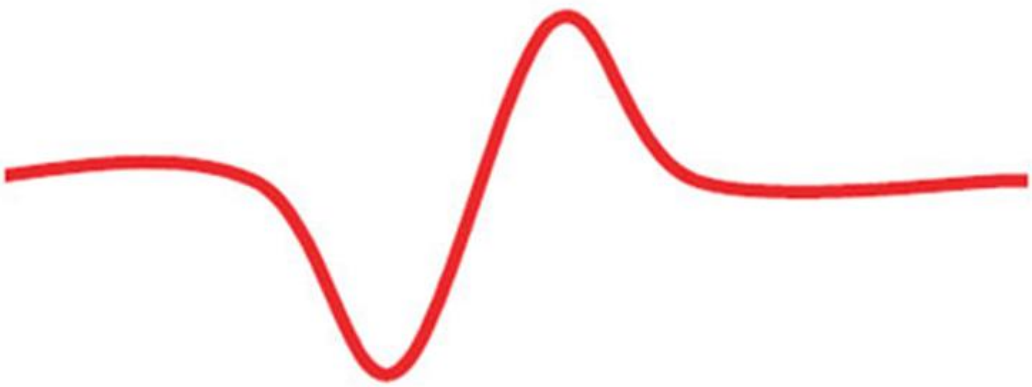
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica - Clinica di Gastroenterologia
(*Direttore Prof. C. Surrenti*)

Centro della Nutrizione
(*Responsabile Prof. A. Casini*)

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DAGLI STILI DI VITA ALLA PATOLOGIA

A cura di
Corrado D'Agostini



Firenze University Press

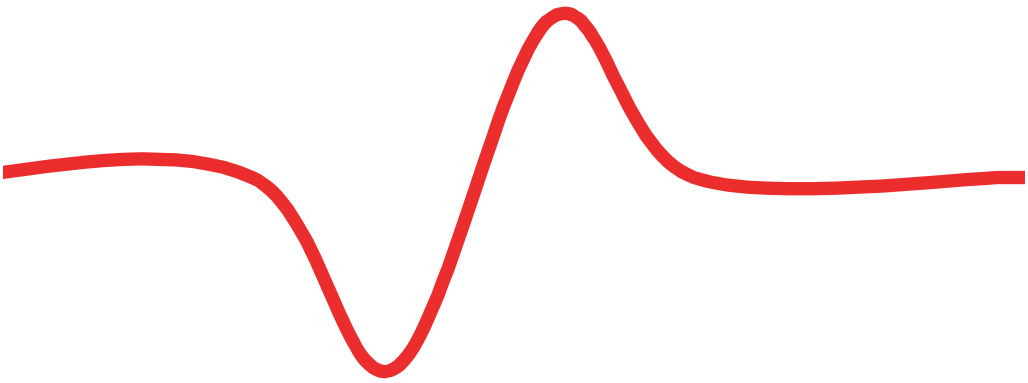
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica - Clinica di Gastroenterologia
(*Direttore Prof. C. Surrenti*)

Centro della Nutrizione
(*Responsabile Prof. A. Casini*)

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DAGLI STILI DI VITA ALLA PATOLOGIA

A cura di
Corrado D'Agostini



Firenze University Press

Proceedings e report

Dipartimento di Fisiopatologia Clinica
Centro della Nutrizione – Clinica di Gastroenterologia
Università di Firenze

Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica

Organizzazione:
Comune di Firenze
Assessorato alla Solidarietà e Servizi Socio-Sanitari

CONVEGNO NAZIONALE

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DAGLI STILI DI VITA ALLA PATOLOGIA

A cura di
Corrado D'Agostini

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE
3 ottobre 1998
Firenze – Palazzo Vecchio

Firenze University Press
2002

Disturbi del comportamento alimentare: dagli stili di vita alla patologia / a cura di Corrado D'Agostini. – Firenze : Firenze University Press, 2002. (Proceedings e report ; 1).

ISBN 88-8453-003-2 (edizione print)
ISBN 88-8453-003-2 (edizione on-line)

© 2002 Firenze University Press
Printed in Italy

Enti Partecipanti
(in ordine alfabetico)

Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica (A.F.P.P.)

Azienda Ospedaliera Careggi

Comune di Firenze
Assessorato alla Solidarietà e Servizi Socio-Sanitari

European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector
Sezione Italiana

Istituto di Neuroscienze, Firenze

Società Italiana di Medicina Psicosomatica (S.I.M.P.)

Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica (S.I.P.P.)

Società Italiana per lo Studio dei Disturbi
del Comportamento Alimentare (SIS.DCA)

Università degli Studi di Firenze:
Clinica di Gastroenterologia
Istituto di Psicologia Clinica

Col patrocinio di:

COMUNE DI FIRENZE

SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DEI DISTURBI
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

SOCIETÀ ITALIANA DI GASTROENTEROLOGIA

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA PSICOSOMATICA

Presidenza:

Prof. Calogero Surrenti
Dott. Corrado D'Agostini

Comitato Organizzatore:

Dott.ssa Wivie Benaim
Prof. Alessandro Casini
Dott.ssa Luigia Cresti
Dott.ssa Eva Hanhart
Dott.ssa Laura Scarpellini
Prof. Valentino Patussi
Dott.ssa Silvana Russo

Si ringraziano:

Per il sostegno e l'insostituibile contributo il Comune di Firenze nella persona dell'Assessore alla Solidarietà e Servizi Socio-Sanitari Dott. Marco Geddes da Filicaia.

Per l'infaticabile opera di promozione la responsabile dell'Uff. Città sane del Comune di Firenze Dott.ssa Carla Bronzi.

Per i preziosi consigli, il Prof. Calogero Surrenti, il Prof. Alessandro Casini ed il Prof. Valentino Patussi.

Per l'aiuto entusiastico e disinteressato la Dott.ssa Gianna Bandini con tutte le colleghe del Centro della Nutrizione.

Per la fiduciosa attenzione le persone con problemi di comportamento alimentare e le loro famiglie che hanno partecipato al Convegno.

Indice

Prefazione
C. D'Agostini 1

Indirizzo di saluto dell'Assessore alla Solidarietà e Servizi Socio-Sanitari Comune di Firenze
M. Geddes da Filicaia 11

Indirizzo di saluto del Presidente della Sezione Italiana della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector
A. Suman 15

Le coordinate diagnostiche

Stili di vita e comportamenti alimentari
C. Surrenti 23

La nosografia dei disturbi del comportamento alimentare
M. Cuzzolaro 31

Le componenti psicologiche

Il modello integrato nell'approccio all'anoressia nervosa
O. Bellini, G. Di Pietro, C. Bellini 43

Modo di mangiare o modo di pensare?
C. D'Agostini 59

Dalla patologia alla terapia

La promozione della salute, stili di vita e alimentazione in adolescenti
S. Sirigatti 75

L'anoressia nei maschi: le acquisizioni recenti
A. Ramacciotti 89

L'approccio terapeutico

Terapie di primo livello nei disturbi alimentari psicogeni
M. Sarti 101

L'intervento multidisciplinare nei disturbi alimentari psicogeni: il trattamento dei casi resistenti
S. Russo, L. Scarpellini 117

L'intervento nutrizionale nel trattamento dei disturbi alimentari psicogeni: caratteristiche e limiti
E. Hanhart 131

Dibattito
Moderatori: *A. Casini , V. Patussi* 139

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 1-9

Prefazione

A distanza di molti anni dalla loro definizione clinica l'Anoressia Mentale e la Bulimia mantengono gran parte della loro problematicità.

Problematicità che si esprime sia sul piano teorico della loro corretta sistematizzazione nosologica, che sul piano della prassi terapeutica.

Nonostante che il Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders abbia apparentemente definito i criteri diagnostici che permettono di arrivare ad una sostanziale diagnosi, l'alto numero di quadri che sono inseribili soltanto nella elusiva categoria dei Disturbi Non Altrimenti Specificati, ci fa comprendere come verosimilmente l'iter di una corretta collocazione diagnostica di questo insieme di patologie sia tutt'altro che giunto ad un soddisfacente punto di arrivo.

È significativo che la decima edizione dell'International Classification of Disease abbia sentito l'esigenza di istituire classi di inquadramento per i disturbi atipici del comportamento alimentare tra i quali l'Anoressia Nervosa Atipica, la Bulimia Nervosa Atipica e le Condotte Iperfagiche associate con Altre Alterazioni Psicologiche.

Inoltre un ampio dibattito è attualmente in corso relativamente ai numerosi punti di contatto con i Disturbi di Personalità del sottotipo B e C, riproponendo in forme diverse quanto Brusset aveva già a suo tempo considerato relativamente alla loro natura primaria o secondaria ad altri disturbi e alle loro sottotipizzazioni.

Ora, ove si prescinda dalle pratiche categorie operative multiassiali del DSM IV, se appare relativamente frequente il riscontro di forme secondarie ad altri disturbi mentali, appare non scevra da problematicità l'individuazione di forme strutturalmente primarie, sicuramente autonome dal punto di vista nosologico ed eziologico e non ricollegabili a tratti tipici dei Disturbi di Personalità.

Si ripropone in buona sostanza quanto recentemente Palacio Espasa osservava proprio in relazione ai Disturbi di Personalità e alla loro attuale

sistemazione nosografica che secondo le categorie attuali si trovano in bilico tra l'individuazione di una organizzazione mentale, ossia di una struttura secondo la visione di Kernberg, dove accanto ad una serie di elementi comuni prevalenti si affiancano particolarità accessorie, e una serie di condizioni mentali che non hanno molto in comune e che individuerebbero i singoli Disturbi di Personalità.

Questo disagio ha favorito lo sviluppo del concetto di "spettro" per comprendere le tante varianti con le quali i D.C.A. si presentano. In questa soffusa identità si possono far rientrare sia i sintomi patognomonici sia quelli più sfumati, quanto le tipiche alterazioni della personalità.

Se questa federazione di sintomi presenta il vantaggio di comprendere tutto, dall'altro risente della mancanza di una eleganza concettuale legata all'individuazione di uno sviluppo nosologico coerente.

Questa problematicità ha in un certo senso, accompagnato sempre i disturbi alimentari psicogeni e non è privo di interesse seguire brevemente lo sviluppo storico della nosografia dell'Anoressia Mentale per lo meno nei suoi aspetti fondanti, ricostruiti da Sours in un classico articolo apparso sull'International Journal of Psycho-Analysis.

Descritta per la prima volta nel 1689 da Morton e definita nei propri tratti da Gull nel 1868, l'Anoressia fu posta in rapporto da Lasegue nel 1873 con l'Isteria.

Charcot osserva e descrive per primo nel suo monumentale trattato di medicina l'importanza della forma e del peso del corpo per queste pazienti.

Freud non mancò di notare come essa sembrasse manifestarsi in giovani donne sessualmente immature e la pose in relazione con la melancolia, anticipando così l'osservazione di una depressione strutturale che tutt'ora è possibile notare in questi quadri. Lo studio del caso di Dora nel 1905 sembrò rafforzare questo orientamento.

Negli anni successivi essa fu di volta in volta considerata come una forma di Isteria, di Nevrosi Ossessiva, una variante di una grave forma depressiva o una psicosi.

Nel 1914 Simmonds considerandola come un manifestazione di insufficienza ipofisaria totale orientò decisamente gli studi in direzione di una eziologia organica, e fu solo nel 1936 che Ryle ripropose nuovamente una origine psicogena, ricollegandola ad un simbolico rifiuto di maternità della madre e supponendo che alla base dell'amenorrea vi fosse un meccanismo psicofisiologico.

In una prospettiva psicodinamica Eissler nel 1943 evidenziò come la dipendenza dalle madre, qui così peculiare, non fosse evidenziabile in altre nevrosi.

Berlin nel 1951 pose l'accento sulle componenti sadiche orali e sulle difese relative ai desideri di incorporazione.

Falstein nel 1956 descrisse per primo i meccanismi di identificazione femminile e i loro sviluppi che sono alla base dell'anoressia nei maschi.

Gli apporti successivi negli anni sessanta e settanta della Palazzoli Selvini, della Bruch, e di Thoma sono a tutti noti e costituiscono la base da cui partono molti degli studi attuali troppo estesi per essere qui menzionati.

Al confronto con la storia plurisecolare dell'Anoressia Nervosa, l'individuazione del tutto recente della Bulimia Nervosa da parte di Gerald Russell e la sua descrizione pubblicata nelle pagine di Psychological Medicine nel 1979, appare come un forte segno dei tempi.

Del resto lo stesso Russell in un suo intervento ad un recente congresso italiano avvertiva:

"There is strong evidence of the plasticity of anorexia and bulimia nervosa in response to socio-cultural factors, especially the cult of thinness".

Se da un punto di vista diagnostico la questione sembra presentarsi in itinere, non meno complessa essa appare dal punto di vista terapeutico.

La cura delle forme serie appare tutt'ora non priva di significative difficoltà, sia dal punto di vista organico che da quello psicologico, anche se sono stati fatti notevoli passi avanti con l'individuazione di metodologie particolari specifiche per questi quadri.

Il trattamento nutrizionale ospedaliero è stato messo a punto in modo approfondito e garantisce un recupero dei parametri biologici e degli indici di peso, anche se questi risultati vengono spesso vanificati nel periodo successivo alla dimissione.

Sul versante psicologico il trattamento delle forme ove si possa contare sulla reale collaborazione della paziente, sembra trarre vantaggio dalla Psicoterapia Cognitivo Comportamentale.

Questa, sia pure in una dimensione essenzialmente sintomatica, sembra promettere e permettere quei risultati immediati che un lavoro psicodinamico orientato a risultati più stabili e approfonditi non può consentire in tempi brevi.

La Psicoterapia Psicoanalitica trova il proprio terreno d'elezione nel trattamento delle forme più complesse.

Contestualmente bisogna tuttavia ammettere con franchezza che il numero di casi refrattari ad ogni tipo di trattamento risulta tutt'ora inaccettabilmente elevato.

Accanto a questi problemi altre questioni meno manifeste ma non meno significative richiedono attenzione.

È sempre opportuno considerare la condotta alimentare come l'elemento più rilevante nell'ambito della sintomatologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare?

In una visione economica complessiva, la dimensione psicologica di questi disturbi e la gestione comportamentale del sintomo hanno trovato nel comune consenso e nella attenzione dei curanti un equilibrio adeguato?

Non a caso Cuzzolaro osservava come tutt'ora l'intervento terapeutico più richiesto sia costituito dalla dieta.

Ma lo studio approfondito di queste pazienti mostra come alcuni stati d'animo che comportano sentimenti di impotenza, incapacità e inadeguatezza e che non riguardano i sintomi relativi all'alimentazione od al corpo possono assumere notevole rilievo nella loro vita, pur rimanendo per lo più nascosti ai curanti, alla famiglia, nonché ai pazienti stessi.

Questi vissuti correlati alla struttura della personalità, appaiono legati a una situazione interna di sofferenza radicale e primitiva che ha influenzato gli eventi sin dai primi anni di vita ma che rimane occultata dai comportamenti alimentari, ricevendo così scarsa attenzione da parte dei curanti assorti nella necessità più urgente di gestire la salute fisica.

In queste pazienti si evidenzia come assai spesso tutto ciò che richiede un certo impegno ed esula dalla stretta routine gestuale, viene intrapreso con una sottostante insidiosa convinzione di non riuscire nell'intento; qualora ci si riesca, la sensazione provata è che il successo sia stato determinato da circostanze esterne o fortuite, poiché non è presente quella sicurezza in un armonico ordine interno nella percezione e nella gestione delle idee e della propria identità che dà la possibilità di intraprendere un'opera e portarla a conclusione con determinazione e fiducia.

Quanto appare naturale alla maggioranza delle persone, in questi casi è spesso sentito instintivamente come impossibile e irrealizzabile, contrariamente a quello che suggerirebbe un banale buon senso.

Questa osservazione non riguarda solo i compiti più impegnativi, ma per molte pazienti si riferisce anche alle azioni più quotidiane: dal fare una telefonata all'acquistare qualcosa in un supermercato.

Importanti sono le conseguenze che tutto questo può portare nella costruzione della vita sentimentale, nei tentativi di affermazione della propria personalità, nella ricerca di soddisfazione nell'ambito del contesto professionale e sociale, nella espressione delle proprie idee nell'ambiente ed in vari altri campi.

Nell'ambito di questa insicurezza di base sono credibilmente da collocare, tra gli altri motivi, le pratiche ossessive di studio, di controllo, del tutto o nulla, che avvicinano alcune anoressiche a sentimenti e comportamenti tipici del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità.

Una tale insicurezza di base verosimilmente non permette neanche una soddisfacente costruzione di valori interni che diano le priorità dell'agire, obbligando così a modalità comportamentali ripetitive e rigide.

Si assiste così o alla ricerca di un perfetto sapere volto ad ottenere una rassicurante sensazione di controllo onnipotente, o allo sgomento per il timore di un vuoto interno che sembra minacciare la possibilità di utilizzare le proprie risorse intellettive nell'affrontare situazioni nuove.

Vengono quindi utilizzate modalità di pensiero imitativo di intonazione sostanzialmente passiva, più che di pensiero creativo ed elaborativo, giacché quest'ultimo comporta la responsabilità delle scelte nella evoluzione delle idee.

Negli studenti osserviamo questi meccanismi manifestarsi con l'angoscia di dovere studiare tutto, per paura della scomparsa del pensiero e del vuoto, oppure con il timore di non essere più in grado di percepire le relazioni logiche, i nessi, la visione generale e l'esistenza stessa delle cose.

In alcune pazienti tali elementi emergono anche nella difficoltà ad organizzare le proprie attività ed il tempo libero che si riveste di un pesante senso di vuoto ed alienazione, sovente riempito con una serie di impegni fittizi di stampo simbolicamente bulimico.

Il complesso mondo interno di queste pazienti comporta anche la frequente presenza di sentimenti ambivalenti.

Una ambivalenza di fondo a progredire nella vita: avidamente desiderato, persecutoriamente temuto.

Sono spesso presenti desiderio di eccellere sugli altri e paura del crollo.

La necessità di conferme dall'esterno ma anche il sospetto e la sfiducia verso il prossimo.

La gamma dei sentimenti sin qui descritti comporta un notevole lavorio mentale, una fatica che ci rende ragione di come nelle anoressiche al di là della ben nota iperattività, ci siano momenti in cui sembrano scivolare in uno stato di torpore che confina col sonno. Stati mentali simbolicamente intermedi tra la vita e la morte offrono il conforto di una anestetica difesa dalle angosce e dai dolori e il rifugio in una condizione di funzionamento mentale ridotto.

Questa condizione che, come ha evidenziato J. Steiner, può assumere intensità diverse a seconda della gravità psicopatologica, tende ad alterare

la realtà e a ostacolare i processi di simbolizzazione, ma svolge una funzione difensiva nei confronti di un mondo interno percepito come ostile e persecutorio dal quale peraltro sembra inimmaginabile potersi emancipare.

Anche se è necessario abbandonare in questa sede l'osservazione di altri aspetti tipici della personalità di questi pazienti, alcune domande si pongono con insistenza:

- Tali aspetti della patologia sono comprensibili solo agli psichiatri e agli psicologi o possono essere tenuti in considerazione anche dalle altre figure professionali che si occupano di D.C.A.?
- Ci sono elementi di interesse per i tutti i curanti in questa gamma di stati d'animo, che sottendono una relazione con il vivere quotidiano sofferente e limitativa, oppure il loro compito deve limitarsi agli aspetti sintomatici e nutrizionali in queste difficili pazienti?
- Ha perso di importanza l'asserzione della Bruch che vedeva nell'anoressia un "*tentativo di cura di sé per sviluppare, attraverso la disciplina del corpo, un senso di individualità e di efficacia interpersonale*" o risulta ancora attuale nelle sue implicite conseguenze?
- Hanno senso i tentativi di cura dell'anoressia che non tengano conto della necessità di favorire una migliore percezione di sé prima ancora di tentare il superamento del problema alimentare?
- Una tale visione marcatamente sensibile alle componenti psicologiche è accettabile da tutto lo staff curante oppure no?
- In che prospettiva va intesa la cura e cosa si deve intendere per miglioramento e guarigione?

Nel 1937, ormai alle soglie della conclusione del proprio cammino, Freud, rimeditando sulle numerose ricadute dell'uomo dei lupi, osservava che, prima di chiedersi come si potesse ottenere la guarigione di un paziente, sarebbe stato opportuno interrogarsi su quali ostacoli si frapponessero ad essa.

Analogamente sarebbe opportuno chiedersi se non vi sia qualcosa di insensato in quella sorta di *furor sanandi* in cui talora, nostro malgrado, ci

si può trovare intrappolati a dispetto di quanto alcune pazienti chiedono.

In proposito credo che non vada dimenticata la lezione di Winnicott, fermo nella critica ad ogni accanimento terapeutico che non tenesse conto di un bilancio complessivo della personalità e della organizzazione delle difese. Ricordava come fosse necessario primariamente "accogliere" mentalmente il paziente, sforzandosi di recepire il significato positivo e espressivo del sintomo, che va pertanto considerato come vettore di una richiesta di aiuto che non si deve sopprimere prima che abbia potuto esprimere a pieno la propria carica comunicativa.

Questa funzione ricettiva che, soprattutto con le anoressiche, può richiedere un accoglimento che potremmo definire *globale e instintivo* probabilmente non può sempre essere espressa in modo adeguato e costante nei tempi lunghi che queste terapie richiedono, condizionando così i nostri successi (e i nostri frequenti insuccessi terapeutici).

Accoglimento *globale e instintivo* che va inteso nel senso di una condizione mentale di accettazione empatica della identità della paziente e del suo modo di essere.

Condizione mentale da cui deriva che forse non tutti siano adatti a curare ogni tipo di D.C.A..

Simpatia e antipatia assumono qui, in modo aderente all'etimologia greca, i significati forti della possibilità o della impossibilità di comprensione, e ci portano verso una visione della terapia diversa rispetto a quella cui eticamente siamo tenuti a rispondere, consigliando di occuparci, se possibile, solo dei pazienti con cui ci sentiamo in sintonia.

Ciò sembra essere ancora più opportuno qualora si tenga conto della attitudine e del bisogno di queste pazienti a trasferire nel terapeuta forti sentimenti di ostilità e disperazione.

Se questo sia praticamente possibile non è dato di dire, ma certo dovrebbe costituire una indicazione di fondo, giacché nella sostanza il terapeuta è chiamato a compiere quel processo di réverie, indicato da Bion, che a suo tempo non ha avuto compimento nella relazione con la madre.

Un tenere nella mente la nostra paziente in modo creativo quindi, rinunciando ad ogni azione o interpretazione intrusiva, ma al contrario all'interno di uno spazio mentale il più possibile ampio e sgombro da fantasie ansiose, nel tentativo di esercitare una funzione mentale volta a favorire una trasformazione maturativa delle sue fantasie e dei suoi pensieri.

Una attribuzione intima di significati e una conferma della liceità del loro pensare a cui esse non sono abituate.

Un accettare i silenzi simbolici, a volte lunghi, della terapia come uno spazio nel quale possono cominciare a nascere tracce di pensiero esente da digiuni o da abbuffate.

Una disponibilità a tollerare la distruttività cercando di non uscirne totalmente distrutti ma mantenendo, se possibile, zone della mente orientate al sorriso.

Anticipando col nostro sorriso interno quanto ci aguriamo che possano fare le nostre pazienti nel loro futuro.

Dalla felice collaborazione di diverse Società Scientifiche con l'Università di Firenze attraverso il concorso essenziale dell'ospitalità e delle funzionalità del Comune di Firenze, è nato questo fortunato Convegno al quale gli operatori del settore hanno risposto pienamente.

Si è realizzato così un punto di incontro tra esperienze di tipo più speculativo sensibili alla ricerca dei "perché" di fondo, con altre più cliniche sensibili all'esperienza sul campo.

In ogni caso la complessità di queste tematiche, delle quali qui si è fatto solo qualche esempio, mette in evidenza la necessità di una migliore integrazione delle attitudini e delle competenze tutt'altro che scontata nella prassi, nella consapevolezza che solo attraverso lo scambio delle esperienze e delle reciproche conoscenze si possa sperare di venire a capo operativamente dei DCA.

Corrado D'Agostini

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 11-13

Indirizzo di saluto

dell'Assessore alla Solidarietà e Servizi Socio-Sanitari Comune di Firenze
Marco Geddes da Filicaia

Poche parole di benvenuto a tutti.

Devo dire che entrando in questo salone in cui entro abitualmente per i Consigli comunali e per altri convegni sono restato un po' preoccupato per il numero di persone, ma questo vuole essere un complimento agli organizzatori che hanno toccato un tema così importante, così vivo, così sentito da superare anche per partecipazione quelle che sono le soglie di sicurezza di questa sala.

Credo che la piacevolezza e la bellezza del posto, anche rispetto al salone dei Cinquecento che è certo più capiente, ma in qualche modo più dispersivo e con una pessima acustica, permetterrano a voi un buon lavoro in questa mattinata, in questa giornata.

Devo dire che l'altro punto che mi ha favorevolmente impressionato, ovviamente per chi mi proponeva questa iniziativa a cui il Comune ha collaborato è il titolo "Dagli stili di vita alla patologia", nel senso che quando mi è stato presentato ho pensato come questa tematica toccasse due facciate, due lati della medaglia.

Uno gli stili di vita su cui si insiste come programmatori sanitari, come amministratori, come medici.

Questo problema dell'alimentazione dello stile alimentare è nel nostro e negli altri paesi uno dei grandi determinanti della salute, determinanti della salute nei termini di promuoverla, di mantenerla o di facilitare la possibilità statistica di avere patologie.

La correlazione tra patologie e alimentazione è così vasta che ne sono state scritte intere biblioteche.

Ricordo le patologie cardiovascolari, ricordo i tumori – pensate tutto il tratto gastroenterico – il bersaglio primario.

Direi che è un'associazione forte con durata della vita ma anche con qualità della vita.

Devo dire anche che la riflessione su alcuni elementi della dieta mediterranea, il relativamente basso consumo di grassi, in particolare di grassi animali, a differenza di quello che è nel centro Europa o in altri paesi, il contenimento del consumo calorico, un'abbondanza di verdura di frutta, anche se sono stili di vita che in parte si sono modificati e si sono omogeneizzati, è un elemento importante da promuovere e da mantenere. Devo dire anche che a questa tematica il piano nazionale sanitario ha dedicato un capitolo cosciente di un problema di fondo.

Nell'ambito della salute, sia che la si intenda nel senso più ampio, sia nel senso più delimitato, il mantenimento di un'autonomia e la speranza di vita sono collegati non solo e non tanto alle attività strettamente mediche, ma ad altre determinanti.

Pertanto se in un paese vogliamo tutelare e promuovere la salute, questo avviene attraverso un patto ampio fra chi governa, chi programma, chi opera in tanti settori, che sono quelli della educazione, che sono quelli delle attività sociali, che sono quelli delle attività sanitarie.

È' un patto tra i cittadini, non è un patto solo tra operatori.

È un patto tra cittadini, che in qualche modo individuano, ritrovano, premiano chi promuove un assetto sociale civile che metta al centro i problemi della salute rispetto a tante altre problematiche di altro tipo, anche di tipo economico che delle volte hanno avuto in qualche modo il sopravvento.

Credo però che anche il taglio del convegno, da come ovviamente l'ho inteso e la presenza così massiva sia in riferimento ad un aspetto particolare, cioè anche all'altro aspetto, cioè all'altro punto del vostro titolo, cioè "dagli stili di vita alla patologia" è il secondo aspetto.

Si parla di anoressia, si parla di bulimia, si parla di problematiche che toccano molte persone, molte persone anche giovani e in alcuni casi particolarmente le persone giovani che toccano problemi sanitari importanti ma anche problemi esistenziali.

In qualche modo qui siamo alla frontiera, in un punto rilevante del rapporto tra mente e corpo, quindi qualche cosa che tocca elementi anche della grande frontiera della ricerca, della interazione tra due aspetti dell'uomo su cui la filosofia si interroga da millenni.

Direi che operativamente tocca discipline diverse che ci richiama ad una forte responsabilità della famiglia, dei medici curanti, del loro aggiornamento come avvistatori di un problema, della loro capacità di interagire con livelli di approfondimento e di specialità, psicologi, psicoterapeuti.

Quindi è un elemento che costituisce una sfida per chi si occupi di problemi sanitari per chi si occupi della salute delle persone, per chi si occupi anche di questioni scientifiche e vuole promuovere una forte interrelazione tra utenti, familiari, mondo medico nelle sue componenti e mondo sanitario nelle sue diverse componenti.

Questo è un problema enorme dal punto di vista concettuale, dal punto di vista operativo e una giornata così ricca di competenze porterà certo un forte contributo, forse più di tanti interventi singoli individuali, anche se questi ci devono ovviamente essere.

Sono stato e sono quindi particolarmente lieto di aver avuto la possibilità di contribuire alla realizzazione di questo vostro incontro con l'ospitalità in questo luogo cui la città dà un particolare rilievo.

Grazie e buon lavoro.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 15-20

Indirizzo di saluto

del Presidente della Sezione Italiana
della European Federation
of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector
Antonio Suman

Allora grazie Dott. D'Agostini. È con molto piacere che ho ricevuto l'invito da parte del comitato scientifico del congresso a portare i saluti sia della Sezione Toscana della Società Italiana di Medicina Psicosomatica sia della Sezione Italiana della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector.

