

## **Approfondimento sui disturbi alimentari minori**

di Maristella Fantini

[www.maristellafantini.it](http://www.maristellafantini.it)



**Felice Casorati - L'attesa (particolare)**

## STORIA

Sempre più spesso persone in età adolescenziale o adulta si rapportano al cibo non come se esso fosse un alimento naturale a cui avvicinarsi con spontaneità, ma come se fosse un nemico da cui guardarsi. Nutrirsi non è più un piacere ma una fatica. Le calorie vengono contate meticolosamente e portate a livelli minimi. Gli alimenti vengono scelti con cura per eliminare quelli più calorici e prendere quelli più leggeri, fino a distorcere l'apporto calorico con conseguenze sul peso e sul metabolismo.

Tale disturbo è più evidente nelle società occidentali industriali, con espansione negli ultimi 20 anni, quando sono emerse forme diversificate rispetto alla tradizionale anoressia. L'incidenza del disturbo è molto elevata: da 1% a 10% a seconda dei paesi, degli studi condotti e delle forme cliniche. Sembra in rapporto a più fattori causali: psicologici, individuali, storici, culturali ed educativi famigliari. Pertanto l'approccio corretto deve tener conto di un insieme di situazioni che ne sorreggono l'insorgenza ed il decorso.

Per quanto riguarda la storia di tale disturbo possiamo dire che il rifiuto del cibo è una condizione conosciuta da lunga data. Già Richard Morton nel 1694 aveva parlato di una particolare consunzione psicologica dovuta ad una condizione malata degli spiriti. Ne aveva individuato la causa in un difetto di succhi gastrici, ma la considerava comunque una malattia della mente.

Nel 1789 un altro studioso francese, Nadeau conferma l'origine psichica e la chiama anoressia. Tale termine avrà un grande successo e non troverà altri termini rivali. Nella parola anoressia è contenuto il fulcro del disturbo stesso. Dal greco *Ana-Rein* significa: mancanza di fame. Infatti il disturbo, più che rappresentare qualcosa di malato che interferisce nella psiche, è l'espressione di una carenza. Anche il termine latino *appetitus* significa aspirare, tendere a, volere. Quindi mancanza di appetito equivale a mancanza di desiderio. E' molto interessante questo legame fra cibo e desiderio, perché nei malati è davvero inversamente proporzionale la quantità di sintomi alimentari rispetto alla riduzione del piacere.

Nel 1800 altri studiosi approfondiscono la malattia. William Gull la chiama ad esempio *apepsia isterica*, mettendola in rapporto alla digestione, e quindi anoressia mentale, ad indicare che in realtà lo stomaco digerirebbe normalmente.

La definizione di anoressia isterica è importante perché la mette in rapporto con modalità isteriche, cioè con lo spostamento dell'espressione del disagio nel corpo. Vedremo come questo è fondamentale per capire il disturbo, che dunque rientra nella sfera dei disturbi psicosomatici.

In Italia Morselli la definisce malattia degli impulsi, nel suo trattato *Malattie Mentali* la lega alla deformazione dell'impulso di conservazione. Questa visione introduce la relazione, che sarà poi evidenziata con forza nei clinici del '900, fra disturbo alimentare e disturbo sessuale, in quanto entrambi gli impulsi servono a mantenere la sopravvivenza del singolo, nel primo caso, la sopravvivenza della specie nel secondo.

All'inizio del '900 si individua un tipo di anoressia organica legata alla ghiandola ipofisaria, detta *Morbo di Simmond*, dall'autore che l'ha scoperta. Si tratta di una anoressia legata ad un difetto endocrino. Sembrò quindi che si trattasse di una vera malattia organica, ma gli autori successivi sfateranno l'idea che tutte le anoressie siano di tipo fisico endocrinologico.

Solo nella seconda metà del '900 il disturbo assurge a tutta la sua importanza. Dagli anni '60 in avanti il disturbo, un tempo raro, diventa più frequente e si definisce come patologia a se stante. All'inizio degli anni '70 gli autori francesi suddividono le forme gravi da quelle lievi e dai disturbi

intermedi. Tale classificazione resta a mio avviso importante per orientarsi nella gran varietà di quadri patologici. Ne darò quindi un rilievo specifico.

#### Suddivisione dei disturbi alimentari secondo gli autori francesi Ey – Bernard - Brisset

- **Disturbi gravi** = appetit de mort (voglia di morte) vicini alla sfera psicotica
- **Disturbi intermedi** = persistenti, all'interno dei disturbi di personalità
- **Disturbi lievi** = transitori, assimilabili ai disturbi nevrotici

Per tali autori esistono disturbi molto gravi, rapportabili ad un desiderio di autodistruzione (appetit de mort), che spesso evolvono progressivamente e che a volte hanno esito infausto. Essi sembrano un vero delirio di negazione di sé; la scissione qui è grave, come quella psicotica; il soggetto non ha critica della gravità della situazione, essendo in sintonia con essa.

Esistono poi disturbi lievi, che hanno un andamento variabile, con remissioni anche definitive o con ricadute parziali, che permettono comunque alla persona di condurre una vita abbastanza normale. Essi possono considerarsi disturbi di tipo nevrotico: sono meno gravi e la persona ammette il proprio disagio.

Ci sono poi disturbi intermedi fra la sfera grave di tipo psicotico e la sfera lieve di tipo nevrotico. Si tratta di disturbi alimentari, che in genere si accompagnano anche ad altre anomalie del comportamento, che tendono e diventare cronici o molto prolungati nel tempo, pur senza assurgere alla gravità dei primi. Sono disturbi che fanno parte di un disturbo più generale di personalità.

Per gli stessi autori francesi i disturbi alimentari sono da inserire fra i disturbi psicosomatici: la persona parla attraverso il corpo. L'organo prescelto cerca di rappresentare simbolicamente il conflitto sottostante e rimodella nella malattia quel contrasto fra pienezza ed incompletezza, fra l'accogliere e il rifiutare, che ogni persona anoressica ha sperimentato in famiglia ed in se stessa.

Negli anni '70 e '80 fioriscono le teorie che cercano di spiegare l'origine del fenomeno. Esse coincidono con un incremento dei disturbi stessi nella popolazione soprattutto femminile. Possiamo distinguerle in teorie individuali, che pongono l'accento sui conflitti personali inconsci e sulle distorsioni comunicative; e in teorie sociali, che vedono nel sintomo la risposta conseguente alla visione maschilista del corpo femminile. Si accenna alle più significative.

#### **Teorie individuali**

Bruch ( 1961-1982). Il cibo sembra essere il problema centrale, ma è una questione secondaria per la persona, che è alla ricerca di una vera identità. Il ragazzo/a, affetto da anoressia, ha un Io carente, perché l'educazione lo ha frenato, in quanto i genitori hanno scelto per lui, lo volevano adattabile, e lo hanno coartato con innumerevoli richieste. Nella adolescenza la famiglia chiede al ragazzo di autonomizzarsi, ma lui non ce la fa, stretto fra due richieste opposte: di restare bambino adattato e di crescere scegliendo per conto proprio.

Il conflitto è bloccante. Allora l'adolescente si ritira in se stesso, nel proprio corpo da dove può controllare il cibo e l'alimentazione, restando al contempo regredito (non cresce) e autonomo (non ha bisogno). Il fondamentale conflitto sul crescere è legato al timore di perdere l'amore.

Crisp (1967-1997). Tale autrice diventò un riferimento in Gran Bretagna. L'adolescente ha la fobia della propria persona e cerca di sfuggire al presente per ritornare ad una infanzia priva di sessualità. Il fondamento è lo stesso per le paure fobiche. Gli individui cadono in tali meccanismi per una somma di carenze personali e famigliari, legate all'eccessivo bisogno dei genitori di tenere accanto a sé i figli. Il disturbo prevale nelle donne, che hanno più difficoltà a vivere la loro sessualità.

