetti da DCA (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) spiegano le disfunzioni nei processi d'integrazione somatopsichica, ed evidenziano particolari pattern di correlazione fra attività muscolo-espressiva e risposte autonome. Durante le sedute di registrazione poligrafica, questi pazienti non riescono a modificare il tono muscolare, manifestando una notevole difficoltà di "comunicazione mentale con la propria immagine corpo-

rea". Sono incapaci di modulare finemente il tono muscolare a meno che non vengano loro manipolate o stimolate le masse muscolari; la stimolazione dei distretti muscolari migliora le capacità di discriminazione percettiva e facilita in loro il controllo somatico. Nei pazienti con anoressia è stata notata una reazione d'allarme ai primi tentativi di rilassamento muscolare, a conferma del loro implicito rifiuto a lasciarsi andare in qualsiasi situazione; è stata anche osservata una correlazione diretta fra la conduttanza cutanea e la temperatura periferica (alla diminuzione del tono muscolare e della conduttanza, diminuisce la temperatura). Tale risposta paradossale indica un allarme somatico alla diminuzione di vigilanza. Nei pazienti con bulimia od obesità si verifica una mancanza di qualsiasi correlazione dei parametri psicofisiologici, che sembra indicare una sorta d'implicita rinuncia, rassegnazione e disimpegno; in tale gruppo appare notevolmente ridotta, rispetto ai pazienti anoressici, l'ampiezza delle risposte autonome.

Dal punto di vista psicofisiologico, l'elemento caratteristico è rappresentato dall'assenza di correlazione tra espressione somatica (misurata attraverso il potenziale elettromiografico, EMG) e parametri neurovegetativi (conduttanza cutanea, GSR; frequenza cardiaca, HR; temperatura periferica, TEMP), con la presenza di rilevanti fluttuazioni nell'attivazione neurovegetativa (GSR, HR, TEMP) a cui non corrisponde una significativa variazione della risposta corporea (EMG). Poiché alle oscillazioni rapide e ampie delle risposte autonome, non si verifica nessuna variazione nell'attività muscolare, questo fenomeno autorizza ad ipotizzare, nei pazienti monitorizzati, una disconnessione tra percezioni viscerali e risposte muscolo-espressive.

La mancata integrazione fra attività autonoma e componenti muscolo-espressive, e la confusa percezione del proprio corpo spiegano le alterazioni sensoriali che questi individui sviluppano abitualmente. Per esempio, mostrano difficoltà nel distinguere tra stimoli di fame e sazietà, hanno una soglia alterata alla fatica (bassa nel caso d'obesità e alta in quello d'anoressia) e frequentemente mostrano alterazioni sensoriali nella soglia al dolore (sensibilità ridotta o eccessiva, anestesie) e nella sfera sessuale (difficoltà nella fase d'eccitazione e anorgasmia). L'alta soglia al dolore contribuisce alla formazione di comportamenti autolesivi; essi, infatti, vanno incontro spesso a forme d'aggressività autodiretta procurandosi volontariamente ferite, ustioni e contusioni autoinferte. L'alta soglia alla fatica spiega l'iperattività fisica dei pazienti anoressici, condizione che contrasta sorprendentemente con il deperimento fisico. È frequente che compiano esercizi fisici aerobici per diverse ore ogni giorno, come marcia, nuoto, bicicletta, o che corrano per chilometri, o si dedichino alla danza, alla ginnastica, alla palestra, così da scongiurare il minimo aumento di peso. L'ambigua e vaga percezione che essi hanno del corpo fa capire il rapporto dell'anoressia con la dismorfobia, ambito che costituisce un terreno oggetto di varie interpretazioni. È da segnalare innanzitutto il disturbo della percezione delle proporzioni corporee, tipico della malattia e criterio diagnostico necessario. La presenza di un diverso tema da dismorfismo corporeo (riguardante la pelle, i capelli, la peluria) o di una non corretta valutazione di una parte del proprio corpo (l'addome, i fianchi, i glutei, gli arti inferiori) percepita come deforme o come troppo grande, è più tipica delle forme bulimiche.

Dallo studio delle modificazioni dei parametri psicofisiologici, registrati successivamente alla remissione della sintomatologia clinica, è emerso che i pazienti monitorizzati, pur non modificando significativamente la morfologia degli assemblaggi autonomi, mostrano una maggior flessibilità nelle risposte agli stimoli e un più rapido recupero agli eventi stressanti (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001). Da un punto di vista psicofisiologico, la stabilità o la "normalità" sembra caratterizzata da modalità individuali flessibili nella sincronizzazione dei ritmi periodici emozionali con le componenti espressivo-motorie; il cambiamento terapeutico nei pazienti esaminati è denotato in una maggiore stabilità nelle correlazioni (ad indicare una miglior capacità percettiva ed espressiva) e in una ridotta latenza dei tempi di recupero agli stimoli attivanti (ad indicare una maggiore flessibilità dei pattern autonomi). La capacità di assimilare le perturbazioni fornisce il grado d'articolazione del sistema e la misura delle sue capacità di cambiamento e riorganizzazione attraverso il susseguirsi di una serie d'equilibri instabili. In quest'ottica, negli stati di scompenso, la capacità d'assimilazione dell'organizzazione, consentita dalla flessibilità delle sue risposte, è ridotta, e un gran numero di vincoli e di ritmi tendono ad irrigidirsi.

Dai dati emersi nelle ricerche riportate (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) e in un'ottica costruttivista (Guidano, 1988, 1992), normalità, nevrosi e psicosi sembrerebbero proporsi come un unico continuum con dimensioni dinamiche e mutevoli i cui confini sono spesso indistinguibili. All'interno di questo spazio pluridimensionale, "la normalità" sembra essere caratterizzata da una maggiore flessibilità e generatività dei vincoli psicofisiologici con cui un'organizzazione di significato assimila e smorza le perturbazioni interne ed esterne, articolando in tal modo la propria direzionalità ortogenetica nel corso del ciclo di vita. Se un'organizzazione, durante la propria storia di sviluppo, irrigidisce tali vincoli, con conseguente insufficiente articolazione della dimensione concretezza-astrazione, può evolvere verso una

"dimensione nevrotica", mentre se, alla rigidità dei ritmi psicofisiologici e al limite rappresentato da un'elaborazione troppo concreta delle informazioni, si aggiunge un incremento di disorganizzazione nell'integrazione delle risposte psicofisiologiche con interferenze, più o meno intense, sulle capacità autointegranti del Sé, l'individuo tende a slittare verso una "dimensione psicotica".

Il bisogno innato di regolarità sembra tradursi nella formazione di un nucleo di stabilità della modulazione dei ritmi psicofisiologici e nella loro percezione, stabilità necessaria alla costruzione dell'immagine corporea e del senso di sé. Il programma biologico innato sembra modularsi in base alle modalità d'interazione affettiva e produrre dei sottoprogrammi individuali. I dati emersi negli studi citati (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) sembrano dimostrare che la flessibilità individuale dei vincoli autonomici gioca un ruolo importante nella regolazione delle emozioni e nella costruzione di una narrativa flessibile. Gli individui con uno stile affettivo rigido mostrano difficoltà a modulare l'intensità delle emozioni sgradevoli una volta innescate e tendono a manifestare una maggiore reattività agli eventi stressanti. Le differenze osservate sono concettualizzabili come una diatesi che regola la reattività agli eventi emotivi significativi e che altera la personale vulnerabilità allo sviluppo della psicopatologia.

STABILITÀ E SCOMPENSI

L'incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare ha la sua massima espressione nella popolazione femminile in età adolescenziale e post-adolescenziale, ma l'organizzazione di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** è altrettanto frequente nel sesso maschile, sebbene si manifesti in situazioni di scompenso con modalità differenziate. I sintomi alimentari tendono a manifestarsi da soli o in associazione con altri disturbi (Callieri, 1996, Iwasaki et al., 2000) in un continuum clinico che varia da forme lievi fino a forme psicotiche (Montecchi, 1996); in alcuni individui, lo scompenso si presenta con una diversa espressività della sintomatologia, che può variare dai disturbi d'ansia e dello spettro ossessivo-compulsivo a quelli dell'umore, dai disturbi somatoformi a quelli correlati all'abuso di sostanze e al discontrollo degli impulsi, ai disturbi della condotta, a quelli psicosessuali, fino a quadri francamente schizofrenici e dissociativi (Nardi, 2001).

Le peculiarità premorbuse dei pazienti con DCA sono in genere simili: bambini o adolescenti timidi, remissivi, ubbidienti, perfezionisti e competitivi; coscienti e tesi ad ottenere il massimo da ogni prestazione, hanno un rendimento scolastico spesso superiore alla media. Alle volte, si rilevano, al contrario, caratteristiche temperamentali di maggiore estroversione, con modalità comportamentali di tipo oppositivo e con propensione alla competizione.

All'origine di questo tipo di costruzione di sé è un attaccamento in cui è presente un'inattendibilità o un'ambiguità della figura di riferimento, nel quale si produce uno scambio emotivo che non consente la discriminazione degli stati interni, se non in termini di un generico arousal emotivo. L'organizzazione del dominio emotivo è centrata, pertanto, su emozioni "cognitive", in genere selezionate in sintonia con quelle genitoriali. Anche il comportamento viene di volta in volta adattato al mutare dei contesti e delle persone di riferimento, con conseguenti ansia e imbarazzo. Soprattutto se i genitori hanno avuto e mantengono un atteggiamento di conferma del valore del figlio, con l'adolescenza è possibile che si crei un modello integrato e internalizzato delle aspettative esterne, e che l'identità si mantenga sufficientemente costante e differenziata dalla fonte di referenza esterna. Nel caso contrario, l'identità si sviluppa con contorni vaghi e fluttua secondo la corrispondenza ai diversi contesti, con un netto sbilanciamento a favore dell'ipseità. In tal caso la demarcazione dall'altro, sempre avvertito come invadente e giudicante, si realizza attraverso modalità attivamente oppostive o passivamente aggressive (Arciero, 2002). Nell'organizzazione tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni**, poiché l'identità è definita su di un'alterità, prevalgono i temi d'autonomia, di capacità prestazionale, d'accettazione da parte dell'altro, d'affettività e d'esteriorità; questi temi sono presenti in varie forme, da quelle più concrete e sintomatiche, a quelle più astratte e creative.

Le peculiarità "outward" permettono di comprendere meglio in che modo un'esperienza destabilizzante possa condurre ad un cambiamento patologico dell'identità narrativa e quali siano le particolari modalità di tale trasformazione. La conoscenza di sé e l'individuazione delle proprie percezioni, emozioni e opinioni avvengono attraverso l'adesione al mondo di un altro significativo (Guidano 1988, 1992). Nelle forme più rigide e concrete, qualsiasi fonte esterna può essere utilizzata per definire uno stato interno (per esempio, è sufficiente constatare che la bilancia segnala qualche grammo in più per "sentirsi grassi"), e la propria esistenza deve essere accreditata dalla relazione con una persona significativa. La percezione di non corrispondenza alle aspettative esterne genera un senso d'inadeguatezza e si accompagna ad emozioni di colpa e di vergogna, mentre all'assenza dell'altro significativo corrisponde un senso di vuoto, di disgregazione e di frammentazione. In un'esperienza di solitudine risulta estremamente difficile mantenere stabile l'identità e una condizione

d'autonomia può comportare un senso d'inaffidabilità personale, spesso risolto col tentativo di conformarsi ad un criterio ideale di riferimento al prezzo di un senso di non autenticità e di non spontaneità. Di contro, la dipendenza da un'alterità per la definizione di sé fa sì che la presenza della persona di riferimento venga percepita come intrusiva, con conseguente senso di non protagonismo, d'incapacità, d'annullamento. Tali sensazioni sono spesso regolate adottando un atteggiamento oppositivo verso la persona di riferimento, atteggiamento che permette di sentirsi demarcati pur rimanendo legati.