È una federazione quest'ultima, per chi non la conoscesse, che comprende ora circa 10mila psicoterapeuti europei di 14 nazioni europee di cui 500 sono della sezione italiana e 2 di queste associazioni sono qui rappresentate: una è la Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica e la Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica di Roma.

Uno degli scopi principali della federazione è proprio quello di sviluppare gli aspetti terapeutici della psicoanalisi adattandone e sviluppandone la modalità tecnica e di intervento nei servizi pubblici, ma non solamente nei servizi pubblici, nei diversi setting che sono: infanzia, adolescenza e settore adulti.

La espansione della EFPP in tante nazioni testimonia la condivisa opinione della vitalità della psicoterapia analitica e dell'importanza dei valori umani, culturali, sociali e terapeutici che ne stanno alla base. Uno dei fronti verso cui si è esteso l'interesse psicoanalitico riguarda proprio i disturbi alimentari, un tema di grande attualità, perché i problemi in questo campo si sono andati diffondendo assai rapidamente ed in modo preoccupante società più avanzate.

La sede prestigiosa del salone dei Duecento, così carica di storia fiorentina ed anche europea ci ricorda che anche il tema del congresso, riguar-

dando il rapporto dell'uomo con il cibo, tocca un aspetto fondamentale dell'aspetto dell'umanità: non è tanto il valore naturale del cibo a cui mi riferisco qui, quanto al suo alto valore simbolico.

Il cibo incorporato materialmente non solo appaga i bisogni del corpo, ma soddisfa anche i bisogni della mente per realizzare l'intima unione sia con l'oggetto amato sia con l'oggetto odiato.

Nella maggior parte delle religioni il rapporto con le divinità è mediato dal cibo, la cui offerta serve a propiziarne la benevolenza o la cui ingestione nei momenti rituali realizza l'intima unione con essa. Anche la rinuncia al cibo ha assunto significati religiosi sottolineando in questo modo la contrapposizione tra esigenze dello spirito e quelle del corpo, portandola fino alle più radicali conseguenze.

Il dominio della mente sul corpo è la mortificazione di questo, l'antitesi fra il cibo per un corpo corrotto e quello sublime e ineffabile per lo spirito.

La lotta contro gli istinti e la negazione delle necessità fisiologiche e il progressivo ritiro dal sociale (l'ascetismo, l'estasi, la sfida dell'immortalità) sono aspetti che hanno preceduto l'odierna patologia alimentare.

Tornano alla mente allora personaggi biblici, eremiti, sante del Medioevo, Rinascimento, fino al secolo scorso e per non andare geograficamente molto lontano ci viene in mente anche Santa Caterina da Siena.

Erano alla ricerca di una perfezione interiore: figure che hanno sollevato accessi dibattiti in seno alla chiesa tra i sostenitori dell'intervento miracoloso divino e quelli che ritenevano la sopravvivenza per anni in condizioni di inedia, un atto di superbia, opera del maligno.

Perciò si doveva decidere se venerarle, esorcizzarle o eventualmente condannarle.

Per rimanere nelle cronache fiorentine, Poggio Bracciolini, nel 1450, riferisce di un certo Giacobbe, digiunatore per 2 anni, oggetto di opinioni contrastanti tra coloro che ritenevano la sua sopravvivenza opera del demonio od altri che credevano che fosse nutrito da fluidi corporei di tipo malinconico.

Questa è una delle prime volte in cui si collegava il digiuno ad uno stato patologico.

Ancora nella metà del secolo scorso non erano rare le fanciulle digiunatrici ed i medici erano consultati per scoprire eventuali inganni. In quell'epoca divenne sempre meno credibile l'attribuzione a cause soprannaturali e sempre più frequentemente si diffondevano relazioni mediche che avanzavano l'ipotesi che si trattasse di un disturbo fisico, persone malate diagnosticate spesso allora come isteriche.

Le figure delle fanciulle digiunatrici del passato e le anoressiche di oggi hanno dei punti in comune, ma anche importanti diversità. Sono accomunate dalla volontà di distruzione del corpo associata all'idea di sopravvivenza.

La fantasia dell'immortalità c'era nei secoli scorsi, come accesso alla vita ultraterrena ed è presente oggi, però come negazione della morte. La cultura contemporanea ha però influito molto sui disturbi alimentari. La patologia ha trovato contenuti e forma nel contesto sociale in cui si è sviluppata.

Lo scopo dell'inedia non è più quello dell'elevazione dello spirito, nasce dall'angoscia di scoprire un corpo deformato, che ingrassa in modo incontrollato e che viene sottoposto a ossessivi controlli alla bilancia, allo specchio e sottoposto a pratiche di eliminazione.

Se una volta le digiunatrici acquistavano potere e prestigio pubblico, oggi i rituali della nutrizione e del vomito avvengono in segreto, a porte chiuse, accompagnati da profondi sentimenti di vergogna e di colpa.

Il corpo snello come ideale di bellezza è un imperativo per molte persone. In recenti ricerche anglosassoni si è calcolato che l'80% delle donne, almeno in un periodo della vita abbiano avuto disturbi subclinici relativi all'alimentazione, osservando regimi dietetici particolari e coltivando preoccupazioni per il proprio fisico (sono chiamate S.E.D., subclinical eating disorder); per esempio l'alternanza di periodi di dieta e di alimentazione abbondante viene chiamata yo-yo diet.

Il culto dell'immagine corporea come elemento essenziale del successo e dell'accettazione sociale è imprescindibile per molti adulti di sesso fem-

minile e maschile, ma particolarmente per gli adolescenti: per loro la minaccia è quella di venire emarginati dai gruppi di coetanei, eventualità che assume il peso di una vera e propria crisi esistenziale. Le comunicazioni fornite dai mass media, come quelle pubblicitarie della moda, alimentari, prospettano modelli di vita artificiali enfatizzando il valore dell'apparenza, della visibilità e dell'ostentazione.

Il messaggio implicito trasmesso è che un corpo perfetto conduce ad una vita perfetta; esso si diffonde ed è interiorizzato ad un livello profondo e inconscio, che può sfuggire ad un'analisi razionale. Si può agire o controagire, infatti, in base a ciò che è stato agito solo a livello emotivo.

Alcuni soggetti specie giovani, con problemi di rapporto con la realtà e di equilibrio psichico, possono assumere atteggiamenti imitativi non per scarse capacità intellettive, ma per disarmonie dello sviluppo e difetti della maturazione della personalità.

Un altro fattore di comorbilità dei disturbi alimentari riguarda la patologia della famiglia.

Pur nella variabilità dei quadri clinici c'è un stretta dipendenza tra la ragazza ed uno dei genitori, di solito la madre ed uno scarso rilievo dell'altro genitore che assume poca rilevanza.

Ad un livello di comprensione psicodinamica si vede una bambina che ha negato la propria separatezza ed individuazione nei confronti della figura materna, vivendo in un rapporto fusionale con lei, perciò le ragazze restano molto sensibili all'angoscia da separazione, alla depressione abbandonica, oltre alle condotte di controllo di tipo compulsive.

Nell'adolescenza, quando sono più forti la tendenza al distacco dalla famiglia, alla partecipazione alla vita sociale con i coetanei e le spinte sessuali, la nuova identità entra in collisione con i vincoli infantili di dipendenza dalla madre.

Il corpo non è usato in modo simbolico, come nell'isteria, ma in modo concreto: affamare il corpo equivale a distruggere i legami vincolanti, oppure colmare il vuoto nello stomaco della bulimica può equivalere ad annullare la distanza vuota di una madre assente.

La separazione però non ha una rappresentazione mentale, non si è mai realizzata.

La fusione mantiene un livello di rapporto molto arcaico in cui manca la simbolizzazione: non ci sono quindi neppure le parole per esprimerla. Non procedo oltre perché oggi altri svilupperanno questo tema più approfonditamente di me.

Mi limito a ricordare quei casi di relazione di mamma-bambino piccolo, neonato in cui alcune madri, nell'incapacità di comprendere e differenziare i veri bisogni dei loro bébé rispondono monotonamente dandogli da mangiare o fornendogli il ciuccio, così il bambino che necessità del pensiero e della comprensione per riconoscere e differenziare i propri bisogni, si trova nell'impossibilità di distinguerli ed anche in seguito potrà usare il cibo o rifiutando o eccedendone per manifestare il proprio disagio o sofferenza nei momenti critici della vita.

Ogni trauma psichico e particolarmente ogni separazione, ogni insuccesso o frustrazione potranno non essere espressi come bisogni psichici, ma imprigionati nel corpo, tradotti nella patologia alimentare. Il fatto che siano stati contati dal 1977 all'86, circa 600 articoli sulla bulimia e dall'87 al 93 altri 1500 ci dice anche che i problemi da affrontare sono ancora molti, dibattuti e complessi e che la patologia alimentare è in aumento.

Essa fa parte del vasto ed indefinito campo dei disturbi psicosomatici, nel senso che riguardando mente e corpo necessita di interventi combinati.

Nel tempo si è andata sviluppando la convinzione che il più delle volte sia utile la collaborazione tra internisti e psicoterapeuti, ma affinchè essa abbia successo è necessario che i curanti sappiano comunicare tra loro in modo che elementi psicologici e dati somatici trovino delle correlazioni.

Il convegno di oggi va nella direzione di favorire questo incontro e il dialogo tra curanti della mente e del corpo si realizza ed è per questo che la medicina psicosomatica trova un suo specifico spazio nel convegno di oggi.

Se il compito dello psicoterapeuta è di guardare oltre il sintomo fisico, gli specialisti dell'alimentazione si faranno carico della salute fisica dei o

delle paziente specie quando giocano con il proprio corpo pericolosamente sfidando la morte.

Quando il fisico è così pesantemente investito e caricato di segni patologici dobbiamo porci la domanda: "quali sono le angosce e le sofferenze che il paziente o la paziente nasconde e non riesce a comunicare?".

Dice Fabiola Le Clerque che è una ex-anoressica che ha fondato una associazione di aiuto per i disturbi alimentari e che ha pubblicato diversi libri: "È paradossale che un sintomo come quello anoressico o bulimico sia così ingombrante, così evidente, così assoluto ed assolutizzante e tuttavia così distante da quella sfera della personalità da cui trae le sue origini, ma solo in questo modo d'altra parte può svolgere la sua funzione che è proprio quella di occupare tutto l'orizzonte e coprire tutto il resto, cioè la radice di un disagio psicologico".

Dietro il sintomo si nascondono la sofferenza emotiva, la rabbia, il desiderio, la paura di vivere, di morire, la paura della paura, le infinite paure che il soggetto non riesce più a governare e cancella concentrandosi sul pensiero del cibo.

È qui che il campo della psicoterapia psicoanalitica ha un campo di intervento specifico: essa cerca di ricostruire le dinamiche inconsce sottostanti alla patologia col fine di far riemergere un po' per volta e superando le resistenze attraverso la coscienza e la parola, quanto prima era nascosto, riattiva i desideri istinti e fiducia nel corpo, nelle relazioni umane e nella possibilità di sentirsi compresi e valorizzati, riaprendo un orizzonte della vita oltre quello imprigionante e mortifero tutto occupato dal cibo.

La possibilità di un intervento psicoterapeutico efficace può iniziare però quando vi sia una protezione sufficiente della salute fisica e quando vi sia la necessità di formulare delle richieste di aiuto superando la sfiducia, la diffidenza e i timori che all'inizio un tale intervento può suscitare.

Grazie dell'attenzione e buon lavoro.

Le coordinate diagnostiche

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 23-30

Stili di vita e comportamenti alimentari

Calogero Surrenti
Professore Ordinario di Gastroenterologia, Università di Firenze

Oggi come ieri l'alimentazione è un crocevia di conoscenze, esperienze e ricerche.

Gli esperti che si occupano di questo tema provengono da vari settori di competenze: sono fisiologi, medici, biochimici, clinici, tossicologi, agronomi, botanici ma anche antropologi, sociologi, psicologi.

In ogni cultura di ogni epoca, l'alimentazione è stata al centro di qualsiasi riflessione sul corpo e la salute poiché l'alimentazione può essere un efficace elemento di tutela alla salute ma anche un potente elemento di danno.

Ben si comprende come studio dei fenomeni alimentari non si limiti alla valutazione degli aspetti fisiologici e psicologici, ma investa l'uomo nella sua interezza biologica e socio-comportamentale, e come il rapporto alimentazione e salute assuma le caratteristiche di un fenomeno bio-culturale e bio-sociale anche in considerazione del fatto che l'assunzione periodica e ritmata di cibo va considerata come la soddisfazione di un bisogno necessario per la sopravvivenza.

Una alimentazione equilibrata deve permettere di coprire l'insieme dei bisogni nutrizionali dell'organismo in maniera che l'individuo si senta in condizione di piena efficienza fisica ed intellettuale e ne riceva una durevole sensazione di benessere.

La valutazione dei bisogni nutrizionali dell'uomo e la soddisfazione di questi bisogni rappresentano tappe attraverso le quali si realizza il cammino della Scienza dell'Alimentazione.

La soddisfazione deve essere assicurata con apporti appropriati, equilibrati e privi di tossicità; essa dipende da una parte dall'individuo, dal suo comportamento, dal suo ambiente, dalla sua possibilità di adattamento;

dall'altra dall'alimento, dalla sua composizione, dall'equilibrio tra gli apporti nutrizionali e dai trattamenti tecnologici.

Né va dimenticato come l'alimentazione sia anche un'arte con i suoi contenuti culturali e con il suo contenuto empirico.

Bisogni nutrizionali

L'organismo si comporta come un sistema recuperatore e trasformatore di energia e pertanto l'apporto di alimenti deve tendere a soddisfare il bisogno energetico.

Si possono distinguere vari tipi di consumi energetici: metabolismo di base, termoregolazione, attività muscolare, crescita, allattamento, etc.

L'insieme di questi consumi deve essere coperto dall'energia apportata dai glicidi, lipidi e proteine degli alimenti, come pure è importante garantire anche il fabbisogno vitaminico ed idrominerale.

La nozione di equilibrio nutrizionale è importante e complessa poiché questo equilibrio è innanzitutto funzione dei bisogni dell'individuo, della sua attività, dell'età, del suo ambiente, e dipende anche dalla qualità intrinseca degli alimenti ingeriti, della loro composizione, dalle eventuali modificazioni dal loro valore nutrizionale in seguito a trattamenti tecnologici o culinari.

Ben si comprende come i bisogni nutrizionali siano la somma di bisogni parziali e variabili in funzione dello stato fisiologico, dell'attività, dell'ambiente e come lo studio dei bisogni nutrizionali, dei fattori di efficacia alimentare e delle interazione tra i bisogni dimostri come sia indispensabile rispettare certi equilibri.

Tutti i nutrienti sono importanti, sia una vitamina assunta alla dose di alcuni milligrammi al giorno che 500-600 g di glicidi e lipidi.

Va anche notato come sia più importante rispettare certi equilibri nutrizionali che cercare di soddisfare il bisogno in valore assoluto, anche perché è necessario equilibrare tra loro le calorie di provenienza glicidica, lipidica e proteica.

Ad esempio la diversità delle proteine alimentari ed in particolare la loro composizione in aminoacidi conferisce loro qualità biologiche e nutrizionali diverse ma spesso complementari.

In tutti i tempi, quindi, si è cercato di stabilire alcune regole di buona alimentazione sotto forma di "raccomandazioni" inerenti ad equilibrare gli apporti tra i vari nutrienti.

Stabilità del peso corporeo

In condizioni normali l'organismo mantiene il suo peso corporeo costante pur in presenza di fluttuazioni in relazione a situazioni ambientali.

Esiste quindi un meccanismo omeostatico che porta ad un aumento del consumo energetico in presenza di un apporto calorico eccessivo e viceversa ad una riduzione del consumo energetico in situazioni di apporto energetico insufficiente.

Comportamento alimentare

Il comportamento alimentare dell'uomo è la risultante di un insieme di fattori di origine esterna o interna tra di loro integrati.

Gli stimoli interni responsabili della fame o della sazietà sono gli stimoli sensoriali che originano dalla cavità oro-nasale, la temperatura interna corporea, le secrezione di ormoni gastro-intestinali, la riserva energetica, le necessità metaboliche, le sostanze neurochimiche che regolano la trasmissione delle informazioni sensoriali all'ipotalamo nei nuclei latero e ventromediale (i neurotrasmettitori più importanti sono l'epinefrina, la norepinefrina, la dopamina e la serotonina).

A questi si aggiungono le endorfine che con una azione diretta e con una attività integrata con quella dei neurotrasmettitori intervengono nel dare il segnale di avvio nell'assunzione di cibo.

Gli stimoli esterni sono soprattutto di tipo sensoriale e sono di natura olfattiva, visiva, gustativa, tattile, meccanica.

La sazietà compare quando la sensazione della fame viene inibita da stimoli di origine metabolica e quando l'appetibilità degli alimenti è scomparsa.

Nell'uomo la sazietà è condizionata essenzialmente dalle proprietà organolettiche e dalle variazioni di appetibilità ed in scarsa misura dai bisogni nutrizionali a livello metabolico.

In conclusione il comportamento alimentare è il risultato di una complessa interazione tra i fattori fisiologici e fattori esterni che viene però mediata da fattori cognitivi e socio culturali e dal valore simbolico che si conferisce agli alimenti.

Il comportamento alimentare costituisce una sorta di schermo tra i bisogni nutrizionali dell'individuo e i nutrienti.

Per questo motivo l'aggiustamento fra i bisogni e gli apporti di nutrienti non è necessariamente equilibrato e pertanto gli effetti attesi dai nutrienti possono dipendere anche dal comportamento alimentare.

Le componenti socio culturali del comportamento alimentare dell'uomo sono stati ampliamente studiate da molti anni e sono stati scritti numerosi libri sul comportamento umano in relazione all'alimentazione.

Secondo Tremolieres ogni uomo, ogni società ha il suo tipo di alimentazione, e chi si occupa di usi e tradizioni popolari si è soffermato frequentemente sulle abitudini alimentari, perché attraverso di esse si possono riconoscere fasi storiche e comprendere atteggiamenti e credenze.

La ricostruzione del sistema alimentare di un gruppo etnico e sociale consente di ripercorrere tutta la sua vicenda storica.

Tra ciò che mangia e ciò che è esiste una relazione dinamica che deriva dal più profondo di ciò che l'uomo desidera essere e di ciò che gli alimenti permettono di essere.

Scelte alimentari, percorsi di produzione, sistema di distribuzione e consumo dei cibi costituiscono un fenomeno complesso in cui si intrecciano fattori strutturali, aspetti economici e sociali, concezioni religiose, valenze simboliche.

L'alimentazione di un popolo, specialmente nel mondo antico, rispecchia la società, l'economia di quel popolo e ne costituisce un elemento fondamentale per la sua conoscenza.

In questi ultimi cinquanta anni abbiamo assistito nel nostro paese ad una profonda modificazione del comportamento alimentare legata a cambiamenti di stili di vita degli italiani.

Una volta la giornata lavorativa era scandita dal rito alimentare collettivo e familiare: colazione, pranzo e cena.

Era un tipo di alimentazione mediterranea caratterizzata da cereali, frutta, verdura, pesce e olio di oliva.

Si è assistito gradualmente e lentamente, sotto l'influsso della cultura nord-americana, in modo strettamente legato al fenomeno della urbanizzazione ed ai ritmi più intensi di lavoro, alla perdita dei contenuti collettivi dell'alimentazione e all'affermarsi dell'alimentazione individuale svincolata degli orari familiari, basata su molteplici assunzioni di cibo nei fast-food, self-service, secondo l'esigenza di consumare il pasto nel minor tempo possibile.

Il consumo si è indirizzato verso pasti ricchi di grassi e proteine povere di vegetali, cereali e fibre, mentre sotto l'influsso dei mass media si assiste ad una espansione del mercato di dolciumi, biscotti e merendine.

Gli integratori alimentari

Stiamo assistendo ad una esplosione nell'uso degli integratori alimentari. Sono colorati, rassicuranti, promettono di darci ciò che la natura sembra avere estinto: un tocco di efficienza, uno sprint.

Ma sono veramente necessari?

In una dieta equilibrata e bilanciata sono contenuti tutti i nutrienti ed un ricorso agli integratori è giustificato solo in presenza di una documentata carenza di un determinato nutriente.

Il comportamento alimentare come segno del sistema consumistico.

Il più bell'oggetto di consumo: il corpo; il più bello, prezioso, splendente degli oggetti e che li riassume tutti.

La sua riscoperta avviene sotto il segno della liberazione fisica e sessuale: la sua omnipresenza nella pubblciità, nella moda, nella cultura di massa; l'ossessione della giovinezza, dell'eleganza il culto igienico e dietetico testimoniano come il corpo sia il più bell'oggetto di consumo.

Il corpo diventa contemporaneamente l'oggetto che bisogna sorvegliare e mortificare per fini estetici. Da qui nasce il fascino della snelleza, il culto della linea.

Negli Stati Uniti gli alimenti poveri di calorie, gli zuccheri artificali, i burri senza grassi, le diete propagandate da un grande lancio pubblicitario fanno la fortuna dei loro fabbricanti.

Problemi alimentari del terzo millennio: epidemia di obesità; bello = buono; perdita del convivio

Nel frattempo dobbiamo fare i conti con alcune malattie che sono nettamente aumentate nell'ultimo secolo: diverticolosi del colon, tumori del colon, stipsi, arterosclerosi, diabete, calcolosi biliare, etc. Sono patologie che presentano delle correlazioni con i microcostituenti della dieta.

In conclusione una alimentazione squilibrata, gli stimoli pubblicitari eccessivi, l'abbandono delle regole alimentari tradizionali hanno privato l'uomo della capacitàdi autoregolarsi.

I nuovi modelli culturali hanno profondamente condizionato e turbato la capacità che aveva l'uomo di aggiustare la propria alimentazione in funzione delle proprie esigenze nutrizionali e della propria salute e l'atto alimentare si svincola dalle originarie motivazioni biologiche.

Ruolo delle restrizioni alimentari nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione

Le restrizioni alimentari sono molto diffuse nella pre-adolescenza e nell'adolescenza. Spesso la dieta non si limita ad una restrizione calorica, ma arriva anche al digiuno e all'abuso di lassativi, diuretici e anoressizzanti.

In considerazione dell'enorme diffusione di questo comportamento ci si pone l'interrogativo sul ruolo che una dieta restrittiva può avere nell'innescare un disturbo sull'alimentazione.

Secondo alcuni ricercatori esiste una stretta collaborazione tra restrizioni alimentari e disturbi dell'alimentazione e le differenze sono esclusivamente di tipo quantitativo e non qualitativo.

Altri ricercatori invece negano che ci sia una continuità fra queste due condizioni sulla base delle osservazioni relative al fatto che solo una minoranza di soggetti che esplicano una dieta restrittiva va incontro a disturbi del comportamento alimentare.

Intorno agli anni '50 è stato condotto uno studio sul profilo neuroendocrino, emotivo, psicologico e cognitivo di soggetti volontari sani sottoposti ad una dieta a basso contenuto calorico per alcuni mesi e successivamente ad una dieta ipercalorica.

Durante il periodo di restrizione calorica tutti i soggetti hanno accusato la comparsa di disturbi endocrini a carico dell'asse ipofisi-surrene e della tiroide e l'insorgenza di irritabilità, ansia e depressione.

Gli autori della ricerca ritengono che queste alterazioni siano da considerarsi una diretta conseguenza della dieta a basso contenuto calorico e pertanto qualsiasi deragliamento da un'equilibrata assunzione di nutrienti e calorie potrebbe provocare disturbi fisiologici e psicologici che potrebbero innescare l'avvio dei disturbi del comportamento alimentare.

Da questo panorama di conoscenze emerge come l'alimentazione giuochi un ruolo fondamentale nell'equilibrio psico-fisico in tutte le fasi della vita.

Ma la situazione odierna pone l'osservatore attento di fronte a situazioni inquetanti e complesse con ripercussioni psico-fisiche e metaboliche rilevanti: il sovrappeso, magrezza, anoressia, bulimia.

Situazioni di difficile interpretazione e complessa soluzione, ai quali non è agevole dare una risposta adeguata per le difficoltà di far coincidere una sana ed equilibrata alimentazione con i convulsi ritmi sociali ed ambientali.

Per far fronte a questa situazione occorre un intenso impegno professionale, culturale e divulgativo rivolto a:

- diffondere gli avanzamenti delle conoscenze in campo nutrizionale;

- ricondurre la dieta nell'area dei principi generali e fondamentali della alimentazione equilibrata e bilanciata;
- promuovere in tutti la maturazione di una "coscienza alimentare", intesa come esperienza fondamentale della vita quotidiana e come forma di comunicazione.

La coscienza alimentare è il risultato della integrazione tra consapevolezza e conoscenza.

Per fornire le informazioni conoscitive adeguate è di fondamentale importanza affrontare un progetto sistematico di pedagogia dell'alimentazione, che deve essere obbligatoriamente di tipo interdisciplinare perché l'alimentazione è un fenomeno complesso che coinvolge tutti i campi di conoscenza ed esperienza dell'individuo.

Una efficace educazione deve riguardare non solo gli aspetti nutrizionali, ma anche quelli psicologici e antropologici.

Un progetto che deve essere allo stesso tempo unitario e pluridimensionale.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere in ogni singolo soggetto la maturazione di una capacità autonoma di scelta svincolata dai mutevoli indirizzi della moda, dall'abitudine e dalla suggestione dei messaggi pubblicitari.

In ultima analisi ogni soggetto dovrebbe essere "competente" nel gestire la propria alimentazione, consapevole del valore delle tradizioni e culturalmente aperto ai "nuovi" alimenti che saranno offerti dagli avanzamenti conoscitivi della tecnologia alimentare.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 31-40

La nosografia dei disturbi del comportamento alimentare

Massimo Cuzzolaro
Presidente Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
Università La Sapienza, Roma

Ringrazio molto Corrado D'Agostini e gli altri amici per avermi invitato a parlare qui stamattina; le parole di Corrado sono assolutamente eccessive e saranno ridimensionate dal mio stesso intervento relativo alla nosografia dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Vorrei cominciare ricordando Albert Stunkard per tre ragioni: la prima è che questo autore fa un richiamo a come si sia persa in questi ultimi tempi in psichiatria ed in psicologia clinica l'abitudine allo studio delle storie di casi, dei singoli casi, ed è un richiamo utile per aprire una relazione che tratta di nosografia e di psicometria; per rircordarci che questi sono soltanto due assi lungo i quali valutare e studiare la relazione clinica con il paziente.

Molti altri degli interventi di oggi, anche per la ampia presenza di analisti soddisferanno il richiamo di Stunkard.

La seconda ragione per la quale ho scelto di ricordare Stunkard è perché è considerato uno dei maggiori studiosi dell'obesità in tutto il mondo.

Come il Prof. Surrenti ricordava nel suo intervento insieme a Suman, i Disturbi del Comportamento Alimentare, nominando i quali pensiamo di solito soprattutto ad Anoressie e Bulimie ed al campo dell'obesità, hanno interrelazioni che stanno diventando in questi ultimi anni sempre più importanti.

L'intervento di psichiatri, psicologi, psicoterapeuti come parte del team che cura e studia l'obesità è essenziale; pensiamo solo ad una cosa: che l'intervento terapeutico ancora oggi più largamente utilizzato, e lo vedremo più avanti, nell'obesità è la dieta.

La dieta è un intervento psicologico; è la prescrizione spesso fatta al computer di un cambiamento profondo dello stile di vita di una persona.

Probabilmente una delle ragioni per cui questo intervento ha più del 90% dei casi di insuccesso è la sua mancanza di fondazioni teoriche.

Il terzo motivo per cui ho scelto questa citazione di Stunkard come apertura è perché è tratta dal commento che lui fa ad un articolo di uno psicoanalista degli anni trenta, uno psicoanalista tedesco, M. Wulff che descrisse quattro casi di una patologia allora poco conosciuta e che non aveva ancora un nome, quattro casi che possono essere considerati la prima descrizione di quella che oggi chiamiamo Bulimia Nervosa.

Descrivendo questi casi Wulff pose un accento particolare sulla questione del rapporto con l'immagine del corpo in queste donne affette da una compulsione a crisi di ingordigia seguite da vomito autoindotto.

Ma il punto su cui Wulff insistette molto fu il problema della insoddisfazione del corpo e della conflittualità rispetto al corpo, che sottendeva il disturbo del comportamento alimentare di queste signore.

I due interventi che mi hanno preceduto hanno già sottolineato la questione dell'immagine del corpo come profondamente collegata ai disturbi del comportamento alimentare.

Questo elemento è chiaro nell'Anoressia e nella Bulimia, ma è presente ed importante spesso nell'obesità, ed è a questo particolare taglio che dedicherò le cose che sto per dirvi.

Di solito si dice che la prima descrizione medica di casi di Anoressia Nervosa sia di Richard Morton scritta alla fine del '600.

Morton pubblicò nel 1689 il suo libro sulle Tisi, qualche anno dopo arrivato anche in Italia.

Il primo capitolo del primo libro del volume di Morton è dedicato alla Tisi Nervosa e contiene la descrizione di due casi clinici che hanno tutte le caratteristiche della moderna Anoressia nervosa salvo una: né la ragazza né il giovane adolescente descritti da Morton in nessun caso segnalano secondo il suo accurato rapporto medico, una paura morbosa di ingrassare ed un

disagio del corpo che sono invece caratteristica essenziale delle anoressie contemporanee.