Slade (1984). Scrive un libro. "Tutte le domande sull'anoressia" in cui espone la sua teoria sui contrasti femminili. La donna si trova a dover conciliare due opposti: essere donna bella e perfetta, ma soprattutto remissiva, e al contempo assorbire dei modelli maschili di successo, che le permettano di assumere dei ruoli sociali. Questo modello culturale che la vuole perfetta e mascolina, è inconciliabile. Esso può solo esprimersi in un compromesso, che è il cibo, che le permette di essere essenziale nel corpo e nello stesso tempo di dominare gli impulsi.

Selvini-Palazzoli (1967-1969). Questa autrice interpreta il disturbo come l'esito di una dinamica relazionale distorta all'interno della famiglia, intesa come sistema. Le premesse del disturbo avvengono nella primissima infanzia, quando la figlia non è riuscita a distinguere sé dalla madre, la quale pertanto diventa una figura minacciosa. Nella adolescenza, quando con lo sviluppo corporeo tale distacco è evidente, la ragazza trasferisce sul corpo l'oggetto negativo e lo vuole distruggere. Il miglioramento è facilitato da un cambiamento nelle relazioni famigliari.

### **Teorie sociali.**

Si sviluppano a partire dal femminismo e trovano le migliori interpretazioni negli anni '80 con le autrici: Kim Chermín, Marilyn Lawrence e Susie Orbach. Esse individuano la radice del fenomeno nei profondi mutamenti sociali che coinvolgono il ruolo femminile. Prima la donna si trovava all'interno di modelli dati, tutti centrati sulla famiglia e sulla maternità. Con la conquista di parità di diritti e con le nuove economie industriali, la donna viene proiettata nel mondo maschile della competizione e del lavoro. Essa aspira a raggiungere gli stessi livelli degli uomini. La cultura però è rimasta molto ancorata a valori precedenti, e per la donna si crea un conflitto profondo fra l'immagine femminile di un tempo e la nuova immagine emergente. La donna di prima doveva essere sottomessa e silenziosa. La donna di oggi deve essere aggressiva e competitiva. Perciò la confusione sul modello da scegliere genera ansia. Allora spesso la donna arriva ad isolare il corpo come schermo difensivo, sia quando lo riempie nella bulimia, sia quando lo svuota nella anoressia.

Negli ultimi decenni si assiste ad un aumento di forme particolari, che possiamo definire: disturbi alimentari minori. Tali disturbi non sono sovrapponibili a veri quadri anoressici o bulimici, in quanto sono di entità minore e più diversificati; essi si configurano come una ossessione del cibo, il quale viene considerato un peso e un nemico. I disturbi minori compaiono una fascia d'età maggiore, sono frequenti anche nei maschi, e sono legati a problemi non solo di sviluppo adolescenziale, ma di assunzione di ruoli sociali.

Perciò il disturbo alimentare oggi sta diventando più diffuso, più diversificato, meno grave, con età di insorgenza molto ampia, colpendo uomini e donne nel corso della loro vita adulta.

Si può affermare che le cause storiche di tale fenomeno vadano ricercate in fattori individuali, familiari e sociali.

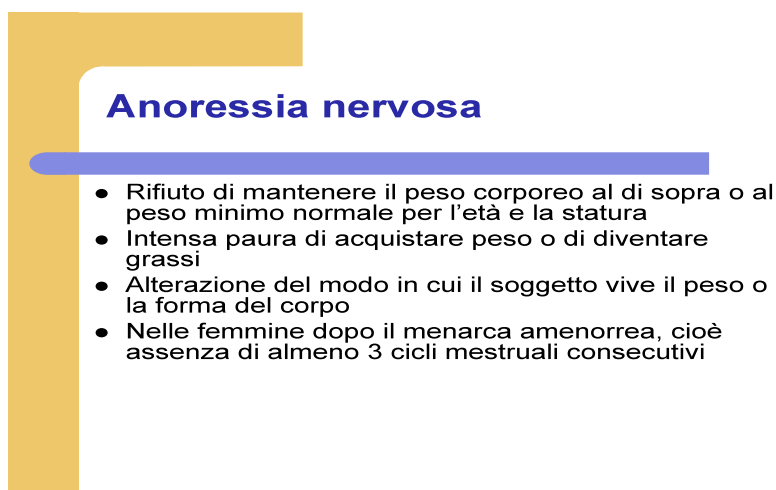
I fattori individuali sono la difficoltà incontrata in un particolare momento della vita (passaggio dall'infanzia all'età adulta o passaggio da un ruolo ad un altro) per cui l'ansia viene buttata sul corpo, come contenitore di disagio. I fattori familiari sono legati alle alte aspettative dei genitori sui figli, soprattutto riguardo alla resa scolastica, con il risultato di aumentare la tensione nei figli che hanno difficoltà di apprendimento o caratteriali. I fattori sociali a mio avviso sono fondamentali per capire come mai l'ansia oggi viene spostata prevalentemente sul corpo. A questo proposito non penso che la causa sia il modello di corpo esile, esibito dalla moda, o la voglia di dieta, ma soprattutto il tipo di pubblicità abbondantemente diffuso dai mass media. Su questo mi soffermo.

La pubblicità oggi reclama molti prodotti alimentari. Per rendere tali prodotti appetibili la pubblicità sempre più spesso usa un metodo deleterio: associa tali oggetti agli affetti. Di qui il passo è breve per ricorrere al cibo ogni qual volta tale parte reclama soddisfazione e piacere.

Quindi il cibo deve ritornare cibo e non surrogato di amore e di amicizia. Alimentarsi deve ritornare ad essere un atto necessario, seppure piacevole, e non la risposta a bisogni primari di vicinanza e di intimità.

## CLASSIFICAZIONE

La classificazione dei disturbi alimentari comprende tre forme, che il DSM IV riassume così: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Altri Disturbi Alimentari non Specificati.

An infographic for Anorexia Nervosa. It features a large yellow 'L' shape on the left side. To the right of the vertical bar of the 'L', the title 'Anorexia nervosa' is written in blue. Below the title, a blue horizontal bar is followed by a bulleted list of four symptoms in black text.

**Anorexia nervosa**

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura
- Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo
- Nelle femmine dopo il menarca amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi

L'anorexia nervosa è un disturbo grave, sovrapponibile all'*Appetit de mort* dei francesi.

Si parla di anoressia quando vi è il rifiuto ad alimentarsi e il peso corporeo diminuisce sotto il minimo consentito per l'età e per la statura. La paura di ingrassare è così forte da permeare tutto il pensiero e da diventare un vero delirio di negazione rispetto al bisogno di nutrirsi. Il soggetto non ha critica sulle sue condizioni, avendo deformato la percezione del proprio corpo, che viene considerato grasso anche quando è emaciato. Dopo alcuni mesi cessano le mestruazioni e tale amenorrea persiste per tutto il tempo in cui è presente il

disturbo. Spesso è l'ultimo sintomo a scomparire, dopo il miglioramento degli altri.

La negazione della fame è totale, e la malata fa di tutto per evitare di nutrirsi, arrivando ad ogni bugia e manipolazione. Infatti l'atto di nutrirsi è considerato minaccioso e disdicevole, come se portasse alla distruzione, anziché alla sopravvivenza. Le condotte compensatorie, volte a non assimilare gli alimenti, possono essere o no presenti: vomito, lassativi, eccessiva attività fisica. In molti casi, oltre alle ristrettezze alimentari, il paziente fa di tutto per eliminare le piccole quantità ingurgitate, in altri casi basta il rifiuto del cibo e non c'è vomito post-prandiale.

Per la gravità delle anomalie ideative, la anoressia sembra una psicosi, nonostante che il nucleo depressivo sia sempre evidente seppure mascherato.