Negli individui con organizzazione di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni**, generalmente, le situazioni di scompenso si determinano in seguito a sensazioni pervasive spiacevoli attivate nei contesti di reciprocità che implicano un giudizio su di sé. I sentimenti intensi d'inadeguatezza, incapacità, inconsistenza personale che emergono nelle interazioni sociali e affettive vengono modulati, attraverso una modificazione della propria immagine corporea. In alcuni individui, questa prassi si concretizza in un controllo esasperato del proprio corpo e in un'ossessiva ricerca di un'immagine esteriore perfetta, sia nella forma fisica sia nelle facoltà intellettuali. Le strategie attuate comportano il dominio delle oscillazioni biologiche di fame/sazietà e fatica/riposo e la ricerca di continue conferme sulla propria competenza e sul potere di controllo dei bisogni del proprio corpo. La distorsione dell'immagine corporea annulla la discrepanza cognitiva tra un modello di bellezza esteriore ed una propria corporeità che si caratterizza nella realtà per l'estrema emaciazione e consunzione. In altri individui prevalgono aspetti relativi alla propria incapacità di controllo. In tal caso il quadro psicopatologico è dominato da passività e discontrollo dei propri impulsi con comportamenti compulsivi e sregolati. Un corpo brutto e inaccettabile rappresenta il tentativo di circoscrivere la propria esperienza di negatività ed incapacità ad aspetti esteriori: l'eventuale rifiuto da parte degli altri viene così relativizzato ai soli aspetti estetici, ed esibire un corpo brutto facilita il mantenimento di un senso di sé accettabile. L'esperienza di rifiuto, di delusione o di disconferma viene ricondotta alla propria inaccettabilità estetica piuttosto che all'incapacità di essere amato ed approvato (Guidano, 1992). Il sintomo alimentare rappresenta talvolta l'unica modalità possibile per stabilizzare un'identità che si definisce esclusivamente attraverso riferimenti esterni; il diverso grado di coerenza e d'organizzazione della propria identità personale differenziano l'espressività clinica (Liotti, 2001).

Un'emozione particolarmente intensa o discrepante, rispetto alla coerenza della trama del proprio racconto biografico, può costituire l'evento che rende necessario un cambiamento dell'identità narrativa. Quando l'esperienza emotiva destabilizzante non viene articolata e integrata nel senso di sé, si sviluppa un quadro psicopatologico caratterizzato da un senso di discontinuità o dalla perdita del senso di coesione; si verifica, di conseguenza, che le connessioni tematiche e causali, create idiosincriticamente, non possono mantenere un senso condivisibile e congruente con l'interiorità. La formazione e l'interruzione dei legami affettivi rappresentano un settore particolarmente critico in cui facilmente si determinano intense fluttuazioni e scompensi emotivi (Bowlby, 1990). Variazioni in un rapporto interpersonale particolarmente rilevante, sia nella fase della sua costituzione, ovvero al momento di impegnarsi affettivamente definendosi, sia nei periodi di crisi di rapporti di lunga durata, nei quali si manifestano oscillazioni tra il senso d'impotenza per l'impossibilità di porre fine alla relazione e la paura dell'abbandono, innescano oscillazioni critiche nel senso d'identità personale.

Altrettanto perturbanti risultano le situazioni di confronto interpersonale e la possibilità di incorrere in disconferme o giudizi negativi. Si osserva la tendenza ad evitare accuratamente situazioni in cui ci si deve confrontare con persone che sono percepite come giudicanti; d'altro canto la necessità di dover essere definiti dall'esterno spinge alla ricerca continua d'approvazione da parte di persone più sicure o di successo. Generalmente le relazioni interpersonali sono gestite con atteggiamenti superficiali ed ambigui, esprimendosi per luoghi comuni ed uniformandosi ai diversi interlocutori nel momento di esprimere opinioni o di prendere decisioni. Nel momento in cui le strategie d'evitamento falliscono e ci si deve esporre in pubblico, vi è la tendenza a mettere alla prova e a tenere sotto controllo le persone significative, alla continua ricerca di segnali d'approvazione o disapprovazione, e le temute disconferme sono neutralizzate attraverso atteggiamenti con cui evitare di definirsi, come, per esempio, quello del "goffo pasticcione" (Berne, 1972).

Tranne che nei casi in cui l'alterità è rappresentata da un modello ideale, integrato e internalizzato, il "personaggio" tende a adattarsi di volta in volta alle circostanze, con una caratteristica volubilità. Il cambiamento e lo scompenso si presentano in genere come rapidi, superficiali, instabili. A volte il cambiamento è reso necessario da un'emozione incontrollabile, altre volte è indotto da una rilevante variazione del contesto di riferimento, quale l'inizio o la fine di una relazione affettiva, un cambiamento d'ambiente di lavoro, di studio o d'amicizie, una variazione di status o di ruolo. In ogni caso, perché un cambiamento si possa attuare senza discontinuità psicopatologiche, aggiornando il racconto autobiografico senza brusche e incomprensibili

interruzioni, è necessario cambiare il riferimento esterno e quindi avviare una nuova lettura di sé. Proprio per la sua natura, questa svolta è in genere instabile e improvvisa, e determina un repentino mutamento del racconto in base al quale si vengono a modificare o a gestire gli stati interni.

NOTE SULLA PSICOTERAPIA DEI DCA

L'approccio terapeutico costruttivista considera anoressia, bulimia e obesità psicogena situate lungo un unico continuum, dal momento che tali disturbi presentano nella maggior parte dei casi un'eziologia essenzialmente simile. Il considerare il sintomo come un'attiva strategia del paziente per dare significato e coerenza alla propria esistenza permette, passando dal piano del comportamento alimentare a quello dell'identità personale, di privilegiare temi legati alla costruzione del Sé.

A causa dell'età d'esordio di queste patologie, nella maggior parte dei pazienti durante l'adolescenza e la prima giovinezza, si rende necessario porre particolare attenzione alla relazione esistente tra il tipo di struttura familiare e il processo attraverso il quale si è costruita l'identità del paziente, nonché al ruolo della famiglia nella formazione e nel mantenimento dello scompenso alimentare. In linea di massima, la strategia psicoterapeutica con i pazienti con DCA non si differenzia sostanzialmente da **quella proposta nel modello costruttivista per le altre organizzazioni di significato personale e relativi scompensi (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Arciero, 2002)**. Tuttavia, **malgrado non esista un trattamento specifico per questi pazienti, non vanno tralasciati alcuni aspetti tipici di queste personalità.**

Assessment e Relazione terapeutica

Una **attenta** valutazione clinica permette di stabilire la gravità della sintomatologia, la fase del ciclo di vita in cui si trova il paziente e il rapporto di questa con l'insorgenza dei disturbi alimentari. È utile, per la progettazione dell'intervento, sapere se il paziente presenta caratteri di cronicità, se si trova nella fase iniziale ed euforica del digiuno, se riesce a mantenere un sottopeso stabile, se i tratti bulimici sottostanno ad un'oscillazione di peso significativo e così via. La valutazione delle condizioni fisiche fornisce alcune utili indicazioni circa l'opportunità o meno di avviare una psicoterapia. È sconsigliabile, però, approfondire particolareggiatamente le abitudini alimentari dal momento che ciò sarebbe vissuto come intrusivo innescando atteggiamenti oppositivi soprattutto da parte dei pazienti con anoressia. Spesso è anche necessario fornire un sostegno alla famiglia o un supporto terapeutico vero e proprio, a volte parallelo, ma mai sostitutivo di quello individuale.

Negli individui con organizzazione tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** la stretta correlazione tra situazioni di reciprocità e scompensi si riflette nelle fasi di formazione e di gestione della relazione terapeutica. I primi incontri sono cruciali e decisivi giacché, nelle fasi iniziali, si gioca la possibilità di stabilire un rapporto di collaborazione e di fiducia. La diffidenza e la reticenza dell'anoressico che sente minacciata l'esigenza di salvaguardare la propria autonomia, così come la sfiducia e il sentimento d'inadeguatezza del bulimico che avverte il proprio disturbo con sentimenti di rabbia e di sconforto, possono essere all'origine di un abbandono precoce della terapia. Sin dalle prime sedute, è di fondamentale importanza instaurare una relazione al cui interno la definizione dei ruoli sia chiara, ciò al fine di costruire una reciprocità stabile e definita. Attraverso la comprensione e il coinvolgimento reciproci, paziente e terapeuta stabiliscono un'armonica comunicazione affettiva che facilita la comprensione dello scompenso emotivo in corso (Reda, 2001).

È indispensabile prestare una particolare attenzione alla gestione della relazione terapeutica in considerazione della peculiare sensibilità di questi pazienti al giudizio dell'altro e della loro spiccata tendenza a compiacere le aspettative altrui. Da parte del terapeuta va posta la massima cura nell'evitare commenti e valutazioni personali anche e soprattutto se richieste. Giova ricordare che le aspettative massimali riposte da questi pazienti sulla terapia e sul terapeuta, a causa della loro irrealizzabilità, aumentano la probabilità che essi vengano facilmente delusi (*"...tutti gli altri terapeuti mi hanno sempre deluso...lei, dottore, non mi deluderà mai..."*) e abbandonino il trattamento. Vanno, perciò, evitati contratti terapeutici finalizzati alla modificazione del peso corporeo; tali accordi, vincolando il terapeuta ad una meta che è sotto l'assoluto controllo del paziente, aumentano la possibilità d'insuccesso. **Fissare obiettivi legati all'alimentazione può fuorviare dal percorso terapeutico impedendo l'analisi e la comprensione, da parte del paziente, del reale significato dei sintomi alimentari che, in quel momento, rappresentano la migliore strategia che egli ha strutturato nel suo contesto relazionale familiare e sociale per far fronte ad una sensazione inconsistente e vaga di sé.**

Il terapeuta deve riconoscere e regolare le proprie tonalità affettive, modulando in seduta le esperienze di rabbia, noia, frustrazione, interesse verso il paziente, consapevole del proprio stile di protezione ed accudimento. Deve essere in grado di "entrare ed uscire" dalla relazione in modo da non trovarsi mai completamen-

te distaccato o coinvolto, gestendo la propria e l'altrui emotività in modo da poter operare perturbazioni strategicamente orientate che indirizzino il paziente al cambiamento. Nelle sedute iniziali la percezione, da parte del paziente, di un terapeuta accogliente, non intrusivo e non giudicante facilita i processi d'apertura e di condivisione delle proprie esperienze (Reda, 1992, 2001).

Caso clinico n. 1

Simona si presenta per una forma d'anoressia con amenorrea. La prima volta giunge in studio accompagnata dal fidanzato. Ha 27 anni, pesa 38 Kg ed è alta m. 1,67 (BMI=13,6). Pur essendo laureata da qualche anno, è disoccupata e continua a studiare per preparare concorsi.

Ha i capelli neri e lunghi, il viso è molto pallido, i tratti sono delicati e sofferenti, le labbra bianchicce con una sfumatura bluastra. Gli occhi febbrili e penetranti sono mobili, furtivi e sospettosi. L'atteggiamento apparentemente triste, l'esilità della sua figura dovuta alla magrezza eccessiva, lasciano trasparire una certa dose d'aggressività trattenuta. L'incedere è dalle movenze ora lente ora a scatti; i gesti talvolta sembrano studiati, teatrali. Il seno è quasi assente, l'addome è scavato "a barca", le arcate costali e le ossa del bacino sono molto prominenti.

Simona ha un fratello di tre anni più piccolo che studia e vive in un'altra città. Ricorda il menarca a 12 anni, seguito da mestruazioni regolari per un certo tempo. A 16 anni i primi digiuni, il dimagrimento e le irregolarità mestruali.

Nel passato la paziente ha fatto numerosi controlli da vari specialisti: internista, ginecologo, neurologo, psichiatra, endocrinologo. È stata sottoposta ad esami clinici, ematochimici, a radiografie, ed infine, tre anni prima, ad un ricovero ospedaliero durante il quale, mediante terapie parenterali, anabolizzanti, neurolettici e vitaminici aveva ottenuto un momentaneo miglioramento delle sue condizioni fisiche e mentali.

Quel ricovero aveva, soprattutto, tranquillizzato Simona circa le sue paure di aver qualche "brutto male". Infatti, era terrorizzata dalla morte, temendo di avere un'incurabile malattia ai polmoni o al cuore. Soffre d'insonnia e da circa 7 anni il suo peso si è mantenuto alquanto stabile, oscillando tra i 38 e i 41 Kg. Per un certo periodo ha praticato sedute psicoanalitiche che ha però interrotto perché "*quando ho capito che cominciavo a dipendere dall'analista, ho smesso di andarci, io non voglio dipendere da nessuno*". Per contro Simona è superstiziosa e si reca spesso da maghi e cartomanti per sapere se il fidanzato continua a tradirla (quantunque l'idea di sbagliarsi neppure la sfiori) o per chiedere il parere sul proprio stato di salute e sulla scelta lavorativa per lei ottimale.

Ciò che immediatamente colpisce è la sua loquacità. Simona ha una voce da bambina, parla velocemente, è un'irrefrenabile cascata di parole. Nelle prime sedute, il terapeuta è in grado di fare poche domande e a stento riesce ad interromperla su argomenti di poco conto sui quali si dilunga volentieri. Salta da un discorso all'altro con facilità estrema cercando una fraseologia eloquente; sul finire di un discorso passa ad un altro guidata da assonanze analogiche che la conducono a parlare di un argomento del tutto lontano da quello che aveva appena cominciato. Mentre parla, spesso, si tocca il labbro superiore con la punta della lingua. Le sue maniere gentili ed amichevoli mancano, però, di spontaneità e di calore.