Invece già nel '32 nei casi descritti da Wulff di cui prima vi parlavo, si parla di un interessante complesso sintomatico orale per indicare questa condizione che oggi chiameremmo Bulimia Nervosa in cui sono presenti tutti i sintomi richiesti attualmente dalle nosografie correnti per la diagnosi di Bulimia Nervosa compresa l'insoddisfazione, il disagio per il corpo e la paura morbosa di ingrassare; siamo però nel nostro secolo.

Il celebre caso di Ellen West descritto da Binswanger contiene continuamente il tema della relazione conflittuale angosciosa col corpo.

Il caso Ellen West è del 1944-45, epoche in cui i Disturbi del Comportamento Alimentare erano ancora rari o meglio eccezionali.

Binswanger nel parlare del caso Ellen West premetteva "io conosco – e certamente conosceva la letteratura – solo un altra descrizione clinica", e si riferiva al caso Nadia di Janet. Oggi sappiamo quante centinaia di articoli raccolti ogni anno da Medline sono dedicati ai Disturbi del Comportamento Alimentare e come si parli per queste patologie di diffusione epidemica.

Un punto di tipo storico che si riflette poi sulla comprensione della nosografia e dei criteri diagnostici è il seguente: molti casi che condividono varie caratteristiche con i moderni Disturbi del Comportamento Alimentare sono descritti da secoli sia sull'asse del digiuno e della restrizione sia su quello dell'eccesso e delle crisi di ingordigia; era ricordato anche prima da Suman il caso delle cosiddette sante anoressiche come Caterina da Siena o santa Teresa, tuttavia in tutti questi casi come nei casi di Morton, ma come anche nei casi di William Gull e di Charles Lasegue che sono considerati gli autori che hanno introdotto il termine di Anoressia Nervosa nel linguaggio medico, casi dell'800, mai la questione del corpo è presente; è invece una caratteristica moderna dei disturbi del comportamento alimentare.

Tra le tante cose difficili della Psicopatologia, una delle più difficli è la definizione del concetto di immagine del corpo. Una delle più antiche è quella di Paul Schilder che la descriveva fondamentalmente come la rap-

presentazione mentale del proprio aspetto fisico.

Tuttavia l'immagine del corpo, l'immagine mentale del corpo è una condizione che va molto al di là degli aspetti strettamente percettivi ed è un costrutto mentale complesso che comprende dimensioni che diremmo oggi cognitive, affettive e comportamentali.

Se pensiamo ai criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa senza entrare nei particolari che tutti conosciamo attraverso le dettagliate descrizioni del DSM IV e dell'ICD 10, ricordiamo che le caratteristiche sintomatiche fondamentali sono, per l'Anoressia Nervosa, la paura morbosa di ingrassare, la perdita di peso e l'amenorrea che duri da almeno tre mesi consecutivi.

Per la Bulimia Nervosa sono le crisi di ingordigia incontrollabile, i meccanismi di compenso: vomito, lassativi, diuretici, digiuno, esercizio fisico eccessivo, ed anche qui la paura morbosa di ingrassare.

Questa espressione che gli inglesi riassumono come *weight fobia* in effetti contiene molto più della paura di aumentare di peso, ma ha a che fare con una relazione complessivamente conflittuale, insoddisfatta, ansiosa, allarmata, di profondo disagio del corpo.

Quello che per esempio faceva dire all'ultima ragazza anoressica che ho visto in questi giorni sofferente di Anoressia molto grave, e che è partita da un Indice di Massa Corporea di 12,1, parlandomi dopo qualche settimana dopo che una parenterale totale – perché la situazione era a rischio di vita – aveva fatto aumentare di qualche punto il suo Indice di Massa Corporea, quello che le faceva dire appunto: "Prima meno c'ero, più c'ero. Ora più divento corpo e più non mi riconosco più in questa orribile palla che vedo nello specchio". Era ancora naturalmente a 15 di Indice di Massa Corporea, in una condizione di gravissima malnutrizione.

Ma se il problema del disturbo dell'immagine del corpo è una coordinata fondamentale per la diagnosi dei disturbi anoressici e bulimici il problema è più oscuro, più nascosto ma non meno importante nell'obesità. L'ipotesi, su cui vi tratterrò alcuni minuti, è che molte persone sovrappeso

abbiano una relazione negativa – cercheremo poi di capire meglio cosa è – con l'immagine del proprio corpo: molte, non tutte.

Ci si è al lungo interrogati se in campioni di persone sovrappeso gli indici di psicopatologia (ansia, depressione) siano più elevati che in campioni di persone normopeso.

Questo è stato alla base a lungo di una teoria anche psicosomatica dell'obesità o di una lettura dell'obesità come un equivalente depressivo.

In effetti gli studi più rigorosi e accurati mostrano che non c'è fra le persone obese più indici di psicopatologia di quelli che si trovano tra le persone normopeso, salvo la relazione con l'immagine del corpo: questa alterazione dell'immagine del corpo è stata confermata su tutti i livelli che compongono il costrutto mentale di immagine del corpo: gli aspetti percettivi, gli aspetti affettivi e gli aspetti comportamentali. Ma si potrebbe dire che è naturale che una persona che ha una alterazione oggettiva del proprio corpo, soprattutto in una società che tende a stigmatizzare quel tipo di alterazione, provi un'insoddisfazione e infatti è opinione diffusa che il modo migliore di correggere l'insoddisfazione del corpo di una persona sovrappeso sia perdere peso, e le diete e il tentativo di perdere peso sono il tentativo più abitualmente utilizzato per questa insoddisfazione del corpo grasso.

Ma ci chiediamo: è proprio così? È sicura questa relazione lineare o non può essere per caso anche un po' vero il contrario o perlomeno una circolarità, che sia un problema della relazione con il corpo che contribuisce (nonché determina) allo sviluppo e al mantenimento di un sovrappeso importante di una obesità?

Intanto dobbiamo ricordare che quello che abbiamo appena detto è assolutamente vero: il ricorso alla dieta e il tentativo di perdere peso avviene nella maggior parte dei casi per ragioni prima di tutto estetiche; questo è più vero per le donne che per gli uomini, diventa un po' meno vero quando l'obesità è molto molto grave (indici di massa corporea sopra 40) e quando le persone hanno più anni, sono più anziane.

Tuttavia perfino negli uomini anziani fortemente sovrappeso che rappresentano la categoria in cui il problema estetico è meno pesante, il 16%, secondo questa recente ricerca, chiede la dieta prima di tutto per motivi estetici.

Ma la domanda che ci ponevamo è: la riduzione di peso è davvero sempre la risposta giusta e sufficiente all'insoddisfazione del corpo di una persona obesa?

È una domanda importante perché è il primo motivo che lo spinge a chiedere una dieta, in molti casi ci sono alcune cose da considerare: la prima è che fra immagine mentale del corpo e immagine reale del corpo, se vogliamo chiamarla così, esiste una relazione debole, una correlazione debole.

Non è certo che l'insoddisfazione del corpo sia tanto maggiore quanto maggiori sono i difetti che quel corpo oggettivamente presenta rispetto ai canoni correnti.

Questo è un primo elemento che deve far dubitare della possibilità che correggendo l'alterazione oggettiva migliori la relazione soggettiva.

Il secondo dato è che uno studio molto intelligente condotto da Kesh qualche anno fa ha scoperto che persone attualmente normopeso, ma con una storia passata di obesità avevano ai test di valutazione di patologia dell'immagine del corpo punteggi molto più vicini a quelli dei soggetti obesi che non a quelli dei soggetti normopeso: quindi la correzione del peso non basta a modificare l'immagine del corpo.

Tuttavia questo punto che appare evidentemente importante, se la motivazione alla dieta abbia nel problema estetico uno dei suoi motori fondamentali, è curiosamente ignorato nella maggior parte degli studi sugli esiti delle terapie dell'obesità.

Una domanda che naturalmente discende da quello che abbiamo detto è la seguente: se è vero che la relazione tra l'immagine mentale del corpo e il corpo com'è è una relazione debole e quindi che non basta spesso la correzione – come ben sanno i chirurgi estetici – dei difetti oggettivi per modi-

ficare l'immagine mentale del corpo, la domanda che dobbiamo porci di conseguenza è: è possibile modificare l'immagine mentale del corpo anche senza che il corpo cambi nelle sue forme oggettive?

Questo in particolare è per esempio possibile nell'obesità? È una domanda ancora pionieristica per la ricerca e per la terapia.

Una riflessione ora di tipo nosografico: questa immagine negativa del corpo che hanno le ragazze anoressiche che hanno le ragazze bulimiche che hanno molte persone obese e che è anche così diffusa, per esempio in età adolescenziale e giovanile, come ricordavano i relatori che mi hanno preceduto, che collocazione ha rispetto alle classificazioni psichiatriche e ai sistemi di classificazione vigenti?

La prima cosa da notare è che nei sistemi attuali di classificazione dei disturbi psichici non è mai compresa una condizione in cui problemi con il corpo siano concomitanti con alterazioni oggettive della sua immagine.

La categoria diagnostica che esiste unica per la patologia dell'immagine mentale del corpo è il disturbo di dismorfismo corporeo che riprende la nozione, gloria della psichiatria italiana, di dismorfofobia descritta per la prima volta da Morselli alla fine del secolo scorso.

Ma la dismorfofobia o disturbo di dismorfismo corporeo riguarda soltanto i casi in cui non ci sono all'occhio dell'osservatore, alterazioni oggettive riconoscibili: il difetto è immaginario o clamorosamente immaginato.

Alcuni studiosi del problema contemporanei, come Kesh, come James Rosen, hanno suggerito una nuova categoria di riferimento concettuale che non è ancora entrata nelle nosografie attuali, che hanno chiamato "disturbo dell'immagine del corpo" o "immagine negativa del corpo" e che comprende tutti i casi in cui in presenza di un difetto reale o immaginario del corpo c'è una concentrazione dell'attività mentale sull'immagine del proprio corpo di tipo ossessivo che porta una grande sofferenza, un grande disturbo, un grande disagio ed una oggettiva invalidità in tanti aspetti della vita di relazione sociale. Questo è il concetto di immagine negativa del corpo che come ricorda appunto Rosen copre sia la tradizionale, classica

area dei disturbi di dismorfismo corporeo si quella dei disturbi del comportamento alimentare, obesità spesso inclusa.

Un accenno allo studio psicometrico dell'immagine del corpo: una categoria concettuale così sfumata e complessa e anche così segreta e così difficile da comunicare negli incontri con il medico, con la psicologo, con il terapeuta, come le questioni con l'immagine fisica di sé, è esposta a grandi rischi di inattendibilità diagnostica. Osservatori diversi dello stesso caso tendono a dare valutazioni discrepanti sul punto immagine mentale del corpo; per questa ragione sono stati costruiti molti strumenti psicometrici negli ultimi anni che tentano di rendere più accurata e sistematica l'indagine clinica e di misurare nel modo analogico in cui la psicometria può farlo, la intensità del disturbo dell'immagine del corpo.

Questi strumenti psicometrici sono fondamentalmente di 3 tipi: sono misure della capacità di valutazione percettiva dell'immagine del proprio corpo.

Una ragazza anoressica, sappiamo, tende a dire "sono grassa" pur essendo emaciata; si è molto studiato se c'è un disturbo a livello della percezione delle dimensioni e delle forme, ma tutti gli studi hanno dimostrato, come del resto l'esperienza clinica ci insegna da sempre, che una ragazza che soffre di anoressia dice "sono grassa" di sé ma non di una sua collega di patologia.

Il secondo gruppo di strumenti comprende tutti quei test che misurano (per esempio lungo delle rette graduate) la distanza fra l'immagine reale che ho di me stesso in questo momento e come vorrei essere, l'immagine ideale o desiderata, nell'ipotesi che quanto maggiore è l'apertura del compasso, la distanza, tanto maggiore è l'insoddisfazione del corpo e eventualmente l'alterazione dell'immagine mentale di sé.

Ma è soprattutto il terzo gruppo di strumenti il più interessante e promettente, quello che studia gli atteggiamenti verso l'immagine del proprio corpo.

Attititude è un termine inglese che forse non corrisponde pienamente all'italiano atteggiamento perché c'è in *attititude* un rimando a qualcosa di stabile di costante, di non contingente o occasionale.

Questi strumenti esplorano in genere soprattutto l'insoddisfazione del corpo, mentre come sappiamo l'immagine mentale del corpo si articola in molti aspetti che riguardano il versante percettivo, le molte componenti affettive, il comportamento, per esempio i controlli ossessivi che in alcuni sono presenti in altri no, le strategie di evitamento (non vado al mare, non mi metto in costume, non mi spoglio mai davanti a qualcuno, ecc.) e infine i vissuti più profondi e più penosi di estraneità e di distacco di sé dal corpo, quella che la psicopatologia classica descrive come depersonalizzazione.

Desidero ricordare ancora una intervista diagnostica molto accurata e approfondita, utile forse più per la ricerca e per il training all'osservazione clinica del problema, che non per la clinica corrente, costruita da James Rosen che si chiama "Body Dismorfic Disorder Examination", Intervista per i Disturbi di Dismorfismo Corporeo che è però stata costruita dall'autore in modo da poter essere estesamente applicata anche a tutte le altre condizioni che abbiamo convenuto di definire immagine negativa del corpo.

Abbiamo costruito in Italia negli ultimi anni un altro test con un piccolo gruppo di lavoro del quale fa parte Gianfranco Marano della Società Italiana di Psicoterapia: il BUT (Body Uneasiness Test).

Questo strumento dà punteggi oltre che di patologia totale, su 5 sottoscale: la relazione fobica con il peso e con il grasso, le preoccupazioni diffuse per l'immagine del corpo, i comportamenti di evitamento, i comportamenti di controllo compulsivo e i sentimenti di estraneità o vissuti di depersonalizzazione.

Nell'area della nosografia dell'obesità si tende da alcuni anni a distinguere in base al comportamento alimentare 2 sottogruppi: i casi di obesità con un disturbo che si chiama di alimentazione incontrollata, Binge Eating Disorder, e quelli senza.

Il Binge Eating Disorder è una bulimia senza strategie di compenso, dove ci sono le abbuffate compulsive con l'eccesso quantitativo e il sentimento di perdita di controllo nel momento in cui avvengono; le abbuffate

sono frequenti, almeno 2 volte a settimana per almeno 6 mesi consecutivi, ma non sono seguite dalle gravi e costanti strategie di compenso che caratterizzano la bulimia nervosa (vomito, lassativi, diuretici, digiuni, esercizio fisico eccessivo).

Quindi la conseguenza è che il Binge Eating Disorder si associa a sovrappeso e obesità.

La distinzione tra queste 2 categorie nell'area del sovrappeso e dell'obesità in base al comportamento alimentare che riscontro ha sul piano del rapporto con l'immagine del corpo? Utilizzando per esempio questo test BUT in disturbi di dismorfismo corporeo, anoressia nervosa nei 2 sottotipi restrittivo e bulimico, bulimia nervosa nei 2 sottotipi con vomito, lassativi, diuretici o senza condotte di svuotamento e nei 2 gruppi di obesità, vediamo che in tutti ci sono punteggi decisamente più patologici che nei controlli, ma il dato interessante è anche che i disturbi dell'immagine del corpo, l'immagine negativa del corpo, sono molto più importanti nei soggetti con obesità e Binge Eating Disorder che non negli altri.

Quindi una ulteriore conferma del punto centrale del discorso non solo mio, ma credo di molti oggi sulla stretta relazione tra stili alimentari e immagine del corpo.

Le componenti psicologiche

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 43-57

Il modello integrato nell'approccio all'anoressia nervosa

O. Bellini [1], G. Di Pietro [2], C. Bellini [3]
[1] Presidente Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica
[2] Ricercatore Università Federico II, Napoli
[3] Università Federico II, Napoli

L'attualità del tema, l'impegno dei ricercatori e la numerosa partecipazione di pubblico ai convegni evidenziano lo sforzo di comprensione dell'eziopatogenesi e della terapia di questi abnormi comportamenti; l'aumento di nuovi casi per anno di Anoressia e di Bulimia Nervosa ha impegnato il Ministero della Sanità, attraverso una commissione individuata ad hoc, a definirne le caratteristiche e ad individuare dei Centri Regionali che, per esperienza, potessero costituirsi come Osservatori del fenomeno e riferimento sia per la funzione assistenziale sia per progetti di ricerca.

La Clinica Psichiatrica dell'Università "Federico II" di Napoli, che ha iniziato gli Studi sull'Anoressia sin dal 1980, in collaborazione con la Cattedra di Nutrizione Clinica del "Federico II" e, dal 1993, con la Cattedra di Nutrizione Clinica de "l'Ateneo" di Napoli è stata individuata come uno dei Centri di osservazione e di riferimento per le problematiche anoressiche; la Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica collabora, attraverso delle Convenzioni Universitarie, con questo Centro nella funzione assistenziale e in attività di formazione.

Questo Centro ha svolto, in 18 anni, una funzione assistenziale su una popolazione globale di circa 900 soggetti affetti da disturbi del Comportamento Alimentare (Bulimia, DANAS ed ovviamente Anoressia), attivato corsi di formazione e condotto ricerche sulle componenti psicologiche proprie di una unità operativa integrata costituita da medici, psichiatri e psicoterapeuti e sulla struttura psicologica delle anoressiche, come appare nella fase iniziale del contatto istituzionale.

L'esperienza assistenziale e di ricerca è stata condotta in ambito istituzionale attraverso incontri ambulatoriali; i soggetti affetti da Anoressia da noi seguiti sono stati più di 500 sui 900 della popolazione globale.

Il numero di ricoveri in ambiente medico e/o in ambiente psichiatrico è stato molto contenuto, circa il 3%, per una durata media di cinque giorni; l'apporto della terapia psicofarmacologica, per casi particolari, è stato prevalentemente caratterizzato dall'impiego di ansiolitici o antidepressivi, con protocolli ambulatoriali.

Nel periodo 1997/98 per un incremento della richiesta pari al 150% annuo – nel '97 abbiamo avuto 216 casi nuovi di D.C.A., di cui 47 Anoressiche e nei primi cinque mesi del '98 116 casi nuovi, di cui 23 Anorettiche – si è avuta una saturazione della nostra capacità assistenziale; ciò ha comportato da un lato la necessità di un ricovero in ambiente medico e/o psichiatrico di casi che prima venivano seguiti in regime ambulatoriale, e dall'altro la costituzione di una rete di operatori dislocata sul territorio a coprire l'intera Regione, con cui collaborare sia sul piano assistenziale che su quello della ricerca.

Stati di difficoltà e di sofferenza, lungo lo sviluppo della sessualità e l'acquisizione dell'identità, portano un numero considerevole di soggetti all'incontro con un'équipe medica, psichiatrica, psicoterapica; ci è sembrato, quindi, opportuno considerare le componenti psicologiche attivate da queste forzate interazioni e sull'influenza che esercitano sulle modalità di relazione dell'équipe chiamata a farsene carico.

L'attenzione e la consapevolezza di queste componenti psicologiche ha trasformato l'équipe, intesa come un insieme di persone con differenti saperi chiamate a gestire problemi, in uno strumento di ricerca per la capacità che ha maturato di riflettere sull'esperienza ed ha prodotto una propria Metodologia di assistenza alla paziente Anoressica e di ricerca sull'Anoressia. Questa Metodologia si caratterizza di una:

(a) Modalità integrata Medico-Psicoterapica (secondo modalità e tecniche di intervento a carattere Psicoterapico, oggetto di ricerca di settori specialistici della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica) e alla

identificazione di una:

(b) Tipologia della paziente Anorettica: attraverso una riflessone sul rapporto dinamico tra sindrome e personalità, utilizzata per la scelta di modelli di terapia da suggerire dopo la fase diagnostica.

Illustrerò i due aspetti di questa Metodologia nelle attività ambulatoriali istituzionali con considerazioni sull'esperienza clinica relative al funzionamento del modello integrato, alla fase psico-diagnostica e ad alcune considerazioni sul significato della sindrome anoressica.

Premessa teorica alla modalità integrata medico-psicoterapica

La storia della eziopatogenesi dell'Anoressia Nervosa è caratterizzata dall'alternarsi di teorie interpretative, ora a carattere organicistico ora a carattere psicogeno; ciò, a mio avviso, dipende dalla concezione, ereditata da Cartesio, di considerare il corpo separato dalla mente.

Studi recenti (1) mirano a ridurre lo iato tra gli aspetti sostanziali dell'individuo (da individuum = essere non divisibile) e ad affrontare le interrelazioni complesse tra fenomeni somatici e mentali ripensando lo sviluppo dell'individuo come espressione di processi di differenziazione in un continuum corpo-mente.

L'*entità uomo* può essere considerata il risultato di fenomeni evolutivo-maturativi, modulati da processi di *integrazione* che si sviluppano, tra l'altro, secondo una polarità potenzialmente oscillante tra fasi precedenti e seguenti dello sviluppo; la funzione mentale viene cosi emergendo tra una polarità biologica, o meglio psicobiologica, ed una ambientale (2).

Winnicott differenzia la psiche, che considera direttamente connessa o in rapporto col corpo e col funzionamento corporeo, dalla mente che ha le sue radici nell'esistenza e nel funzionamento di parti del cervello filogeneticamente più recenti (3). Quindi la psiche, come ciò che è sensazione-emozione, direttamente in relazione al corpo, va concettualmente differenziata dalla mente che, tra le altre funzioni, esplica quella di relazionarsi, in modo consapevole e attraverso gli affetti, con l'ambiente. Questi tre differenti

aspetti dell'individuo (corpo, psiche, mente) vanno integrandosi continuamente tra loro e questo processo di integrazione, sottolinea ancora Winnicott, non è funzione solo della neurofisiologia, ma anche di certe condizioni ambientali: quelle che sono fornite dalla madre ambiente.

L'esperienza clinica ha orientato la conoscenza verso le condizioni iniziali dell'esperienza umana secondo un percorso che è andato svolgendosi dalle vicende edipiche descritte da Freud e dagli assetti preedipici della personalità del modello kleiniano alla relazione oggettuale (Fairbairn 1952; Winnicott 1958, 1963, 1967) e, via via, alle vicende connesse agli stati di simbiosi (Bleger 1967), ai processi di separazione (Malher 1975), agli stati di integrazione e di organizzazione di base (Gaddini 1984), fino agli attuali studi sulla fase contiguo-autistica (dialetticamente articolata con la fase schizoparanoide e depressiva; Ogden 1989) e sulla fusionalità.

Questi studi indagano i periodi più precoci dello sviluppo, afferenti ad aree esperienziali prenatale e neonatale (Neri, Pallier e altri 1990).

Questo percorso ha avuto un enorme riflesso nella prassi terapeutica, permettendo ad essa di accostarsi, con nuove metodologie e variazioni di tecnica, ad aree di sofferenza sempre più complesse, quali gli stati psicotici, gli stati limite e le perversioni, con modifiche anche dei concetti teorici.

L'evoluzione dei modelli concettuali si riflette, infatti, sulla modalità dello stare insieme nella relazione e sugli strumenti di scambio e di interazione: da un concetto di neutralità del terapeuta da una concezione del controtransfert come fenomeno di interferenza da controllare si passa alla centralità delle dinamiche transfert-controtransfert.

Queste dinamiche assumono sempre più un ruolo rilevante, in modo particolare da quando il campo dell'esperienza clinica si è ampliato dalle patologie del conflitto, la cui ri*soluzione* si basava prevalentemente sull'interpretazione (uso della parola), alla patologia del deficit e/o del difetto-arresto dello sviluppo maturativo, per la cui la *cura,* l'empatia, la capacità di rêverie, il rispecchiamento, l'uso del *pensare* del terapeuta e le modalità di restituzione del *pensato* si configurano come strumenti privilegiati e capaci, attraverso piccole modificazioni del ritmo e della tonalità della

relazione, di determinare trasformazioni significative dell'esperienza di legame.

I disturbi del comportamento alimentare si collocano, per le caratteristiche che li definiscono, nell'area in cui ciò che è sensazione-emozione resta confinato, vuoi per effetto della rimozione o per effetto di arresto di sviluppo, nello spazio somatico.

La loro espressione, pertanto, viene prevalentemente affidata all'agire e ad organizzarsi in comportamenti, in attesa di trasformazioni che, attraverso il processo della relazione, diano loro forma e rappresentabilità psichica prima e, successivamente, attraverso l'acquisizione di senso, direzione e consapevolezza, li trasformi in affetti, propri della dimensione mentale e relazionale dell'individuo separato e adulto.

L'Anoressia Nervosa si situa, quindi, su di un crinale o nodo di enorme interesse clinico e scientifico in quanto essa, insieme ad altri disturbi del comportamento alimentare ed in maniera più evidente che in altre sindromi psichiatriche, si pone in quell'area di confine tra processi somatici e psichici che definiscono modalità relazionali primarie; è l'area dei fenomeni protomentali di cui parla Bion (4), in cui il fisico, lo psicologico e il mentale sono indifferenziati.

La consapevolezza che la fenomenologia anoressica, in certi tipi piuttosto che in altri, si colloca su questo crinale ha un riflesso non indifferente nella prassi clinica, nel modularne l'approccio, nel fornire basi di lettura dei comportamenti e dello stile che la relazione terapeutica va assumendo; inoltre il suo studio si rivela di particolare interesse per la conoscenza dei fenomeni relativi a fasi precoci dello sviluppo.

Integrazione medico-psicoterapica

La nostra esperienza di collaborazione clinica con le Cattedre di Nutrizione Clinica delle Università di Napoli sull'Anoressia Nervosa avviene nell'ambito di questa cornice teorica.

L'unità di lavoro medico-psicoterapica è costituita da Psicoterapeuti, Psichiatri e Psicologi di diverso indirizzo formativo e da Medici e Dietiste.

L'integrazione dei due gruppi in una unità operativa ha richiesto tempo per superare difficoltà di linguaggio e di prospettiva legate a naturali differenze epistemologiche e metodologiche.

Essa è andata sviluppandosi nel tempo e si è rivelata molto interessante ed utile perché ha portato ad una coesione del gruppo e ad una modifica della prassi operativa iniziale in cui gli incontri congiunti a frequenza monosettimanale consistevano in semplici scambi di notizie sui casi clinici.

Ben presto gli incontri sono diventati spazio di confronto e discussione sulle modalità di interazione tra le pazienti e chi se ne occupava e di contenimento attraverso il riconoscimento delle reazioni emozionali, spesso a carattere aggressivo, manifeste o larvate, che a volte la relazione elicitava.

Il portare all'interno del gruppo l'ansia dei medici e l'angoscia dello psicoterapeuta di fronte a gravi stati di emaciazione ha modificato la qualità del rapporto con le pazienti e mitigato le reazioni aggressive. La riflessione congiunta sulla prassi ha migliorato la gestione della problematica anoressica e ha organizzato un modello integrato per l'approccio all'Anoressia (esteso anche alla Bulimia Nervosa e, attualmente, stiamo verificando una sua applicazione nell'esperienza con i BED e i DANAS); questa prassi ci permette l'assistenza prevalentemente ambulatoriale del problema, riservando il regime di ricovero ai casi di emergenza.

La fiducia in un contenimento reciproco e lo spazio in cui discutere liberamente i propri movimenti emozionali hanno permesso una disponibilità più attenta alla relazione; ciò ha determinato una riflessione sugli eventi iniziali dell'incontro e una maggiore comprensione della richiesta di aiuto e delle sue qualità, del suo senso e delle sue caratteristiche.

L'incontro e la richiesta di aiuto

La domanda di aiuto

La richiesta di aiuto, rivolta dalle pazienti, ma più spesso dai familiari, è stata da noi considerata nel suo insieme un'azione motoria (5) (prendere contatto, recarsi, ecc.) determinata dagli affetti; gli *affetti* (6) *sono motori non solo perché attraverso l'azione tendono a scaricarsi quando il dolore men-*

tale o il sovraccarico affettivo oltrepassa le capacità di assorbimento delle difese attuali (McDougall 1989), ma (Modell 1990) perché esaminano attivamente l'ambiente umano con il fine di ritrovare una categoria affettiva, cioè una forma condivisa di conoscenza e interpretazione della realtà che la rende visibile, per chi pone la domanda, come ambiente accogliente di bisogni.

Questa azione veicola la comunicazione (7) di un disagio o di una sofferenza, percepiti entrambi come molto concreti, che riguardano Sé o una relazione significativa, con carattere di infomazione: *la comunicazione ha* cioè *le caratteristiche di un elemento di conoscenza recato con un messaggio che ne è il supporto* (richiesta di dare risposta, forma e senso al disagio) *e* di *cui essa costituisce il significato.*

Essa viene posta spesso in uno stato di consapevolezza, ma non di senso e di autocoscienza: penso, per es., alle pazienti che riferiscono una compulsione ideativa o di comportamento a cui non sanno dare un significato, che accompagna un'esistenza che per altri versi può apparire ben adattata; o alle pazienti che esprimono psicosomaticamente le emozioni dolorose, come se il loro funzionamento mentale non potesse contenerle ed organizzarle in una forma che include la loro espressione attraverso il linguaggio (McDougall 1989).

Possiamo pensare, come altro esempio, agli eventi che vengono riferiti come contesto in cui inizia la restrizione dell'assunzione di cibo: essi sono riportati ad esperienze di separazione e perdita o a eventi che infliggono una ferita narcisistica (esame andato male, non accoglienza nel gruppo di coetanei, rifiuto di un ragazzo, ecc.); di essi vi è consapevolezza, ma non è possibile, per le pazienti, elaborarne un senso.