La anoressia è una patologia che comprende quindi alterazioni psichiche ed organiche e deve essere affrontata da una équipe di più specialisti: dietologo, internista, psichiatra, ginecologo.

Le condizioni fisiche devono essere monitorate con attenzione, poiché sono frequenti ed inevitabili alterazioni di diversi apparati.

L'incidenza della anoressia varia da 1/100 a 1/800 a seconda degli studi.

Il decorso può essere progressivo verso forme croniche e gravi, episodico con crisi anoressiche intervallate da benessere, o a remissione totale del disturbo senza ricadute.

La prognosi è benigna nel 94% dei casi. Questo significa che nella maggioranza i sintomi scompaiono o non lasciano gravi conseguenze. Purtroppo però nel 6% dei casi la prognosi è infausta. Il decesso può avvenire per le conseguenze del digiuno, con disturbi a carico del cuore (infarto dopo ipopotassiemia), dei reni (insufficienza renale) o per infezioni sopraggiunte dopo caduta delle difese immunitarie.

L'interpretazione psicologica del disturbo si ferma su quattro cause principali.

La prima causa individuata è un grosso conflitto rispetto alla madre; la ragazza sta diventando donna e prende inconsciamente come modello di riferimento la madre; se con la genitrice il rapporto è difficile ed ostile, la ragazza può rifiutare tale modello e per farlo nega il suo corpo in evoluzione, quasi a fermare il tempo per non diventare diversa e soprattutto no diventare come sua madre.

Un'altra causa individua la negazione della sessualità: per vari motivi la donna può vivere come pericolosa la sessualità che si sviluppa nel suo corpo e quindi non mangiare significa negare questa componente prevalente a quell'età.

Collegate a queste cause c'è l'interpretazione che vede nella anoressia fondamentalmente la negazione della crescita in senso lato. La ragazza non vuole lasciare l'infanzia, immaginando terribile l'età adulta, questo sia per incapacità di assumersi nuove responsabilità, sia per l'immaturità accumulata, sia per i bisogni dell'infanzia non soddisfatti. Se una ragazza non ha raccolto abbastanza amore e divertimento nella infanzia teme di non averli mai più se abbandona tale età per diventare grande.

Infine l'ultima interpretazione vede nel trauma-dolore la causa prima dei sintomi. Spesso nella storia passata di questi soggetti è avvenuto un trauma, sia di tipo luttuoso (morte o abbandono) che di tipo sessuale (molestie o violenza vera e propria), che non è stato risolto o non è stato neppure detto. Tutta l'emotività e la rabbia accumulata in tale trauma si ripropone ad ogni cambiamento di vita che in qualche modo si colleghi alla fine di qualcosa (fine dell'infanzia o di una condizione che sta per essere superata da un'altra condizione) o si colleghi anche alla sessualità.

Queste sono tutte cause significative per l'anoressia, che vengono prese in considerazione nella terapia individuale del soggetto.

Non sono comunque da dimenticare le teorie sistemiche, che vedono il sintomo funzionale al sistema-famiglia. L'anoressia per questa teoria matura dentro distorte relazioni familiari e la paziente assorbe tutte le frustrazioni per mantenere in piedi un equilibrio che altrimenti si rivelerebbe troppo precario.

## Bulimia nervosa

- Ricorrenti abbuffate
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso
- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe almeno due volte la settimana in media per tre mesi
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo
- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

La bulimia nervosa è il quadro opposto alla anoressia, anche se spesso le due situazioni si alternano fra loro: ad un periodo anoressico segue un periodo bulimico e così via. Delle due condizioni la più temuta è proprio la bulimia e quasi sempre la anoressia è un tentativo estremo di tenerla lontana.

Si parla di bulimia quando sono presenti abbuffate ricorrenti, con la frequenza di più volte la settimana. Le abbuffate consistono nella ingestione di abbondanti quantità di cibo, fatte in modo compulsivo. Ad esse seguono condotte compensatorie per eliminarlo: uso di lassativi, vomito autoindotto, movimento esagerato con lunghe mance o fatiche sportive. L'autostima è sempre molto ridotta ed è legata esclusivamente al peso corporeo. Pertanto abbuffarsi significa anche denigrarsi. Il cibo non viene gustato, perché è solo un modo di tacitare l'angoscia. Ad ogni abbuffata segue uno stato di prostrazione e di depressione, con ansia intensa, che viene poi ridotta con l'abbuffata successiva.

L'incidenza della bulimia è un po' superiore alla anoressia, oscillando nei vari studi tra il 4% ed il 12%. Il decorso è variabile: per lo più gli episodi di bulimia si alternano ad altri periodi di tipo anoressico, e i due estremi di disturbo alimentare competono tra loro, escludendosi a vicenda. In questi casi il paziente teme così tanto la bulimia stessa da reagire con la anoressia pur di tenere lontane le abbuffate. Altre volte la bulimia si presenta da sola, come una vera compulsione alimentare. Il disturbo può risolversi spontaneamente o persistere come problema latente o cronico.

Alla bulimia si associa quasi sempre una consapevolezza di malattia, a differenza della anoressia, in cui il paziente non riconosceva di star male. Qui invece sente molta sofferenza per la "gabbia" oppressiva del cibo, che lo sovrasta, e manifesta depressione anche marcata.

La stima di sé è sempre molto bassa, con senso di inadeguatezza verso la realtà. Il paziente lega tale insicurezza ai sintomi alimentari e all'aumento di peso, ostinandosi a pensare che "Se fosse magro/a starebbe così bene". In realtà la bassa stima è un fatto che precede il sintomo alimentare e viene negato proprio attraverso la costruzione del sintomo.

Spesso il disturbo dell'umore ha una oscillazione bipolare, senza arrivare a vere crisi depressive o maniacali. Il soggetto bulimico ha un umore labile, con mutamenti importanti, che aumentano il senso di precarietà di sé.

Le interpretazioni psicologiche sono da mettere in relazione a tre fattori principali: la rabbia, il sentire ed il dipendere.

Per quanto riguarda il primo è certo che in ogni bulimica/o vi è molta rabbia repressa. Tale sentimento matura attraverso le vecchie frustrazioni ed incapacità a soddisfare la voglia d'amore. Così la rabbia verso la realtà ostile o fredda diventa rabbia verso se stesso indegno (incapace di farsi amare). Essendo poi spesso presenti dei veri traumi o situazioni di tipo oppressivo, si comprende come la rabbia sia elevata, essendo avvenuta in età precoci dove i meccanismi di gestione dei sentimenti erano deboli.

Per quanto riguarda il sentire sembra di poter affermare che una caratteristica comune a tali persone sia la difficoltà a vivere i sentimenti, specie quelli considerati negativi (rabbia e dolore). Il sentimento viene percepito come qualcosa che invade e distrugge, sia per la violenza con cui lo si immagina sia per la fragilità con cui si è convinti di affrontarlo. Mangiare tanto serve allora a coprire le sensazioni legate proprio ai sentimenti. Tutta la sfera del "sentire" viene avvolta dal volume corposo degli alimenti, tanto più ingurgitati, quanto più l'affettività preme.

Infine il dipendere. Questi soggetti non hanno un buon equilibrio rispetto a come gestire gli affetti. O vi si attaccano morbosamente, o se ne distaccano con ostilità. Spesso tali modalità non sono neanche reali, ma immaginate. L'individuo immagina che un legame sia qualcosa di estremo: può annullare chi se ne invischia, può distruggere con l'abbandono. Perciò sono sempre guardinghi: ogni affetto è rischioso. L'intimità è solo avvicinata ma mai vissuta fino in fondo. Il bisogno d'amore resta inevaso. La frustrazione aumenta. Così il cibo diventa un modo di soddisfare una voglia corporea senza ricorrere ad un'intimità con l'altro. Anzi l'ingrassare fa sì che il corpo si circondi di adipe per tener lontani gli altri (in senso fisico e metaforico).