Caso clinico n. 2

Cinzia è una ragazza di 25 anni, in sovrappeso sino a qualche anno prima. La situazione era esplosa nell'adolescenza, dopo una fase prepuberale e puberale durante le quali si registrava un peso abbondante, decisamente superiore ai parametri medi. Riferisce che, dopo diversi tentativi punteggiati da oscillazioni marcate (> 10 kg) del peso corporeo, l'anno precedente riesce a mettere in atto una propria dieta che la porta, in poco tempo, ad uno stato di dimagrimento pari al 45% del suo peso. Scompaiono le mestruazioni; l'amenorrea viene combattuta con dei farmaci che fanno effetto subito, ma per breve tempo perché le mestruazioni si bloccano ancora. Il dimagrimento si stabilizza su soglie molto basse, considerate dannose dai vari medici curanti. Il digiuno è punteggiato da frequenti abbuffate alimentari. Pesa 43 Kg ed è alta m. 1,70 (BMI=14,9).

Cinzia ha l'aria da bimba imbronciata, due occhi scuri e profondi scrutano il terapeuta con diffidenza; mostra difficoltà nel parlare ed ha un respiro affaticato. Riservata, chiusa, rinserrata in se stessa, siede sulla punta della sedia, con stretto in grembo lo zainetto, quasi fosse uno scudo protettivo.

La ragazza afferma subito di non accettare questa terapia, che le viene richiesta "*accoratamente*" e con ripetute preghiere dal padre. Cede alle insistenze del genitore con una sorta di contratto stipulato con lo psicoterapeuta: si sottoporrà solamente a 10 sedute, dopodiché sarà libera di andarsene per la sua strada. Scatta sin dal primo colloquio un'opposizione sistematica alla terapia che si manifesta come "negativismo" dello stato psicopatologico; la ragazza mette in atto ogni sorta d'ostinata resistenza per evitare qualsiasi approccio terapeutico a sfondo introspettivo.

Durante le sedute, Cinzia sostiene con fermezza l'assoluta inutilità della psicoterapia, sminuendone l'efficacia e asserendo che il dimagrimento è dovuto ad una propria decisione, e che i motivi che l'hanno indotta a prendere una tale iniziativa erano e sono quelli di voler cambiare aspetto, forma e dimensione. Ammette, a tratti, che "*forse*" l'errore è quello di non aver previsto che le poteva sfuggire di mano il controllo del suo percorso di dimagrimento, fenomeno peraltro svalutato più volte, sia nella portata che nella gravità degli effetti. Continua ad asserire che il pericolo per la sua salute non c'è mai stato, e che l'assenza delle mestruazioni è da intendersi come un fatto naturale

causato di una repentina perdita di peso, perdita considerata "liberatoria" dall'ingombro dei propri chili "portati inutilmente a spasso".

Evita di rispondere alle domande del terapeuta, perché il raccontarsi ad un'altra persona è come "darsi a qualcuno". "Il problema è mio", dice. Qualche volta sorride, ma quasi sempre è tesa, e gli sguardi che lancia attraverso gli occhiali sono pieni di pensieri, d'emozioni, di sentimenti inespressi. I suoi occhi sono guardinghi, a volte sfuggenti, preoccupati e vigili. La collaborazione alla terapia, inizialmente, è stata del tutto inesistente.

Dopo un periodo di costante opposizione, faticosamente per il terapeuta è stato possibile entrare in un misurato contatto con lei; anche se durante le prime sedute parlava pochissimo, si sentiva che c'era, si avvertiva la sua presenza, ed in fondo ai suoi occhi si scorgeva un velo di tristezza.

La relazione terapeutica ha come presupposto una reciprocità affettiva in cui vengano rispettate le caratteristiche individuali: perciò instaurare un rapporto di reciprocità significa condividere l'emotività disturbata del paziente attraverso una mutua comprensione e un comune coinvolgimento. In tal modo, paziente e terapeuta si pongono in uno stato di comunicazione affettiva che facilita la comprensione e la modulazione dello scempenso emotivo in corso.

Il terapeuta non assume la valenza di "base sicura" in quanto sempre sereno, comprensivo e rassicurante, ma in quanto pronto a vivere spontaneamente e a negoziare i propri vissuti emotivi con il paziente. Per il terapeuta entrare in reciprocità con il paziente significa riuscire a condividere le modalità di scempenso emotivo senza assumere il ruolo di maestro di vita, consolatore o guida spirituale.

La percezione, in particolare da parte del paziente con disturbi alimentari, di un terapeuta intrusivo e/o giudicante riduce la possibilità di una reale comunicazione affettiva, orientando il paziente verso verbalizzazioni e comportamenti volti all'ottenimento di conferme e approvazione.

Il processo di condivisione emotiva implementa inizialmente le possibilità di apertura "disclosure" (Pennebaker, 1989) del paziente verso il terapeuta ed in seguito favorisce, nel paziente, una maggiore capacità di condivisione sociale "social sharing" delle proprie esperienze emotive (Philipot e Rimé, 1988).

Una reciprocità stabile con il terapeuta facilita nel paziente il riordinamento del nuovo bagaglio di conoscenza personale in un nuovo sistema esplicativo: il comportamento alimentare disregolato non viene più percepito come qualcosa di esterno a sé (sintomo), ma viene integrato coerentemente nella propria dinamica affettiva. Ciò permette di ricavare nuove informazioni e di ri-orientare i pattern di significato attribuiti alla propria esperienza immediata, operando in tal modo originali e imprevedibili scelte di vita.

La riformulazione del problema

La focalizzazione e il riordinamento esplicito dell'esperienza immediata

Una volta stabilita un'appropriatezza e collaborativa relazione terapeutica, si procede alla riformulazione del problema attraverso l'analisi dello scempenso psicopatologico e la dettagliata ricostruzione della storia clinica. Tale riformulazione inizia in questa fase di terapia e viene sviluppata e articolata nelle fasi successive. In questi pazienti un tema di base, che sottende il sintomo alimentare, è la drammatica sensibilità all'esposizione del giudizio altrui. Questo assunto rappresenta un aspetto basilare su cui innescare il processo di cambiamento terapeutico, in quanto costituisce un ingrediente fondamentale del senso di un sé costruito interamente sulle conferme esterne. Per concretizzare quest'obiettivo, il terapeuta guida il paziente da un contesto in cui l'esterno serve a spiegare l'interno ad un contesto più soggettivo e internalizzato.

La difficoltà che questi individui hanno sviluppato nel riconoscere i propri stati interiori fa sì che l'interno resti delimitato ad aspetti principalmente corporei, tanto che solo attraverso l'analisi delle questioni relative all'immagine corporea il paziente riesce a dar forma a problemi affettivi, professionali, sociali, il tutto sempre all'interno del tema dell'inadeguatezza corporea. Generalmente questi pazienti si presentano in terapia con un problema d'inidoneità ed inaccettabilità personali, che descritto come oggettivo risulta marginalizzato alla propria immagine esterna o ad un funzionamento mentale deficitario; spesso il problema viene percepito in modo vago e/o ambiguo.

Al fine di facilitare la riformulazione del problema, il terapeuta indirizza il paziente alla focalizzazione e al riordinamento dell'esperienza immediata, facendogli rilevare gradualmente la differenza tra l'esperire e lo spiegare. Ciò gli consente, percependo con più chiarezza gli stati emotivi, di riconoscerli come tali e di attribuirseli. L'incremento di consapevolezza degli stati interni determina una maggiore demarcazione dall'esterno e un miglioramento nella discriminazione fra i propri punti di vista e le aspettative dell'altro, fra le opinioni personali e quelle degli altri, in precedenza assunte come proprie. È di fondamentale importanza aiutare il paziente ad identificare e a ridefinire l'esperienza attuale nel contesto della propria storia, cercando

di evidenziare il significato che i sintomi possiedono e le finalità inconsapevoli dei suoi atteggiamenti e dei suoi comportamenti disadattivi. L'espressività della sintomatologia permette al paziente di modulare il senso di vuoto e d'incapacità che emerge nelle situazioni di confronto, evitando contemporaneamente una definizione di sé in termini negativi.

La riformulazione viene operata attraverso il processo di progressiva identificazione delle perturbazioni emotive ed il loro successivo confronto con la sequenza d'eventi che le precedono, le accompagnano e le seguono. La messa a fuoco, operata dal paziente, delle proprie tonalità emozionali e delle proprie modalità nella definizione di sé favorisce l'emergere progressivo di una discrepanza tra l'esperienza immediata e il suo riordinamento narrativo. Ciò genera una perturbazione a cui il paziente deve far fronte riorientando i propri pattern narrativi e, in tal modo, la sua attenzione si sposta dal sintomo alle caratteristiche personali che lo generano e lo mantengono.

L'abbuffata, il digiuno o gli altri sintomi perdono man mano d'importanza in un processo di progressiva consapevolezza delle proprie caratteristiche cognitive, emotive e relazionali; di conseguenza il paziente può strutturare una diversa prospettiva nel modo di porsi di fronte allo scompenso in atto. Il tema del confronto e del giudizio degli altri, i sentimenti d'inadeguatezza e d'incapacità vengono focalizzati e progressivamente integrati nel proprio senso d'identità, che diventa sempre più soggettivo, internalizzato e meno dipendente dall'esterno.

Nel processo psicoterapeutico uno degli obiettivi basilari è quello di individuare i pattern di significato con cui l'individuo cerca di dare forma e coerenza alla propria esperienza emozionale. Il setting operativo si attua nell'interfaccia tra l'esperienza emotiva immediata ed il suo riordinamento in termini espliciti, cercando di differenziare la percezione delle esperienze emotive dalla traccia narrativa in cui esse sono riordinate. Per tale ragione il paziente deve sperimentare, nel corso della psicoterapia, situazioni o eventi emotivamente rilevanti, capaci di determinare una pressione emozionale orientata verso una riorganizzazione (Guidano, 1992). Fluttuazioni affettive intense rappresentano un segnale, che costringe l'individuo ad un processo di riorganizzazione del sistema di conoscenza, in cui la ricerca di una diversa integrazione tra gli schemi senso-motori e rappresentativi evita una crisi profonda nel sistema di conoscenza individuale (Reda, 2001). In tal senso, nel setting clinico, il terapeuta assume un ruolo di perturbatore emotivo; la relazione terapeutica rappresenta il contesto assolutamente specifico dove operare l'induzione di stati emozionali e affettivi particolarmente rilevanti per il paziente, e dove favorire i processi d'orientamento nella riorganizzazione dei sistemi di conoscenza (Guidano, 1988). All'uopo, un utile strumento operativo è la tecnica della "moviola" descritta da Guidano (1992); tale metodo, consentendo l'identificazione e la consapevolezza degli stati emotivi, facilita il loro riordinamento narrativo rispetto a situazioni vissute come perturbanti, permettendo di focalizzare e meglio integrare esperienze altrimenti confuse e/o disorganizzate.

La rievocazione d'eventi emotigeni produce durante la seduta una serie d'attivazioni emotive; tali variazioni neurovegetative possono essere registrate mediante l'acquisizione dei parametri psicofisiologici e quindi utilizzate strategicamente nell'identificazione e nella ricontestualizzazione dei vissuti del paziente; inoltre il terapeuta ha la possibilità di operare valutazioni istantanee sullo stato d'attivazione autonoma e quindi di regolare la propria conduzione del setting (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001; Sacco, 2003).

La definizione di un sé più internalizzato ed articolato facilita nel paziente una migliore definizione dell'altro nella relazione. L'osservazione di altre persone in situazioni sociali gli permette di comprendere il comportamento e le espressioni degli altri in relazione a sé e di acquisire, conseguentemente, una serie di nuove ed inattese informazioni. Successivamente, tali osservazioni sono discusse col terapeuta per meglio valutare ed integrare la sequenza d'informazioni sensoperceptive, e confrontarle con la propria modalità narrativa e con le attribuzioni personali di significato.

Il lavoro d'osservazione e di raccolta delle informazioni nelle interazioni significative vengono proposti nelle situazioni di vita del paziente. La discrepanza che frequentemente si evidenzia in modo marcato tra esperienza sensoperceptiva e modalità individuali d'attribuzione di significato lo conducono ad una necessità di riorientamento dei propri pattern narrativi, in un contesto semantico maggiormente integrato e coerente con l'esperienza immediata.