La richiesta di aiuto allora assume il significato, per il terapeuta, di un *riferire* un conosciuto non pensato e/o non ancora pensabile (Bollas 1989), che si cristallizza in configurazioni somato-psichiche (9) o, più spesso, in configurazioni emozionali *in-formazione,* cioè potenzialmente polarizzabili nell'area della rappresentazione, del simbolo e dei significati.

La modalità di espressione della richiesta, diretta o mediata da altri o attraverso acting che richiamano prepotentemente l'attenzione, polarizza il

senso di chi si dispone ad ascoltare, offrendosi come "un luogo spazio-tempo vivo" abile ad accoglierla.

È la richiesta di farsi carico in modo particolare del problema, cioè di una sua totale assunzione (compresa la diffidenza) non nella sola gestione e proccupazione, ma nella dimensione di un carico affettivo ed emotivo e di una pensabilità che deve rimanere almeno per un certo tempo nella "mente" dell' equipe terapeutica.

Ciò comporta, per l'équipe, tollerare la lentezza con cui si stabilisce la collaborazione, ma non la relazione che invece è immediata e molto intensa a livello profondo e tollerare i movimenti di "personalizzazione" dei protocolli dietetici e, anche, la confusione che a volte la fase iniziale dell'incontro comporta, cioè tollerare quella che possiamo definire, in una parola, la modalità della richiesta di aiuto.

Il contenere la *modalità* della richiesta di aiuto è un *atto organizzante* delle realtà multidimensionali dell'atto terapeutico, attraverso l'emozione che è capace di promuovere.

L'emozione (10) costituisce l'elemento che realizza un senso di unità o, al contrario, può determinare momenti di scissione e di frammentazione.

Gli stati di coscienza, infatti, sono penetrati e organizzati dall'emozione dominante; essa costituisce un elemento aggregante di frammenti e parti disorganizzate che aspettano di coagularsi e orienta l'attività della coscienza, come organo percettivo, verso l'area dell'incontro.

Questo fenomeno, tipico dell'incontro, viene percepito, a volte in modo violento e drammatico, dal terapeuta, il quale attraverso l'elaborazione può organizzarlo in contenuti dotati di senso, invece di agire difensivamente.

L'occasione dell'incontro, quindi, ricrea la condizione per uno spazio che, non saturato dalla identificazione proiettiva, può essere disponibile, attraverso la illusoria (11) concretizzazione (Ogden 1991) di fantasie-attese, al qui ed ora dell'esperienza. Ciò può essere segnalato dalla modificazione dell'atmosfera, del tono e del ritmo della relazione nei successivi incontri, dal calo della tensione per lo più somaticamente espressa.

Il senso della richiesta

Il *riferire* la richiesta di aiuto esprime un elemento transferale, che possiamo considerare *afferente ad un processo spontaneo (*12*),* diverso dal transfert interno ad una situazione, ormai stabile, di trattamento (13). Scrive Model:

*"Esso rientra, quindi, in una coazione a ripetere, non espressione di una pulsione di morte, ma come ricerca di un'identità percettiva fra gli oggetti presenti e quelli passati (Edelman 1987). L 'apparato motorio del paziente (affetti) evoca le risposte affettive dei terapeuta per trovare una corrispondenza percettiva allo scopo di costituire, nel qui ed ora, una categoria affettiva. La percezione è la riscoperta, il ritrovamento di categorie (sensazioni e rappresentazioni di esperienze a cui riportare prevalentemente e costantemente gli elementi della percezione) già immagazzinate nella memoria, non solo psichica, ma anche somatica (*14*), che necessitano di azioni ripetitive mediante le quali l'ambiente viene periodicamente saggiato e testato, cosicché il ritrovamento di una novità conduce ad una ritrascrizione del ricordo in un nuovo contesto. Ciò che viene immagazzinato,* memorizzato *nell'esperienza non è una replica dell'evento, ma piuttosto la potenzialità a generalizzare o a ritrovare la categoria o la classe a cui l'evento appartiene (Modell 1990), per es. accoglimento o rifiuto….*

L'uso da parte della paziente delle risposte affettive dell'analista può anche essere posto al servizio della riparazione del deficit evolutivo, in quanto le risposte affettive del terapeuta possono condurre alla sostituzione di ciò che mancava" (Modell 1990).

Le risposte dell'équipe terapeutica, che definiscono la prassi operativa, sono da considerare come comportamenti legati a mobilitazione di affetti (motori) che configurano l'incontro come un evento dinamico che mette in moto modalità adattative funzionali alla realtà esperita nel e del qui ed ora; queste modalità trasformano la *disponibilità* della paziente e dei terapeuti all'esperienza e agli eventi della relazione in un *processo di acquisizione di*

consapevolezza e di capacità di pensiero; questo processo si sviluppa, a volte, attraverso perturbazioni caotiche poco comprensibili se consideriamo lo svolgersi dei fenomeni attraverso il solo paradigma dello stretto rapporto tra causa ed effetto, che esclude la possibilità di assetti e fenomeni diversi da quelli attesi; la complessità della relazione della patologia anoressica è, in parte, dovuta al suo dispiegarsi secondo modalità confusive e caotiche.

La riflessione sull'esperienza clinica ha portato al riconoscimento di alcuni dei meccanismi prevalenti con cui le anoressiche interagiscono con l'ambiente e cioè la scissione e la identificazione proiettiva. L'effetto del meccanismo di scissione era praticamente evidente per la difficoltà di comunicazione tra l'équipe, la paziente e la famiglia nel definire la patogenesi del disturbo nei limiti del somatico e/o dello psichico. La conseguenza era una sorta di confusione, di cui tutti gli operatori hanno fatto esperienza, con la tendenza ad un rimando di priorità tra gli psicoterapeuti, i medici e i familiari; in altri termini, si verificava spesso che le famiglie e/o le pazienti portavano i problemi somatici agli psicoterapeuti e quelli psicologici ai medici. il secondo meccanismo – l'identificazione proiettiva – portava le pazienti a porre i propri desideri e le proprie paure (loro parti scisse e proiettate) nei medici e nei familiari, che diventavano particolarmente preoccupati di rialimentarle in maniera soddisfacente, mentre esse continuavano a mantenere il loro onnipotente distacco. Ciò ha creato momenti di tensione e di confusione gradualmente contenuta ed elaborata negli incontri congiunti; il rifiuto ad alimentarsi determinava, infatti, vissuti di tradimento e ci si lasciava ingaggiare in una sorta di competizione sulla variazione del peso. Il lavorare insieme ha permesso la comprensione e la gestione di queste dinamiche, ridimensionando le aspettative, privilegiando, inizialmente, l'arresto della caduta ponderale piuttosto che un repentino aumento del peso corporeo.

Gradualmente è maturata nei medici la disponibilità a comprendere le difficoltà delle pazienti, riconoscere il bisogno di un ambiente accogliente e capace di contenere il dolore mentale per la ferita narcisistica, a non agire

le controidentificazioni e tollerare la "personalizzazione" dei protocolli dietetici, e negli psicoterapeuti la disponibilità ad una maggiore attenzione al corpo e non solo alla sua immagine *delirante:* nella relazione con lo psicoterapeuta appare più evidente lo sforzo dell'anoressica di negare il corpo, confermando l'interpretazione all'ascetismo di cui la letteratura parla, mentre nell'ambito medico il corpo è oggetto, da parte dell'anoressica, di forti manifestazioni di ambivalenza, come risulta evidente dal fatto che la sua gestione confusivamente viene demandata al medico e poi vanificata attraverso un rivendicarne un possesso ed un accudimento secondo modalità proprie che mirano a ridurre il dolore mentale. Infatti, sin da quando il corpo comincia ad affacciarsi alla coscienza e alla consapevolezza della paziente, diviene oggetto di angoscia e di sofferenza; nell'anamnesi si può rilevare un sentimento di perplessità, rifiuto e ribellione al menarca; il test della Silhouette ha messo in evidenza che oggetto di angoscia sono il seno e i fianchi, vissuti di volume maggiore rispetto alla realtà e sovrastimati; questa dispercezione contribuisce al vissuto delirante della propria immagine corporea e configura il bisogno di un continuo attacco ai caratteri e alle forme che ne definiscono la identità di genere.

Mi sono dilungato della descrizione di questo aspetto del gruppo integrato perchè i livelli di comprensione e di consapevolezza hanno trasformato la funzionalità dell'équipe medico-psicoterapeuta da funzione assistenziale in strumento di ricerca capace cioè di lettura non solo dei fenomeni, ma anche dei significati, su cui poi modulare le caratteristiche di intervento.

Il secondo punto del nostro metodo è strettamente dipendente a questa trasformazione di funzione e descrive le tipologie diagnostiche del comportamento anoressico: esse nascono dalla riflessione sul rapporto dinamico, cioè prevalenza di configurazioni psichiche tra sindrome e personalità, come appare nella relazione con l'équipe.

Essa ha elaborato e individuato criteri per affinare la diagnosi attraverso una Prassi così articolata (TAV 1):

(1) Una serie di colloqui individuali e di interviste con tutti i membri della famiglia;
(2) Test della silhouette per lo studio dell'immagine corporea e di altri test di personalità;
(3) Riunione congiunta dei due gruppi per formulare la diagnosi di anoressia, intesa come disturbo cronico da malnutrizione, non avulsa dal contesto psicologico e relazionale familiare;
(4) Strategie terapeutiche e modalità di interventi farmacologici, psicoterapeutici individuali o familiari;
(5) Computerizzazione dei dati, per la loro elaborazione statistica, in un programma appositamente preparato.

Fermo restante che la diagnosi di ingresso si avvale dei criteri definiti dal DSM IV con i due sottotipi riferiti al comportamento – Restrittivo e Bulimico – in base alla nostra esperienza possiamo aggiungere le seguenti considerazioni:

L'anoressia nervosa consiste in uno stato di malnutrizione cronica di varia intensità, associata a un assetto psichico caratterizzato da:
(a) scissione e prevalenza di meccanismi primitivi (identificazione proiettiva, deficit dei meccanismi introiettivi, negazione e idealizzazione);
(b) immaturità della differenziazione sessuale e dell'identità;
(c) immaturità dell'immagine corporea (Test della Silhouette: sovrastimazione prevalente di parti e, a volte, di tutto il corpo);
(d) relazioni oggettuali perverse e tendenza all'acting.

A questo nucleo si accompagna un corteo sintomatologico diversificato che ha permesso di distinguere cinque tipologie anorettiche in base alle quali produrre degli orientamenti terapeutici:
(1) *Modalità comportamentali riferibili ad un prevalente assetto narcisistico - 28%:* con aspetti di ritiro e di relazione centrata sul sé. Gli aspetti di competitività, in queste pazienti, sono contenuti dall'anoressica e riescono a realizzare il lato "positivo" del vissuto narcisistico: perse-

guimento di ideali, comunicazioni di tipo ironico-umoristico, riflessioni sagge, ecc. La decifrazione dei significati "negativi" da parte di familiari, medico e psicoterapeuta può determinare un corto circuito difensivo, del tipo acting suicidiario. Il livello evolutivo in cui si colloca questo tipo è relativo ai processi di fusione/differenziazione.

(2) *Conflitti adolescenziali riguardanti la separazione - 40%:* le pazienti presentano problemi di separazione e d'identificazione dove è evidente, in primo piano, il problema dell'autonomia dall'imago genitoriale.

(3) *Modalità sintomatiche depressive - 30%:* in cui in primo piano prevalgono gli aspetti di autoaggressività, svalutazione, ipercritica. Alle pazienti con queste caratteristiche tipologiche possiamo dare indicazioni di psicoterapie individuali e/o di gruppo sia orientate analiticamente sia relazionali, con sostegno alla madre o alla coppia genitoriale.

(4) *Modalità sintomatiche psicotiche - 6%:* caratterizzata da perdita dei confini del sé e frammentazione dell'ideazione, con comparsa di deliri a vari contenuti. Le indicazioni terapeutiche per questi casi sono prevalentemente psicofarmacologiche con colloqui di sostegno.

(5) *Modalità sintomatiche psicosomatiche - 4%:* in cui spesso sono presenti vomito spontaneo e modico dimagrimento. Non vi è conflitto col cibo.

Per questi casi la gestione è prevalentemente medica con colloqui di sostegno e di orientamento al medico.

Conclusioni

La nostra tipizzazione ci ha pemesso di utilizzare la fase diagnostica per individuare quale senso abbia il comportamento anoressico nell'economia dello sviluppo di personalità. Il Comportamento anoressico si configura come un contenitore di parti escluse dalla possibilità di accedere ai processi di elaborazione e ad acquisire significati, a tenere scisse e "congelate" parti di Sé di diversa valenza emozionale ed affettiva per la presenza di oggetti narcisistici a struttura arcaica e a modalità relazionale interna tirannica e molto distruttive nel loro possibile movimento evolutivo come

avviene nelle narcisistiche, o per eludere il contatto con spietati sensi di colpa e di spunti autosvalutativi, come nel tipo depressivo, o di tematiche deliranti di tipo francamente persecutorio, come nelle psicotiche, o per impossibilità di funzione di uno spazio psichico capace di accogliere e di organizzare in rappresentazioni le sensazioni, come nelle psicosomatiche.

L'utilizzo di questa metodologia, ha pemesso la gestione della crisi, intesa come momento di consapevolezza dello stato di patologia da parte della famiglia e delle pazienti, attraverso un'attività prevalentemente ambulatoriale e di mirare il successivo orientameto terapeutico ed ha portato la percentuale della mortalità, in questa iniziale e delicata fase, allo 0,3% di tutta la nostra popolazione.

Ringrazio i diversi Enti che hanno concorso all'organizzazione di questo convegno su un tema così attuale e grave e mi auguro che Associazioni ed Enti così attenti a queste gravi problematiche possano darsi sempre più spesso occasioni di confronto e di riflessione per la comprensione dell'eziopatogenesi e la terapia di una patologia così multiforme.

Note

(1) Modelli paralleli della mente di Gaddini, gli studi di Ferrari e di McDougall.

(2) Ambiente nel senso di Winnicott, cioè come realtà di influenze psichiche

(3) "… Agli inizi – scrive Winnicott (1963) – la madre deve adattarsi in modo quasi totale ai bisogni del bimbo … tuttavia essa è in grado di ridurre questo suo adattamento e di ridurlo sempre più perché la mente del bambino e i suoi processi intellettuali sono idonei ad accettare diminuzioni di tale adattamento. In questo modo la mente è alleata della madre e si assume parte della sua funzione … È funzione della mente quella di catalogare eventi, immagazzinare ricordi e di classificarli; grazie ad essa il bambino è capace di fare uso del tempo come misura e di misurare lo spazio … e mettere in relazione causa ed effetto. Sarebbe interessante confrontare il condizionamento in

rapporto alla mente e in rapporto alla psiche e tale studio potrebbe gettare luce sulle differenze tra questi due fenomeni che vengono così "regolarmente confusi l'uno con l'altro".

(4) Bion (1961) - Esperienza nei Gruppi.

(5) Gaddini (1980): la parola è non solo segno significante, ma atto che trascende il suo significato linguistico.

(6) Wyss (1961): ha sottolineato la fragilità di quello che sembra il punto fondamentale di tutta la psicologia freudiana, cioè il considerare l'affetto come una quantità di eccitamento che è spostabile e separabile dalle sue associazioni con le catene associative; le teorie della libido, della personalità, dei meccanismi di difesa e, quindi, tutta la psicopatologia psicoanalitica sarebbe impensabile senza questa ipotesi.

(7) La intenzionalità consapevole che sostiene l'azione motoria è espressa nella comunicazione, mentre l'aspetto inconsapevole, fantasia inconscia, bisogno (ci riferiamo prevalentemente a fantasie di fusione e bisogni di contenimento), possono dispiegarsi, in un contesto favorente, nell'ambito della relazione.

(8) S. Rose (1992): Il significato è l'antitesi dell'informazione.

(9) McDougall (1989): modalità prevalentemente psicosomatica di reazione ad una emozione dolorosa quando non si possono utilizzare le parole come veicolo del pensiero." … le strutture più antiche … si articolano intorno a significanti non verbali in cui le funzioni corporee e le zone erogene assumono un ruolo preponderante".

(10) Nel suo etimo significa movimento.

(11) Modell (1990): nel senso etimologico di in-ludere letteralmente *stare nel gioco*.

(12) Etchegoyen (1986): vi è in tutti noi la tendenza naturale a ripetere nel presente le vecchie tracce del nostro passato remoto.

(13) Dove si evidenziano e si esprimono i livelli multipli della realtà interna di cui il soggetto è portatore.

(14) Mc Dougall (1989): parla anche di una memoria, somatica di un trauma psichico.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 59-72

Modo di mangiare o modo di pensare?

Corrado D'Agostini
Presidente Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica
Centro di Alcologia e della Nutrizione
Azienda Ospedaliera di Careggi - Università degli Studi di Firenze

… comincia a sorridere fanciullo (…)
perché a chi non sorrisero i genitori,
un dio non concede la mensa
né una dea l'amoroso giaciglio
Virgilio Egloga IV, 62-63.

Perché per esprimere una sofferenza si sceglie di non mangiare avendo una gran fame, o di mangiare fino a scoppiare senza avere affatto fame?

Questa domanda mi accompagna da quando una diecina di anni fa iniziai ad occuparmi stabilmente di anoressia.

La mia prima anoressica fu per me, sul finire degli anni '70, un'esperienza sconvolgente: veniva alle sedute sempre con lo stesso soprabito che un tempo era stato bianco e che col concorso degli schizzi di mille vomiti si presentava come un'enciclopedia di marezzature repellenti e indefinibili.

Vomitava platealmente nel bagno dello studio mentre io (e la mia segretaria) ci chiedevamo se fosse stato davvero opportuno averla presa in cura.

Era così esile ed emaciata che le braccia mostravano tutta la trama venosa fino quasi alla superficie dell'osso.

Nonostante fosse ormai più che ventenne, non lavorava, non studiava, non praticava alcuna attività se non quella di errare senza meta in estenuanti passeggiate cittadine.

Si detestava e per lo più si faceva detestare.

Mi irritava ancora di più quando prima dell'inizio delle sedute si recava in bagno e ostentatamente faceva i propri bisogni lasciando la porta aper-

ta, mostrandosi così agli altri pazienti che nella stanza d'attesa imbarazzatissimi non sapevano che atteggiamento prendere data la vistosità del fenomeno. Ma anch'io ero molto incerto su che atteggiamento prendere, giacché i vari tentativi di dissuasione, di interpretazione o di interdizione erano platealmente vanificati.

Dentro di me venivano prepotentemente evocati dalla paziente forti sentimenti sia di angoscia che di protezione nei suoi (e nei miei confronti; che sarebbe accaduto se la p. fosse morta di inedia?)

Una volta giunsi addirittura al punto di comprarle della cioccolata affinché pur nella infinitesima quantità, mangiasse almeno qualcosa di nutriente.

Un gesto tecnicamente scorretto, dettato dall'ansia … anche se poi qualche risultato in effetti ci fu, visto che dopo un paio di anni di terapia, piano piano, la mia P. iniziò a tentare di vivere, dapprima procurandosi un lavoro saltuario, poi a distanza di alcuni anni con un matrimonio ed infine con due figli dei quali mi fece pervenire una fotografia con dedica.

Questo successo che spesso non si ripeté negli anni seguenti in casi analoghi, a posteriori credo sia stato dovuto ad un senso di istintiva simpatia che, a dispetto di tutto, circolava tra noi due e che permetteva una comprensione ed un accoglimento di fondo che andava oltre le parole.

Mi sono soffermato su questo mio primo caso perché nonostante che allora fossi ben lungi dal riuscire a dare alla sintomatologia un qualche significato, fui colpito da un particolare che poi si mostrò con notevole frequenza anche nei casi successivi.

La famiglia della paziente aveva una struttura molto rigida che suscitava persino in me che ne ero del tutto estraneo un senso di claustrofobia.

Il padre e la madre, due persone intelligenti, acculturate, socialmente molto ben inserite trasmettevano un senso di freddezza e di disagio come se dentro di loro covasse una grande sofferenza inespressa.

Entrambi avevano avuto genitori che avevano affrontato gravi traversie.

Nel 1995 nel corso del 1° congresso nazionale della sezione italiana della Federazione Europea per la Psicoterapia Psicoanalitica, prendemmo in

considerazione con Silvana Russo e Laura Scarpellini l'ipotesi, poi confermata in letteratura, che fossero necessarie tre generazioni perché si arrivasse nei pazienti ad una sintomatologia realmente anoressica.

Questa idea si è ulteriormente rafforzata nel tempo attraverso l'esame della casistica personale e quella relativa alle centinaia di pazienti che sono affluiti al Centro di Alcologia e della Nutrizione dell'Università di Firenze.

È stata nel frattempo suffragata autorevolmente dagli studi dei colleghi che si occupano di terapia della famiglia.

In una ricerca compiuta dal gruppo di Milano di M. Palazzoli Selvini su 52 pazienti avuti in terapia dal 1988 al 1996 e pubblicata quest'anno, questo dato viene confermato ed analizzato.

È stata evidenziata una struttura rigida della famiglia delle p. con disturbi alimentari seri, che si esprime anche attraverso una tendenza alla non separazione, sia nel senso che in queste famiglie vi è un numero estremamente basso di divorzi, sia nel senso che le espressioni d'autonomia dei singoli membri vengono vissute come minacciose per l'equilibrio familiare.

Le tipologie caratteriali di queste madri e di questi padri evidenziano che nelle madri:

- Vi è stata un'alta percentuale di prevaricazioni finanziarie, morali e sessuali subite prima del matrimonio.
- Che esse hanno una difficoltà a farsi stimare e questo ha inciso sulla possibilità di sposare uomini adeguati.

Nonostante questo, nella coppia esse non riescono ad esprimersi con sufficiente forza e nelle scelte importanti cedono il passo al marito.

- Non sono portate a gioire e divertirsi mentre sanno accettare ogni genere di sacrificio e di frustrazione senza protestare.
- Le relazioni affettive le vedono in difficoltà; non sanno chiedere aiuto.
- Quando hanno avuto successo sono apprezzate dal marito per la loro immagine sociale ma non sono state accolte nei bisogni profondi.
- Sono dominate dalla sensazione di essere vuote ed inutili e al tempo stesso non sanno percepire la propria interiorità; necessitano di comprensione ma non sono altrettanto capaci di fornirne.

Gestiscono male le proprie emozioni e sono in difficoltà ad entrare in contatto e comprendere quelle altrui.

- Pur essendo da sempre autonome sul piano pratico, essendo bisognose di affetto rimangono sempre emotivamente dipendenti soprattutto dai genitori.
- Le traversie adolescenziali non risolte o non completamente affrontate fanno sì che esse ritengano l'affermazione dei propri diritti inconciliabile con la stabilità del legame matrimoniale. Pertanto risultano iperadeguate ed appiattite, evitando di prendere coscienza della propria condizione proprio per evitare di mettere in crisi questo stato di cose e questa stessa condizione.
- Rispetto agli anni '60 quando per lo più avevano un basso profilo sociale, negli anni '90 sono socialmente e lavorativamente inserite, ma ottengono una bassa considerazione da parte della famiglia a dispetto del fatto che essa ruoti intorno a loro. I molti obiettivi raggiunti non forniscono una adeguata soddisfazione.
- Talora si specializzano con ottimi risultati in campi specifici ove si sentono sicure, rispetto ad una complessivo senso di insicurezza.

Se le madri, come forse ci si poteva attendere, appaiono impegnate in numerose problematiche, i padri sembrano non essere da meno, nel senso che essi finora considerati per lo più come personalità deboli, mostrano aspetti specifici di sofferenza ancora più intensi di quelli delle mogli.

Innanzitutto solo in meno di un terzo del campione esaminato essi dichiaravano di non aver subito deprivazioni affettive nell'infanzia.

Nella grande maggioranza dei casi erano nati o da famiglie numerose e poverissime con le conseguenti traversie, o erano orfani, o avevano sopportato gravi carenze familiari con lunghi e solitari soggiorni in collegio.

Le conseguenze di queste condizioni di partenza avverse comportavano il fatto che essi cercassero difensivamente di negare l'insufficienza affettiva dei loro genitori, da una parte idealizzandoli, dall'altra facendo ogni sforzo per divenire quanto più presto possibile autonomi sia in senso emo-

tivo che economico, proprio al fine di negare il profondo bisogno di affetto e di legame.

Quanto sopra comportava anche la tendenza a sposare donne poco esigenti, pronte, per farsi accettare a loro volta, ad assumere atteggiamenti remissivi e oblativi sul piano materiale.

Questi padri in relazione agli equilibri di coppia tendevano ad assumere atteggiamenti ostentatamente maschilisti che sovente erano uniti a tratti narcisistici della personalità.

Possiamo supporre che questi aspetti caratteriali avessero la funzione di costituire una difesa nei confronti delle proprie ansie relativamente alla capacità di saper realmente stabilire un vero rapporto intenso e paritario con la moglie.

Un altro aspetto verosimilmente derivante da questi vissuti era rappresentato dalla tendenza ad evitare ogni forma di conflitto ma anche di dialogo.

Essi spesso ricercavano un ideale di forza e di autonomia ma nella concretezza erano molto dipendenti dalle mogli dalle quali si attendevano una forma di totale disponibilità e dedizione di stampo materno.

Appare significativo il fatto che comunque, diversamente dalle mogli, riuscivano a conquistarsi vasti spazi di autonomia per sè e per le proprie attività ricreative.

Come si vede il rapporto di coppia che risulta dall'incontro di questo tipo di genitori è caratterizzato da una forte dedizione della moglie alle esigenze del marito.

Questi è grato alla compagna per questo atteggiamento che raramente ha sperimentato in passato e la ricompensa con attestazioni di stima e riconoscimenti che gratificano la scarsa autostima della donna, la quale è pertanto incoraggiata ad incrementare le proprie prestazioni sul piano della realtà e a viverle come foriere di potenziali motivi di benessere interno.

Naturalmente il prezzo pagato per questo stato di cose è una certa cristallizzazione nel rapporto di coppia e un carico di impegni per la partner femminile la quale, se è particolarmente oberata concretamente o emoti-

vamente, può non reggere più il carico alla nascita di un figlio, rompendo così il particolare equilibrio stabilito col marito.

Questi può allora vivere, più o meno inconsapevolmente, sentimenti di rancore e di tacita ostilità nei confronti del bambino che gli ruba le attenzioni della moglie/madre.

Vengono così a rinverdirsi nell'uomo spinte verso un narcisistico isolamento, che sul piano reale comportano un incremento di oneri gravanti ancor di più sulle spalle della donna.

Essa sentendosi relativamente abbandonata a se stessa e nella sostanza disconfermata in un momento di massima realizzazione della identità femminile, ma anche di grandi incertezze, non può non vivere stati d'animo regressivi che fanno riaffiorare angosce mai completamente superate.

Così da una parte depressivamente non osa reclamare dal marito il supporto che le spetterebbe, dall'altra non può non vivere sentimenti di inconsapevole ostilità nei confronti del neonato che ha rotto l'incanto di un rapporto maritale sino a quel momento gratificante e compensativo rispetto alle sofferenze e alle umiliazioni precedenti.

In tale tempesta di sentimenti la più frequente forma di difesa sembra essere costituita dallo sforzo di negare quanto sta avvenendo internamente; dal rifugiarsi in una maternità perfetta sul piano formale dei comportamenti e delle attenzioni materiali, ma disturbata da violente e nascoste rivendicazioni aggressive, nonchè da sentimenti di vuoto.

Questi sentimenti sono diretti in direzione del marito, della propria madre e del bambino, ma essendo vissuti come distruttivi e inammissibili proprio a causa della loro forte componente emotiva, vengono mantenuti ad un livello di inconsapevolezza e sono energicamente negati sul piano comportamentale attraverso lo stabilirsi di un progressivo atteggiamento simbiotico di totale dedizione della madre nei confronti del figlio.

In un seminario dell'Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica tenuto nel 1997, Francisco Palacio Espasa ha fornito un lucido modello delle componenti che portano allo sviluppo di questi quadri, esponendone le tappe fondamentali.

D'altro canto il fatto che queste madri non abbiano potuto contare a loro volta su una relazione infantile affettuosamente calda ed emotivamente nutritiva, fa sì che esse, essendo prive di un riferimento, non possano rifarsi a qualcosa di sicuramente noto ed empaticamente conosciuto, facendole affondare in un buio interno da cui ci si può salvare solo affidandosi ancora una volta al piano dell'efficienza rigida e delle regole stabilite da altri e valide per ogni occasione.

Ma nella relazione con un neonato, ancora privo di mezzi di comunicazione razionali facilmente interpretabili, possono le norme fisse, le rigide quantità alimentari, le comunicazioni basate sulla logica, costituire una bussola valida?

Non si può non provare un senso di simpatia, di compassione, per queste madri che cercano di svolgere con assoluta abnegazione un compito che probabilmente non è stato loro insegnato e in cui non possono seguire un solido modello interno.

La sostanziale solitudine con cui la madre si trova a vivere questa nuova sconosciuta relazione, la carenza più o meno accentuata di un ruolo maritale di sostegno emotivo, di confronto nelle mille incertezze che la crescita di un figlio comporta, il proprio bisogno interno di affetto che la madre vive e vede fortemente riacutizzato dall'oscuro ricordo delle proprie carenze infantili, sono le cause per le quali essa finisce per aggrapparsi proprio all'altro elemento della diade cui essa paradossalmente dovrebbe fornire una calda sicurezza e a cui invece talora fornisce una fredda insicurezza.