### **Turbe organiche.**

E' importante sottolineare che sia nella anoressia che nella bulimia esiste il forte rischio di turbe organiche associate. Si calcola infatti che circa il 50% dei pazienti ricoverati per tale disturbo (gli studi oscillano fra il 40% ed il 70%) presentino delle complicanze.

I sintomi derivano dallo scarso apporto di sostanze nutritive (anemia,ipoproteinemia, osteoporosi) ma soprattutto dal frequente uso di lassativi, che impediscono il normale assorbimento intestinale e producono un depauperamento di sali minerali e di vitamine (ipokaliemia, iposodiemia, problemi renali).

Il rischio più grave è dato da aritmie cardiache, spesso conseguenti all'abbassamento del potassio, che possono arrivare fino a fibrillazioni mortali, a infezioni da abbassamento delle difese, a insufficienza renale.

L'ulcera peptica, così come le ulcere e le infiammazioni esofagee, derivano dall'acidità prodotta dal vomito. La dilatazione gastrica è la conseguenza delle abbuffate e degli sforzi della muscolatura liscia dello stomaco durante il vomito.

Ma passiamo al terzo ed ultimo tipo di disturbo alimentare.

## Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati

- Disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico disturbo dell'alimentazione

La classificazione del DSM IV non dà il giusto rilievo ai disturbi minori, semplicemente li colloca al di fuori dei precedenti, come se fossero aspecifici. In realtà il disturbo alimentare minore è una condizione ben definita oggi giorno e rappresenta un problema di forte impatto sociale. Merita quindi approfondire le sue caratteristiche per farne un quadro specifico. Tale attenzione evita due conseguenze dannose: la prima è quella di non diagnosticarlo correttamente e di non curarlo come merita; la seconda è quella di riservare esclusivo rilievo ai quadri gravi di anoressia e di bulimia, inducendo nella pazienti e nelle famiglie un terrore esagerato, anche quando il disturbo è lieve e transitorio.

### Caratteristiche dei disturbi minori

- Sono in notevole aumento
- Le persone non hanno evidenti patologie psichiche
- Il disagio è soggettivo
- La personalità è spiccata
- Il disturbo inizia in concomitanza con richieste sociali
- Beneficiano di psicoterapie focali
- Guariscono spesso con totale remissione

Sono di entità minore: pur presentando oscillazioni in senso anoressico o bulimico, permettono alla persona di condurre una vita normale.

Sono in notevole aumento: come dice Gordon: *"La maggioranza dei disturbi alimentari è incipiente o presente in modo tenue e non giunge mai all'attenzione clinica, ma guarisce spontaneamente con il raggiungimento della maturità. Questi dati significano che i sintomi si collocano lungo un continuum di gravità e che i casi trattati rappresentano soltanto la punta di un iceberg di una situazione più estesa"*.

Colpiscono una fascia d'età più ampia: l'ossessione del cibo colpisce persone adulte con una vita lavorativa e familiare impostata, generalmente fra i 18 e 35 anni.

Si manifestano con sintomi diversificati: comprendono forme diverse, accomunate da una modalità ossessiva di cibarsi: vanno da una selezione eccessiva degli alimenti a crisi di digiuno e di abbuffate, a rituali rigidi costanti, a controllo meticoloso delle calorie ingurgitate.

Colpiscono persone senza evidenti patologie psichiche: mentre nella anoressia e nella bulimia era evidente la forma delirante o depressivo di agire, qui si tratta in genere di persone ben strutturate, con una buona capacità introspettiva, che non si sanno spiegare quella ostinata ossessione che di colpo invade le abitudini quotidiane. Non sono quasi mai presenti disturbi psichici in anamnesi, a parte una tendenza depressiva con una certa familiarità (parenti

affetti da depressione). Spesso si rileva nel passato un lutto significativo ( morte di un genitore o di un parente stretto).

Non modificano in modo evidente il fisico del soggetto: la persona conserva un peso ancora rientrante nella norma, o appena ai limiti superiori o inferiori. A parte alcuni episodi più gravi, il fisico del soggetto non presenta né emaciazione, né obesità; il fisico esile è curato e di piacevole aspetto; l'età apparente è in genere inferiore a quella reale.

Producono alterazioni endocrinologiche, nonostante un peso ancora nella norma, le quali si presentano dopo alcuni mesi di ossessione alimentare e sono abbastanza inspiegabili. Nel 20% dei casi le alterazioni addirittura precedono il calo ponderale. Consistono nelle donne in irregolarità mestruali o in amenorrea. Si associano quindi ad una sterilità temporanea. Spesso le giovani donne vanno in consultazione dal ginecologo proprio per questo.

La personalità è spiccata: non solo i giovani pazienti non riferiscono disturbi psichici in anamnesi, ma appaiono di fine intelligenza e di buona introspezione; in genere spiccano per creatività e sensibilità, anche se tali doti non sono state ben riconosciute né sfruttate; sono portate alla terapia sia individuale che di gruppo.

Beneficiano di psicoterapia: per motivi sopra riferiti, legati alla minor gravità del disturbo e al tipo di personalità, è indicata, se non addirittura indispensabile, una buona psicoterapia. La più efficace appare una psicoterapia breve e focale, di tipo individuale a cui far seguito un periodo possibilmente di terapia di gruppo.

Guariscono con totale remissione: in una grande percentuale di casi i sintomi regrediscono completamente, dopo terapia appropriata e dopo il raggiungimento di una maggiore maturità. Può essere indicato un periodo di supporto psicofarmacologico con antidepressivi.

L'incidenza di tali disturbi non è chiara, ma sicuramente è superiore a quella della bulimia. Se là il dato oscillava tra il 2 ed il 12 %, qui la stima può essere mediamente del 10%.

L'andamento dei disturbi alimentari minori è vario: o è l'ultima fase di un disturbo iniziato come anoressico o bulimico, o inizia e finisce come disturbo minore, o presenta, in certe fasi della vita, recrudescenze bulimiche o anoressiche più franche. Insomma è così mutevole da non poter essere chiaramente classificato.

## GENESI ED INTERPRETAZIONE

La migliore spiegazione è quella di difficoltà di autonomia. Molte volte la persona si trova di fronte ad un salto di crescita dall'età infantile all'età adolescenziale; oppure dalla condizione di figlio alla condizione di coppia o di novello genitore, o anche da ruoli più subalterni (studente) a ruoli più impegnativi (lavoratore). Prevalentemente il disturbo avviene nel passaggio dall'età infantile all'età adulta, cioè nel periodo della adolescenza o post-adolescenza. In tale momento il salto viene percepito come veramente brusco. Prima c'era la dipendenza da cose sicure, un succhiotto da mettere in bocca nei momenti di difficoltà. Ora c'è un mondo sconosciuto e difficile; bisogna lasciare il succhiotto e camminare con nuovi mezzi e nuove difficoltà.

Ma l'individuo non sa come muoversi e come difendersi. E' spaesato. Forse perché le difficoltà lo spaventano, o perché gli hanno inculcato di essere sempre all'altezza, o perché ha troppe aspettative di riuscita totale, o perché gli mancano sicurezze vecchie che non ha raccolto (amore sicuro incondizionale).

Insomma la persona non trova dentro di sé la calma per vivere. Dalla mia esperienza la mancanza psicologica riguarda la capacità di ascoltare se stesso, inteso come i propri bisogni e i propri desideri, perché il paziente è troppo abituato ad ascoltare gli altri, essendosi dovuto adattare a richieste lontane dalle sue reali tendenze.