Rita, una paziente anoressica di 17 anni, descrive così un'interazione con un ragazzo che le piace:

Descrizione dell'interazione "...io l'ho guardato intensamente e lui ha guardato me"

1. Informazioni della paziente su di sé: "...mi batte il cuore, mi piace, sono cotta"

2. Informazioni della paziente sull'altro: "...lui sta guardando proprio me"
3. Informazioni dall'altro su sé stesso: "...la guardo perché sono interessato a lei"
4. Informazioni dall'altro sulla paziente: "...è una ragazza interessante"

Queste informazioni, riconosciute come reali ed oggettive dalla stessa paziente, erano in forte dissonanza con il senso di sé assolutamente non attraente e deludente di cui la ragazza si avvaleva per definirsi. La modalità d'autorappresentazione la portava ad isolarsi e ad evitare attivamente ogni tipo d'approccio interpersonale dato che, secondo lei, avrebbe deluso chiunque l'avesse conosciuta bene. La paziente ha intrapreso, in questo modo, una progressiva integrazione dei nuovi dati d'esperienza con le tracce narrative solitamente attivate e, contemporaneamente, ha cominciato ad operare, di propria iniziativa, una progressiva esposizione a situazioni d'interazione sociale.

Attraverso questo lavoro viene implementata la capacità di riconoscere stati emotivi e mentali propri e dell'altro, in una dinamica in cui è il paziente stesso a definire se stesso e gli altri, non più attraverso modalità vaghe o ambigue, ma secondo una personale attribuzione di stati emotivi e mentali propri d'ogni individuo, relativamente indipendenti e derivabili dall'esperienza sensoriale.

Caso clinico n. 1

La ricostruzione delle scene familiari durante i pasti, sempre alle stesse ore e con tutta la famiglia riunita, fa emergere, sempre più chiaramente, un sentimento di profonda inadeguatezza personale accompagnato da insopportabili sentimenti d'ansia e di rabbia, in particolare, nei confronti del padre e del fidanzato.

Il senso dell'abbandono a seguito della propria inadeguatezza personale è sempre presente, seppure nascosto, anche quando Simona è esaltata, esuberante, eccitata, instancabile, vivace, ingegnosa, estremamente loquace e comunicativa, quando Simona parla in continuazione senza un attimo di sosta passando da un argomento all'altro, quando è orgogliosa, egocentrica, ironica e disprezzante nei confronti degli altri, quando non tollera di essere contraddetta, quando desidera parlare di sé stessa e di essere ascoltata sui suoi problemi.

L'impegno frenetico in numerose attività diversive allevia la sua sofferenza, ma il tentativo non sempre è fruttuoso: ecco allora che l'ansia e l'insicurezza, innescate dalla paura del giudizio negativo, nucleo principale di Simona, riappaiono. Angosciata, respinge la compagnia, s'isola, rifiuta il cibo. Piena di rancore, diventa attaccabrighe e distruttiva se contraddetta, tutto le appare inutile, senza senso, è stanca della vita, vorrebbe lasciarsi morire. Vede tutto nella luce peggiore, crede di essere al centro di una congiura ordita alle sue spalle, si sente disprezzata da chi ama, diventa fatalista con la profonda convinzione d'essere succube di un destino avverso e inesorabile; allora cerca di placare questa sua ansia incontenibile con l'irrazionale certezza della cartomanzia e della superstizione, nel tentativo disperato di rompere questo brutto incantesimo. Gelosia, arroganza, malizia, maldicenza e rancore sono atteggiamenti che emergono dall'osservazione del suo comportamento. Tristezza, abbandono, misantropia, rifiuto ostinato del cibo diventano i suoi modi di reagire al fallimento come tentativo di calmare l'ansia e l'angoscia; l'insaziabile ricerca di consenso e protezione, e la particolare sensibilità all'abbandono e alle rotture affettive destrutturano ricorsivamente il suo senso di stabilità e d'amabilità personale.

Descrive così i suoi genitori: "*Mio padre è autoritario, ha sempre ragione lui; mia madre è remissiva con lui, invadente con me, apprensiva all'eccesso, negativa per l'educazione che mi ha inculcato, perché educare un figlio significa prepararlo ad affrontare la vita. Mia madre, invece, non ha fatto altro che nascondermi tutto ciò che nella vita secondo lei rappresentava un'insidia. Mio padre è un prepotente. L'una succube e ossessionante, l'altro prepotente e dittatore. Per mio padre sono sempre stata un problema sin da bambina. Quando la sera tornava a casa, mia madre mi mandava subito a dormire, mentre mio padre voleva che stessi con lui a parlare; ma mia madre pretendeva che taceessi per timore di accendere discussioni che finivano poi sempre in arrabbiate e scene melodrammatiche. Era proprio un tormento perché dovevo stare attenta a come parlavo e a cosa dicevo. Ogni più piccola cosa era motivo di correzione o discussione e, per evitare ciò, spesso andavo a casa delle mie zie dove riuscivo a mangiare con più appetito. Sono sempre stata male con i miei genitori. Mio padre esigeva che facessi sempre il meglio, ma ogni cosa che intraprendevo era sempre vista in modo negativo; quando facevo i compiti diceva: "Vediamo dove hai sbagliato". Trovava difetti dappertutto, anche su di me. A volte mi osservava e mi scrutava come se avesse dovuto trovarmi qualche imperfezione che andava corretta, qualche difetto di cui non avrebbe potuto andare fiero. Ancora oggi, quando vedo mio padre, cambio improvvisamente umore. Se mi guarda quando pranziamo, smetto subito di mangiare, mi mette terribilmente a disagio".*

Caso clinico n. 2

Cinzia comincia a parlare del problema che l'ha portata in terapia: un desiderio imperioso la costringeva alle ore più impensate ad ingurgitare cibo fino a star male; solo allora riusciva a fermarsi. Subito dopo, oltre al malessere fisico, c'era quello interiore: veniva assalita da enormi sensi di colpa, disprezzava se stessa, il suo corpo, che aumentava sempre di più nella sua mente, disprezzava la sua mancanza di volontà, trascorrendo il resto della giornata a piangere e a disperarsi. Le settimane passavano così, alternando giorni in cui faceva letteralmente la fame, nutren-

dosi solamente di bevande e di un pò di frutta, a giorni in cui mangiava di tutto, fino poi a procurarsi il vomito, per poter quietare i sensi di colpa. *“La mia vita è stata fin dall'adolescenza un continuo alternarsi di diete e di abbuffate. Ogni volta riesco a seguire in maniera rigida la nuova dieta, ma basta che non la rispetti per un giorno per farmi ricadere nell'abbuffata. E' questo un momento in cui sono capace di ingoiare qualsiasi tipo di cibo in quantità incredibili, allo scopo di dare una risposta a quel mostro che è dentro di me. Arrivo poi ad un punto in cui sono completamente piena e quindi passo alla fase di "depurazione" attraverso il vomito che mi provo da sola”.*

Due anni prima, a seguito di una delusione affettiva, aveva abbandonato gli studi universitari e, dopo un periodo di ricorrenti fasi depressive durato un anno circa, aveva iniziato una dieta ferrea e, per dimostrare la propria forza con un lavoro massacrante, si era impiegata presso un'agenzia di pulizie: lavorava per dodici ore consecutive presso una Casa di Cura privata, negando con ciò la propria astenia e il proprio stato d'emaciazione. Riteneva che il lavoro le servisse per altri due motivi: incontrare qualcuno e quindi combattere il proprio stato d'isolamento fuori dalla famiglia, ma con amicizie superficiali ed occasionali, e comunque non impegnative; evitare lo stare in famiglia la domenica, cosa che le ricordava troppo palesemente il suo stato di solitudine. I sentimenti d'impotenza, d'insoddisfazione personale e d'insicurezza sul piano dei rapporti interpersonali erano così neutralizzati dall'acquisto di potere sul piano intrapsichico: poteva acquistare un assoluto dominio sulle sue emozioni e sul proprio corpo, nonostante lo stato eccessivo d'emaciazione.

Dal racconto di Cinzia, peraltro a tratti alquanto riluttante, si delinea un vissuto di sofferenza sul piano affettivo, e agli insoddisfacenti rapporti interpersonali, specialmente con l'altro sesso, si aggiungono le frustrazioni derivate da difficoltà e insuccessi negli esami universitari. Poiché la ragazza, in precedenza, non aveva mai sperimentato fallimenti scolastici del genere, e giacché aveva riposto nello studio desideri e bisogni di successo e aspettative d'approvazione, trascurando le spinte provenienti dalla sfera affettivo-sessuale, visse in maniera drammatica detta situazione che scatenò la ferrea volontà di dimagrire, un rifiuto del proprio corpo e il desiderio di mutare aspetto.

La ragazza accusa la famiglia di non essersi mai occupata della sua passata "obesità" e di non essere stata mai oggetto di nessuna attenzione da parte dei genitori per fermare l'eccesso d'alimentazione. Diversamente lamenta un comportamento "anomalo" ed "eccessivamente preoccupato" da parte dei genitori in questo periodo di magrezza. È come se la ragazza rimproverasse loro di aver avuto toni di sicurezza nei confronti della propria femminilità messa al sicuro dall'obesità. Ciò è avvalorato da fantasie che richiamano sentimenti ambivalenti nei confronti dei genitori per essere stata spesso trattata come una "bambina".

Rielaborazione dello stile affettivo

Alla riformulazione del problema segue la ricostruzione dello stile affettivo, durante la quale il terapeuta fa rilevare al paziente come i disturbi alimentari abbiano punteggiato e sottolineato l'intero andamento dei rapporti affettivi. In questi pazienti, il tema della delusione regola la formazione, il mantenimento e la rottura dei legami affettivi. Generalmente, alla fine di questa fase, **si assiste ad un graduale miglioramento della sintomatologia alimentare.**

Nella ricostruzione dello stile affettivo, il terapeuta assiste il paziente nel riesame delle relazioni affettive che si sono succedute nella sua carriera sentimentale, con particolare attenzione alle caratteristiche invariante attraverso cui vengono strutturati, mantenuti e conclusi i legami sentimentali (Guidano, 1992). Per un paziente con organizzazione di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni**, saranno centrali i temi dell'aspettativa massimale rispetto ai rapporti affettivi, la continua ricerca d'approvazione e conferma e l'inevitabile delusione legata al distacco. L'aspettativa di delusione implica una continua necessità di segnali d'approvazione e di conferma da parte del partner. Quando ciò non si verifica, come nel caso di conflitti, delusione delle aspettative e critiche, si determina un meccanismo con cui il paziente autoconferma la propria inadeguatezza e inconsistenza affettiva. Ciò avviene nel caso d'attribuzione causale interna, mentre nel caso d'attribuzione esterna, egli vede confermata l'immagine negativa e deludente dell'altro. Quando il livello di coinvolgimento emotivo si fa più intenso, la scarsa capacità di integrare le intense esperienze affettive in pattern narrativi coerenti con il proprio senso d'identità, provoca perturbazioni emotive mal riconosciute e modulate unicamente attraverso comportamenti di continuo monitoraggio e controllo su di sé e sull'altro. Il controllo del proprio corpo rappresenta l'unica possibilità di controllo su di sé, mentre la continua ed estenuante messa alla prova del partner ha lo scopo di ottenere feedback d'approvazione e d'adeguatezza personale.

Attraverso l'analisi dello stile affettivo, Silvia, una paziente di 35 anni con storia di DCA e tossicodipendenza, comprende come i disturbi che avevano caratterizzato periodi consistenti della sua vita fossero legati alla propria modalità nella gestione dei rapporti affettivi. Nei periodi in cui la relazione era conflittuale o al momento della separazione, si attivavano intense emozioni di delusione, rabbia e paura che la paziente non era in grado di identificare e regolare; la modulazione di tali emozioni veniva realizzata unicamente attraverso il digiuno o, in un periodo successivo, attraverso l'assunzione compulsiva di sostanze stupefacenti in grado di fornire sensazioni di calma e benessere. La paziente, inoltre, diventa consapevole di come fossero stati sempre i partner a definirla in termini di

capacità sociali, adeguatezza e amabilità personale, e di come i segnali d'allontanamento o disconferma riverberassero, in modo negativo e perturbante, sulla propria definizione di sé.

La definizione degli aspetti soggettivi invariati, che regolano l'organizzazione dello stile affettivo, favorisce il distanziamento progressivo dalle caratteristiche personali che il paziente riconosce come causa di disagio o di scompenso. Questo distanziamento graduale si determina in un processo d'acquisizione e di consolidamento di un senso di sé maggiormente individualizzato, la cui stabilità risulta relativamente indipendente dall'andamento delle relazioni affettive.