Questo stato d'animo di fredda insicurezza fa sì che il bisogno di rimanere uniti che inizialmente parte dalla madre, investa anche il bambino che si trova impossibilitato a sviluppare autonomamente le parziali esperienze che progressivamente le varie età gli permetterebbero.

Questa difficoltà ad evolvere spesso si unisce ad altri fattori ambientali e culturali che agiscono da concausa, impedendo il cammino dell'adolescenza e dando luogo alla fase manifesta del disturbo.

Le riflessioni sopra esposte sull'ambiente familiare nel quale si svilupperà a distanza di anni la sintomatologia anoressica, permettono di com-

prendere alcune delle ragioni che portano questi pazienti ad avere una personalità particolarmente debole.

Pensare e soprattutto creare una propria identità del pensiero è per loro come avventurarsi in un territorio tormentato e inusuale in cui non ci si sente a proprio agio.

Vivere il proprio pensiero e le proprie fantasie con senso di sicurezza risulta arduo, così che le proprie idee risultano costantemente svalorizzate.

Questa svalorizzazione fa sì che nei casi più gravi, sia intaccato il senso stesso della propria identità la quale, come riferiva una paziente in trattamento, talora viene sentita vuota, o meglio *"piena di nulla"* (1998).

Ben si comprende come la vera menomazione derivante dall'anoressia e dalla bulimia, non consista tanto nelle traversie che esse comportano per il corpo, anche se queste sono evidenti e talora drammatiche, ma nei deficit psicologici che ne sono alla base.

La comprensione del processo per cui queste traversie dei primissimi anni causerebbero un disturbo del modo di pensare richiede un breve richiamo al pensiero di W. Bion (1962).

Secondo Bion esisterebbero due espressioni del pensiero: una più creativa relativa al *"pensare i pensieri"*, ossia il saper fare ricorso alla propria creatività, l'altra relativa *all'elaborazione ed utilizzazione di pensieri preesistenti*, già sviluppati da altri o proposti dall'osservazione della realtà.

Ho avuto modo di osservare (1995) che è soltanto nei confronti della prima modalità, quella creativa, che i pazienti mostrano difficoltà, mentre risultano brillanti nella utilizzazione della seconda, anche se la qualità e la sicurezza dei propri pensieri risulta in essi sempre con una percezione depressa, incerta e distorta, analogamente a quanto le femmine fanno con il proprio corpo.

Questo tipo di pensiero comporta pertanto una grave menomazione per il paziente giacché implica una posizione sempre tendenzialmente subordinata ad altri che vengono percepiti come più autorevoli, più forti.

Gli studi di Infant Observation hanno evidenziato come vi sia in ogni bambino una certa capacità in parte innata, in parte indotta, alla tolleran-

za della frustrazione.

Secondo Bion proprio questa tolleranza favorirebbe la nascita dei pensieri e lo sviluppo di un "apparato per pensare".

Attraverso questo apparato egli potrà concepire un desiderio. Potrà progressivamente comprendere che l'attesa della soddisfazione del bisogno non comporta una minaccia alla propria esistenza fisica e mentale, ma soltanto un vuoto destinato a colmarsi di emozioni sempre più vivibili e con tinte sempre più simili a quelle di un desiderio destinato probabilmente ad essere soddisfatto.

Per comprendere l'impegno emotivo di questa operazione, si pensi a come anche successivamente nei bambini i bisogni di ogni tipo si caratterizzino per la loro indifferibilità, a partire da quelli fisici sino a quelli più evoluti.

Quando l'istintiva ed oscura attesa del soddisfacimento dei propri bisogni fisici si unisce all'effettivo soddisfacimento da parte della madre, egli può così concepire il bisogno nella sua essenza.

Allorché questa concezione non incontra l'immediata risposta al bisogno, al posto dell'appagamento nasce nel bambino l'idea che rappresenta il bisogno.

Le idee nascono dunque come elaborazione felice del bisogno, così come da questo si passa al desiderio e alla capacità di elaborare i pensieri dando loro una intonazione creativa, un senso di fruibilità da parte della mente.

In ogni caso, come osserva Fiore (1991) uno sviluppo sano del senso dell'identità, è caratterizzato anche dalla capacità di sostituire in certi momenti al bisogno il desiderio e dalla capacità di passare dal concreto al simbolico.

È verosimile che nelle prime fasi della vita dei nostri pazienti, l'ansia delle madri abbia spinto alla soddisfazione immediata di ogni tipo di bisogno del bambino, e che in questi si sia stabilita un intolleranza alla frustrazione e un immediato bisogno di appagamento che può portare alla bulimia intesa come tentativo non procrastinabile di soddisfazione di un senso di vuoto interno (vuoto del pensiero e della coscienza del sé).

In questa prospettiva anche l'anoressia viene considerata da molti autori come una difesa rispetto alla bulimia e come un disperato tentativo di affermazione, là dove non vi sono forze per stabilire questa affermazione sul piano relazionale.

L'azione del mangiare verrebbe scelta, sia per le bulimiche che la esasperano, sia per le anoressiche che cercano di negarla, perché è l'azione primitiva per eccellenza, qualcosa da cui non ci si riesce a distaccare, forse proprio per indicare che a quel livello (la primissima infanzia) qualcosa non è andato come doveva.

Una azione che tuttavia, boccone dopo boccone, rinnova l'alternanza di attesa e delusione, giacché ogni boccone sembra sottintendere una speranza di pienezza e di consistenza, che non può realizzarsi col cibo ma dovrebbe invece realizzarsi a livello mentale.

Per questo la paura di svuotarsi, morire di fame, della scomparsa del pensiero, diviene nei momenti di angoscia, ossessivo punto di riferimento cui si può rispondere a secondo della morfologia dei quadri clinici, solo con il cibo o analoghi simbolici del cibo: azioni fatte senza convinzione, pensieri vuoti di emozione e di un apporto personale, relazioni che emotivamente non vengono mai investite appieno, un agire continuo perseguito per non dare spazio al pensiero, atteggiamenti espressione di un bisogno di controllo onnipotente, oppure, nel caso dell'anoressia, con uno strenuo controllo delle entrate e delle uscite.

La non specificazione di genere maschile/femminile, fa intendere in quanto sino qui ipotizzato, che, al di là della prevalenza clinica assai diversa, non considero i D.C.A. come predominante appannaggio del genere femminile, ma nella loro espressione più concettualizzata, uniformemente diffusi tra i due sessi a soddisfazione di un paradosso solo apparente.

Il disturbo evolverebbe durante l'adolescenza, nel caso delle femmine, soprattutto nella direzione degli aspetti di integrazione tra psiche e soma, proprio per l'importanza in queste dell'investimento sul corpo, mentre ci sono evidenze (D'Agostini 1995) che negli uomini il disturbo, oltre che presentarsi nella sua sintomatologia alimentare, investa soprattutto gli aspet-

ti del pensiero e della creatività.

Si ha la sensazione che queste pazienti vedano nell'angoscia di ingrassare o nella vergogna per il cibo ingurgitato, come un drammatico accrescersi del proprio nulla interno, metafora della propria temuta nullità esistenziale.

Stare all'osso rappresenterebbe, tra gli altri significati, anche un tentativo di limitare questo invasione interna del non sentirsi nulla, non pensare nulla, non essere nulla; potersi intuire quasi in una forma strettamente vegetativa, come ogni entità biologica che cerchi di superare condizioni ambientali sfavorevoli riducendo al minimo ogni attività vitale.

Non ci si scandalizzi per la apparente contraddizione costituita dall'iperattività fisica di queste pazienti; quanti conoscono la pleiade dell'anoressia, sanno che, al di là del ricercato dispendio energetico, essa costituisce una sorta di drogata e obbligata autotestimonianza di una vitalità che deve venire espressa sull'unico piano possibile: quello fisico.

Il fatto che nella mente di questi nostri pazienti vengano elaborati, anziché pensieri capaci di sviluppo, pensieri rigidi, inanimati, che non riescono a favorire la nascita di simboli e lo sviluppo della creatività (le cose in sé di Kant e gli elementi beta di Bion) comporta una serie di problemi nella prospettiva della terapia, giacchè l'esperienza clinica ci mostra come la rigidità, la carenza di simbolizzazione, di immaginazione e di progettualità rallenti il processo terapeutico e richieda al terapeuta attitudini particolari di pazienza e tolleranza.

La terapia va quindi cercata anche nella possibilità di stare di comune accordo in uno spazio mentale relativamente vuoto (ed anche in questo ci si differenzia molto dalla terapia comportamentale) confortato dalla serena e vicina figura del terapeuta dove il P. possa compiere l'esperienza di cominciare a pensare in modo diverso, riaffrontare il cammino dell'adolescenza e quindi tentare di vivere.

Bibliografia

BION W.R. (1962) Apprendere dall'esperienza. Tr. it. Armando, Roma,1972.
BROUCH H.(1987) The changing picture of an illness. Anorexia nervosa. In:

SACKSTEDER J.L., SCHWARTZ D.P. & AKABANR Y. Attachment and the therapeutic process. International University Press, Madison, CT.

BRUSSET B. (1992) L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente. Borla, Roma.

CUZZOLARO M. (1994) Aut nimis aut nihil. Bulimia, anoressia e altri disturbi del comportamento alimentare. Quon, vol. 1, n. 0.

D'AGOSTINI C. (1995) "Momenti critici del percorso dal somatico allo psichico nel trattamento dei disturbi alimentari". Atti del IV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica "Il malato psicosomatico: un approccio integrato" Trieste,10-13/5/ 1995

D'AGOSTINI C. (1996) "Alterazione dell'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare." XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica a partecipazione internazionale. Parma, 1-4 Maggio 1996

D'AGOSTINI C. (1998) "Note sulla struttura del pensiero e la percezione dell'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare." 1° Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Bologna, 21-24 Febbraio 1998

D'AGOSTINI C., MAZZOLI A.R., RUSSO S., SURRENTI C., SURRENTI E., SCARPELLINI L. (1996) "La diagnosi integrata nei Disturbi del Comportamento Alimentare: Descrizione di un modello operativo multiprofessionale." Atti del IV congresso "Alimentazione-Nutrizione e Patologie Gastroenteriche" Consiglio Nazionale delle Ricerche. Roma 16/17 Settembre 1996

D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L. (1995a) "Anoressia/bulimia: una terapia possibile?" Relazione presentata al Congresso Nazionale della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector: - ROMA- 27/29 Gennaio 1995

D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L. (1995b) "Quale conclusione nella terapia dei disturbi alimentari?" Atti del XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica. Varese 10/11 Giugno 1995

FIORE M. (1991) “Dal bisogno al desiderio: dal concreto al simbolico. Problemi di tecnica.” Relazione introduttiva al Convegno Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica.Rimini, 8 e 9 Giugno 1991

GROTSTEIN J.S. (1977) The psychoanalytic concept of schizofrenia. International Journal of Psycho-analysis 54, 403.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S. (1974) La fame e il corpo. Astrolabio, Roma.

KLEIN M. (1952) “Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia.” Sta in: Scritti 1921-1958 . Boringhieri, Torino, 1978.

MAGAGNA J. (1989) La paura d’ingrassare. Contrappunto n. 16, Firenze.

MASTERSON J.F. (1972) Treatment of borderline adolescent: a developmental approach. John Wiley, New York.

MASTERSON J.F. (1977) Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: an object relations view. In: HARTOCOLLIS P. Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient. International University Press, New York. pp. 475-494.

OGDEN H.T. (1980) On the nature of schizofrenic conflict. International Journal of Psycho-analysis 61, 513.

PALACIO ESPASA F. (1997) “Transfert diversi in setting diversi.” Seminario dell’Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica. Firenze, 17 Maggio 1997.

POLACCO G. (1993) La sindrome del No Entry. Seminario dell’Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica, Firenze , 11-12-1993.

REY H. (1994) Universal of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states. Fre Association Books, Londra.

SELVINI PALAZZOLI M. , CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1998) Ragazze anoressiche e bulimiche. Cortina, Milano.

SOURS J. (1974) The anorexia nervosa syndrome. International Journal of Psycho-analysis 55, 567.

STEINER J. (1993) Psychic retrate. Routletge, London.

THOMA H. (1967) Anorexia nervosa. International University Press, New York.

YAGER J. (1984) The treatment of bulimia: an overview. In: POWERS P.S., FERNANDEZ R.C. Current treatment od anorexia nervosa and bulimia. Karger, Basilea, pp. 63-91.

Dalla patologia alla terapia

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 75-88

La promozione della salute, stili di vita e alimentazione in adolescenti

Saulo Sirigatti
Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università di Firenze

Premessa

Questa presentazione costituisce un'anticipazione dei risultati di una ricerca che stiamo tuttora conducendo e riguarda, appunto, abitudini alimentari e stili di vita in adolescenti. Il punto di vista è diverso rispetto ad alcune relazioni che abbiamo sentito, nel senso che riprendiamo gli spunti del Professor Surrenti, quando indicava che, accanto agli interventi che tendono a rimediare situazioni patologiche conclamate, è pure importante agire in termini preventivi. Occorre conoscere le abitudini, le situazioni, le condizioni di alimentazione per prevenire manifestazioni che, successivamente, possono condurre a veri e propri disturbi alimentari.

Stiamo svolgendo questo lavoro nell'ambito della Sezione di Psicologia della Salute del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze, in base a una convenzione con la Regione Toscana e in stretto rapporto con il gruppo regionale di lavoro "Giovani e alimentazione". Gruppo ove confluiscono competenze dietologiche, educative, pediatriche, psichiatriche, psicologiche, sociologiche e sono rappresentate le esigenze del consumatore e di varie istituzioni e organi quali le Aziende Sanitarie Locali e i Provveditorati agli Studi di alcune zone della Toscana interessate all'indagine: grosso modo le province di Firenze, di Arezzo, di Prato e di Pisa.

Questa indagine ha richiesto e richiede l'intervento di numerose persone: spesso quando l'Università è interessata a svolgere una ricerca che abbia finalità conoscitive e d'intervento tende anche realizzare un'attività che possa rappresentare un'esperienza formativa per i propri studenti. Pertanto, al gruppo di ricerca partecipano vari psicologi in via di forma-

zione: studenti vicini alla laurea, tirocinanti freschi di laurea impegnati nelle prime esperienze professionali, dottorandi di ricerca, borsisti post-dottorato. Infine, alcuni dei ricercatori, che afferiscono alla Sezione di Psicologia della Salute, indirizzano e coordinano collegialmente l'indagine.

Obiettivi

La ricerca-intervento si è proposta i seguenti obiettivi:

(a) descrivere atteggiamenti e comportamenti in relazione alla alimentazione in preadolescenti, adolescenti e giovani di alcune provincie toscane, anche in relazione a condizioni socio-ambientali;

(b) rilevare possibili connessioni tra caratteristiche psicologiche, di ordine affettivo e cognitivo, e atteggiamenti e comportamenti connessi a problemi dell'alimentazione;

(c) identificare possibili relazioni di fonti di socializzazione, interpersonale e mediatica, con atteggiamenti e comportamenti connessi a problemi dell'alimentazione;

(d) progettare, in collaborazione con le varie istituzioni educative ed eventuali esperti nella comunicazione mass-mediale, un intervento educativo-informativo diretto a promuovere e consolidare atteggiamenti e comportamenti positivi e attivi nei confronti di una corretta alimentazione;

(e) verificare l'efficacia dell'intervento educativo-informativo progettato, secondo una procedura quasi-sperimentale.

Metodo e tecniche

La ricerca-intervento ha interessato le province di Arezzo, Firenze, Pisa e Prato e ha comportato l'applicazione di un questionario, appositamente preparato, a circa 680 adolescenti (cfr. Tab. 1), vari focus-group, numerosi colloqui con adolescenti e testimoni significativi.

I dati raccolti, elaborati secondo tecniche qualitative e procedimenti uni- e multi-variati, hanno consentito, finora, di tracciare un quadro articolato, per età e sesso, delle abitudini alimentari, della percezione del pro-

prio corpo, delle attività di tempo libero con specifico riferimento agli impegni di natura sportiva o comunque motoria, dei fattori e delle modalità di influenzamento in questo settore, delle emozioni e degli atteggiamenti collegati al cibo e alla alimentazione.

In occasione della specifica presentazione, può risultare di un certo interesse riferire sul tipo di relazioni psicologiche e sociali che appaiono contraddistinguere gruppi di ragazzi definiti sulla base sia dell'indice di massa corporea (calcolato su dati dichiarati) sia dei punteggi riportati ad una scala tendente a valutare la spinta alla magrezza, la preoccupazione per il proprio peso, nonché il grado di accettazione del proprio corpo. I quattro sottogruppi – identificati mediante tecniche di cluster analysis sia nei maschi sia nelle femmine – hanno mostrato di distinguersi sulla base di caratteristiche di personalità spesso indicate dalla letteratura pertinente, quali correlati di forme subcliniche o indicatori di rischio attinenti a disturbi dell'alimentazione. Si tratta di un lavoro ancora in corso, che inizia con intenti conoscitivi e prelude a un intervento volto a modificare in senso desiderato comportamenti alimentari, atteggiamenti nei confronti del cibo, risposte affettive riguardo all'alimentazione. Questi punti saranno trattati un po' più diffusamente in seguito.

Tab. 1 - I partecipanti secondo il sesso, l'età e la provincia di riferimento

Provincia	**Maschi**			**Femmine**			**Totale**
	-16	**+16**	**Tot**	**-16**	**+16**	**Tot**	
Arezzo	44 (37%)	16 (9.2%)	60 (20.5%)	29 (14.8%)	56 (30.4%)	85 (22.4%)	145 (21.6%)
Firenze	33 (27.7%)	65 (37.6%)	98 (33.5%)	89 (45.4%)	55 (29.9%)	144 (37.9%)	242 (36%)
Pisa	32 (26.9%)	42 (24.3%)	74 (25.3%)	35 (17.9%)	50 (27.2%)	85 (22.3%)	159 (23.7%)
Prato	10 (8.4%)	50 (28.9%)	60 (20.5%)	43 (21.9%)	23 (12.5)	66 (17.4%)	126 (18.7%)
Totale	119 (100%)	173 (100%)	292 (100%)	196 (100%)	184 (100%)	380 (100%)	672 (100%)

Risultati preliminari

Per dare il senso della ricchezza e della varietà dei dati raccolti verrà presentato un quadro sintetico, relativo agli stili di vita e ai comportamenti alimentari degli adolescenti interpellati, che consentirà anche di prefigurare un intervento di educazione alla salute per quanto riguarda l'alimentazione, nel caso in cui potessero essere identificati degli aspetti problematici. Possiamo iniziare con i dati riferiti alla percezione del proprio corpo, con particolare riferimento al peso e all'altezza dichiarati, all'oscillazione del proprio peso, e alla percezione della propria silhouette. L'altezza e il peso medi dichiarati dai maschi inferiori ai 16 anni è pari a 174 cm (64 kg), quella dei maschi sopra i 16 anni è 178 cm (68 kg); le femmine sia sotto sia sopra i 16 anni dichiarano 165 cm, ma rispettivamente 54 e 58 kg.

È stato chiesto ai partecipanti di indicare come vedono il proprio corpo e come vorrebbero che fosse, utilizzando due serie di nove figure ("silhouette"), diverse per maschi e per femmine, che gradualmente passano da una figura magra a una grassa. Relativamente alla silhouette dichiarata come reale, le figure scelte con maggiore frequenza sono le centrali (cfr. Tab. 2). Tuttavia, quando si tratta di indicare la silhouette ideale, si riscontrano risultati maggiormente eterogenei tra maschi e femmine (cfr. Tab. 3). Se per i primi possiamo individuare una tendenza centrale nella categoria centrale, nelle femmine questa tendenza si riferisce maggiormente alle figure marcatamente più magre.

Tab. 2 - Silhouette dichiarata reale (valori %)

	Categorie									
	silhouette magra								silhouette grassa	
Sesso ed età	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**N**
Maschi - 16 anni	0	2	6	31	28	23	9	1	0	119
Maschi + 16 anni	1	3	12	25	29	18	9	2	1	173
Femmine - 16 anni	0	5	19	33	21	14	5	1	2	196
Femmine + 16 anni	1	2	18	22	23	18	10	5	1	184

Naturalmente è interessante sapere dell'ingestione del cibo, ma anche è interessante conoscere della sua utilizzazione, quale può emergere dal tipo di attività motoria e sportiva svolte e dall'uso del tempo libero. In proposito si dispone di notizie semi-quantitative sui pasti principali, del tipo di quelle riportate per la prima colazione (cfr. Tabb. 4, 5 e 6).

In questa occasione, è stato affrontato, quando ancora non era così attuale, il problema degli integratori alimentari: vi è un numero non tra-

Tab. 3 - Silhouette dichiarata ideale (valori %)

	Categorie silhouette magra							silhouette grassa		
Sesso ed età	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**N**
Maschi - 16 anni	0	0	3	13	66	16	0	0	2	119
Maschi + 16 anni	1	0	5	10	66	16	2	0	0	173
Femmine - 16 anni	0	10	39	43	6	2	0	0	0	195
Femmine + 16 anni	0	10	40	36	12	2	0	0	0	184

Tab. 4 - Fai colazione? (valori %)

	Maschi		**Femmine**	
	-16	**+16**	**-16**	**+16**
mai	7.6	6.9	13.3	13.0
raramente	10.9	12.7	21.4	16.3
spesso	11.8	12.1	11.2	12.0
sempre	69.8	68.2	54.1	58.7
N	119	173	196	184

Tab. 5 - Dove fai colazione di solito? (valori %)

	Maschi		**Femmine**	
	-16	**+16**	**-16**	**+16**
a casa, a tavola	68.9	62.1	56.6	66.2
mentre mi preparo	17.9	21.7	28.6	15.3
al bar	7.6	8.7	5.4	6.4
per strada	5.7	5.0	7.1	6.4
altra risposta	0	2.5	2.4	5.7
N	106	161	168	157

scurabile di ragazzi e ragazze che fanno uso d'integratori, oppure adottano dei regimi alimentari particolari. Dall'indagine emerge come il 12% dei ragazzi del campione complessivo dichiari di fare uso di integratori alimentari, quali oligoelementi, vitamine, proteine, erbalife (cfr. Tab. 7). Vengono assunti usualmente oppure in particolari occasioni o periodi quando, ad esempio, si fa sport, o nei mesi primaverili o estivi.

I motivi per cui i rispondenti fanno uso di integratori alimentari variano soprattutto tra maschi e femmine. La maggior parte dei maschi dichiara di fare uso di integratori soprattutto per avere più energia, per svolgere attività sportiva, per stare meglio (cfr. Tab. 8).

La maggior parte delle femmine dice di assumere gli integratori per problemi di salute (ad esempio per l'anemia, per l'abbassamento della pressio-

Tab. 6 - A colazione di solito che cosa mangi? (valori %)

	Maschi		Femmine	
	-16	+16	-16	+16
caffè	24.4	24.3	16.3	23.4
tè	20.2	16.8	14.8	19.6
latte	69.7	72.3	71.9	66.8
yogurt	21.8	15.0	19.9	22.3
biscotti	61.3	60.7	54.6	48.9
pane	22.7	30.1	27.0	37.5
N	106	161	168	157

Erano ammesse più risposte

Tab. 7. - Quali integratori usi? (valori %)

	Maschi		Femmine	
	-16	+16	-16	+16
oligoelementi (calcio, ferro, fosforo…)	43.8	43.5	33.3	41.2
proteine	25.0	34.8	4.2	5.9
vitamine	31.2	34.8	58.3	64.7
liquirizia	0	0	4.2	0
erbalife	0	4.4	0	5.9
non so	0	4.4	0	0
altro	12.5	13.0	20.8	17.6
non risponde	6.2	4.4	4.2	0
N	19	32	30	23

Erano ammesse più risposte

ne, per superare la stanchezza), per stare meglio, per dimagrire o per avere più energia. Altre asseriscono di usare gli integratori per mangiare di più e per motivi sportivi, anche se non mancano ulteriori motivazioni.

L'analisi delle preferenze in materia di dieta, di integratori alimentari, di attività sportive, conduce a riflettere sulle possibili dinamiche e fonti d'influenzamento che possono orientare verso determinate scelte. Per esempio, se si giunge ad utilizzare degli integratori alimentari un ruolo importante viene esercitato dal medico, ma anche dai famigliari, dall'allenatore sportivo e dai compagni. D'altro canto, notiamo che la tradizione familiare assume un rilievo del tutto particolare nella formazione dello stereotipo del "cibo che fa bene o fa male".

Il tempo assegnatoci non consente una presentazione sistematica degli elementi emersi. Tuttavia, prima di concludere può essere interessante un breve cenno sull'impiego del tempo libero e sulla ricerca di eventuali collegamenti tra caratteristiche psicosociali diverse e stili alimentari. Per quanto attiene al primo punto qualche notizia al riguardo può essere tratta dalla consultazione della Tab. 9, che sintetizza le attività sportive o fisiche praticate. Inoltre, il 90% e l'89% rispettivamente dei maschi e delle femmine del gruppo al di sotto dei 16 anni, l'88% sia dei maschi che delle femmine del gruppo al di sopra dei 16 anni, dichiarano di guardare la TV ogni giorno o quasi. Ampiamente diffuso è, pure, l'ascolto della musica, sia da soli (tutti

Tab. 8 - Per quali motivi usi gli integratori? (valori %)

	Maschi		Femmine	
	-16	+16	-16	+16
per avere più energia	37.5	39.1	12.5	17.6
per svolgere attività sportiva	25.0	43.5	4.2	17.6
per stare meglio	6.2	8.7	29.2	11.8
per problemi di salute	6.2	13	41.7	52.9
per mangiare di più	0	8.7	8.3	11.8
per dimagrire	0	4.4	12.5	0
non so	6.2	0	4.2	11.8
altro	12.5	4.4	4.2	0
non risponde	6.2	0	0	0
N	16	28	28	21

Erano ammesse più risposte

Tab. 9 - Quale o quali attività sportive o fisiche svolgi abitualmente? (valori %)

	Maschi		Femmine	
	-16	+16	-16	+16
Calcio	70.6	61.3	5.1	3.3
Ginnastica in palestra	21.8	16.8	29.6	29.9
Ginnastica a casa	10.1	3.5	28.6	26.1
Ciclismo, andare in bicicletta	25.2	9.2	16.3	13.6
Pallavolo	18.5	11	34.2	24.5
Pallacanestro	21.8	14.4	3.6	1.6
Nuoto	6.7	9.8	14.3	12.5
Tennis	13.4	5.2	7.1	2.7
Atletica leggera	3.4	0.6	3.1	1.1
Scherma	1.7	0	0	0
Pattinaggio	2.5	0.6	5.1	1.6
Trekking, escursioni	5.9	1.2	3.6	1.6
Danza	0.8	1.2	8.2	5.4
Uso di pesi	15.1	26	8.2	6.5
Corsa, jogging	10.1	8.7	12.2	10.9
Passeggiate a piedi	21.0	11.0	35.0	25.0
Altro	8.4	14.4	6.1	3.8
N	119	173	196	184

i giorni o quasi: 67% dei maschi e 88% delle femmine di età inferiore ai 16 anni; 79% dei maschi e 85% delle femmine di oltre 16 anni) sia con amici (tutti i giorni o quasi: 42% e 49% rispettivamente dei maschi e delle femmine del gruppo al di sotto dei 16 anni; 40% e 46% rispettivamente dei maschi e delle femmine più grandi) (cfr. Fig. 1).

Per contro, le attività che raccolgono minore interesse, indipendentemente dal sesso e dall'età, concernono l'andare a concerti di musica classica (mai: 86% dei maschi e l'82% delle femmine al di sotto dei 16 anni; 81% e 87% rispettivamente dei maschi e delle femmine al di sopra dei 16 anni), andare a teatro (mai: 71% dei maschi e 44% delle femmine al di sotto dei 16 anni; 60% dei maschi e 55% delle femmine al di sopra dei 16 anni), fare attività di volontariato (mai: 76% dei maschi e 74% delle femmine al di sotto dei 16 anni; 84% e 73% rispettivamente dei maschi e delle femmine al di sopra dei 16 anni), partecipare a conferenze e dibattiti (69% dei maschi e 66% delle femmine al di sotto dei 16 anni; 59% dei maschi e 63% delle femmine dell'altro gruppo) e visitare musei o pinacoteche (raramente: 47% dei maschi e 52% delle femmine di età inferiore ai 16 anni; 51% dei maschi e 52% delle femmine del gruppo di età superiore ai 16 anni).