A questo proposito riporto alcune frasi di ragazze in terapia: *"Se ti hanno sempre detto come comportarti e cosa fare, e mai cosa ti piace e come cercare quello che desideri, segui queste direttive passivamente per non dare problemi. Soffochi la tua vera personalità e vivi una vita non tua". "Siamo un mondo di ragazze astratte. Tutto parte dalla solitudine. Non sentirsi accettate, essere rifiutate per quello che si è. Crescendo si ha paura a mostrarsi per quello che si è, non avendo l'abitudine a farlo".*

Quindi queste persone hanno silenziato parti di se stesse, che agli altri davano fastidio o non interessavano. Affacciandosi all'età adulta queste parti reclamano un posto. Ma la persona non può darglielo, perché considera tali parti brutte e vergognose. Sono le parti creative, tenere, deboli, sensibili. Se emergono producono un malessere grave di tipo psicofisico. Allora si cerca un posto dove buttarle, perché non disturbino troppo. Il corpo può diventare il posto giusto. Qui si tratta però non di un organo, come nelle somatizzazioni, ma del corpo nel suo complesso, inteso come fisicità. Per allontanare il corpo si allontana la fame. Non del tutto, come nella anoressia dove si opera una vera scissione. Qui lo si allontana controllandolo. Ecco allora che le calorie vengono accettate, ma in modo preciso e personalizzato. Il cibo viene mangiato, ma in modo metodico e rituale. La persona sta meglio. Si sente a posto. Quindi il disturbo minore è un modo improprio e doloroso, di salvarsi la vita.

Possiamo dire che questi disturbi rappresentano: **UNA STRATEGIA DI SOPRAVVIVENZA, UN MODO DI SALVARE LA MENTE**

In tutti i disturbi alimentari il protagonista è il cibo, e di conseguenza il corpo, che dal cibo dipende per la sua stessa sopravvivenza. Negarsi il cibo significa negare il proprio corpo, e abbuffarsi di cibo significa riempire a dismisura il corpo, in entrambi i casi si tratta di un corpo bistrattato e sopraffatto.

Eppure, mentre il corpo soffre, la mente è integra. La persona con questi disturbi sembra non patire fisicamente. In genere continua una vita attiva. Se studia riporta buoni risultati, anche ottimi; se lavora mantiene le attività e fa carriera; se è sportiva aumenta la resa. La mente viaggia per conto proprio, ignorando la battaglia del corpo, come se non la riguardasse. Durante il colloquio tale persona appare lucida, attenta, intelligente, coerente, se non si tocca l'alimentazione. Però la infastidisce ogni moto del corpo: se lo stomaco reclama o il muscolo è dolente, se si presenta l'astenia o il cuore è tachicardico, tutto viene negato ed essa si ostina a dire: - Tutto bene, non ho bisogno di niente-.

Nel corpo e col corpo quindi viene allontanato un qualche grosso pericolo. Come il carceriere bada a che il delinquente non esca di cella, così l'anoressico bada a che la fame non esca a reclamare la propria libertà. La fame, impulso pericoloso, viene allontanata a tal punto da essere osteggiata e vinta.

Nei rari periodi in cui essa, la fame, riesce a uscire all'aperto, è smisurata e ingorda, come il detenuto evaso che si concede tutto, prima di venir riacciuffato. La fame si fa ragione del lungo digiuno e prende ogni cosa, buona o cattiva, pur di riempirsi. Ma la successiva pena sarà ancora più lunga e sterile.

Abbiamo qui tratteggiato la continua lotta del disturbo alimentare: negare il cibo, poi ingurgitarlo, poi rinnegarlo ancora, quindi aspettare l'attimo di distrazione per abbuffarsi di nuovo. Il conflitto interno ne costituisce quindi un motivo dominante.

Al di fuori della lotta c'è un'apparente normalità.

Per questo il paziente non vuole assolutamente toccare l'argomento cibo o malattia: deve tenerlo separato da sé, pena un'angoscia profonda.

Non vuole curarsi, perché curarsi significa guardare il problema, affacciarsi alla cella, scoprire che il carcerato ha le sue buone ragioni per voler uscire, che la fame gli appartiene e deve farne i conti.

Nella anoressia la porta che chiude l'appetito, simbolo primo di ogni altro impulso, è completamente serrata. La prova di ciò sta nel fatto che ad ogni pranzo deve seguire il vomito, rito espiatorio di un comportamento sanzionato.

Nella bulimia la porta si spalanca con violenza per un breve intervallo di bagordi, a cui seguirà una più grave pena.

Nel disturbo alimentare minore la porta verso la fame è solo socchiusa e l'individuo ne controlla il minimo spazio aperto con meticolosità, come fosse un guardiano ossessivo.

Da qui si comprende come per la salvaguardia dell'identità personale il paziente ha deciso di negare il corpo, sede di bisogni e di moti pulsionali. Ha deciso altresì di salvare la mente, pura e immacolata sede del pensiero.

Per salvare l'identità si è deciso di sacrificare qualcosa, il corpo.

Anzi non lo si è propriamente sacrificato, lo si è messo a baluardo difensivo. Dentro il corpo sono state collocate tutte le brutture (leggi parti di identità considerata cattiva e disdicevole) e negando il corpo si pensa di dimenticare tale zavorra. Il corpo martoriato serve da scudo.

Ma perché la persona considera disdicevole una parte di sé? Perché la deve allontanare? Di che parte si tratta?

Dai molti colloqui, specie con i pazienti affetti da disturbo minore, più disponibili alla introspezione e al cambiamento, si scopre che tali parti di identità sono soprattutto costituite dalle proprie debolezze, non riconosciute come tali, ma come colpe. -Sono colpevole di aver bisogno-. -Sono colpevole di non essere amata-. -Sono colpevole di non riuscire-. -Sono colpevole di essere in difficoltà e di non farcela-. E così via. La colpa è alimentata da un ambiente familiare piuttosto rigido, teso ai risultati del fare, più che all'essere, con forti spinte competitive, sorrette da successi scolastici precoci o da esempi famigliari.

In genere i sentimenti di tristezza o di paura non trovano posto nella espressione familiare e vengono considerati segno di fallimento.

A ciò si aggiunge un bisogno forte di appartenere ad un gruppo, come avviene nella adolescenza o nei periodi di assunzione di nuovi ruoli (famigliari o lavorativi). L'appartenenza passa attraverso la stima degli altri e l'autostima. Se le debolezze, più forti in questi periodi di passaggio di stato, non sono tollerate, anche la appartenenza vacilla. Di qui la doppia angoscia: di non poter essere "deboli" e di non potere essere amati.

Quindi il Sé corporeo non entra armonicamente nella relazione con gli altri e nella relazione con se stessi. E' un fardello ingombrante. I sintomi testimoniano la lotta per metterlo a tacere.

Il cambiamento di un determinato periodo di vita è carico di minacce. Occorre aumentare la vigilanza. Di qui il tentativo di rendere il corpo minimale, privo di fami, ma anche barriera contro tali angosce. Il corpo esile, spogliato del suo volume, metaforicamente perfetto, può arginare l'ansia di espulsione e, attraverso la vittoria sulla fame, dare il senso di un potere assoluto (sulla fame stessa, ma anche sulla realtà).

Si parte dall'ipotesi che il corpo in questo caso sia considerato il contenitore di un disagio profondo.

La decisione di mettere il dolore nel corpo avviene comunque in un determinato momento della vita.

Prima ci sono dei segnali che possono predisporre a tale scelta inconscia.

La persona con disturbo alimentare ha strutturato una personalità particolare, con specifiche difese, per reggere una carenza di carezze.. Le difficoltà aggiuntive modificano tali difese con strategie più estreme e gravi, dove il conflitto fra la parte che vuole carezze e quella che se le nega diventa una vera battaglia interiore.

Esamineremo quindi i concetti di difese, carezze e conflitto fra due parti.

## Le Difese Psicologiche

Il primo meccanismo difensivo è la scissione, che potremmo cos' riassumere immaginando un dialogo inconscio interiore: -Scindo il dolore e il peso che sento addosso, di cui ho solo vaga consapevolezza, ma che potrebbe bloccarmi la vita e, scindendolo, mantengo il resto di me libero e attivo-.