Caso clinico n. 1

Sin dai primi colloqui emerge un pervasivo risentimento nei confronti del fidanzato, perché è certa del suo tradimento. Il sospetto iniziale d'intrighi alle sue spalle, ha ceduto il posto ad una ferma convinzione che il fidanzato abbia una relazione con la sua migliore amica. La coppia è, in effetti, sull'orlo della rottura: *"Se non fosse per la mia famiglia, l'avrei già lasciato, non posso continuare ad andare sempre dai medici"*. Nei successivi colloqui Simona, racconta la sua vita sentimentale: prima dell'attuale fidanzato aveva avuto altre due storie sentimentali, vissute e descritte come non significative. Ricorda che durante una festa da ballo si era azzuffata con una sua amica, perché questa aveva fatto gli occhi dolci al suo ragazzo; da allora il suo atteggiamento è rimasto competitivo, ancora oggi crede di avere una rivale.

Simona è fidanzata da sei anni: *"Col mio fidanzato inizialmente ho cominciato a respirare, a cibarmi a tavola come una persona normale, a provare il gusto per ciò che mangiavo. Ma se mio padre era controllante e iperpossessivo, il mio fidanzato si è rivelato menefreghista e insensibile. Parla poco o niente, a volte penso che sia anche superficiale. Dopo due anni di fidanzamento, il nostro dialogo è diventato poco più che monosillabico. Quando stiamo insieme si mette davanti al televisore; se parlo, sembra faccia finta di ascoltarmi mentre con lo sguardo continua a seguire le trasmissioni televisive"*. Così Simona comincia a sentirsi sempre più delusa dal fidanzato, pur affermando di averlo amato. Affettuosa, espansiva, dolce e amante della compagnia, comincia a diventare ironica, sospettosa e taciturna.

In precedenza, Simona era stata iperattiva nello studio e nel lavoro domestico, puliva e riordinava continuamente la casa. Ma ad un certo punto qualcosa improvvisamente cambia: *"... sentivo mia suocera come una rivale e la mia migliore amica come una continua minaccia. Ho covato rancore per anni, poi tutto è scoppiato come una malattia infettiva che è stata a lungo in incubazione"*. È da questo racconto che emerge l'intensità della sua rabbia, in un misto d'odio e di vendetta per una vita non vissuta, il risultato di una somma di sofferenza, paura, odio, perdita d'amore, esperienze dolorose o di pericolo che non è riuscita ad integrare nella sua vita affettiva.

Simona, in preda alla delusione, da diffidente e sospettosa, diventa fermamente convinta di essere rifiutata e tradita. La gelosia assume forme quasi di delirio di persecuzione, di rivendicazione e d'interpretazione. Nei suoi sogni compare il viso dell'amica che ride sguaiatamente: *"La odio, a volte vorrei che morisse"*. Si risveglia al mattino triste e piena d'odio per il fidanzato e l'amica, rimprovera i genitori che non hanno saputo prepararla ad affrontare certe situazioni della vita. Pensa di amare il suo fidanzato, teme di perderlo, lo odia, vuole lasciarlo per quello che le ha fatto, ma non trova il coraggio. La ragione è offuscata dalla disperazione, l'obiettività cede il posto alla superstizione: la cartomante è l'unica che può rassicurarla in un modo o nell'altro, ma queste certezze non bastano a placare la sua ansia; si vede in balia di un destino avverso che non può essere cambiato, sottomessa ad un incantesimo che non può essere spezzato. Ormai Simona sceglie la resa: da iperattiva, nonostante lo stato d'emaciazione, diventa indolente, triste, taciturna, non mangia più; in preda ad un profondo abbattimento morale, piena d'apprensione, inquieta, si abbandona al suo dolore, si sente perseguitata, esclusa, tradita e abbandonata da chi ama. Le mestruazioni scompaiono e con esse il desiderio sessuale.

I rapporti sessuali col suo fidanzato diventano sporadici e motivati solo da una passiva disponibilità, perché pensa ancora di amarlo *"anche se non è più come prima"*. Da questo momento tutti i tentativi per convincerla a nutrirsi falliscono. Le premure dei genitori, che preoccupatissimi ritornano in scena per indurla ad alimentarsi, non fanno altro che aggravare la situazione rendendo Simona ancora più irritabile, diffidente e scontrosa. Tutti i farmaci che le vengono prescritti sono rifiutati, non vuole prendere medicine perché teme di esserne *"avvelenata"*, tranne un tranquillante che assume la sera per dormire.

Ed ecco Simona pesare solo 38 Kg. La loquacità di sempre cede, a volte, il posto al silenzio. Il suo atteggiamento, le sue angosce tradiscono la sua paura più grande: la paura dell'abbandono. Non tollera di essere toccata o avvicinata; insofferente, nervosa, depressa, il minimo contatto fisico le risulta insopportabile, come ad esprimere che questo, in quanto rievocatore di sentimenti ed emozioni, possa determinare il peggioramento delle proprie tendenze soffocate. Riguardo al cibo, il comportamento di Simona sembra quello di una bambina imbronciata e indispettita, che rifiuta di nutrirsi per obbligare i genitori e il fidanzato a prestarle più attenzioni del solito, quelle attenzioni che non le avevano mai concesso, e per provare piacere nel vederli preoccupati a causa del suo stato di salute.

Simona vuole ricevere adesso tutto l'amore che i genitori non le hanno mai dato e quello del fidanzato che crede di aver perso definitivamente. Il rifiuto del cibo non solo la riporta indietro nel tempo, ma le serve da autopunizione

per l'inconfessato desiderio d'odio per il padre e il disprezzo per la madre. Inoltre, così facendo, crea disperazione nei genitori per vendicarsi del fatto che era sempre stata esclusa dalle loro attenzioni, essendo questi sempre attenti a bisticciare tra loro. L'amarezza repressa nei riguardi della madre succube e inetta di fronte al padre autoritario, aggrava questo senso di colpa che è cortocircuitato sull'alimentazione, conseguentemente inibita. La certezza, infine, di essere stata tradita dal fidanzato scatena quella severa sintomatologia che la obbliga al ricovero. È come se Simona dicesse: *"Se mi lasci anche tu, mi lascio morire di fame"*. È questo il tentativo infruttuoso di Simona per evitare l'angoscia della lotta: abbandonarsi al proprio destino che crede fatale dopo la precedente fase di lotta. Ma al di là di queste modalità reattive, ciò che resta profondamente immutato è la paura dell'abbandono.

Caso clinico n. 2

La vita sentimentale di Cinzia è stata costellata da numerose e brevi relazioni, con partner definiti *"insignificanti"* dalla stessa paziente; nessun rapporto è stato significativo, poiché non si è mai coinvolta per non esporsi al rischio di un rifiuto. Il non lasciarsi andare le permetteva di prevenire un'eventuale delusione grande e non sopportabile. Per di più, nonostante le numerose storie, non si sentiva ancora matura per vivere la sessualità. Le ampie oscillazioni ponderali le permettevano di mettersi al sicuro dall'ineluttabile insuccesso.

A ventidue anni, dopo alcune deludenti esperienze amorose, seguite da brevi stati depressivi, Cinzia visse improvvisamente una trasformazione radicale nell'atteggiamento verso la madre, prima adorata; la ragazza sviluppò un'ostilità quasi paranoide nei suoi confronti, che ora riteneva responsabile dei propri fallimenti sentimentali, perché *"lei mi ha reso così debole e dipendente"*. Influenzata dalle amiche, intraprese una relazione, caratterizzata da una travolgente passione sessuale vissuta con un senso di discontrollo, con un uomo di trentacinque anni più anziano di lei, suo professore universitario, ma di cui non si sentiva innamorata.

A questo punto decise di separarsi dai genitori; si trasferì nella casa di una zia divorziata che conviveva con l'amante, e che assomigliava per molti aspetti alla madre della paziente. Cinzia osservava con gelosia la coppia felice, giacché la sua vicenda amorosa non progrediva. Divenne tanto depressa da richiedere cure farmacologiche. Sapeva che il suo partner, oltre ad essere sposato, continuava a mantenere una precedente relazione con un'altra ragazza. Cinzia cominciò a vederlo sempre più raramente. Si sentiva depressa ogni qualvolta egli la lasciava, ma sperava di non rivederlo mai più. Indugiava in fantasie sul tradimento di lui e sulla vendetta che si sarebbe presa per la sua crudeltà. Ma quando egli tornava, la paziente era incapace di esprimere i propri risentimenti e, sopraffatta dalla passione, poteva solo accondiscendere ai desideri di lui. Il dovergli chiedere costantemente rassicurazioni e il non riuscire ad esprimergli la propria rabbia la facevano sentire profondamente umiliata. Benché insistesse nel sostenere che il rapporto sessuale era *"la sola cosa che li teneva uniti"*, non aveva mai raggiunto l'orgasmo, né lo desiderava, in quanto l'orgasmo rappresenta *"il lasciarsi andare"* e odiava lasciarsi andare.

Dopo circa un anno, un giorno l'uomo le comunicò che intendeva interrompere la relazione. Per la prima volta ebbero un colloquio intimo. Con gran sorpresa della ragazza, lui le confessò di esserle stato assai più attaccato di quanto non le avesse lasciato credere. Ciò le ricordò l'abitudine del padre: egli, proprio mentre la stava trattando con durezza, le rivelava, come per caso, di volerle bene. Prima di separarsi, ebbero rapporti sessuali che si conclusero con una violenta esplosione emozionale da parte di Cinzia. Mentre lui se ne andava, la paziente lo supplicò ripetutamente gridando: *"Non andartene, non distruggere tutto questo, non lasciarmi!"*.

Nel periodo di depressione che seguì, punteggiato da frequenti crisi bulimiche, la paziente piangeva disperatamente e si lamentava dicendo che le altre donne le rubavano gli uomini che aveva vicino. Non si sentiva degna di essere amata. Odiava tutte le donne sposate i cui mariti avrebbero potuto sposare lei. Questa fase d'agitazione si trasformò in un paralizzante periodo depressivo caratterizzato da sentimenti di vuotezza interiore e da sensazioni di depersonalizzazione e di derealizzazione: *"Avevo perduto il senso del tempo ... trascorrevano così lentamente, come se non dovesse mai finire. Per me ogni cosa era perduta. Non amerò più, pensavo. La vita era senza senso, e scivolava via. Sembravo già morta. La mia opacità era il nulla come la morte. Ero anche confusa con lo spazio. Qualche volta mi sentivo sola nello spazio, mentre tutto il resto era svuotato e io ero l'unica persona al mondo. Per un brevissimo istante credevo che il mio amante fosse nella stanza, ma poi tutto sfumava. Rimaneva solo un mondo morto, che sembrava l'eternità"*.

Dopo alcune settimane di depressione Cinzia divenne improvvisamente euforica ed intraprese un altro rapporto amoroso, che ben presto si concluse e fu seguito da un'altra depressione con crisi bulimiche. Quando era in condizioni d'euforia intraprendeva una nuova relazione sentimentale e si dedicava devotamente al nuovo legame. Vi era sempre il medesimo passaggio dall'iniziale speranza e aspettativa esagerata alla più profonda delusione e disperazione.

Durante la ricostruzione dei singoli episodi, fu presto evidente che il rapido mutamento nell'atteggiamento dei partner era dovuto al suo comportamento. Dopo pochi piacevoli incontri, Cinzia diveniva depressa ogni qualvolta doveva incontrare il partner. Assalita da fantasie di gelosia, diventava tanto fredda e distaccata da sgomentare l'uomo, fino a fargli perdere ogni interesse nei suoi confronti.

In realtà, Cinzia ha intrapreso l'ultima dieta per piacere ad un ragazzo, col quale ha da circa un anno una relazione affettiva e del quale "forse" si sente innamorata. Si vedono poche ore a settimana e hanno infrequenti rapporti sessuali che la paziente descrive come "indifferenti".

Poco alla volta comincia anche a delinearci un quadro familiare complesso, nel quale affondano le radici della sua sofferenza. La madre vive con Cinzia una condizione di simbiosi: non è stato mai reciso, infatti, il cordone ombelicale, che patologicamente le tiene legate; ha trovato nella figlia la ragione della sua esistenza, pertanto farla crescere e farla diventare autonoma, significherebbe dover fare i conti con se stessa. Invece il padre, sempre assente per lavoro, è adorato e al tempo stesso temuto dalla ragazza, nei racconti della quale egli appare freddo, lontano, quasi irraggiungibile, circondato da un alone di mistica autorità.