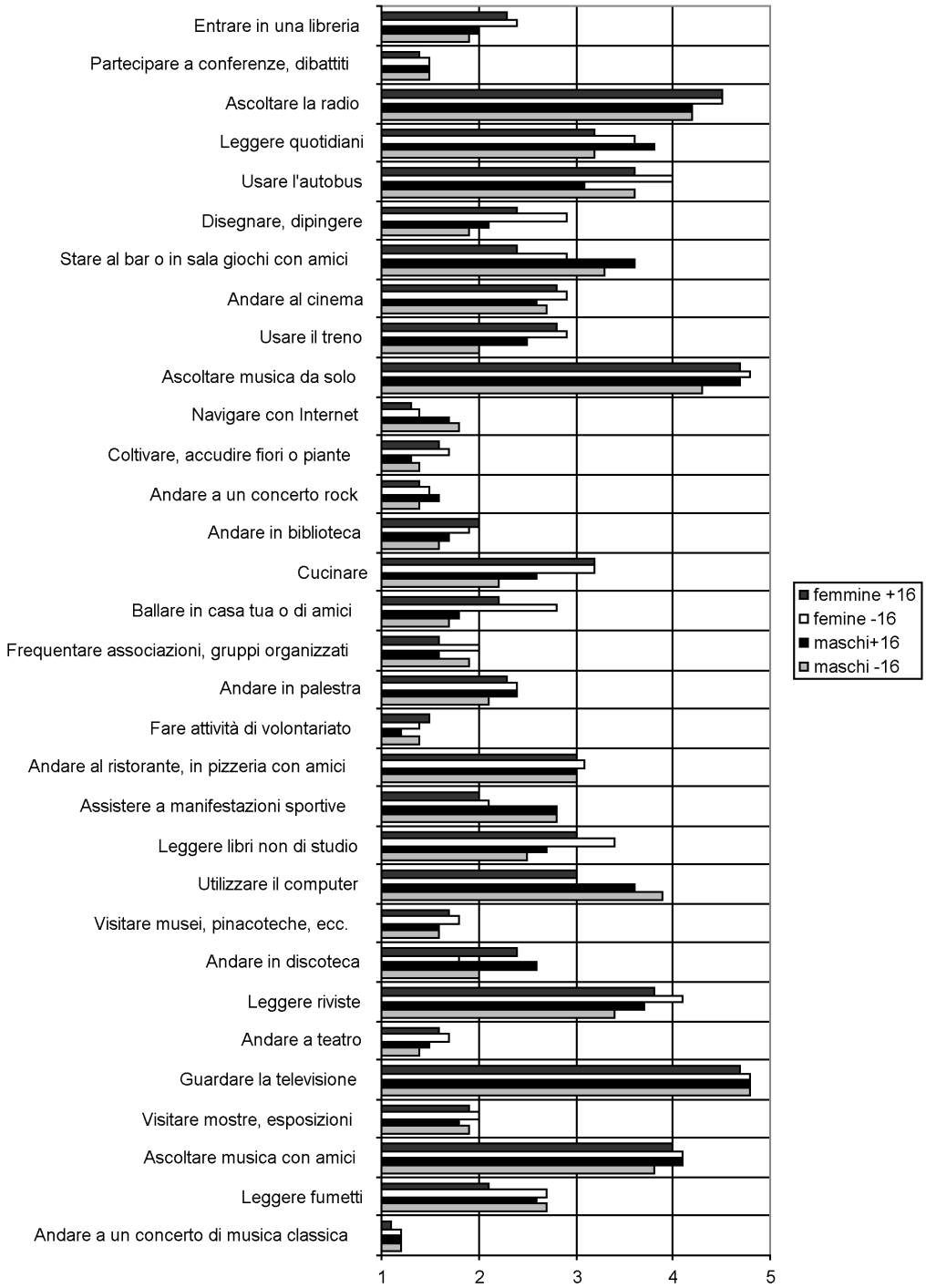


Fig. 1 - Attività nel tempo libero (1 = mai; 5 = ogni giorno o quasi)

Vi sono tuttavia delle attività che mostrano andamenti diversi in relazione ai due sessi; utilizzare il computer, assistere a manifestazioni sportive e stare al bar o in sala giochi con amici sono le attività più frequentemente dichiarate dai maschi, mentre le femmine indicano la lettura di libri non di studio, ballare in casa propria o di amici e dedicarsi a cucinare.

Per la ricerca di eventuali collegamenti tra caratteristiche psicosociali e stili alimentari, sono stati costituiti quattro gruppi sia per i ragazzi che per le ragazze, mediante la procedura della cluster analysis, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) e di una scala relativa a caratteristiche psicologiche, cioè spinta alla magrezza, preoccupazione per il proprio peso, grado di accettazione del proprio corpo (cfr. Tab. 10).

Per quanto riguarda le ragazze, vi è un gruppo (il n° 2) con un BMI pari a 18, un po' basso quindi; ne abbiamo altri due, (il n° 1 e il n° 3) che possiamo considerare nella norma, perché il relativo BMI è intorno a 21; infine c'è un quarto gruppo che forse tende alla grassezza. Per i ragazzi notiamo un andamento simile; forse spicca il gruppo 2 con un BMI medio di 28, mentre i raggruppamenti rimanenti risultano composti da magri e da ragazzi con peso nella norma.

Degni di particolare attenzione sembrano i gruppi femminili n° 1 e n° 3: ambedue hanno un BMI medio pari a ventuno, però c'è una differenza. Mentre il gruppo n°1 sembra abbastanza soddisfatto delle proporzioni del

Tab. 10 - Caratteristiche dei gruppi

Gruppi maschi	Impulso alla magrezza	BMI	N° casi validi
1	0.01	23.53	67
2	0.25	28.82	17
3	-0.50	20.75	132
4	-0.38	18.17	67
TOT	-0.30	21.28	283
Gruppi femmine			
1	-0.03	21.67	101
2	-0.30	18.38	173
3	1.87	21.12	54
4	1.02	26.65	34
TOT	0.22	20.48	362

proprio corpo (l'impulso alla magrezza cade nella media), il gruppo n° 3, pur con un BMI sostanzialmente nella norma, insiste nel volere dimagrire, manifesta preoccupazione per il proprio peso, considera maggiormente critica la sua situazione corporea.

Può rivelarsi di un certo interesse esaminare se a questo diverso modo di percepire il proprio corpo possano associarsi particolari caratteristiche psicosociali, che in qualche modo facciano pensare a una tendenza verso una magrezza eccessiva, tale da delineare un gruppo di interesse clinico. Non si osservano differenze circa l'inizio e la regolarità delle mestruazioni, mentre assai diversa è la tolleranza nel gruppo n° 3 a un aumento di peso (cfr. Fig. 2): già mezzo chilo suscita allarme e spinge a dimagrire e quando l'incremento ponderale dovesse giungere a 1,5 kg oltre il 40% avrebbe preso o starebbe per prendere contromisure (contro meno del 20% delle ragazze del gruppo n° 1). D'altra parte, occorre diminuire almeno di 4 kg perché un po' più del 20% pensi a ingrassare, contro circa 40% del gruppo n° 1).

Il confronto tra silhouette percepita come reale e quella desiderata sembra porre in evidenza una considerazione emersa altre volte: probabilmen-

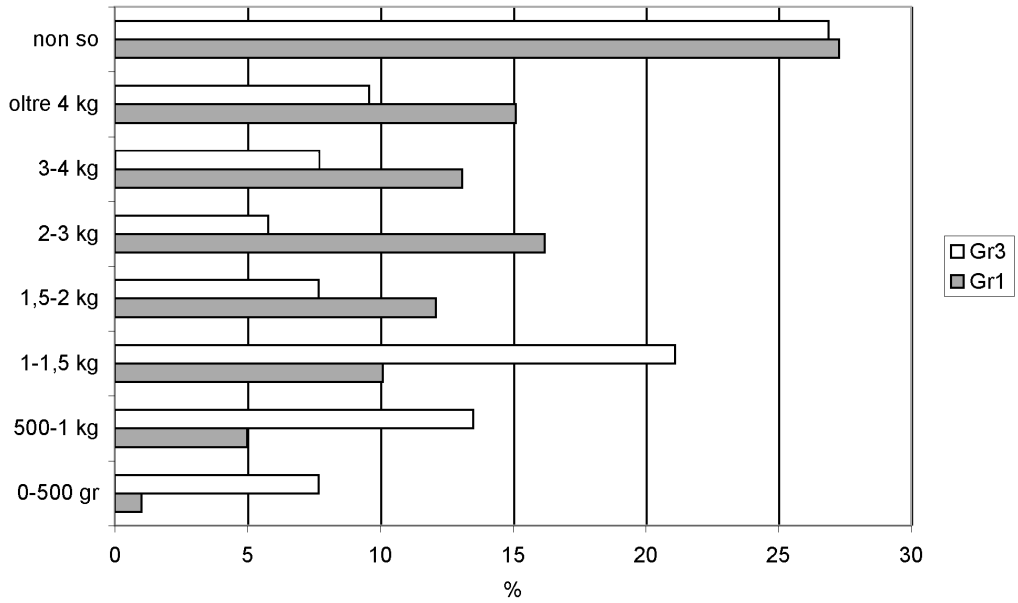


Fig. 2 - Quanto devi ingrassare per decidere di dimagrire?

te uno dei problemi che la persona – di peso normale, ma spinta a dimagrire – presenta è costituto da una percezione non adeguata della propria figura. Se si osservano le Figg. 3 e 4, si rileva che le ragazze del gruppo n° 3, pur avendo la stessa massa corporea del gruppo n° 1, si percepiscono assai più paffute. Inoltre, in certi casi le conseguenze dell'errata percezione del proprio corpo vengono aggravate in quanto ci si prefigge il raggiungimento di una silhouette piuttosto evanescente.

Si può aggiungere che tra i due gruppi si rilevano alcune differenze negli stili di vita e dell'alimentazione. Più spesso il gruppo n° 3 ha cambiato il regime alimentare per seguirne uno particolare, meno frequentemente va a ballare con amici, può passare molte ore alla televisione, praticare attività ginniche in casa per dimagrire o mantenersi in forma.

Infine, alcuni cenni sulle caratteristiche psicologiche che sembrano differenziare i due gruppi. Occorre considerare tali differenze con una certa prudenza e raccogliere ulteriori elementi per approfondirne il significato. Nel confronto, le ragazze del gruppo n° 3 manifestano una percezione del proprio corpo più negativa (cfr. Fig. 5), emerge qualche spunto di scoraggiamento, di avvilimento e di confusione, l'autostima è inferiore in misura assai sensibile. Le emozioni, che si associano con i vari atti o momenti dell'alimentazione (quando si ha fame, si mangia e dopo mangiato), sono nettamente più negative nel gruppo n° 3, tanto da far pensare a una possibile linea di approccio per attuare interventi di prevenzione e di trattamento.

Questi sono dati settoriali saranno integrati da una serie di colloqui con testimoni privilegiati, persone cioè con esperienze, idee, suggerimenti utili per comprendere il problema affrontato e per prospettare possibili linee di intervento. particolari sul problema, potremmo includerla nel nostro gruppo di testimoni privilegiati e intervistarla, se lascia le indicazioni lo faremo. Gli elementi di conoscenza raccolti dovranno essere ulteriormente elaborati assieme gruppo regionale di lavoro "Giovani e alimentazione" e costituire una piattaforma per un intervento integrato di prevenzione di eventuali comportamenti alimentari inadeguati. Gli insegnanti potranno essere informati di questo quadro prossimamente dalla Professoressa Stefanile, in

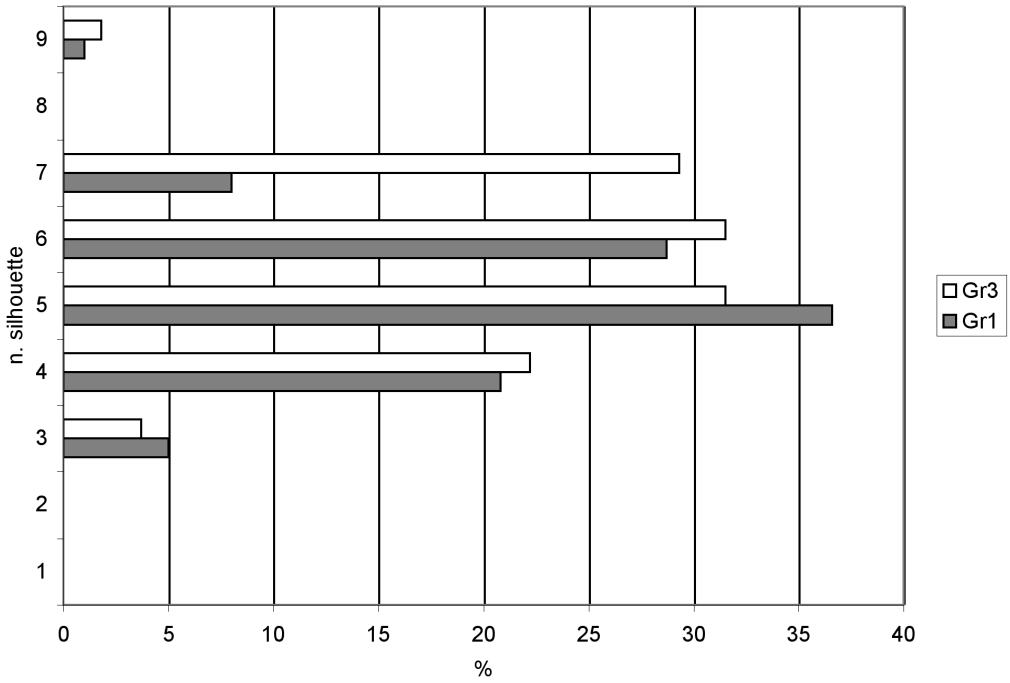


Fig. 3 - Silhouette dichiarata reale

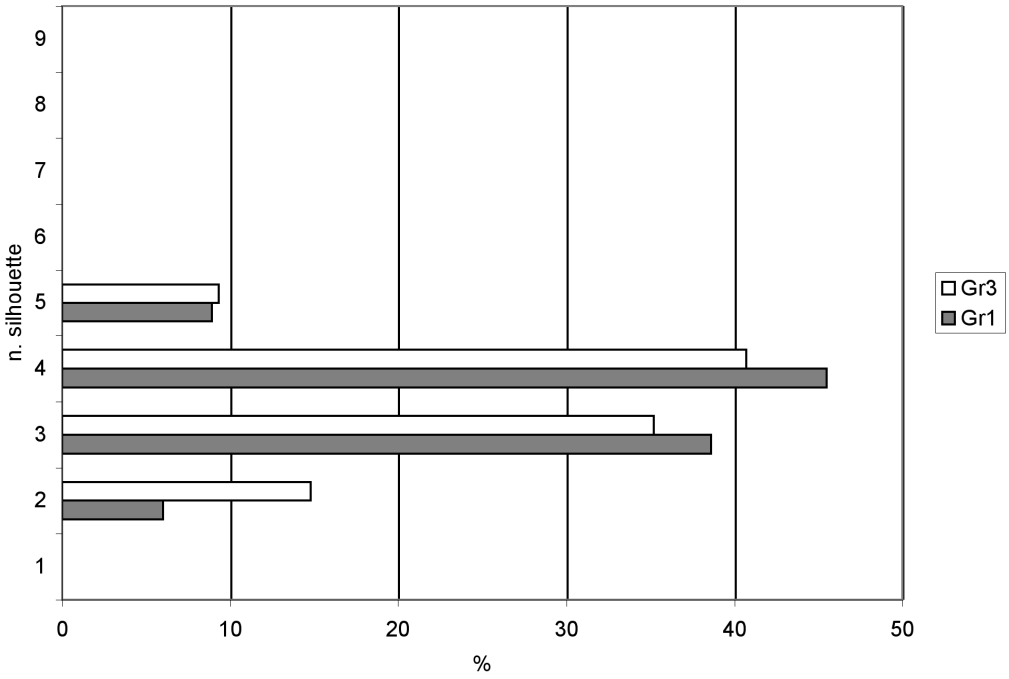


Fig. 4 - Silhouette dichiarata ideale

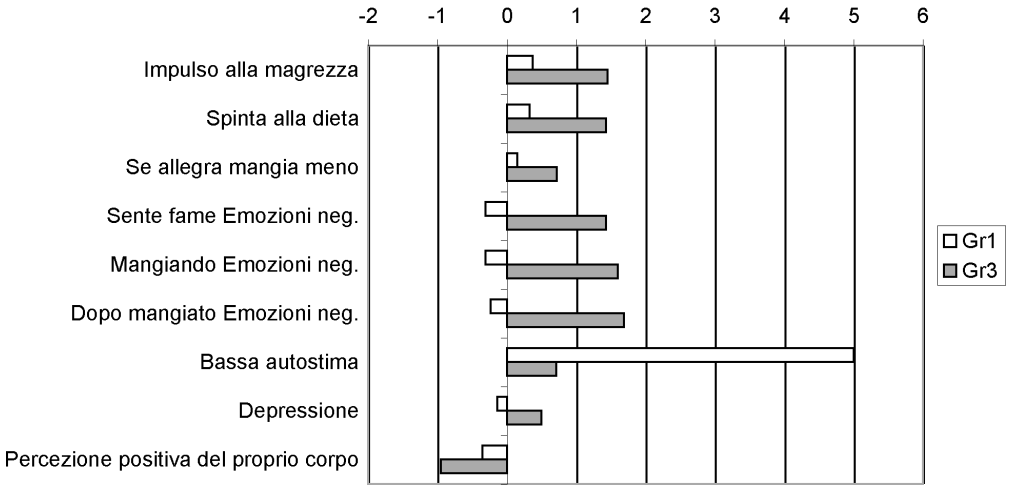


Fig. 5 - Caratteristiche psicologiche

occasione della Settimana della Salute Mentale. Vi è, inoltre, il progetto di utilizzare queste informazioni con sistemi interattivi, interessando una rete più ampia di figure significative che vanno dai genitori, all'Associazione Consumatori, dai servizi di educazione alla salute delle A.S.L ai punti di aggregazione giovanile e agli organismi sportivi. Grazie per l'attenzione.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 59-98

L'anoressia nei maschi: le acquisizioni recenti

Adriana Ramacciotti
Istituto di Neuroscienze - Firenze

Questioni diagnostiche e cliniche

Prima che la diagnosi di Anoressia Nervosa entrasse a fare parte della Medicina è possibile rintracciare nella storia rappresentazioni sociali e culturali di soggetti che, per scelta, si astenevano dal cibo.

L'ascetismo sia nella donna che nel uomo ha avuto inizialmente, connotazioni religiose e, possiamo ritrovare nel Cristianesimo, l'essenza della dottrina ascetica, soprattutto per quanto riguarda le figure maschili, negli eremiti, nei padre della chiesa e del deserto.

Essenza relativamente semplice, che è quella di resistere ad ogni costo ai desideri e i bisogni del corpo per preservare la purezza dell'anima eterna, temporaneamente imprigionata nel corpo e, senza i condizionamenti del corpo, poter avvicinarsi a Dio.

Altri significati potevano accompagnare questa dottrina: il digiuno come mortificazione del corpo, come unificazione tra cristiani o come solidarietà per nutrire i poveri, o come riconciliazione con Dio per far sì che potesse elargire fertilità, abbondanza, redenzione, o come espressione di dolore per la sofferenza di Cristo, oppure come giusto cammino verso il paradiso evitando quindi di esserne cacciati come chi come Adamo ed Eva avesse infranto la regola del digiuno.

Non troveremo però nei diversi personaggi coinvolti nella storia del digiuno quella paura a volte delirante di ingrassare, quel rapporto problematico con il corpo che e' stato considerato specifico dei disturbi del comportamento anoressico.

Le prime descrizione mediche di anoressia risalgono a Richard Morton (1689) il quale alla fine del seicento scrisse un opera: Phthisiologia seu

Exercitationes de Phthisis, che viene considerata il primo resoconto medico di anoressia nervosa. L'anoressia viene considerata come consunzione nervosa, causata da tristezza e ansia di cura.

L'autore aveva descritto due casi: una femmina e un maschio di 16 anni, figlio di un reverendo, il ministro Steele.

Tra la fine del Seicento e la fine del Settecento sono stati descritti tre casi di anoressia maschile.

Successivamente fino al 1930 la triade anoressia, amenorrea, dimagrimento spiegava questa perdita di peso autoindotta con l'alternarsi di spiegazioni o puramente biologiche: ricordiamo Simmonds che l'attribuiva all'insufficienza ipofisaria, oppure puramente psicologiche: un disordine psichico come sosteneva Janet.

Negli anni sessanta, grazie al contributo fondamentalmente della Bruch (1974), Crisp (1976) e Russell (1979) si colloca al primo posto, come tratto psicopatologico fondamentale, la paura morbosa di ingrassare, accompagnata dal disturbo dell'immagine corporea, dal disturbo della percezione cognitiva delle sensazioni interne e dal sentimento di inadeguatezza e incapacità.

Infine oggi la quarta versione del manuale diagnostico dell'Associazione Psichiatrica Americana del l994 dà all'anoressia una collocazione differenziata con criteri specifici che sono:

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

C. Alterazione nel modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di

autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per. es. estrogeni).

Specificare il sottotipo:

Con Restrizione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Con Abbuffate/Condotte d'Eliminazione: nell'episodio attuale d'Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte d'eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Questa evoluzione storica psicopatologica fa riferimento fondamentalmente all'anoressia nelle donne e come si può osservare nell'ultima classificazione diagnostica compare l'amenorrea e non compare un criterio equivalente nel maschio.

La decima revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psichici e Comportamentali ICD-10 (1992) propone invece la disfunzione endocrina in entrambi i sessi come criterio diagnostico:

1. Un peso corporeo che è almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto), o un indice di massa corporea di Quetelet di 17,5 o meno.
   I pazienti in età pre-puberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo di accrescimento.
2. La perdita di peso è auto-indotta mediante l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare, ed uno o più dei seguenti:
   (a) vomito auto-indotto;

(b) purghe auto-indotte;
(c) esercizio eccessivo;
(d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici.

3. È presente una distorsione dell'immagine corporea, sotto forma di una specifica psicopatologia per cui il terrore di diventare grasso persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso.
4. È presente una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, che si manifesta nelle donne come amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza (un'eccezione apparente è la persistenza di sanguinamento vaginale in donne con anoressia che seguono una terapia sostitutiva ormonale, in genere sotto forma di pillola contraccettiva). Vi possono anche essere elevati livelli di ormone somatotropo, aumentati livelli di cortisolo, modificazioni nel metabolismo periferico dell'ormone tiroideo e anormalità della secrezione insulinica.
5. Se l'esordio è pre-puberale, la sequenza degli eventi puberali è rimandata, o persino arrestata (l'accrescimento cessa; nelle ragazze i seni non si sviluppano, e c'è un'amenorrea primaria; nei ragazzi i genitali rimangono infantili).
   Con la guarigione la pubertà è spesso portata a completamento in maniera normale, ma il menarca si verifica più tardi.

Tale difficoltà diagnostica insieme alla riluttanza dei maschi a trattarsi poiché il disturbo è considerato essenzialmente femminile, spiega anche se parzialmente, la scarsità di studi e di campioni in confronto con le femmine. Infatti la popolazione maschile con anoressia, secondo le attuali statistiche, oscilla tra 10-20% di tutti i casi.

Un'altra questione aperta è se la psicopatologia e il quadro clinico in maschio e femmina siano uguali oppure se nell'uomo alcuni quadri subclinici o sottosoglia possano essere considerati anoressici.

Si tratta ad esempio della popolazione di sportivi, in particolare di una modalità eccessiva, al limite della sopportabilità fisica, di fare l'attività fisica come nel caso dei cosiddetti corridori compulsivi (obligatory runners) che corrono non per la piacevolezza e il benessere psicofisico, ma perché non possono fare a meno di correre tutti i giorni, anche in situazioni climatiche avverse, anche se tale attività interferisce o altera i loro impegni familiari e sociali, anche quando patiscono dei dolori fisici, fratture o pneumopatie che controindicherebbero il correre, sviluppando spesso tendiniti o severe patologie muscolari.

Altre categorie di sportivi che possono sviluppare disturbi alimentari sono i jockey, i nuotatori, i vogatori, e i pugili.

Relativamente a quest'ultima si è constatato che la tipica perdita di peso del pugile può oscillare tra 2 e 12% entro le 2 o 48 ore prima della competizione.

È comune che non mangino né bevano, o utilizzino diuretici, sauna o indumenti di gomma.

Essenzialmente diversi pugili hanno dei cicli di drammatica perdita di peso, la quale, di solito, è seguita da un recupero o addirittura da un aumento maggiore del peso.

Questi cicli si possono ripetere circa 30 volte a stagione.

Brownell ha osservato che i pugili con tali cicli hanno il tasso metabolico più basso di un 14%, per cui la diminuzione del peso occorre più lentamente, mentre l'aumento occorre più rapidamente, il che porta ad avere una maggiore difficoltà di perdere peso col proseguire della loro carriera, oltre a favorire tali cicli.

Altri gruppi a rischio sono i modelli, i ballerini ed anche gli assistenti di volo.

Dieta, iperattività, autoprostrazione

La relazione tra sport e disturbi alimentari può riassumersi come segue:

(I) Aspetti di uno sport che attirano soggetti con disturbi del comporta-

mento alimentare o con rischio di svilupparlo: siccome esiste una maggiore prevalenza di disturbi alimentari negli sport che enfatizzano la magrezza, la *domanda di magrezza* in un particolare sport è considerata un fattore di rischio.

Sport che hanno una maggiore domanda di magrezza attraggono individui che hanno disturbi alimentari o sono a rischio di svilupparli.

Sacks (1990) suggerisce che alcune anoressiche sono attratte da tali sport tipo corsa a distanza o ginnastica artistica per nascondere la loro malattia.

All'interno di ogni comunità sportiva esiste una aspettativa di forma e dimensione corporea particolare come il giocatore di pallacanestro alto, il jockey basso e secco, il corsista magro, la ginnasta snella e piccola.

Anche la componente di *attività* di un determinato sport attira particolari soggetti così come la resistenza o *il training di resistenza esagerato*.

(II) Lo sport come causa o fattore scatenante di disturbi alimentari:

Alcuni Autori come Epling e Pierce (1996) suggeriscono che l'esercitazione esaustiva è causa di soppressione dell'appetito con la conseguente diminuzione dell'assunzione di cibo.

Gli autori chiamano *Anoressia Attiva* la sindrome di self starvation a base biologica che è scatenata da dieta e attività fisica.

Tale sindrome avviene quando diminuisce l'incorporazione di cibo e questa riduzione comporta un aumento dell'attività fisica.

L'aumento dell'attività fisica causa ulteriore diminuzione dell'incorporazione di cibo e così via dando luogo ad un meccanismo di feedback negativo.

Nell'uomo sia la dieta che l'attività fisica sono ampiamente determinati da fattori socioculturali.

Negli animali invece la dieta è funzione della disponibilità di cibo e l'attività fisica è legata alla stimolazione dell'ambiente.

Si è visto che diversi animali esposti ad una significativa riduzione dell'assunzione calorica invece di diminuire la loro attività fisica l'aumentavano.

Esempio un modello di laboratorio che ha utilizzato topi. Oppure è stata descritta questa sindrome in maialini, ma anche in pecore e capre che subito dopo lo svezzamento sviluppano una sindrome di deperimento diminuendo il consumo di cibo e sviluppando iperattività fisica muovendosi incessantemente nel recinto. Alcuni autori addirittura hanno proposto un modello genetico.

Dieta ed attività fisica che innescano questo circuito di starvation sono anche due valori che la cultura occidentale stimola.

I mass media promuovono questi valori, spesso imposti da stilisti e/o sportivi che vengono osservati e assecondati da tutti, determinando standard particolari di bellezza.

Mentre prima si considerava che la donna era più influenzata dalle indicazioni alla dieta e il maschio da quelle relative all'attività fisica, allo sviluppare tono muscolare, oggi esiste omogeneità per entrambi su parametri di bellezza più legati alla magrezza, al corpo secco e duro, tonico con il contorno di una scarsa muscolatura, da raggiungere preferibilmente con l'uso di integratori, mito degli anni '90.

Sviluppo psicosessuale

Oltre al circuito a base biologica di autoprostrazione dovuto al digiuno e all'iperattività; altri fattori risultano più importanti, come l'andamento dello sviluppo psicosessuale, all'interno di un ambito familiare con delle particolari dinamiche.

Lo sviluppo dell'autonomia e dell'identità separata dalle figure genitoriali inizia fin da piccoli e i percorsi sono diversi nell'uomo e nella donna.

Tra 12 e 18 mesi sia maschi che femmine sono coinvolti nei processi di identità di genere e, simultaneamente, nei processi di svezzamento e autoalimentazione.

La bambina essendo del medesimo genere della madre, nello stesso momento che si identifica con essa deve prenderne distanza per raggiungere autonomia e individualità.

A causa di questa somiglianza di genere, la bambina ha l'illusione di essere tutt'uno con la madre, per cui ci sono più possibilità di confusione e quindi una maggiori difficoltà nei processi di autonomia e separazione, nella femmina rispetto al maschio.

Nel maschio invece delle difficoltà nei processi di autonomia e separazione, ci sono maggiori difficoltà nello sviluppo dell'identità del genere.

Per il bambino, lo stesso che nelle femmine, è sempre la madre il primo oggetto di identificazione.

Successivamente ha luogo un processo di disidentificazione con la madre e d'identificazione col padre nei primi 2 o 3 anni di vita (Stoller 1968).

Il padre ha un ruolo importante come presenza fin da piccolo. Stoller sosteneva che il padre serve da corazza protettiva al bambino contro gli impulsi materni di prolungare la simbiosi madre-bambino.

La presenza paterna può essere di tipo diverso. Secondo Ogden (1989) per lo sviluppo dell'identità di genere è innanzitutto la madre che trasmette al bambino le possibilità d'identificazione in relazione a come lei ha vissuto il rapporto sia con il proprio padre che con il suo partner.

Attualmente si tende a dare al padre un ruolo più positivo e strategico fin da quando il bambino è piccolo.

Il ruolo del padre è stato legato alle funzioni dell'Io, alla posticipazione della gratificazione, all'intelligenza, alla percezione, poiché fin dai 18 mesi il bambino percepisce suo padre come un importante oggetto affettivo. Alterazioni del rapporto padre-bambino possono dar luogo a problemi di identità di genere e/o limitare lo sviluppo delle capacità di simbolizzazione.