Il secondo meccanismo è lo spostamento: -Questo peso lo sposto sul corpo, a lui congeniale (entrambi sono costituiti da bisogni, sensazioni, dolori). Ne faccio un tutt'uno con il fisico e libero così la mia mente-.

Terzo meccanismo di difesa è la negazione: -A questo punto nego il mio corpo, dove ho buttato tutto quello che non volevo sentire, e con lui nego la fame, primordiale legame fra le esigenze del corpo e me-.

Quindi nei disturbi alimentari agiscono tutti e tre questi meccanismi di difesa: dopo la introiezione, che sposta tutte le responsabilità sul soggetto, avviene un processo di scissione, fra il mentale ed il corporeo, di spostamento dei vissuti negativi nel corpo ed infine di negazione del corpo, dove tali vissuti sono confluiti.

- Introiezione: sono io che non vado bene
- Scissione: salvo la mente e relego il dolore nel corpo
- Spostamento: nel corpo metto la parte piccola di me verso cui provo rabbia
- Quella parte trova nel cibo l'oggetto adatto
- Si scatena il conflitto fra le due parti: quella mentale grande che non ha bisogno e quella istintiva piccola che chiede cibo, ma viene negata

La tabella riporta le tappe sopra esposte, a partire dal senso di inadeguatezza personale: "Non vado bene". In questa convinzione il paziente mette dentro di sé un giudizio esterno aderendovi. In seguito decide inconsciamente di salvare la sua parte mentale dal peso che la offuscherebbe e sposta nel corpo il dolore di sentirsi inadeguato, In tale dolore c'è la parte più fragile ed infantile, quella non accettata. La persona prova rispetto ad essa molta rabbia e la aggredisce utilizzando il cibo come tramite. Attraverso il cibo trova anche un compromesso eccellente per mantenere un equilibrio interno: nel sintomo alimentare nega e al contempo esprime i bisogni repressi.

Come mai il cibo è un oggetto così adatto ad assorbire altre necessità? Per tanti motivi, ma soprattutto perché significa potere, regressione e carezze. Potere. Il cibo è potere, proprio quando altri poteri sono debolissimi. La ragazza che deve adeguarsi ai famigliari senza ribellarsi trova nel cibo un modo di imporsi: nessuno riesce infatti a farla mangiare, seduta a tavola, di fronte a tutti, li tiene in scacco; non mangia; mangia solo quello che vuole lei; mangia e

poi vomita, a dimostrazione che l'ultima parola, in fatto di alimentazione, è la sua.

Diceva una paziente anoressica: *"A pranzo, seduta accanto al mio patrigno, assaporo la dolce vittoria di vederlo impotente: io digiuno e lui insiste perché butti giù quel cibo unto, ma so che se lo mangerà tutto lui, diventando ancora più gonfio e brutto di quanto già non sia"*.

Il cibo è anche rifiuto della crescita, un modo trasversale di raggiungere il blocco del tempo fisico. Arrivato alla adolescenza il soggetto non vuole proseguire nella crescita della vita, perché ha paura dell'età adulta o perché rimpiange troppo l'infanzia. Allora non mangia, immaginando di restare adolescente, o ancor peggio di ritornare bambino. Diceva un paziente: *"Mi sento sottile come un filo, senza forme. Piccolo e leggero. Mi sento come quando ero bambino, magro e fragile, e provo un forte piacere"*.

Infine il cibo è legato alle carezze. Ricorda la prima carezza dopo la nascita, che era l'allattamento. Rievoca quindi un periodo in cui le carezze sicuramente arrivavano ad ogni richiesta; adesso, che il mondo è avaro, la persona può dosare da solo le sue carezze e lo fa con uno strumento a sua disposizione, che è il cibo.

Con il cibo, oggetto adatto, si opera una forte scissione quindi fra la parte debole (infantile che ha bisogno) e la parte forte (mentale che non ha bisogni). Le due parti si fronteggiano e si combattono. Diceva una paziente: *"C'è una parte in me che non ha bisogno e lotta contro l'altra parte che ha bisogno e non la fa mangiare. Poi, quando la mente è assopita verso sera, l'altra parte che ha bisogno si risveglia e si abbuffa. In me c'è una continua lotta. Ecco perché non sono serena, non riesco a dormire e non mestruo. Come si fa ad avere dei ritmi regolari durante una guerra? Vorrei fermarmi, che qualcuno mi dicesse che la guerra è finita."*

Ritengo che l'intensità del meccanismo della scissione e il tipo di conflitto fra le parti determini le varie forme di disturbo alimentare.

Nella anoressia la scissione è molto forte e persistente e produce quel senso quasi delirante, che la accomuna alle scissioni psicotiche. Il corpo viene scisso nella sua totalità, tanto che anche altri istinti fisici scompaiono, come l'istinto sessuale, la fertilità e alcuni bioritmi circadiani.

Nella bulimia la negazione non è completa, ma si alterna alla condizione di una fame soverchiante, che supera la difesa, ed è perciò predominante il conflitto fra le parti come caratteristica specifica.

Nel disturbo alimentare minore la scissione e la negazione sono più leggere. Il corpo con le sue necessità viene molto accettato e la negazione è solo parziale. Domina lo spostamento, in cui una parte del disagio diventa fisica e viene perciò controllata con ossessività. Molti concetti e tecniche della Analisi Transazionale servono nella comprensione e cura dei disturbi alimentari, in particolare citerò:

- La teoria delle carezze
- L'esclusione del Bambino
- Il copione

## **Carezze**

Secondo Berne una delle fami fondamentali dell'uomo è la fame di carezze, intese come riconoscimenti relazionali sul proprio esistere.

All'inizio della vita le carezze coincidono con l'unico atto relazionale presente: succhiare. Nel nutrirsi l'infante soddisfa la pulsione a sopravvivere e il bisogno di definire il confine di sé nel contatto con il seno.

Più avanti le carezze non saranno confinate al nutrirsi, ma si dispiegheranno nell'infinita gamma di gesti, voci, relazioni, comunicazioni, verbali e non verbali, che costruiranno il guscio relazionale delle tappe evolutive e di qui i successivi nuclei della futura identità.

Quindi il bisogno di carezze, che all'inizio era bisogno di cibo nutriente, diventa successivamente bisogno di buoni riconoscimenti. Come a dire che il cibo nutriente, che alla nascita è il latte, diventa poi rappresentato da relazioni nutrienti.

Ma il cibo resta la prima carezza. Una carezza che è stata comunque soddisfatta. Il cibo è il primo anello relazionale, base di tutte le carezze relazionali successive.

E' per questo che spesso, quando le carezze più "evolute" mancano o sono insoddisfacenti, la persona tende a ritornare indietro, andando a ricercare quella carezza sicura che l'ha nutrita: il cibo.

Nutrirsi diventa allora non tanto un gesto legato alla sopravvivenza fisica, ma un atto sostitutivo di un bisogno interiore psicologico.

Più la carenza di carezze è grave, più è forte l'impulso a ingurgitare alimenti. Il Bambino interno si rivolge al cibo, dirottando su di esso la fame rispetto a relazioni intime significative, che non danno appagamento.

Ecco allora che una prima interpretazione del disturbo alimentare è quella della regressione. L'individuo regredisce rispetto alle modalità di soddisfare il bisogno di relazioni nutrienti, di carezze.

La terapia quindi passa necessariamente attraverso un nuovo equilibrio di carezze.