Nel corso delle sedute, Cinzia riesce infine a parlare della sua angoscia, dei pensieri di suicidio, del buco nero che esiste dentro di lei, della paura di essere inghiottita dalla voragine che cresce in lei a dismisura. Un episodio accaduto dà lo spunto per focalizzare l'attenzione su alcuni temi basilici. *"Al mio rientro a casa, dopo dodici ore di lavoro massacrante, mia madre si rivolge a me con aria di rimprovero e mi dice che sono disordinata e ho gli abiti abbinati in modo disgustoso...poi passa ad enumerarmi i suoi numerosi problemi con mio padre. La guardo male ... la vedo a disagio e sento un gran dolore per lei. Mi dico che dovrei starle vicino, stare più con lei, ma so che se la assecondassi non riuscirei a fare la mia vita. Le dico che vorrei andare a dormire. Mi assale un'ansia incontenibile, mi sento in colpa e sgradevole, sono sottosopra e mi sento confusa. Non sopporto questo stato d'indecisione e d'angoscia. Prendo, comunque, la decisione di andare a letto e penso che mia madre non ha avuto la minima sensibilità nei miei confronti. Provo una forte rabbia nei suoi confronti, e penso che se lei non si accorge della mia stanchezza e della mia sofferenza, non è degna certo della mia solidarietà. L'ansia si attenua e cresce la rabbia ... per parecchi giorni mi sento suscettibile e irritabile nei suoi confronti"*.

Nonostante la forte ribellione e conflittualità, la madre rappresenta per Cinzia il principale polo di riferimento verso cui cerca una continua sintonia emotiva. Il non corrispondere alle sue aspettative innesca un'ansia travolgente e un intollerabile senso di colpa. Il confronto fra l'evento attuale e altri episodi d'interazione con la madre, produce un viraggio verso un'altra tonalità emozionale, la rabbia per essersi sentita inconsistente. Il rivedere gli avvenimenti da questo punto di vista permette a Cinzia di mutare la cornice interpretativa e la valutazione dell'episodio, e di distanziarsi emotivamente dalla madre. L'ansia e i sensi di colpa scompaiono per lasciar posto ad un senso di sé più stabile.

Ricostruzione della storia di sviluppo.

La raccolta e la ricostruzione della storia di sviluppo rappresentano una fase del processo terapeutico che viene generalmente proposta nella fase conclusiva della psicoterapia, quando i sintomi si sono fortemente ridotti o sono scomparsi. L'obiettivo è quello di rielaborare i temi basilici di significato all'interno di una dimensione in cui il paziente è, in modo sostanziale, più consapevole degli stati interni e più demarcato dall'esterno e dal giudizio degli altri. Data la difficoltà dei pazienti con personalità di tipo **Disturbi Alimentari Psicogeni** a distinguere tra ricordi derivanti da esperienze dirette e ricordi derivanti dal racconto di altri familiari, la possibilità di ricostruire una storia di sviluppo personale a partire dalle proprie memorie, sulla base di una maggiore consapevolezza dei propri temi basilici di significato, contribuisce a sviluppare un senso di sé più stabile e definito.

La rievocazione e la successiva discussione degli eventi che hanno caratterizzato il proprio percorso evolutivo vengono proposte con lo scopo di far integrare nella storia personale i processi attraverso cui le sensazioni che il paziente avverte, e le spiegazioni e i significati con cui le riferisce, si sono strutturate nell'arco della propria vita. L'esclusione o la marginalizzazione, operata nell'intero percorso evolutivo, delle strutture di conoscenza emozionale nella definizione di sé, orienta i sistemi di memoria verso una caratterizzazione prevalentemente semantica dei ricordi, con la conseguente difficoltà nella rievocazione di memorie specifiche legate ad eventi emotivamente rilevanti. La difficoltà nel demarcarsi dagli altri e l'esclusione attiva, seppure inconsapevole, della traccia emotiva dell'esperienza si riflettono in un'incapacità a scindere le informazioni relative alla propria esperienza da quelle derivate dai resoconti dei genitori o di altri (De Marchis, 1999).

Il riordinamento delle esperienze critiche nell'ambito del proprio ciclo di vita è connotato da un continuo "reframing" di quegli eventi, che conduce progressivamente il paziente ad una migliore capacità d'identificazione, d'integrazione, di decentramento e di distanziamento dalle componenti cognitivo-emozionali che fanno parte della percezione di sé in corso (Guidano, 1992). La possibilità di rileggere la propria storia operando un'integrazione coerente tra ricordi, vissuti emozionali ed esperienza attuale, si riflette in una maggiore capacità di organizzare un senso più differenziato della propria individualità e della propria unicità.

Caso clinico n. 1

Simona ricorda che da bambina, se non le piaceva qualcosa, era obbligata a stare davanti al suo piatto anche sino alle tre del pomeriggio finché non avesse finito di mangiare tutto. *"Se non mi piaceva la minestra, il giorno dopo mio padre faceva cucinare dalla mamma solo minestra. Non mi piacevano le patate? Ogni giorno per una settimana erano patate sia a pranzo che a cena e dovevo stare col piatto sotto il naso finché non avessi finito tutto. Era questa prepotenza che mi faceva odiare il cibo. Quando invece andavo dalle zie avevo più appetito e mangiavo con più regolarità. Ancora adesso, se mio padre mi osserva mentre mangio mi innervosisco e smetto; mi sembra di tornare indietro nel tempo. Per mio padre alle due in punto doveva essere tutto pronto ed apparecchiato e dopo un quarto d'ora era già tutto sparecchiato, tranne il mio piatto, che a volte restava lì sul tavolo nudo a farmi compagnia sino al pomeriggio, sino a che non fosse stato vuoto"*. In quel periodo Simona manifestò un netto rifiuto per la carne che gettava sotto il tavolo; in seguito dovette escogitare qualcos'altro, la teneva in bocca e andava a sputarla nel water. Per un lungo periodo riusciva a mangiare solo latte e qualche biscotto, ma poi le venne la paura di ingrassare. Ricorda le continue liti tra i genitori e gli svenimenti a cui andava soggetta: *"Loro due sempre a litigare ed io sempre in disparte. Allora andavo dalle mie zie che mi coccolavano, mi davano tutto quello che volevo; con loro mi rasserenavo solo a sentirle parlare del più e del meno, le aiutavo a riordinare le cose di casa, i cassetti, e mangiavo con più appetito"*.

Riguardo al periodo del menarca Simona racconta: *"Una cosa che non dimenticherò mai riguarda la casetta per le bambole, che io stessa avevo costruito con legno, cartone, colla, chiodini e nastri. Era una casetta a cui tenevo molto anche se era quasi sempre vuota perché le bambole dovevano servire da soprammobile. A 12 anni, quando diventai signorina, mio padre decise che con le bambole era ora di finirla e mi distrusse la casetta. Era questo il metro della sensibilità paterna. Una volta avevo indossato un paio di pantaloni attillati e poiché i vicini di casa, amici dei miei genitori, mi avevano fatto dei complimenti, mio padre andò su tutte le furie, me li fece strappare e da quel giorno non ho più indossato pantaloni attillati. Non ho mai sentito dire a mia madre - Mettiti quel vestito -, oppure - Come stai bene con quest'abito -. Mio padre mi avrebbe voluto bella, ben fatta, intelligente e una volta mi venne da sbottare: - Ma da te cosa volevi che ne uscisse? -"*.

Durante l'adolescenza, quando la mattina la famiglia si riuniva in cucina per la colazione, mentre mamma, papà e figlio mangiavano, Simona non toccava niente. Era a dieta, pallida, con i capelli opachi e un po' trasandata. Le occhiaie marcate, la rendevano ancor più distante da quel gruppo seduto attorno al tavolo, intento ad iniziare la giornata con qualche golosità mattutina. La mamma si preoccupava: *"Simona, per favore, mangia almeno una fetta biscottata. La giornata a scuola è lunga"*. *"Grazie, non ti preoccupare, sto bene così e non ho fame"*, rispondeva lei. Simona era sottopeso, ma continuava a non mangiare: si vedeva grassa. Passava le giornate a guardarsi, fare confronti, leggere riviste e libri sulle diete. Non si piaceva. Cercava modelli da imitare. Si immaginava bella e longilinea; *"Più dimagrirò più sarò accettata e piacerò ai ragazzi"*, continuava a ripetersi come per convincersi. E così, mentre le sue compagne s'incontravano per un panino, lei era al parco, a vedere gli altri correre, perché le sue gambe non avevano la forza di sostenerla.

A questo punto della psicoterapia, Simona ha cominciato a nutrirsi e a cucinare, non sogna più il viso sghignazzante dell'amica, al mattino si sveglia più riposata e serena. Sono riapparse le mestruazioni e con esse il buon umore. Il fidanzato non deve continuamente giurare che lui non c'entra niente con l'amica, perché Simona ora è consapevole delle sue emozioni e capisce che la gelosia era un modo per non lasciarsi andare. Negli ultimi colloqui scherza ricordando quando voleva rompere il rapporto col suo fidanzato e chiede al terapeuta se può fare qualcosa anche per suo padre: *"Sa, dottore, più invecchia e più i lati negativi del suo carattere peggiorano e mia madre ne fa sempre le spese; mi dispiace vederli in questo stato, in fondo mi hanno voluto bene a modo loro e gli errori che hanno commesso con me, spero di non ripeterli con un figlio"*.

Il terapeuta rivede Simona circa sei mesi dopo per un controllo; pesa 53 Kg, i cicli mestruali sono regolari, l'appetito è buono, l'alimentazione regolare. Ha smesso volontariamente di assumere il tranquillante la sera e non è più andata dai maghi. La paziente ora sa che può essere amata, ora può amare ed essere felice.

Simona ritorna dal terapeuta due anni più tardi, in occasione di un altro abbandono; questa volta reale. Fino ad allora la paziente era stata sempre bene. Si tratta ora della morte del padre, deceduto per tumore polmonare. L'evento, com'era logico aspettarsi, ha fatto riaffiorare tutta la tematica esistenziale di Simona: la perdita e l'abbandono. Giunge nello studio per una "sindrome da lutto" e vari sintomi funzionali. Lamenta facilità al pianto, insonnia, palpitazioni cardiache, tristezza, diminuzione dell'appetito, nodo in gola con senso di costrizione alla laringe specialmente al momento di addormentarsi e paura di soffocamento notturno. Simona ha un gran senso di colpa e rimorsi per aver spesso odiato il padre, per non averlo capito, per non aver dialogato con lui.

Caso clinico n. 2

Cinzia ricorda quando adolescente, a notte fonda, mentre i genitori dormivano dopo aver litigato chiusi nella loro stanza, nell'oscurità sentiva il lieve rumore dei propri passi che si dirigevano in cucina. La fame l'aveva assalita e, come altre volte, in un rituale di gesti ormai ripetuti a memoria, apriva il frigorifero. Cercava tra i vari scomparti e alla fine trovava il suo feticcio: cibo, per soddisfare quella strana voglia di inghiottire, di saziarsi e per colmare il suo profondo senso di vuoto interiore. Passavano alcuni minuti, il tempo di aprire un barattolo di nutella, prendere un cucchiaino e portarlo alla bocca ... una, due, tre, una decina di volte, con cadenze sempre più ravvicinate, e Cin-

zia si sentiva come liberata da un'ansia, da una frenesia che quasi ogni notte l'assaliva e la rendeva sempre più simile ad un automa. Il mangiare per Cinzia sembrava diventato un dovere, ripetitivo e senza più alcuna fantasia, anche nella scelta del cibo. Ma non ci poteva fare niente. Come ogni cerimoniale, anche questo aveva il suo epilogo, scontato e ripetitivo, ma sempre doloroso. Prendeva il coperchio posato poco prima sul tavolo della cucina e con gesto rilassato della mano richiudeva il barattolo ormai quasi vuoto. Riapriva lo sportello del frigorifero e lo riposava nello stesso posto di prima, nello scomparto della portiera. Tutto sembrava concluso quando, come una macchinetta programmata, Cinzia si dirigeva in bagno e, in silenzio, vomitava. Poco dopo ritornava a letto e cercava di riaddormentarsi. Non ci riusciva. Il pensiero tornava a quel barattolo. Poi silenziosamente le lacrime le rigavano il viso; Cinzia piangeva, come tante altre volte, per rimproverarsi di una cosa che non sapeva come controllare. Avrebbe voluto cambiare, ma non poteva, né semplicemente voleva accettare tutto questo passivamente.

Suo padre, un uomo freddo ed aggressivo, era stato per molti anni mentalmente disturbato. Le sue depressioni erano accompagnate da paure di crolli finanziari e da sintomi coatti. La sua necessità ossessiva che le mani fossero lavate era particolarmente collegata a Cinzia, da cui egli rifiutava di prendere il cibo, perché la ragazza poteva averlo toccato con le dita sporche. La madre di Cinzia, una donna dal temperamento caldo ma autoritario, aveva sempre trattato la figlia come una bambina, e l'aveva protetta dalla vita, in altre parole dal padre aggressivo.