In questa prospettiva ci sono state diverse interpretazioni de fenomeno anoressico: ambivalente desiderio di rimanere in una relazione infantile e dipendente dalla madre; starvation come un desiderio di uccidere la madre incorporata e rimuovere il grasso associato alle forme femminili (Falstein et al. 1956), oppure anoressia per uscire dal conflitto adolescenziale matu-

rativo, specificamente riguardo ai sentimenti ed ai comportamenti sessuali (Crisp e Toms 1972).

Nei maschi con anoressia sono stati descritti sia la presenza di disturbi di identità, cosi come una maggiore incidenza del disturbo alimentare in maschi omosessuali ed anche una maggior frequenza di episodi di violenza fisica nell'infanzia.

Diversi studi si sono incentrati sull'ansia sessuale e la paura nei confronti delle relazioni ed attività sessuali, cosi come una diminuzione dell'interesse.

Crisp (1983) ha osservato che l'incertezza di genere sessuale era presente frequentemente all'inizio del quadro anoressico del maschio, mentre Hasan e Tibbet (1977) hanno sottolineato la "paura della mascolinità" come caratteristica essenziale dell'anoressia maschile.

Conclusione

Ricapitolando nella clinica dell'anoressia maschile restrizione e iperattivita fisica sono due elementi essenziale.

Come nelle donne i maschi sono sottoposti all'influsso dei mass-media con valori relativi di magrezza e bellezza.

A differenze delle donne le forme anoressiche con uso di lassattivi o vomito sono infrequenti, così come non c'è una forte tendenza alla magrezza.

Sono invece presenti difficoltà nei processi di identità del genere e tendenze omosessuali.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC, 1994.

Brownell, KD., Steen, S.N., Warren, M.P. (1987) Weight regulation practices in athletes: Analysis of metabolic and health effects. Medicine and Science in Sports and Exercise, 19, 546-556.

Bruch H. (1974). Eating Disorders. London: Routledge and Kegan Paul.

Crisp A.H., Toms D.A. (1972). Primary Anorexia Nervosa or weight phobia in the male: report on 13 cases. British Medical Journal; 1:334-338.

Crisp A.H., Burns J., Bhat A.V. (1976). Primary Anorexia Nervosa In the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. British Journal Medical Psychology. 15; 523-534.

Crisp A.H., Burns J. (1983). The clinical presentation of Anorexia Nervosa in males. International Journal of Eating Disorders. 2: 5-10.

Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psichici e Comportamentali ICD-10. Masson, 1992.

Epling W.F., Pierce WD (1996) An Overview of Activity Anorexia. In: Activity Anorexia Theory, reserarch, and treatment. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Falstein, E.J., Feinstein, S.C., & Judas, I (1956)Anorexia Nervosa in the male child. American Journal of Orthopsychiatry, 26, 751-772.

Hasan, M.K. & Tibbetts, R.W. (1977) Primary anorexia nervosa (weight fobia) in males. Postgraduate Medical journal, 53, 146-151.

Morton R. (1689) Phtisiologia, seu Exercitationes de Phthisi. London: S. Smith.

Ogden, T (1989) Misrecognitions and the fear of not knowing. The Psychoanalytic Quaterly, 57, 643-666.

Russell, G.F.M. (1979) Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicina, 9, 429-448.

Sacks M.H. (1990) Psychiatry and sport. Annals of Sports medicine, 5, 47-52.

Stoller R. (1968) Sex and gender (Vol 1) New York: Science House.

L’approccio terapeutico

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 101-115

Terapie di primo livello dei disturbi alimentari psicogeni

Mario G. Sarti
Società Italiana di Medicina Psicosomatica

Con terapie di primo livello si intende il primo approccio in ambito specialistico, con il medico, generalmente lo psichiatra, di una paziente con Disturbi del Comportamento Alimentare. Da questo primo contatto si avvieranno, secondo i criteri classici della clinica in ambito medico, la definizione di procedure diagnostiche da cui potranno derivare le scelte in campo terapeutico. Ma parlare di terapia porta come diretta conseguenza a parlare di diagnosi, secondo il vecchio assioma, tuttora valido in ogni campo della medicina: non esiste terapia efficace senza una diagnosi corretta.

La relazione su Terapie di primo livello sarà organizzata secondo questo schema:

La terapia integrata
Gestione farmacoterapeutica
Gestione psicoterapeutica
Tecniche centrate sul corpo
Esiti a lungo termine
Direzioni future

Le aree di anoressia, bulimia e obesità all'interno del campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare prevedono quindi vaste zone di contiguità e di sovrapposizione.

Comunque l'Obesità è una malattia cronica che non è normalmente classificata fra i disturbi psichiatrici ma fra i disturbi di ambito medico. Quindi di questo tipo di patologia si occupano prevalentemente gli endocrinologi.

Resta un'area piuttosto vasta di consulenza in liaison per le sintomatologie psicopatologiche spesso presenti in questi quadri clinici: disturbi dell'umore, condotte compulsive, alterazioni emozionali. L'inquadramento categoriale (DSM) privilegia i sintomi oggettivabili rispetto ai vissuti del paziente. Tale impostazione, se éèfunzionale alla comunicazione delle informazioni fra operatori, non lo è per la comprensione dei disturbi e della loro terapia. Tali sistemi, infatti, non consentono di cogliere il continuum che lega i sintomi nucleari (i principi organizzatori) alle manifestazioni subcliniche ed atipiche, che fanno da alone a ciascun disturbo mentale.

I comportamenti alimentari di un individuo si distribuiscono lungo un *continuum* che, partendo da una alimentazione normale, porta per vari gradi sindromici a soggetti eccessivamente preoccupati del proprio peso fino alla Bulimia ed Anoressia; è molto facile che un paziente possa "scorrere" all'interno di questo sistema, entrando ed uscendo dalle varie categorie diagnostiche.

Oltre tutto sappiamo che nella popolazione generale sono assai più rappresentate le forme atipiche (o subcliniche o parziali) vale a dire che differiscono dall'Anoressia e dalla Bulimia per la presenza di sintomatologia ridotta, o per numero di sintomi o per la loro intensità e frequenza Tra queste appare con notevole frequenza il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Il modello concettuale ed operativo di *spettro clinico* comprende l'arco fenomenico che congiunge il temperamento alla malattia nell'arco dell'intera esistenza; esso ha assunto oggi rilevante significato euristico ed ha prodotto immediate ricadute nella pratica clinica. Il modello di spettro si propone di dare adeguato peso a sintomi lievi, isolati od associati ad altri disturbi principali che costituiscono la comorbidità di spettro subsindromico.

All'osservazione clinica si offre infatti una fenomenica varia e complessa, nella quale concomitano raggruppamenti sintomatologici, dimensioni psicopatologiche appartenenti allo spettro di disturbi mentali diversi.

Siffatta comorbidità subclinica viene erroneamente considerata come rumore di fondo, da non tenere in considerazione nel procedimento diagnostico tradizionale.

Sono qui elencati i vantaggi concreti che l'utilizzazione del modello di spettro porta in vari ambiti della ricerca, della formazione e, soprattutto, della terapia. Infatti il trattamento mirato di queste condizioni psicopatologiche lievi e durevoli, è spesso seguito da un sensibile miglioramento degli aspetti disfunzionali della personalità.

Criteri che possono aiutare a definire il trattamento più adeguato:

1. Familiarità

Le pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbo Ossessivo Compulsivo (D.O.C.) presentano comportamenti alimentari maggiormente disturbati delle pazienti senza D.O.C. Il D.O.C. può essere trattato, come la bulimia nervosa, con discreto beneficio con la Fluoxetina, il che potrebbe indicare una connessione biologica fra le due patologie. Ronchi et al. suggeriscono l'ipotesi di un'appartenenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare, senza distinzione tra Anoressia e Bulimia, e del D.O.C. ad un comune spettro biologico: i due disturbi sarebbero, dunque, una variante clinico-sintomatologica di quest'ultimo. Alcuni ritengono che esista la possibilità di una relazione biologica tra Disturbo da Attacchi di Panico e Disturbo Comportamento Alimentare (D.C.A.), da alcuni Autori identificata in una disfunzione serotoninergica (Brewerton TL) et al, 1996). Lo stesso meccanismo fisiopatologico potrebbe pertanto essere almeno parzialmente condiviso tanto nelle condotte d'evitamento nei confronti del cibo nel D.C.A., quanto nelle condotte fobiche presenti nel Disturbo da Attacchi di Panico.

2. Comorbidità

Molto spesso (dal 30 all'88% dei soggetti) la depressione è associata con disturbi alimentari. La Depressione di per sé riduce l'abilità di un soggetto

per la motivazione a cambiare e l'energia per farlo. L'approccio ambulatoriale come approccio iniziale ha notevole probabilità di successo in pazienti che:

(1) sono ammalate da meno di un anno
(2) non presentano fenomeni di abbuffate e vomito
(3) hanno genitori che cooperano, che partecipano attivamente alla terapia familiare
(4) presentano concomitanti disturbi di personalità

Da questo deriva che il trattamento dei Disturbi del comportamento alimentare sarà necessariamente multimodale, e dovrà prevedere non solo l'applicazione di un ventaglio terapeutico ampio e personalizzato, ma anche basato quasi sempre su di una interdisciplinarità fra tecnici di diverso orientamento, armonizzata in maniera omogenea.

In certo modo bisogna rendere l'idea del paziente che si presenta con una sfaccettatura assolutamente personale di bisogni a cui il medico (o l'équipe curante) dovrebbe rispondere con un'immagine quanto più possibile speculare, per permettere un avvio sintonico del processo terapeutico, in una sorta di fusione omogenea.

È chiaro che questa immagine non dovrà essere rigida ma suscettibile di modificazioni nel corso del trattamento per permettere ulteriori sviluppi, in senso maturativo, del processo.

La terapia integrata

La principale indicazione dell'integrazione delle varie componenti della terapia (farmacologica, psicoterapeutica, nutrizionale etc.) è come trattamento di uno specifico disturbo. Gli psicofarmaci riducono l'ostilità e l'aggressività che può essere diretta nei confronti del terapista e pertanto migliorano la capacità del paziente di comunicare e di partecipare al processo psicoterapeutico. Un'altra indicazione della terapia combinata è di alleviare il disagio quando i segni e i sintomi del disturbo del paziente sono così intensi da richiedere un miglioramento più concreto di quello che può

offrire la sola psicoterapia. Inoltre ciascuna delle due tecniche può facilitare l'altra: la psicoterapia può aiutare il paziente ad accettare il farmaco necessario, mentre io psicofarmaco può migliorare il tono dell'umore aiutandolo a superare la resistenza ad iniziare la psicoterapia o a proseguirla.

Gli psichiatri devono considerare i disturbi emozionali come eventi biopsicosociali e non devono separare la mente dal corpo. In molti casi i risultati della terapia combinata sono superiori a ciascuna delle due terapie usate da sole. Alcuni medici utilizzano il termine "psicoterapia a orientamento farmacoterapeutica" per indicare questo approccio combinato. Il metodo psicoterapeutico prescelto può variare notevolmente; tutte le tecniche di psicoterapia possono essere associate alla farmacoterapia.

La gestione farmacoterapeutica

Il farmaco deve puntare solo indirettamente al problema del cibo e del peso, mentre lo scopo principale dovrebbe essere attaccare e contrastare l'ideazione ossessiva legata al cibo ed al peso e il disturbo del tono dell'umore.

Sì dovrà tener presente il significato simbolico che il farmaco si trova ad assumere all'interno del rapporto medico-paziente. In una patologia alimentare, caratterizzata da vissuti intrusivi e da una forte oppositività verso qualsiasi azione interpretata dalla paziente come "dannosa" per il proprio stato, o desiderio di magrezza, è facile immaginare in che modo possa essere vissuta la figura del medico che decida di procedere ad una prescrizione farmacologica.

Il trattamento medico, farmacologico e nutrizionale, potrà quindi essere associato a tecniche centrate sul corpo, a terapia familiare o di coppia, a psicoterapia cognitivo-comportamentale o ad indirizzo psicodinamico. Il trattamento può racchiudere una varietà di metodi che dipendono specialmente dalla gravità dei sintomi che circondano il disturbo alimentare stesso.

Lo scopo immediato del trattamento dell'anoressia nervosa dovrebbe essere di far recuperare alla paziente delle normali condizioni nutrizionali. Infatti è estremamente difficile raggiungere modificazioni comporta-

mentali con la psicoterapia in una paziente che sta subendo gli effetti psicologici del deperimento.

La paziente anoressica con disturbi più gravi, in una posizione a rischio, può costituire una sfida terapeutica estremamente difficile e dovrebbe essere ricoverata in ospedale, con monitoraggio giornaliero del peso, del cibo, dell'assunzione di calorie e dell'emissione di urine. Nel soggetto che vomita sarà necessaria una frequente valutazione degli elettroliti serici.

Un'ospedalizzazione ottimale varia in lunghezza di tempo è dipendente dalla condizione dei pazienti e dalle mete o criteri concordati tra il paziente e l'équipe curante. L'équipe curante può comprendere il Medico del cliente, lo Psichiatra, lo Psicologo, il personale infermieristico così come un Nutrizionista. Tutte queste competenze lavorano insieme indirizzate ad aiutare il cliente a raggiungere un approccio individualizzato per il miglioramento. Questo spesso risulta un ambiente che offre un buon controllo al paziente e che può permettergli di rompere il ciclo distruttivo di comportamenti e sviluppare strategie più sane di coping.

La cloropromazina è uno dei primi farmaci impiegati, soprattutto in concomitanza con gravi disturbi di tipo ossessivo-compulsivo, con presenza di inconvenienti perché può favorire l'insorgenza di crisi bulimiche, riduce la temperatura corporea, abbassa la soglia convulsiva. Talvolta possono essere utili piccole dosi di aloperidolo per tentare di influire sul sistema delirante incentrato sul peso causa dei modelli alimentari delle anoressiche e delle loro qualità deliranti e sull'alterazione della body-image, o in pazienti che hanno in comorbidità un disturbo *borderline* di personalità.

Ciproeptadina: questo farmaco antistaminico e antiserotoninergico determina un modico aumento di peso e riduce i sintomi depressivi nei pazienti con anoressia mentale, quando viene somministrato in alte dosi. Da utilizzare nelle forme non bulimiche di Anoressia.

Le benzodiazepine presentano notevoli rischi per l'induzione di dipendenza in soggetti a notevole rischio sotto questo aspetto come le pazienti

anoressiche *ma,* soprattutto, le bulimiche.

I sali di litio sembrano avere una qualche efficacia in quelle forme in cui fasi di digiuno con perdita di peso e fasi bulimiche con aumento di peso si alternano nel tempo.

Particolari precauzioni sono da adottare in pazienti che hanno un'alimentazione molto irregolare e squilibri elettrolitici dovuti ai vomito (possibilità di intossicazione).

Inibitori dell'appetito: la Fenfluramina inibisce il reuptake della serotonina e sembra che riduca l'appetito piuttosto che aumentare il senso di sazietà, non è pertanto indicato nell'aiutare il controllo delle abbuffate. La sibutramina è un inibitore del reuptake di serotonina e noradrenalina, e sembra esercitare il suo effetto aumentando il senso di sazietà.

Le amfetamine danno una marcata riduzione del peso per soppressione dell'appetito. Sconsigliate per il rischio di dipendenza, possono provocare l'insorgenza di quadri psicopatologici e alla cessazione un notevole effetto rebound.

Antiepilettici: la carbamazepina dà qualche risultato nella bulimia essendo la sua molecola molto vicina come struttura a quella degli Antidepressivi triciclici.

Gli inibitori degli oppiacei: il naloxone per infusione endovenosa per alcuni giorni di seguito sembra che possa provocare un notevole aumento di peso nelle pazienti anoressiche, partendo dai presupposti che gli oppiacei endogeni potrebbero dare negazione dell'appetito. Ma i risultati della ricerca non sono stati incoraggianti.

La più estesamente usata e indagata farmacoterapia per disturbi alimentari è quella con

Antidepressivi:

Gli IMAO irreversibili sono poco maneggevoli (le indispensabili restrizioni dietetiche sono difficilmente rispettate da queste pazienti).

Per gli IMAO reversibili non sono attualmente disponibili dati circa il loro impiego in questi quadri clinici.

Gli antidepressivi triciclici possono dare incremento dell'appetito. C'è inoltre della preoccupazione circa l'uso di triciclici, per la possibilità di effetti secondari anticolinergici, in pazienti già soggetti a rischio di aritmia cardiaca.

Si sono rivelati abbastanza efficaci una varietà di farmaci che inibiscono il reuptake della serotonina, tra cui la Fluoxetina, di solito a dosi più alte di 20 mg per giorno. Sembra che l'efficacia sia maggiore sull'ideazione ossessiva che sul comportamento rituale frequente nell'anoressia. La nausea spesso presente all'inizio del trattamento poco si concilia con le percezioni cenestesiche sgradevoli localizzate allo stomaco in alcune forme di anoressia. Talvolta questa terapia dopo alcune settimane può dare incremento di sintomatologia ansiosa, da correggere farmacologicamente, o meglio, attraverso aggiustamento del protocollo psicoterapico. La sertralina tra gli SSRI è quella con maggior azione ansiolitica e quindi può mitigare l'assunzione del cibo legata ad eventi intrapsichici e/o ambientali, migliorando la compliance verso i trattamenti psicoterapici.

L'amitriptilina tende ad indurre anche in persone non anoressiche craving per i carboidrati: quindi potrebbe scatenare l'insorgenza di crisi bulimiche.

Anoressia

Il trattamento farmacologico dell'anoressia è abbastanza problematico. Non è chiaro se l'anoressia è mediata dai sistemi serotoninergici o noradrenergici (Nelle fasi attive dell'AN e della BN, sembra essere presente un deficit funzionale del sistema noradrenergico che persiste anche in fase di remissione delle due malattie. Il sistema serotoninergico sembra essere ipofunzionante per evolvere in iperfunzione nella fase di remissione delle malattie. Nella fase attiva dell'AN è presente un deficit dopaminergico che pare recedere con la regressione della malattia, ed un eccesso di funzione del sistema acetilcolinergico.

Bulimia

Potenzialmente tutti i farmaci con proprietà antidepressive hanno un'efficacia antibulimica, indipendentemente dalla coesistenza dì uno stato

depressivo. Ricerche recenti dimostrano un'efficacia considerevole dei serotonergici nei trattamento della bulimia.

La gestione psicoterapeutica

Quanto più giovane il paziente, tanto più importante sarà la terapia della famiglia. Il paziente deve imparare che i disturbi alimentari non sono centrati su problemi di dieta.

Terapia comportamentale

Basata principalmente su:

(1) automonitoraggio alimentare;

(2) controllo degli stimoli (programmare il comportamento favorendo l'emissione di comportamenti difficilmente compatibili con l'assunzione di cibo in relazione a vari contesti ambientali);

(3) tecniche di rinforzo (facilitare l'emissione di tutti quei comportamenti che favoriscano la perdita di peso mediante ricompense da parte del paziente stesso o dei suoi familiari) allorquando un comportamento produce una riduzione del peso corporeo.

La terapia comportamentale può dare miglioramenti a breve termine sia del controllo del peso che del tono dell'umore e dei livelli di ansia. A distanza di anni però si ha frequentemente un ritorno al peso precedentemente perso. Il problema primario coinvolto in un disturbo alimentare è un'inabilità di tollerare impulsi e sentimenti. Perciò, il trattamento psicoterapeutico si focalizza su come istruire la paziente circa la relazione tra i suoi impulsi e sentimenti ed i suoi disturbi del comportamento alimentare e su aiutarla a esprimere questi impulsi e sentimenti in una maniera assertiva.

Una terapia considerata tra le più efficaci nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare è quella cognitiva. Il Cognitivismo clinico ha da tempo definito anoressia, bulimia e obesità psicogena come espressioni sintomatiche di una unica organizzazione personale di significato.

Tale organizzazione, denominata A *tipo disturbo alimentare psicogeno* appare caratterizzata da una percezione di sé estremamente vaga e indefinita che trova consistenza solo all'interno di rapporti interpersonali in cui l'altro, come fosse uno specchio, rimanda un'immagine sconfermante. Si evidenzia una oscillazione tra un bisogno assoluto di approvazione e il timore di essere disconfermati da parte di persone significative.

Reazioni a tali oscillazioni emotive sono l'alterazione dell'immagine corporea e l'emergenza di comportamenti alimentari anormali. La terapia è focalizzata sul correggere la distorsione delle immagini cognitive riferite a perfezionismo, impotenza, inefficacia, privazione, dipendenza, depressione, bassa autostima, e paura di esprimere affettività.

Ma se il problema cardinale dei Disturbi del Comportamento alimentare è quello dell'alterazione dell'immagine del corpo, il punto di arrivo per una paziente anoressica o bulimica non sarà l'acquisizione di peso ma l'equilibrio psichico rispetto alla propria immagine.

Tecniche centrate sul corpo

Una delle procedure più frequentemente usate con i pazienti con disturbi d'ansia consiste nell'aiutarli a controllare tale problema con l'addestramento al rilassamento profondo mediante un apposito training. Questa tecnica è divenuta elettiva in medicina psicosomatica, proponendosi come una valida alternativa all'uso delle benzodiazepine, farmaci, come si sa, ad effetto "tampone", con molti rischi ed inconvenienti nel lungo periodo. Con questo metodo nel caso dei disturbi del comportamento alimentare è possibile aiutare la paziente a indirizzare la propria attenzione su di una ambito estremamente "a rischio", quello *dell'immagine del corpo*. Sappiamo che per queste pazienti il corpo rappresenta lo strumento primario per costruire la propria identità. Il corpo è perennemente al centro dei pensieri e ne condiziona l'esistenza; per l'anoressica rappresenta lo strumento per raggiungere la perfezione, la bellezza idealizzata, che corrisponde all'essere magre. Per l'obeso il corpo grasso rappresenta la concretizzazione del proprio fallimento, qualcosa di cui ver-

gognarsi, da utilizzare per allontanare l'altro, la rinuncia alla lotta perché si ritiene di non essere all'altezza. Molti obesi sono incapaci di esprimere la differenza fra aver paura, essere arrabbiati ed aver fame e perciò trattano tutte queste sensazioni come se significassero soltanto fame. Semplicemente sperimentano una diffusa tempesta emozionale che non sanno come affrontare efficacemente. Imparano a procurarsi una sensazione di benessere mangiando e questa può diventare un'abitudine emozionale fortemente radicata. Un trattamento efficace deve includere un certo ricupero delle abilità emozionali di cui sono carenti.

Il primo passo è l'*autoconsapevolezza* cioè il riconoscere quanto prima gli episodi fonte di preoccupazione, capendo il circolo preoccupazione-ansia. Si deve quindi invitare i soggetti a monitorare gli stimoli che inducono l'ansia, e soprattutto identificare le situazioni e il flusso di pensieri ed immagini che inducono la preoccupazione e le sensazioni fisiologiche associate all'ansia. Con la pratica si impara che le tecniche di rilassamento possono essere applicate nel momento in cui si avverte l'insorgere della preoccupazione, e ci si esercita quotidianamente in modo da essere in grado di servirsene all'istante, quando ve ne sarà bisogno. La paziente potrà così essere aiutata a passare dal sentire rabbia ad andare oltre il messaggio somatico facendo riaffiorare il significato emotivo e psichico sottostante. Per queste pazienti oltre all'accettazione e fondamentale giungere alla capacità di esprimere emotivamente e, se possibile, anche verbalmente i propri vissuti. Perché la via somatica non sia più l'unica via percorribile è importante che si riesca ad arrivare ad una piena espressione di sé. La paziente riuscirà così a sostituire un'azione ormai impropria con un comportamento adeguato all'effettivo senso della compulsione: rabbia, paura, insoddisfazione od altro.

Questa fase di trattamento potrebbe rientrare in quelle definite di primo livello in quanto è alla portata di ogni paziente, anche di coloro che non hanno una capacità di insight sufficiente ad avviare un trattamento psico-

terapeutico verbale. L'apprendimento del rilassamento, al livello dei cosiddetti *Esercizi Inferiori* del Training Autogeno, può comunque essere anche una fase dì cura preliminare, quasi una preparazione, ad un trattamento psicoterapeutico a vario indirizzo (cognitivo, psicodinamico etc.). In prospettiva può essere anche prevista una ulteriore fase, più evoluta, del Training Autogeno con il passaggio alla fase *degli Esercizi Superiori* che costituiscono uno sviluppo della tecnica incentrata sul corpo in senso introspettivo. L'integrazione con la farmacoterapia può permettere di armonizzare i due trattamenti in maniera omogenea, utilizzando la progressiva maturazione del rilassamento anche per discontinuare e poi sospendere i farmaci senza timori di rebound.

Le tecniche di rilassamento come il Training Autogeno possono anche essere monitorizzate con il supporto del Bio*feedback(Bfb)*. Consiste in una strumentazione che permette al paziente di ricevere un segnale (visivo o acustico) con andamento in parallelo a quello del rilassamento. In tal modo è possibile rendere consapevole il paziente in tempo reale dello svolgersi della procedura, sia degli errori che dei successi, in modo da superare i confini della stretta soggettività delle sensazioni corporee legate al rilassamento, facilitando notevolmente il processo di apprendimento.

Lo stato di generale alterazione psicofisiologica è il segnale della confusione che caratterizza la propria identità personale nei periodi di scompenso. Oltre alla difficoltà a tradurre i messaggi fisiologici in percezioni precise di fame e sazietà, ritroviamo la stessa confusione a livello di sensazioni sessuali. Si manifestano inoltre problemi di riconoscimento della fatica fisica (ritardato in caso di anoressia e anticipato in caso di obesità) e alterazioni della temperatura corporea con sensazioni di calore e freddo in pieno contrasto con la temperatura ambientale. Innanzitutto i pazienti anoressici o obesi non riescono, in situazione di Bfb-training, a modificare il tono muscolare dimostrando la difficoltà di una comunicazione mentale con la propria figura fisica. Inoltre, alle fluttuazioni a volte notevoli di ten-

sione emotiva (segnaIati dalla risposta Galvanic skin Response e dalle variazioni dl temperatura) non corrisponde una variazione appropriata del tono muscolare, come se fosse difficile "accettare e seguire le proprie sensazioni". In pazienti anoressiche è stata notata un'accentuata reazione di allarme ai primi tentativi di rilassamento muscolare, a conferma del loro implicito rifiuto a *lasciarsi andare* in qualsiasi situazione. Nelle obese si verifica invece una mancanza di qualsiasi correlazione dei parametri psicofisiologici, che sembra indicare una sorta di tacita rinuncia, rassegnazione e disimpegno.

Esiti a lungo termine

Ghiglia e Mitchell hanno recentemente pubblicato una review della letteratura del decorso della bulimia nervosa in cui i dati erano disponibili su pazienti ad un minimo di 6 mesi dopo il trattamento. Da 5 a 10 anni dopo l'esordio, il 50% di donne con bulimia nervosa aveva recuperato pienamente, mentre 20% continuò a incontrare il pieno criterio diagnostico. Ci sono, comunque, pochissimi studi con dati raggruppati oltre i 3 anni.

Purtroppo una certa percentuale di soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare non riesce a guarire nemmeno con il miglior trattamento attualmente disponibile, e alcuni hanno una ricaduta dopo un'apparente guarigione. Quando una ragazza viene a trovarsi in mia situazione di cronicità, accade spesso che abbia grosse difficoltà a ricevere aiuto. I soggetti cronici dovrebbero essere gestiti preferibilmente a livello ambulatoriale, in gruppo o con incontri individuali di supporto dove l'obiettivo non sia quello di risolvere i loro sintomi, ma quello di migliorare la loro qualità di vita indipendentemente dal disturbo alimentare.

in questi incontri, oltre al supporto psicologico, si dovrebbero effettuare periodici controlli medici per valutare le complicazioni del digiuno e della malnutrizione(peso corporeo, elettroliti, segni vitali) in modo da poter eventualmente intraprendere tempestivamente un'adeguata terapia medica.

I criteri per valutare l'inclusione di un paziente in questo tipo di trattamento potrebbero essere i seguenti:

1. ripetuti fallimenti con i trattamenti psicologici e nutrizionali
2. assenza di motivi logici per provare un altro tipo di trattamento
3. assenza di crisi mediche e psicologiche acute
4. problemi medici e psicologici sufficienti per fornire un trattamento

Direzioni future

Molte direzioni della ricerca si stanno sviluppando, e sarebbe difficile stabilire delle priorità fra loro data l'importanza delle domande individuali e l'impatto significativo su altre aree di ricerca che sarà il risultato delle risposte a queste domande.

Qual è un trattamento efficace per gruppi non tipicamente inclusi in studi cimici, come adolescenti bulimici e quelli con comorbidità severa, come ragazze o donne con bulimia nervosa che abusano attivamente di alcol e sostanze?

Aneddoticamente, molte persone che lavorano con adolescenti bulimiche scoprono che è difficile prenderle in carico usando lo stesso protocollo Cognitivo Comportamentale che funziona bene per donne normo-peso bulimiche e adulte. Data la prevalenza molto estesa di bulimia nervosa nel gruppo dell'età adolescenziale, questa è chiaramente una priorità del trattamento.

Come possiamo prevenire le ricadute?

In tutti gli studi esaminati per le ricadute si trova evidenza di ciò, e non è stato dimostrato nessun mezzo efficace per prevenire le ricadute.