L'analisi focale punterà sulla storia delle relazioni significative del soggetto, sul tipo di carezze ricevute e ricercate, sulle difficoltà a dare, chiedere e ricevere carezze. Si soffermerà su una specifica relazione affettiva, che ha determinato le difficoltà e l'insorgenza dei disturbi, senza tralasciare nessun particolare. Il paziente infatti tenderà a minimizzare i problemi e a portare il terapeuta fuori strada, non potendo neanche ammettere a se stesso che qualcosa di tale relazione è anomala o patologica. La persona con disturbo alimentare tende a una certa superficialità difensiva e si impedisce di criticare le persone significative, preferendo omologarsi alle loro richieste, anziché lottare per far emergere le proprie.

Nella fase della iniziale della terapia, che può anche essere esaustiva nei casi lievi, si effettua un lavoro di decontaminazione, cioè di ricupero di idee sane sui diritti allo spazio, ai sentimenti propri ed alla espressione dei bisogni.

Una delle più frequenti convinzioni pregiudiziali è quella di "non poter rifiutare le carezze negative", e di "non poter chiedere carezze". Questi pregiudizi si trasformano in un accumulo di rabbia e dolore (per tutte le carezze negative ricevute e interiorizzate) ed in una carenza estrema di carezze (per non poterle chiedere). Il cibo diventa funzionale alla situazione: da un lato aiuta a scaricare

la rabbia (mangio e vomito per distruggere ciò che ho ingurgitato senza appetito) e dall'altro offre della carezze di plastica, tante quante se ne vuole, da gestire in assoluta autonomia.

Proprio la autonomia rispetto alle carezze è il cardine primo del disturbo: *-Mi do da sola carezze positive e negative, me le do e me le tolgo, ripetendo all'infinito il gesto di mettere e svuotare, tanto che nell'ingurgitare cibo e nel vomitarlo ripeto inconsciamente il trauma antico, di me piccola che voleva carezze ma non poteva ottenerle-*. Sappiamo che ogni trauma ha come conseguenza la tendenza alla riproposizione dello stesso, per vie metaforiche o mascherate, nel tentativo di superarlo.

---

L'atto del nutrirsi è un atto di riguardo e di affetto verso se stessi

Va di pari passo con l'esperienza di relazioni affettive

Se le relazioni sono nutrienti si ci nutre bene

Se le relazioni non sono nutrienti è possibile che si ci nutra male: troppo o troppo poco

Non si prova tanto un rifiuto verso l'altro quanto un sentimento di rabbia verso se stessi indegni

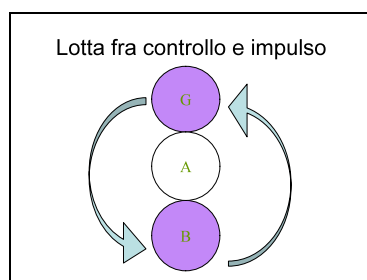
Aumentano nei momenti di passaggio della vita o in situazioni che comportano nuove relazioni

---

In terapia è bene partire dall'ultima fase e ripercorrere le tappe per sostituire modalità positive. Si parte cioè dal momento della vita in cui si è determinato il sintomo alimentare e dal tipo di difficoltà in esso presente.

Si aiuta ad indirizzare la rabbia non più verso se stessi, ma verso gli elementi concreti della situazione stressante. Si elaborano nuovi modi per relazionarsi in modo nutriente. Si scinde infine il cibo, nutrimento del corpo, dalle carezze, nutrimento psicologico.

### Conflitto fra due parti



Dentro la psiche dell'individuo si agitano due forze: una del controllo e una del desiderio. La prima deriva dai modelli originari (Genitore che reprime) la seconda dai bisogni tutt'ora presenti (Bambino che preme).

A seconda del tipo di dialogo conflittuale interno e della decisione risultante, si possono individuare le fondamentali differenze fra i tre disturbi proposti.

Nella anoressia il conflitto è estremo. E' un conflitto fra la parte genitoriale in toto, compresa la parte arcaica e la parte più evoluta. In altre parole è un conflitto fra la normatività rigida e i bisogni ( G2 - A2), ma anche fra un orco

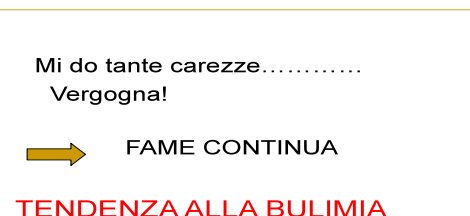
bloccante e un infante affamato (G1 – B1) e spesso fra esistere o non esistere (G0 – B0). Riguarda cioè i pensieri, l'affettività e la fisicità. Pertanto i divieti interni sono grandiosi, assoluti e distruttivi. Non coartano solo alcuni bisogni fondamentali, ma lo stesso sentire i bisogni, primo fra tutti la fame. Perciò esiste un divieto a sentire e un divieto a provare fame, cioè impulso a soddisfare le proprie necessità. Resta fuori da tale empasse la relazione con il mondo, dove il soggetto riesce ancora a mantenere i ruoli dovuti e le attività sociali. Come a dire che il sé è negato, mentre l'Io relazionale va avanti. Il dialogo esistente nella psiche del soggetto anoressico si può così riassumere:



Nella bulimia l'esclusione dei bisogni non è totale. Il B, pur oppresso dai divieti, mantiene una certa energia e, quando ne ha accumulata abbastanza, alza la testa e si impone. La fame, a lungo insoddisfatta, emerge turbinosamente e si rifa della lunga carestia: mangia senza gusto, solo per la vendetta di potersi affermare.

Il B non ha controllo, diventa ingordo e illimitato, fino allo sfinimento. Il G assiste impotente aspettando il suo turno. L'Adulto è fuori gioco, perché il conflitto è più forte delle sue buone ragioni. In questo caso la persona esce dall'empasse dando energia ad un solo estremo del conflitto, alla parte impulsiva e repressa. Quando tale parte è stanca e si ferma, dopo aver tanto mangiato, arriva il G rigido a sgridarla. La fa sentire incapace e vergognosa, in colpa per aver mangiato. Infatti in quella fame estrema c'è anche un'ingordigia disprezzata. Sembra che la bulimia sia pertanto di livello inferiore, come gravità, alla anoressia, perché qui i bisogni in qualche modo emergono, seppure in modo scomposto.

Diceva una paziente: *"Nei periodi anoressici mi punisco, divento trasparente. Nei periodi bulimici voglio mostrare che ci sono, che ho un posot, anche se poi mi faccio schifo e torno a ritirarmi"*. Il dialogo interno si può riassumere come:



Nel disturbo alimentare minore le due parti G e B sono di pari intensità, ed il loro antagonismo diventa un braccio di ferro con un compromesso statico. B vuole aver fame, G non accetta la fame, l'equilibrio diventa: controllare la fame. Essa da impulso naturale, diventa un fatto matematico. B può mangiare, ma a condizione di seguire le regole. G può imporre, ma a condizione di permettere una certa alimentazione. Il compromesso è tipico della personalità del soggetto,

che sostituisce il controllo alla spontaneità. Nel cibarsi come nel vivere. Mangia cose leggere calcolando tutte le calorie da mattino a sera. Frequenta amici e fidanzati guardando nel fidarsi o meno di loro. Gioisce dei piaceri, sempre punendosi ogni volta che esagera. In terapia controlla il terapeuta: lo cerca e se ne affeziona ma dosa l'intimità e l'intensità della relazione, avvicinandosi quando sente il terapeuta lontano, allontanandosi quando lo sente vicino. L'empasse è di grado meno profondo, può essere di 1 massimo di 2 grado. Il dialogo interno è di questo tipo.

---

... Io non vado bene.  
Controlla il tuo corpo ...