Cinzia era stata una bambina triste, che cercava sempre d'essere "*dolce e graziosa*". Questo atteggiamento, la sua obbedienza e i suoi successi scolastici erano finalizzati alla competizione con un fratello di due anni minore. Questo era un ragazzo simpatico ed attraente, ma ribelle e instabile, uno studente scadente e sofferente d'enuresi, che in seguito non riuscì ad impegnarsi in nessun tipo di studio. Cinzia, quando era adolescente, non poteva concedersi neppure la minima libertà, e ricorda di aver invidiato e detestato il comportamento disinibito e aggressivo del fratello. Era assai attaccata alla madre affascinante ed efficiente e cercava di imitarla.

Prima dei diciotto anni e del suo primo fallimento scolastico, era stata una ragazza assai ambiziosa, fortemente megalomane, arrogante, fredda e fragile. Era perennemente in cerca della propria identità. Desiderava essere un genio, e talvolta credeva di esserlo, idea che condivideva con la madre. La paziente, quando veniva posta a confronto con le proprie concrete limitazioni interiori ed esteriori, reagiva in un primo tempo con accresciute idee di grandezza, un ostinato diniego e un rifiuto di accettare la realtà, fino a quando il fallimento non diveniva inevitabile. Allora entrava in uno stato di depressione, aveva crisi bulimiche, smetteva di studiare e, secondo la sua definizione, "*si trovava in una confusione totale*".

All'età di diciotto anni, Cinzia riportò una votazione media all'esame di maturità, cui seguì un lungo periodo depressivo. Le sue ambizioni intellettuali crollarono. S'iscrisse in ogni caso all'università. La ragazza non riusciva più a studiare, dormiva male, si sentiva fisicamente debole e soffriva di vari sintomi ipocondriaci e fobici. Quando lo stato depressivo venne superato, non recuperò del tutto i propri interessi intellettuali, ma prese a frequentare numerosi ragazzi. Tuttavia questa situazione non durò a lungo. In quel periodo, incolpava il padre dei propri fallimenti affettivi, perché egli interferiva con i rapporti sentimentali della figlia.

La terapia ebbe una svolta importante quando divenne consapevole di come il suo distacco emotivo fosse emerso dalla scarsa capacità di discriminare i propri sentimenti e dalla severa inibizione delle tonalità emozionali: non le era consentito di rivelare i propri sentimenti d'amore o d'odio; doveva trattenerli, doveva negare la loro esistenza. Altrimenti sarebbe stata sopraffatta dalle proprie emozioni. Il suo freddo distacco era modellato su quello mostrato nei suoi confronti dal padre. Cinzia aveva senza dubbio cercato di comunicargli le proprie emozioni. Ma lui, come il partner della ragazza, non aveva accettato ciò che Cinzia gli offriva e l'aveva trattata con durezza. Solo la madre le aveva dato veri "*valori*", che risultavano accettabili. Nello stesso tempo, tuttavia, aveva sensazioni crescenti di una "*vuotezza interna*" al suo corpo, "*così profonda che nulla poteva colmarla*".

Poiché l'autostima dipendeva per lei dal valore attribuito ai suoi oggetti d'amore, la delusione provocava non soltanto una loro svalutazione, ma anche una profonda ferita alla propria autostima; ferita che destabilizzava il senso d'identità e minacciava di minare il rispetto verso di sé. Ogni qualvolta ciò accadeva, tentava di reintegrare il proprio equilibrio appoggiandosi ad un'altra persona, alla quale attribuiva le caratteristiche desiderate, fino a quando non subiva una nuova delusione. La sua autostima crollava parallelamente allo svuotamento dell'importanza attribuita al partner e veniva recuperata non appena ricostruiva un'altra immagine positiva, attribuendola nuovamente ad una persona concreta.

Il terapeuta rivede la paziente, un anno dopo la fine del trattamento, per una seduta di follow-up. Il peso si è stabilizzato, sono scomparse del tutto le crisi bulimiche e Cinzia ha ripreso, con un discreto successo, gli studi universitari. Non ha ancora una relazione affettiva stabile, ma è ottimista per il futuro, in quanto frequenta un compagno di studi che le piace molto, con cui è in "*splendida sintonia*" e da cui si sente corrisposta. Permane una certa polarizzazione ideativa sul cibo, sul peso e sull'aspetto fisico che, però, non interferisce con la sua vita di relazione e non innesca nessun tipo di vissuto ansioso.

NOTE CONCLUSIVE: DECORSO ED ESITI

Il decorso dei Disturbi del Comportamento Alimentare è variabile: nei casi di Anoressia, alle volte si presenta caratterizzato da una remissione più o meno completa, in seguito ad un episodio singolo, particolarmente nei pazienti più giovani e con migliore adattamento sociale e lavorativo preesistente; altre volte l'andamento appare irregolare, continuo o sub-continuo, con remissioni e riesacerbazioni. Benché la risposta alla psicoterapia correttamente programmata e condotta sia buona a breve termine, non ci sono dati sufficienti sugli effetti del trattamento nel tempo.

Fattori prognostici sfavorevoli sono l'appartenenza al sesso maschile, la comorbilità con altri problemi psicopatologici, una marcata entità del calo ponderale, un grave disturbo dell'immagine corporea, l'ostinata negazione di malattia. Fattori prognostici favorevoli sono invece l'età più giovane, che implica una più breve durata di malattia, come pure la presenza di un buon adattamento sociale e lavorativo preesistente. Trattandosi di un disturbo cronico e studiato rigorosamente da relativamente poco tempo rispetto ad altre malattie psichiatriche, sono rari gli studi esenti da limiti metodologici: il periodo di follow-up è in genere troppo breve ed il numero di soggetti reperiti insufficiente. In circa la metà dei casi trattati rimangono sintomi residui o sequele psicopatologiche, per esempio, come la presenza di sintomi depressivi, tratti ossessivo-compulsivi di personalità e dipendenza da farmaci. Le più frequenti cause di morte sono la denutrizione e gli squilibri elettrolitici, più raramente il suicidio. È da notare che gli studi con periodi di follow-up più lunghi riportano in genere le percentuali più elevate di esito fatale.

Malgrado la normalizzazione del peso corporeo, possono residuare anomalie del pattern alimentare ed il rapporto con il cibo può rimanere alterato a lungo, con restrizioni caloriche, costante preoccupazione per il peso, crisi bulimiche. L'amenorrea si risolve in buona parte dei casi, pur residuando, nella maggior parte delle pazienti, varie irregolarità mestruali; in altri, nonostante la normalizzazione del peso, l'amenorrea persiste; è stato osservato come in circa un terzo delle pazienti trascorra più di un anno tra il recupero di un peso corporeo adeguato e la ricomparsa del ciclo mestruale. Il peso corporeo rimane al di sotto dei valori medi del BDI in circa un quarto dei pazienti. Nella maggior parte dei casi c'è un ritorno ad un valore normale; talora si determina una condizione di sovrappeso e più raramente l'obesità. L'adattamento sociale risulta generalmente compromesso soprattutto nell'area socio-lavorativa e sessuale.

Non si hanno attualmente dati attendibili circa il decorso a lungo termine della Bulimia. Generalmente, anche dopo la scomparsa delle crisi bulimiche, permangono la polarizzazione ideativa sul cibo, sul peso e sull'aspetto fisico ed un aumentato rischio di patologia psichiatrica. La cronicizzazione del disturbo sembra verificarsi in meno di un quarto dei pazienti. Nella maggior parte dei casi, ad un anno dall'inizio del trattamento, viene riportata una completa remissione della sintomatologia bulimica. Si osservano ricadute in circa la metà dei casi, a seconda del periodo di follow-up studiato e dei parametri considerati.

Il tasso di mortalità associato alla Bulimia non è definito, ma sembra essere comunque superiore rispetto a quello della popolazione generale. Fattori prognostici positivi sembrano essere rappresentati dalla minore durata di malattia e dall'assenza di Disturbi di Personalità; contrariamente alle aspettative, una storia familiare di abuso alcolico sembra costituire un fattore prognostico favorevole. Eventuali disturbi presenti in comorbilità con la Bulimia, non sembrano condizionarne la prognosi: al contrario, al miglioramento della patologia bulimica corrisponde un parallelo miglioramento della patologia associata.

La maggior parte dei trattamenti sinora impiegati nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata ha dato risultati modesti, peraltro solo in circa la metà dei pazienti e nel breve termine. In assenza di linee guida specifiche, appare ragionevole fondare il trattamento di questi pazienti su un approccio integrato, indirizzato sia al disturbo della condotta alimentare sia alla condizione di sovrappeso, visto anche l'effetto reciproco di potenziamento delle abbuffate e dell'incremento ponderale. Un approccio combinato, attraverso la riduzione del discontrollo alimentare, sostenendo la spinta motivazionale al dimagrimento, e favorendo l'adesione alla terapia dietetica, potrebbe migliorare nel lungo termine la prognosi del disturbo.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., *Attachment as a related mother-infant interaction*, *Advanced. Study Behavioral*, 9, 1979.
- Amoni D., Caridi A., *Strategie di controllo sul partner affettivo in pazienti fobici e con disturbi alimentari in campo cognitivo*; in Chiari e Nuzzo (a cura di), *Le prospettive comportamentali e cognitive in psicoterapia*, Bulzoni Editore, Roma, 1982.
- Arciero G., *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Boringhieri ed., Torino, 2002.
- Bell R. M., *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma 1987.
- Bemporad J.R., *Self-starvation thought the ages: reflections on the prehistory of anorexia nervosa*, *International Journal of Eating Disorders*, 19, 3:217-238, 1996.
- Berne E., *A che gioco giochiamo?*, Bompiani, Milano, 1972.
- Bhanh S., Newton V.B., *Richard Morton's account of "Nervous Consumption"*, *International Journal of Eating Disorders*, 4, 589-595, 1985.
- Binswanger L., *Il caso Ellen West e altri saggi*, Milano, Bompiani, 1973.
- Bischof D., *Considerations about the problem of interpsychic and intrapsychic splitting in anorectic patient*, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41:95-97, 1992.
- Blanco S. e Reda M.A., *Il Corpo: uno Specchio dell'Anima (un Approccio Psicofisio-logico ai Disturbi Alimentari Psicogeni)*, Salute Donna 2000, AME, Grafica Pistolesi, Siena, 1996
- Blanco S. e Reda M.A., *Qualità dell'informazione e prevenzione, Indagine sulle conoscenze relative all'anoressia in una popolazione scolastica*, *Rivista Italiana di Psicosomatica*, 2004.
- Blanco S., Benevento D., Raffagnino R., Reda M.A., *Differenze di genere e rapporto con il proprio corpo in un gruppo di adolescenti*, *Cibus*, 1, 3, International University Press, Rome, London, New York, Hong Kong, 1997.
- Blanco S., Benevento D., Reda M.A., *I disturbi alimentari psicogeni precoci, un'interferenza nello sviluppo del senso di sé?*. Cibus, IUP edizioni, Roma, 2000.
- Blanco S., Marchi E., Reda M.A., *Risposta paradossale dei pazienti agorafobici all'EMG-BFB training*, In Pancheri P. (a cura di): *Terapia in medicina comportamentale*, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1984.
- Blanco S., *Oscillazioni cliniche di alcuni patterns psicofisiologici in soggetti psicotici*, *Complessità & Cambiamento*, II, 2, 70-77, 1993.
- Blanco S., Reda M.A., *Stabilità e cambiamento terapeutico: una prospettiva psicofisiologica*. In Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (a cura di), *Continuità e cambiamento in psicoterapia*, Cantagalli Ed., Siena, 2001.
- Bowlby J., *La costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina ed., Milano, 1990.
- Bretherton I., *A Communication Perspective on Attachment Relationships and Internal Working Models*, *Monog. Soc. Res. Child Dev.*, 60, 2-3, 1995.
- Bruch H., *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, Basic Books, New York, 1973, (trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano, 1977).
- Brumberg J.J., *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*, Penguin Books, New York, 1988.
- Bruner J., *Alla ricerca della mente*, Armando, Roma, 1994.
- Bruner J., *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Callieri B., *Un raro polimorfismo somatopsichico: anoressia tardiva e dismorfofobia*, *Informazione in Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria*, 24-25, 3-8, Roma, 1996.
- Candelori C., Ciocca A., *Attachment and eating disorders*. In P. Bria, A. Ciocca, S. De Risio (a cura di), *Psychotherapeutic Issues on Eating Disorders: Models, Methods, and Results*, Società Editrice Universo, Roma, 139-153, 1998.
- Candelori C., Ciocca A., *Attachment and adult psychopathology: Anorexia and bulimia*, *Regional Meeting of the World Psychiatric Association*, Roma, Abstract Book, Th4, 1997.
- Cash T.F., Winstead B.A., and Janda L.H., *Body image survey report: The great American shape-up*, *Psychology Today*, 20, 30-44, 1986.
- Chatoor I., Dikson L., Schaefer S., Egan J., *A developmental classification of feeding disorders associated with failure*

- to thrive: Diagnosis and treatment*, In .Drotar D. (ed.), *New directions in failure to thrive: research and clinical practice*, Plenum Press New York, 235-58, 1985.
- Chatoor I., Egan J., Getson P., Menevielle E., O'Donnel R., *Mother infant interactions in infantile anorexia nervosa*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry, 27, 535-40, 1988.
- Chatoor I., Egan J., *Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: a separation disorder*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry, N° 22, pp. 294-301, 1983.
- Crittenden P., *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Guerini, Milano 1994.
- Crittenden P., *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Masson, Milano 1997.
- Deutsch H., *Anorexia nervosa*, Bulletin Menninger Clinical, 45: 502- 511, 1981.
- Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma, 1978.
- Di Pasquale R., Rivolta A., *Dai significati alle strutture contestuali: fobia e disturbi alimentari a confronto*, Psicoterapia, 26, 107-119, 2003.
- DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (tr. it. Masson, Milano, 1996).
- Eissler K.R., *Some psychiatric aspects of anorexia nervosa demonstrated by a case report*, Psychoanalytic Review, 30: 121-145, 1943.
- Feinman S. ed., *Social referencing and the social construction of Reality in Infancy*, Plenum Press, N.Y, 1992.
- Fichter M., *The anorexia Nervosa of Franz Kafka*, International Journal of Eating Disorders, 6, 3: 367-377, 1987.
- Freud S. (1889), *The origins of psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1954.
- Fried R. e Vandereycken W., *The Peter Pan syndrome: was James M. Barrie Anorexic?*, International Journal of Eating Disorders, 38,3:369-376, 1989.
- Gard M.C.E. e Freeman C.P., *The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status*, International Journal of Eating Disorders, 20, 1-12, 1996.
- Garfinkel P.E. e Garner, D.M., *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Brunner-Mazel, New York, 1982.
- Garner D.M., Garfinkel P.E., *Perceptive and cognitive disturbances*, in Garfinkel P.E., Garner D.M. (eds.) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, New York, Brunner & Mazel, 1982.
- Gordon R.A., *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- Gordon R.A., *Concepts of eating disorders: A historical reflection*. In: *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders* (eds. H.W. Hoek, J.L. Treasure, and M.A. Katzman). Chichester: Wiley & Sons Ltd, 1998.
- Guidano V. F., *The self as a mediator of cognitive change in psychotherapy*, in Hartman L.M., Blankstein K.R. (eds.), *Perception of self in emotional disorders and psychotherapy*, Plenum Press, New York, 1986.
- Guidano V.F., *A system, process-oriented approach cognitive therapy*. In Dobson K. S. (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Guilford, New York, 1986a.
- Guidano V.F., *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V.F., *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F., *Lo sviluppo del Sé*, in Bara B. (a cura di) *Manuale di psicologia cognitiva*, Bollati Boringhieri Torino, 1996.
- Habermas T., *Zur Geechichte der Magereucht. Eine Rekonstruktion*, Edizioni Psychologische Frankfurt Piecher Taschenbuch Verlag, Frankfurt, 1994.
- Habermas, T., *Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme eating. The background to Giovanni Brugnoli's description of two cases of anorexia nervosa in 1875*, Journal of the History of Psychiatry, 3, 431-455, 1992.
- Halmi K., *Images in Psychiatry. Princess Margaret of Hungary*, American Journal of Psychiatry, 151, 1216, 1994.
- Herzog D. B, Norman D. K, Gordon C., *Sexual conflict and eating disorder in 27 males*, American Journal of Psychiatry, 141, 989-990, 1984.
- Herzog D. B., Newman K. L. E. Warshaw M., *Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males*, Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 356-359, 1991.

- Herzog D., Norman D., *Subtyping eating disorders*, Compr. Psychiatry, 26, 379-380, 1985.
- Iwasaki Y., Matsunaga H., Kiriike N., Tanaka H., Matsui T., *Comorbidity of Axis I Disorders Among Eating-Disordered Subjects in Japan*, Comprehensive Psychiatry, 6, 454-460, 2000.
- Izard C.E., e Buechler S., *Emotion expression and personality integration in infancy*, in C.E. Izard (Ed.), *Emotion in personality and psychopathology*, Plenum Press, New York, 1979.
- Izard C.E., *On the ontogenesis of emotion-cognition relationships in infancy*, in M. Lewis & A.L. Roseblum (Eds.), *The development of affect*, Plenum Press, New York, 1978.
- Lacey J.M., *Anorexia nervosa and a bearded female saint*, British Medical Journal, 285, 1816–1817, 1982.
- Lattimore P.J., Wagner, H.L., Gowers, S., *Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters*. European Eating Disorders Review, 5, 355-368, 2000.
- Le Doux J., *Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi editori, Milano, 1999.
- Lewis M. e Brooks-Gunn J., *Social Cognition and the Acquisition of Self*, Plenum, New York, 1979.
- Lewis M., *Il Sé a nudo. Alle origini della vergogna*, Giunti, Firenze 1995.
- Lewis M., *Myself and me*, in Taylor Parker S., Mitchell R.W. e Boccia M.M. (eds.), *Self Awareness in Animals and Humans*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1994.
- Lewis M., *The Emergence of Human Emotions*, in Lewis M. and Haviland J.M. (eds), *Handbook of Emotion*, Guilford, New York 1993.
- Liotti G., *L'anoressia mentale e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione*, Psicobiettivo, 2, 25-36, 1988.
- Liotti G., *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Mahoney M.J., *Psychotherapy and human change process*, in American Psychological Association (ed.), *Psychotherapy research and behavior change*, A.P.A. Washington, 1985.
- Margules D.L., *Opioid and antiopioid actions in the survival and reproduction of individuals*, In: Cooper S.J. (Ed.): *Theory in Psychopharmacology*, Academic Press, New-York, 1981.
- Maturana H. e Varela F., *Autopoiesi e Cognizione*, Marsilio Editore, Padova, 1988.
- Maturana H. e Varela F., *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano, 1987.
- Maturana H., *Biology and Self Consciousness*, in Trautner G. (ed.), *Consciousness: Distinction and Reflection*, Bibliopolis, 1995
- Meneghelli A., Adami G.F., Gandolfo P., Scopinaro N., "Body image" e peso corporeo nel paziente con obesità grave. Psicoterapia cognitiva e comportamentale, 1, .1, 5-14, 1995.
- Montecchi F., *Diagnosi precoce e indicatori di rischio nelle anoressie mentali della adolescenza*, Informazione in Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria, 24-25, 9-14, Roma,1996.
- Nardi B., *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nicolle G., *Prepsychotic anorexia*, Proceeding Research, Society Medical, 32:153, 1939.
- Offman H. J. e Bradley S. J., *Body image of children and adolescent and its managements: an overview*, Canadian Journal of Psychiatry, 37,417-422, 1992.
- Palmer R.L., Jones M.S., *Anorexia nervosa as a manifestation of compulsion neurosis*, Archives of Neurology and Psychiatry, 41, 856-861, 1938.
- Pancheri P., Cassano G.B. (Ed.), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1999.
- Pennebaker J.W, Barger S.D., Tiebout J., *Disclose of Traums and Health Among Holocaust Survivors*, Psychosomatic Medicine, 51 pp. 577-589, 1989.
- Philippot P., Rime B., *Social and cognitive processing in emotion: an euristic for psychopathology*. In F.W. Flack Jr. & D.J. Laird (a cura di) *Emotions in Psychopathology*, N.Y. Oxford Un. Press, 1988.
- Pillari M.F., Canestri L., Reda M.A., *Attaccamento e disturbi alimentari psicogeni*; Cibus, International University Press, 5, 3, 83-90, 2001.
- Pinhas-Hamiel L., Dolan L.M., Daniels S.R., Standiford D., Khoury P.R., Zeitler P., *Increased incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus among children and adolescents*, Journal Pediatric,128:608–615, 1996.

Pi-Sunyer F.X., *Medical hazards of obesity*, *Annuary International Medicine*, 119:655-660, 1993

Reda M.A., Arciero G., Blanco S., *Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia*, *Rivista di Psichiatria*, 21, 142-158, 1986.

Reda M.A., Blanco S., Demontis D., *Problemi psicoterapeutici con pazienti psicotici: una ricerca sperimentale*, *Newtrends in Schizofrenia*, Ed. Fondazione "Centro Praxis", S. Maria a Vico (Caserta), 1990.

Reda M.A., *L'organizzazione della conoscenza*. In Bara B. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996a.

Reda M.A., *La relazione terapeutica: un modello strutturalista*, In Sacco G., Isola L. (a cura di), *La Relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Melusina ed. Roma, 1992.

Reda M.A., *Le basi emotive dello sviluppo cognitivo, considerazioni per la psicoterapia*, In d'Errico I., Menoni E., Sacco G. (a cura di), *Conoscenza ed etologia, la ricerca nelle Scienze Cognitive*, Melusina ed. Roma, 1996b.

Reda M.A., Sacco G., *Anoressia e santità in S. Caterina da Siena*, *Informazione in psicologia, psicoterapia, psichiatria*, 26, Roma, 1996.

Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci Ed. Roma, 2001.

Ricoeur P., *Dal testo all'azione*, Jaca Book, Milano, 1994.

Ricoeur P., *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano, 1995.

Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993.

Ricoeur P., *Tempo e racconto*, Jaca Book, Milano, 1986

Rothenberg A., *Adolescenza e disturbi alimentari: la sindrome ossessivo-compulsiva*, *Adolescenza*, 4, 2:182-206, 1993.

Rothenberg A., *Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome*, *Psychiatry*, 49:45-53, 1986.

Russel M. A., *Culture, scripts and children's understanding of emotion*, In Saarni C., Harris P.L., *Children's understanding of emotion*, Cambridge Un. Press, 1989.

Sacco G., *Psicoterapia e Sistemi Dinamici*, McGraw-Hill, Milano, 2003.

Salzman J. P., *Primary Attachment in female adolescent: association with depression, self-esteem, and Maternal Identification*, *Psychiatry*, 59, 20-32, 1996.

Santonastaso P. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia*, Masson, Milano, 1993.

Schneider J. A. e Agras W. S., *Bulimia in males: a matched comparison with females*. *International Journal of eating disorders*, n°6, pp. 235-242, 1987.

Selvini Palazzoli M., *Self Starvation*, Chaucer, London, 1974, (trad. it. *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1981).

Shaver P. R., Hazan C., *L'attaccamento di coppia negli adulti: teoria ed evidenza empirica*. In Carli L. (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

Siever H. D., *Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders*, *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 62, 252-260, 1994.

Silverman J.A., *Louis Victor Marcé, 1828-1864: Anorexia nervosa's forgotten man*, *Psychological Medicine*, 19:833-835, 1989.

Striegel-Moore R., *Risk factors for eating disorders*, *Annual NY Academic Science*, 817, 98-109, 1997.

Taylor C., *Le radici dell'io*, Feltrinelli, Milano, 1993

Thompson J.K., Coovert M.D., Richards K.J., Johnson S., and Cattarin J., *Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents; Covariance structure modeling and longitudinal investigations*, *International Journal of Eating Disorders*, 18, 221-236, 1995.

Trevarthen C., *An infant motives for speaking and thinking in the culture*, in Wold A.M. (ed) *The dialogical alternative*, Scandinavian Un. Press, Oslo, 1992.

Trevarthen C., *Empatia e biologia*, Raffaello cortina Editore, Milano, 1998.

Vandereycken W., Van Deth R., *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Cortina, Milano, 1995.

Waller J.V., Kaufman R.M., Deutsch F., *Anorexia nervosa: a psychosomatic entity*, *Psychosomatic Medicine*, 2: 3-16, 1940.

Wiseman C.V., Gray J.J., Mosimann J.E., and Ahren A.H., *Cultural expectations of thinness in women: An update*,

International Journal of Eating Disorders, 11, 85-89, 1992.

Witkin H.A., *Cognitive styles in personal and cultural adaptation*, The 1977 Heinz Werner Lectures, Clark University Press, Worcester, Mass., 1978.

Witkin H.A., Goodenough D.R., *Field dependence and interpersonal behavior*, Psychological Bulletin, 84, 661-689, 1977

Wolf P. e De Blassie R., *A comparison of holistic and behavioral group approaches in facilitating weight loss, personally change and self-concept change in adult women*, Journal of Obesity e Weight Regulation, 2, 195-202, 1983.

World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic*, WHO, Geneva, 1998.