 FAME MISURATA

**OSSESSIONE DEL CIBO**

---

## TERAPIA

### **COSTRUIRE UN' ALLEANZA**

E' la prima tappa essenziale, perché questi pazienti non si fidano e temono la dipendenza. Sta all'arte del terapeuta trovare il punto di sofferenza da cui partire. Non esistono regole certe. E' più facile dire quello che non si deve fare. Non si deve prendere per buono un contratto stipulato solo con i parenti. Non ci si deve fermare alla richiesta di un terzo, sia esso familiare o altro medico specialista. Non si deve forzare la relazione, ma neanche essere deboli di fronte ad una situazione preoccupante. Non si deve essere moralisti o sgridatori perché la normatività svalutante scatena ribellioni decise. Non si deve essere troppo affettivi perché la genitorialità invasiva è temuta. Non si deve neanche essere empatici col proprio bambino perché tutti i bambini vengono considerati stupidi da tali soggetti. Allora da dove partire per un'alleanza? Dalla sincerità e dalla logica.

E' utile partire da una posizione A-A. Dare spiegazioni e informazioni di tipo psicologico è un ottimo modo per posizionare la relazione su un canale comunicativo giudicato tranquillo.

### **FACILITARE LA CONNESSIONE FRA COMPONENTE AFFETTIVA E MENTALE**

Una volta instaurata una prima alleanza, la fase terapeutica che segue è volta a facilitare una migliore connessione fra il pensiero e l'affettività. Il pensiero è l'espressione della parte logica mentale, mentre l'affettività è l'espressione della parte concreta biologica. Quindi la connessione fra pensiero e affettività significa anche connessione fra mente e corpo.

In questa fase la persona viene aiutata a esprimere insieme pensieri e sentimenti congruenti. Questo significa dare voce alle sensazioni, nel corso del racconto della propria vita o sollecitare emozioni adeguate nel descrivere la situazione attuale; abituarsi a convivere con le proprie emozioni; collegarle con le esperienze presenti e passate, considerandole fonte di conoscenza e non segno di debolezza.

In termini AT questo passa attraverso la consapevolezza della storia della propria infanzia, dei bisogni soddisfatti o negati, da dove è partita la prima decisione di rimuovere alcune emozioni.

Il lavoro sulle emozioni deve essere fatto in modo graduale, sempre riportando ogni esperienza affettiva alle consapevolezze adulte, per aiutare la connessione B-A. Quindi è bene continuare con pazienza a facilitare il fluire energetico fra il pensare e il sentire.

Contemporaneamente l'Adulto del paziente si rafforza ed il suo Bambino si fida del terapeuta, che lo ha riconosciuto.

## **INDIVIDUARE L'EVENTO SCATENANTE**

Il rafforzamento dell'Adulto è fondamentale. Questo è già avvenuto nella fase di alleanza e di decontaminazione precedente. Adesso può arrivare il momento di affrontare nello specifico il problema alimentare. A mio avviso è utile partire dal momento storico della vita del soggetto, in cui è iniziato il problema. Questo evento temporalmente è quasi sempre ben presente alla memoria del paziente. Egli dirà all'inizio: -Ho incominciato a d avere questa abitudine alimentare un anno fa-. -Mi è iniziato in terza liceo-. -Ho iniziato a non mangiare intorno al matrimonio-. Cioè il paziente ha ben presente il momento temporale, pur non collegandolo subito al significato esistenziale. E' utile arrivarci, con diversi colloqui, per far emergere le situazioni psicologiche stressanti in quel periodo. Allora un anno fa potrebbe significare: alla mia prima esperienza amorosa: in terza liceo potrebbe significare: quando mi sentivo esclusa dal gruppo; vicino al matrimonio potrebbe significare: sotto la pressione del marito per avere un figlio E così via. Dentro l'evento scatenante è contenuto il conflitto generatore del sintomo.

L'esperienza amorosa può scatenare la paura di non piacere, che poggia su una svalutazione di sé iniziata nella infanzia. L'esclusione dal gruppo può aver provocato un forte dolore sentendosi solo, sentimento che poggia su precedenti abbandoni. La ricerca di un figlio può aver fatto riaffiorare l'abitudine alla compiacenza verso i bisogni altrui, negando i propri. Così l'evento porta alla radice del problema, che è un conflitto, da cui partire per arrivare al cambiamento psicologico

La situazione scatenante, da cui è partita la decisione di non mangiare, è una situazione che il soggetto rifiuta. Non potendosi sottrarre spesso sposta sul cibo il rifiuto. Non potendo vomitare qualcosa che gli viene proposto nelle relazioni significative, vomita il cibo. Non potendo soddisfare la sua fame di gioia, o di amore, o di libertà, soddisfa goffamente un'altra fame abbuffandosi di cibi invitanti. Non potendo controllare la rabbia che il contesto suscita, o il dolore di sentirsi oppresso, il paziente controlla la sua gola e il suo stomaco, via di passaggio tra il dentro e il fuori. Il cibo aiuta a mandare giù i bocconi amari, ma non potendo essere vomitato, perché qui non c'è la necessità di svuotare ogni voglia, viene centellinato, per poter gestire con la stessa metodicità gli impulsi di cui è simbolico oggetto.

Le principali ingiunzioni, o divieti inconsci, sono: Non essere bambino, Non essere te stesso, Non sentire.

Questi divieti portano il soggetto ai seguenti conflitti basilari: Devi essere grande e non avere debolezze/Sono solo e faccio errori

Devi essere come ti dico io/ Io sono diverso

Devi essere sempre positivo/Sento cose brutte che mi fanno paura

E' chiaro come tali conflitti diventino più forti nei momenti di passaggio della vita, quando la persona sperimenta cose nuove, e quindi può fare più errori,

avere incertezze, a sentire il bisogno di aiuti, o ancora avere necessità di trovare soluzioni originali proprie.

Tutto questo non va d'accordo con le norme genitoriali che vorrebbero un individuo sempre sicuro, perfetto e autosufficiente. Il genitore interno pertanto si fa sentire con più forza e denigra le debolezze della parte fragile. Quest'ultima non può scomparire ma neanche trovare accoglimento, e pertanto viene percepita come parte ingombrante e cattiva. Di qui i meccanismi di negazione e di spostamento che trovano nel corpo il loro contenitore. Ma il disturbo alimentare fa sì che tutto quello che è stato negato non scompaia, ritorna a galla in modo camuffato, nella fobia alimentare.

Ogni forte cambiamento della vita, in un soggetto dai modelli rigidi che escludono la debolezza e l'emotività, e che non voglia totalmente privarsi delle parti negate, può generare un disturbo alimentare.

### **CAMBIARE RISPETTO AL DIVIETO**

L'ultima tappa terapeutica è un lavoro di cambiamento rispetto alla ingiunzione specifica del paziente. E poiché tale ingiunzione poggia su una separatezza globale mente-corpo, ogni cambiamento terapeutico, in questi soggetti, va a migliorare sempre il senso di identità.

Ad esempio se il paziente ha un conflitto fra *essere grande ed essere bambino*, il cambiamento riguarderà il *sentirsi grande proprio accettando le parti bambine*. Se il conflitto è tra *essere come gli altri vogliono ed essere come si è* il cambiamento riguarderà *la sicurezza nel mostrare le proprie originalità* considerandole il modo migliore di stare autenticamente con gli altri. Se il conflitto è tra *sentire e non sentirsi*, e il cambiamento riguarderà *l'accettazione della esperienza interiore e fisica di sentire una emozione* apparentemente sgradevole, ma utile.

Una volta recuperata la parte emotiva intuitiva, la persona con disturbi alimentari sa lavorare molto bene in terapia: in genere rivela una straordinaria capacità di introspezione e di sintesi, una gran voglia di conoscersi e una facile duttilità verso cambiamenti positivi per sé. Tutto l'amore verso se stessa, che è tipico di tali persone, e che in fondo il sintomo conferma (non ha intaccato in modo grave il pensiero né la progettualità di vita) riemerge nella terapia, quando l'Adulto ha recuperato lucidità e il Bambino si è svegliato dal buio.

La fine della terapia è data dal recupero di un Genitore interno affettivo e positivo rispetto alle norme, che sappia accogliere i bisogni e i cambiamenti.