Possiamo migliorare i protocolli della terapia Cognitivo-comportamentale? Non è chiaro se l'approccio ottimale è stato sviluppato ancora. In particolare, dei pazienti si focalizzano sulla coscienza piuttosto che sull'affettività dei disturbi, e alcuni trovano che l'approccio complessivo, come è provvisto in alcuni centri, sia troppo didattico e mancante di un esame adeguato di problemi culturali e fattori sociali nelle vite di donne e ragazze.

Come trattare i soggetti non-responder?

I fattori perpetuanti, che sono spesso responsabili dei fallimenti terapeutici, non agiscono da soli ma possono essere ovviamente influenzati l'uno dall'altro.

1. Fattori cognitivi: continuare a mettere in cima alla propria scala di valori l'aspetto fisico
2. Fattori interpersonali: lutti non risolti; dispute con parenti o amici; difficoltà a instaurare o mantenere rapporti; problemi riguardo alle fasi di transizione della vita (matrimonio, etc.)
3. Fattori comportamentali: dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto e lassativi
4. Fattori iatrogeni: interventi terapeutici inadeguati

Conclusioni

La guarigione da un disturbo del comportamento alimentare è estremamente individuale. In definitiva ogni paziente sviluppa attraverso prove ed errori il suo percorso verso la salute. Quindi è fondamentale avere un piano da seguire.

È un viaggio ammirevole che richiede molto coraggio. Le pazienti con disturbo alimentare sono persone intelligenti, creative, coraggiose e industriose che non dovrebbero essere mai sottovalutate.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 117-129

L'intervento multidisciplinare nei disturbi alimentari psicogeni: il trattamento dei casi resistenti

Silvana Russo, Laura Scarpellini
Centro di Alcologia e della Nutrizione
Azienda Ospedaliera di Careggi - Università degli Studi di Firenze
Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

Gli interventi precedenti hanno affrontato da un punto di vista teorico e metodologico, la necessità dell'approccio multidisciplinare nei disturbi del comportamento alimentare.

Nella nostra relazione vorremmo illustrare il modo in cui abbiamo cercato di rendere operativo questo approccio multiprofessionale nel Centro della Nutrizione inserito all'interno degli altri servizi della Clinica Gastroenterlogica di Careggi (day hospital, servizio di degenza, endoscopia digestiva e laboratorio biochimico).

Questo centro è nato dal Centro di Alcologia, che aveva già un modello di intervento strutturato per l'alcol e col quale abbiamo iniziato a collaborare per le patologie della nutrizione.

Come psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, interessati ai D.C.A., abbiamo cercato assieme ai colleghi medici, biologi-nutrizionisti, di creare una modalità di interveto specifica per accogliere la domanda di pazienti con problemi alimentari e della nutrizione.

Da tre anni è stato aperto un ambulatorio per questo tipo di patologie distinto da quello dell'alcologia.

Dei casi visti in ambulatorio il 60% dei pazienti si sono rilevati dei casi gravi, non solo per la sintomatologia e il tipo di struttura psicopatologica, ma soprattutto, anche in casi meno conclamati, per una forte resistenza ad accettare i trattamenti.

Il lavoro fondamentale è stato la formazione del gruppo in cui abbiamo sperimentato che non è sufficiente mettere insieme singole competenze

professionali, che l'integrazione non avviene in modo automatico.

È stato necessario costruire, nel corso della nostra esperienza, un modello condiviso, di cui adesso vorremmo richiamare solo alcuni riferimenti teorici e clinici.

Riferimenti teorici e clinici

L'anoressia, la bulimia, i disturbi da abbuffate compulsive coprono un ampio ventaglio di espressioni patologiche e possono manifestarsi con maggiore o minore gravità: il primo obiettivo è quello di fornire una diagnosi integrata attraverso l'identificazione di comportamenti alimentari scorretti e di quadri patologici ad essi collegati.

Nei casi meno gravi si tratta di una crisi adolescenziale legata al pericolo psicologico dell'assunzione di un'identità sessuale.

Nei casi più gravi la minaccia non investe solo la sessualità, ma l'identità stessa.

In questi casi i disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati una vera e propria strategia di sopravvivenza psichica, per difendersi da un dolore mentale incontenibile, quando altre soluzioni si sono rivelate impossibili.

Queste strategie, anche se offrono dei benefici secondari, comportano un dolore da schiavitù, un impoverimento della vita mentale e affettiva, isolamento e solitudine.

Sembra, in questi casi, che manchi uno spazio psichico personale; qualcosa non ha funzionato nelle prime tappe dello sviluppo, quando avviene l'interiorizzazione delle funzioni materne con le quali ci si può identificare e acquisire così la capacità di esistere da soli.

Costruire una propria identità separata costituisce per questi pazienti una fonte d'angoscia e dà un senso di profondo annullamento.

"Né con te né senza di te" così una nostra paziente, parafrasando le parole di un'amante disperata di un film di Truffaut, descrive la sua relazione con il ragazzo e con il cibo.

Nel lavoro terapeutico si scopre come la relazione con l'altro sia vissuta come estremamente buona o eccessivamente cattiva, comunque una minaccia di sopraffazione, dalla quale queste pazienti si difendono con il ritiro e l'isolamento. L'altro è qualcosa a cui aggrapparsi ma anche da tenere a distanza e controllare.

La paura che queste pazienti sentono è quella di essere invase o abbandonate dall'altro.

Abbiamo osservato, nella pratica psicoterapica, come per queste pazienti sia più accessibile esprimere gli affetti attraverso il linguaggio dei D.C.A. che attraverso la comunicazione diretta delle emozioni legate alla relazione con l'altro.

Si può pensare che questa realtà traumatica riesca meno angosciante e più esprimibile con l'uso di un linguaggio attivamente modulato attraverso il corpo. Nel linguaggio concreto dell'incorporazione o del suo rifiuto, nell'evacuazione concreta di ciò che è stato incorporato, sembrano esprimersi sia il bisogno che l'angoscia di un rapporto con l'altro non altrimenti esprimibile.

In tutti i casi si deve tener presente come la prognosi sia soprattutto funzione dei disturbi di personalità soggiacenti e non dell'intensità e delle caratteristiche dei sintomi.

Ci siamo resi conto che, nelle patologie alimentari, ogni cambiamento anche se desiderato è vissuto con terrore e che, nei casi resistenti, vi è la mancanza di una autentica domanda di cambiamento.

Spesso la domanda non è esplicita oppure, dietro di essa, si nasconde la richiesta che tutto torni come prima da parte della famiglia, che niente cambi da parte della paziente.

Il compito psicoterapeutico preliminare e impegnativo con questi pazienti "difficili da raggiungere", consiste nel rendere possibile una domanda di aiuto.

Nella nostra esperienza al Centro della Nutrizione, abbiamo potuto constatare che non solo i colloqui psicologici ma anche il trattamento biologi-

co poteva rappresentare un primo atto psicoterapico.

L'intervento medico se si esplica attraverso l'esercizio di una autorità che rispetta il sintomo e la persona, limita l'onnipotenza della paziente e la rassicura.

Ricordiamoci che interventi che tendono ad eliminare in maniera drastica il sintomo lasciano queste pazienti ancora più indifese e isolate e rilanciano il tono della sfida.

Percorso terapeutico

Nel nostro Servizio non abbiamo individuato un protocollo rigido, abbiamo piuttosto messo a fuoco un percorso per raggiungere l'obiettivo di un lavoro integrato; l'obiettivo di rendere possibile una terapia.

Ci riferiamo a teorie e tecniche di psicoterapia psicoanalitica già note, applicate negli ambiti istituzionali.

Qui vogliamo solo descrivere la traccia di lavoro che abbiamo delineato in questi anni attraverso lo studio dei casi, la riflessione di gruppo e l'esperienza.

Abbiano individuato tre momenti o fasi di un percorso terapeutico: l'accoglienza, la presa in carico, la psicoterapia vera e propria.

Per gli obiettivi che ci siamo dati, le prime due fasi sono quelle su cui abbiamo costruito il Servizio.

Il primo momento imprescindibile è il momento dell'accoglienza ovvero del primo contatto del paziente o di chi per lui con il Centro.

In questo incontro l'operatore sospende le sue particolari competenze professionali e si offre come un interlocutore, un ospite che accoglie e presenta il Servizio.

È un primo livello di ascolto dove, per favorire l'incontro, l'operatore accetta le condizioni di colloquio preferite dal paziente (se venire da solo, accompagnato …)

In questo primo contatto si cerca di cogliere quali siano i bisogni e soprattutto quale sia il livello di autonomia del paziente nel farsi carico del suo problema.

Si cerca di cogliere nell'hic et nunc informazioni utili sul piano dinamico e sulla storia personale, così come vengono portate, per poi arrivare a proporre prospettive terapeutiche.

È una fase delicata, soprattutto con pazienti che vengono, apparentemente, con l'urgenza di risolvere un sintomo, ma spesso già carichi di fallimenti.

Si tratta di "alimentare" nel paziente e nella famiglia la fiducia che non sono più da soli di fronte al problema e che il problema non é solo alimentare.

Lo scopo è quello di promuovere l'accesso alla consapevolezza delle difficoltà psicopatologiche che si nascondono dietro i sintomi, di saggiare la possibilità di una alleanza che si configura subito in questi casi come un "patto di non intrusione", rispetto per il paziente, rispetto delle famiglie per lo spazio terapeutico dei figli.

Vogliamo riportare un esempio di accoglienza: Benedetta, una ragazza di venti anni, si presenta al servizio perché è grassa e vuole una dieta.

Nel colloquio si delinea una storia di diete precoci e abbuffate solitarie, nonché un grosso risentimento nei confronti della famiglia che considera in qualche modo responsabile del suo corpo grasso. La ragazza si descrive come una persona senza amici, estremamente timida e con un senso di inadeguatezza nei confronti della vita. Le suggeriamo che forse il problema non è solo quello di una dieta e le vengono proposti dei colloqui psicologici, degli incontri con la nutrizionista e il coinvolgimento della famiglia nel trattamento.

A questo punto si è avviata la presa in carico.

Ma se nel caso di Benedetta (forse per il suo stile bulimico, forse per la sua necessità di aggrappamento) c'è stata un'accettazione iniziale delle proposte terapeutiche, non sempre è così.

Spesso a causa della fragilità e dell'ambiguità della domanda solo parte della proposta terapeutica è accettata.

Lo stile del gruppo è caratterizzato da una certa morbidezza, come ebbe a dire la stessa Benedetta, che trova un limite nel rischio biologico; vogliamo dire che un controllo medico periodico è imprescindibile.

A volte i pazienti preferiscono dimenticare il corpo e parlare con uno psicologo; a volte temono il rapporto con uno psicologo come un rapporto pericoloso e preferiscono solo un controllo medico per accertare che il corpo macchina funzioni; a volte è accettato solo l'intervento del nutrizionista e a volte se ne ha paura come di qualcuno che costringe a mangiare o che controlla la frequenza del vomito.

La presa in carico da parte del gruppo è caratterizzata da un atteggiamento che potremmo definire di preoccupazione terapeutica primaria.

Qualunque delle figure professionali prescelta venga a contatto con il paziente cerca di creare uno spazio mentale per contenere le angosce di cambiamento, tollerando, con l'appoggio del gruppo, la temporanea scissione del paziente.

Sappiamo che la funzione di contenimento può produrre, di per sé, significativi cambiamenti che si possono osservare, nella presa in carico, già dopo pochi colloqui.

Questi pazienti sembrano aver bisogno di tenere separati la mente e il corpo, offrendo di se stessi un'immagine spezzettata.

Nel rapporto con il Centro, il paziente trova un'occasione di mettere in scena ciò che accade in lui e dentro la sua famiglia e di sperimentare concretamente le proprie difficoltà, con l'aiuto di qualcuno che cerca di comprendere.

Noi stessi come operatori e professionisti dobbiamo accettare di aver bisogno dell'aiuto degli altri. Il gruppo aiuta a non cadere nei tranelli delle divisioni e a mantenere un'immagine non divisa del paziente, a ricomporre, per lo meno nella nostra mente, i "pezzi" fino a che il paziente non sarà pronto per farlo da sé.

In questo senso sia per il paziente che per il terapeuta, ci è sembrato importante che il lavoro delle diverse figure professionali fosse svolto nello stesso servizio e, soprattutto, che l'intervento psicologico e psicoterapeutico fosse possibile all'interno di un centro ospedaliero specializzato nei disturbi alimentari.

Quando un paziente accetta di venire al Centro per colloqui psicologici che si protraggono nel tempo, anche se non organizzati in un setting stabile, in una vera e propria psicoterapia, si crea una relazione significativa all'interno della quale il terapeuta cercherà di facilitare nel paziente l'accesso al suo mondo interno, finora interdetto e incomunicabile.

Nella pratica psicoterapeutica svolta in ospedale l'atteggiamento dello psicoterapeuta è, rispetto al consueto, più attivo, più coinvolto in avvenimenti della vita reale (visite mediche, ricoveri in ospedale) e più aperto alla collaborazione con gli altri colleghi.

Tuttavia è fondamentale riuscire a mantenere uno spazio di intimità con il paziente dove sia possibile raccogliere le emozioni e riuscire a pensare.

Per il terapeuta, soprattutto in caso di rischio biologico, si configura il pericolo di un agire impulsivo.

Il gruppo ha la funzione di riflettere e valutare continuamente la qualità dell'aggancio, di individuare quale sia il livello di intervento possibile in quel momento e per quel tipo di paziente, di aiutare il singolo operatore a reggere la paura, il senso di fallimento e gli eventuali attacchi alle sue capacità di pensare compiuti dal paziente o dalla famiglia.

Così l'intervento di ogni singolo operatore acquista una dimensione terapeutica all'interno di un riferimento al gruppo.

Quando questa collaborazione funziona, superando i momenti critici e i continui rischi di divisione all'interno, anche il paziente e la sua famiglia si avvantaggeranno di un modello comunicativo dove l'individualità viene rispettata dal gruppo, dove non è una minaccia pensare insieme.

Vogliamo illustrare il nostro tipo di intervento con alcuni casi di pazienti resistenti alla terapia.

Caterina è una ragazza anoressica di 20 anni non troppo sottopeso, ma con molti problemi organici correlati all'anoressia. Ha alle spalle un tentativo di psicoterapia iniziata su "prescrizione" del suo medico curante. Non è lei che viene al centro, ma la madre molto angosciata che non sa che fare. Alla madre viene presentato il Centro e lo stile di lavoro. Le consigliamo di

descriverlo, a sua volta, alla figlia e di suggerirle di venire almeno per conoscerci.

Mentre la madre apre un dialogo con lo psicologo, Caterina si presenta al Servizio, accetta i controlli medici e alcuni colloqui con la psicoterapeuta e con la nutrizionista.

Dopo una iniziale diffidenza, sembra gradire i colloqui psicologici: così comincia un lavoro dove, mano a mano, viene in luce la sua paura di stare da sola, la paura di sbagliare tutto, la sua rabbia verso i genitori.

Ad un certo punto esprime il bisogno di decidere da sola, di riuscire a fare qualcosa da sola, vuole sospendere i colloqui con la terapeuta per aver tempo di scegliere da sé, pur sapendo che forse è spinta solo dalla paura di cambiare. La sospensione dei colloqui è vissuta con tranquillità sia dalla paziente che dalla psicologa, forse perché Caterina non abbandona il Centro ma resta in cura dal medico e dalla nutrizionista e sua madre continua ad essere seguita dallo psicologo. Dopo un certo tempo, la paziente decide "da sola" di iniziare una psicoterapia privata.

Riportiamo ora un caso in cui la figura meno temuta del gruppo è lo psicologo, anche se la paziente si rivolge in prima istanza ad un medico.

È un caso particolare perché la paziente Anna, una donna di 32 anni sposata ma ancora molto legata alla famiglia di origine, viene in ospedale lamentando dei disturbi che lei presenta come organici: mancanza di appetito e vomito se mangia un po' di più.

L'intervento medico stabilisce che non ha niente di organico e lei accetta molto volentieri la proposta di colloqui psicologici.

L'intervento più temuto è quello della nutrizionista, nel tempo si scoprirà che ha paura di doverle confessare il suo comportamento alimentare come ad un giudice intransigente del suo cedimento al cibo.

I primi incontri psicologici hanno avuto la finalità di avviare la paziente ad un maggiore riconoscimento del significato del suo comportamento alimentare come espressione del suo modo di stare al mondo.

Questa fase ha portato ad una più chiara richiesta di aiuto.

Anna racconta alla psicologa, con la quale ha stabilito un rapporto di fiducia, che è sempre stata a dieta fin da ragazzina, perché è un tipo che ingrassa facilmente (nella realtà è di peso normale).

"Se mangio un po' di più vomito, non lo so perché" continua a dire, mentre affiora il suo senso di isolamento e la ricerca di una vita isolata, il suo sconosciuto risentimento nei confronti dei genitori e del marito. Racconta eventi traumatici come abbandoni e lutti. Dopo un lungo tempo, durante il quale comincia a vomitare di meno, riesce a dire con forte carica emotiva: "Sono ossessionata dal cibo, ho una grande fame, il mio corpo mi fa orrore, lo vedo come una cosa appiccicata addosso, ho vergogna a stare con gli altri, li invidio, vedo tutti leggeri. È la prima volta che ammetto questa cosa anche con me stessa. Ho vergogna ad avere fame e non poter mangiare, mi voglio convincere di non aver fame".

Solo a questo punto è stato possibile avviare Anna ad una richiesta di psicoterapia e di aiuto sul piano nutrizionale.

Questa paziente, che poteva denunciare solo un malessere organico, non sarebbe mai andata da uno psicologo; ha potuto sperimentare questo spazio psicologico perché era lì all'interno di un ospedale, consigliato da un dottore.

Nel caso di Benedetta la paziente obesa che si era presentata al Centro con la richiesta di una dieta, è stato possibile cominciare e mantenere una dieta solo dopo due anni di lavoro psicologico e nutrizionale.

Anche la nutrizionista la sentiva troppo debole per affrontare qualunque regime di controllo alimentare, nonostante che fosse necessario e urgente dato il peso di 130 kg. Sin da piccola era stata grassoccia e dall'età di otto anni la madre aveva cominciato a farle fare diete; in famiglia il cibo rivestiva un ruolo centrale e tutti erano perennemente occupati da problemi di peso e di dieta. Benedetta non riuscendo ad essere magra, aveva negato il suo corpo e rifiutato ogni contatto fisico (non ricordava di essere mai stata abbracciata dalla madre, che, a suo dire, le preferiva il fratello). A diciassette anni dopo un fallimento scolastico e la rottura con il ragazzo,

Benedetta aveva iniziato a mangiare di nascosto enormi quantità di dolci e ad ingrassare fino a raggiungere l'attuale peso. Nel momento in cui si rivolge al Centro era iscritta all'Università, ma aveva interrotto gli studi perché non ce la faceva a frequentare i corsi per la vergogna di presentarsi con il suo grosso corpo. Venendo al Centro, per la prima volta Benedetta decideva di affrontare i propri problemi, di avere un interesse "attivo" per la sua situazione ed una volontà di cambiamento. Il lavoro psicoterapico risvegliava un reale interesse della paziente verso il proprio mondo interno e il proprio modo di esprimere le emozioni attraverso il cibo ed il corpo. Poteva affrontare alcuni temi centrali legati al suo bisogno di "ficcare la testa nel frigorifero", al suo terrore di "sentire la fame", ed anche di entrare in contatto con i propri sentimenti.

La psicoterapia l'aiutava e Benedetta riusciva a riprendere gli studi con successo, ad emanciparsi dalla madre, ad iniziare rapporti più aperti e sicuri con i coetanei. Tuttavia, pur controllando le abbuffate e sentendo che il cibo non era più il suo interesse centrale, dopo aver perso dieci chili, non riusciva più a perdere peso.

Qualunque programma alimentare, anche se richiesto, le generava una grande ostilità, il ripresentarsi delle abbuffate e un grande senso di fallimento.

La "durezza del sintomo" esasperava e deprimeva anche i terapeuti che, dopo una discussione di gruppo, decisero di distogliere la propria attenzione e quella di Benedetta dalla perdita di peso, di valorizzare il non aumento di peso, di sottolineare l'importanza di ogni sua emozione e di ogni minimo cambiamento nella sua vita.

Solo dopo un altro anno di lavoro che portò in luce l'immagine corporea distorta che Benedetta aveva di se stessa come di una ragazzina esilissima e fragile che non poteva dimagrire pena l'annullamento, Benedetta cominciò veramente a dimagrire.

Ci sembra importante sottolineare che pazienti, come quelle descritte, hanno dovuto fare un lungo percorso per avvicinarsi alla realtà psichica

sottesa ai loro problemi alimentari.

Queste pazienti non si sarebbero rivolte facilmente ad un servizio di salute mentale: la terapia, per molte di loro, è stata possibile proprio perché si svolgeva all'interno di un centro specializzato.

La possibilità di identificarsi con il loro sintomo e di poter, per lungo tempo, definirsi in base al loro problema alimentare e corporeo, offre una garanzia di protezione per la loro fragile identità. Per questo ci sembra necessario non "aggredire" il sintomo, ma rispettarlo come l'unico linguaggio, per il momento possibile, per esprimere e al tempo stesso contenere il dolore.

Si tratta di cercare la strada percorribile, al di là di protocolli rigidi.

Il problema fondamentale è costruire un adeguato spazio terapeutico per accogliere la sofferenza e le emozioni presenti in campo e dove sia possibile pensare. Nella nostra esperienza è stato necessario, innanzi tutto, creare per noi come gruppo terapeutico uno spazio di riflessione e valutazione delle emozioni che ci investivano, cosa che non si è rivelata facile nei casi di grave rischio biologico.

In caso di rischio biologico, lo spazio di pensabilità tende a collassarsi e facilita gli agiti e l'impulsività. Corriamo il rischio di agire, spinti dall'ansia, in modo rabbioso o iperprotettivo e cioè di proporre o imporre troppe cure sia mediche che psicologiche.

In conclusione, costruire uno spazio mentale che permetta a tutti: pazienti, familiari e curanti, di comprendere l'oscuro significato del sintomo e di gestire le emozioni in gioco, ci è sembrato il compito primario per noi psicoterapeuti di un centro ospedaliero per i disturbi del comportamento alimentare.

Bibliografia

BION W.R., "Apprendere dall'esperienza", Armando, Roma, 1972.

BRUCH H.,"The changing picture of an illness: anorexia nervosa", in Sacksteder J.L.,Schwartz D.P., Akabanr Y., "Attachmet and the

Therapeutic Process", International Universities Press, Madison, CT, 1987.

BRUCH H., "La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale", Feltrinelli, Milano, 1983.

BRUSSET B., "L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente", Borla, Roma 1992.

CHASSEGUET-SMIRGEL J., "La lotta delle donne per l'autonomia evidenziata dai disturbi alimentari. Riflessione a partire da casi di donne che hanno presentato dei disturbi anoressici e/o bulimici durante l'adolescenza", lavoro inedito, 1994.

CUZZOLARO M., "Aut nimis aut nihil. Bulimia, anoressia e altri disturbi del comportamento alimentare." Quon, vol.I, n.0, 1994.

D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L., "Anoressia/Bulimia: una terapia possibile?", in Atti del I°Congresso Nazionale della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector,Roma, 27/29 Gennaio 1995.

D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L., "Quale conclusione nella terapia dei disturbi alimentari?", Atti del XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia medica,Varese 10/11 Giugno 1995.

D'AGOSTINI C., "Momenti critici del percorso dal somatico allo psichico nel trattamento dei disturbi alimentari", Atti del Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, "Il malato psicosomatico, un approccio integrato", Trieste 10-13/5/1995.

GORDON R.A. "Anoressia e bulimia",Cortina, Milano 1991.

JOSEPH B.,"Il paziente difficile da raggiungere" in Equilibrio e cambiamento psichico, Cortina, Milano, 1991.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.: "La fame e il corpo",Astrolabio, Roma, 1974.

MAGAGNA J., "La paura d'ingrassare", in Contrappunto, n°16, Firenze, 1989.

MASTERSON J. F., "Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: an object relations views", in "Borderline Personality Disorders: the concept , the syndrome, the patient.", a cura di Hartocollis P., International Universities Press, New York, 1977.

PALAZZOLO SELVINI M., "L'anoressia mentale", Milano, Feltrinelli, 1963.

POLACCO G., La sindrome del No Entry, Relazione tenuta presso l'Associazione Fiorentina Psicoanalitica, Firenze, 11/12/1993.

REY H., "Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states", Fre Association Books, Londra.

RIPA DI MEANA G., "Le figure della leggerezza", Astrolabio, Roma, 1995.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 131-138

L'intervento nutrizionale nel trattamento dei disturbi alimentari psicogeni: caratteristiche e limiti

Eva Hanhart
Centro di alcologia e della nutrizione
Azienda ospedaliera di Careggi - Università degli Studi di Firenze

Dopo che è stata trattata ampiamente la sfera mentale vorrei riportare i vostri pensieri sulla terra e sul piano concreto del corpo e del cibo.

A questo scopo vi faccio vedere qualche diapositiva introduttiva.

Spero che vi venga l'acquolina in bocca vedendo queste foto. L'acquolina in bocca alla vista di cibo attraente e le piacevoli sensazioni che l'accompagnano sono voluti dalla natura e hanno una funzione fisiologica: ci preparano alla digestione del pasto che consumeremo probabilmente tra breve. Abbiamo bisogno di mangiare per vivere. Il cibo è fonte di vita. Mangiare con piacere, vuol dire assicurare la sopravvivenza. Il cibo dal punto di vista biologico e fisiologico è un amico.

Tavolata Lungarno: era una grande festa, magari qualcuno vi ha partecipato. Si intuisce anche la funzione del cibo nelle relazioni sociali. Mangiare in compagnia degli amici fa piacere e crea rapporti tra le persone.

Se pensiamo ai nostri pazienti sappiamo bene che il cibo è tutt'altro che un amico.

O viene scansato rigorosamente oppure serve a riempire dei vuoti interni lasciando poi un grande senso di vergogna e di colpa. Il cibo è diventato un grande nemico.

Inoltre questi pazienti spesso hanno delle convinzioni distorte nei confronti del cibo e dell'alimentazione.

Penso che uno dei primi compiti del nutrizionista sia questo: trasmettere un'altra dimensione dimenticata di pensiero e di visione del cibo: avere piacere a tavola è un nostro diritto e fa parte del progetto della vita.

Ma come si fa a trasmettere questa dimensione di pensiero?

Ci sono due ambiti nei quali si può operare: uno è l'intervento individuale del nutrizionista in ambulatorio e l'altro sono i gruppi di auto-aiuto. Vorrei parlare prima dell'auto-aiuto perché, come vedrete, permette di fare delle cose impensabili nel rapporto individuale in ambulatorio.

L'auto-aiuto Il gruppo è un posto dove si può uscire dal proprio isolamento che spesso accompagna questi disturbi, dove si trova la solidarietà delle altre persone che hanno problemi simili.

È una modalità "soft" a basso costo di approccio alle problematiche.

Nei nostri gruppi (esclusivamente femminili) ci sono persone diverse tra loro per tipologia sintomatica, età, cultura ed esperienza. Questa disomogeneità mi sembra vantaggiosa proprio per creare un equilibrio tra le varie menti e nel bilanciamento di visioni distorte.

Le tematiche nei gruppi riguardano il rapporto con il proprio corpo, l'immagine di sé, le emozioni, l'assertività e il rapporto con gli altri, il rapporto con il cibo. Per il momento vorrei parlare solo di quest'ultimo.

Ritornando alla domanda "Come si fa a cambiare il rapporto con il cibo?" vi racconto alcune esperienze che vengono fatte nel gruppo.

Per esempio si fanno dei viaggi di fantasia tipo la cucina ideale: ci si immagina di stare nella propria cucina dove qualcuno ha messo tutte le nostre cose preferite e si cerca di capire le proprie reazioni ed emozioni di fronte a tutto questo ben di Dio. Alla fine ci si domanda com'è fornita la propria cucina di casa. Se ha un aspetto desolante: frigorifero e armadietti vuoti oppure no. Si può anche fare una lista dei propri cibi preferiti oppure si può cercare di capire se c'è un collegamento tra certi alimenti e certi stati d'animo.

Nel gruppo è capitato anche di mangiare insieme un cioccolatino ciascuno (dico uno) gustandolo senza sensi di colpa o considerandolo un peccato.

Uno o due volte l'anno organizziamo un fine settimana in campagna, cucinando e mangiando insieme e assaporando il piacere della convivialità. Si fanno passeggiate, ci sono momenti comunitari, ma anche momenti

di silenzio. Quest'anno l'abbiamo fatto a giugno e ora le donne si stanno già attivando per organizzarlo anche a gennaio in località del mare.

Risultati ottenuti rispetto al rapporto con il cibo.

Dopo due anni di esperienza nei gruppi di auto-aiuto, ci si chiede cosa è cambiato per queste persone.

All'inizio c'erano persone che svuotavano di nascosto barattoli di marmellata, c'era chi si metteva banane e altro nella manica della camicia per poi andare a mangiare al gabinetto, c'erano e ci sono tutt'ora ragazze anoressiche e bulimiche con le loro condotte alimentari a noi ben conosciute. Tutte parlavano di un senso di vergogna e di colpa grande. Ma il gruppo accoglie, non giudica e lascia il posto per esprimere liberamente anche le cose nascoste, tante volte si ride e piano piano si sdrammatizzano vissuti negativi e angosciosi.

Non hanno perso molto peso, non hanno ricominciato a mangiare regolarmente, ogni tanto capita qualche abbuffata, ma penso di potere affermare che è migliorato il loro rapporto con il cibo; tante lo vivono con maggiore serenità e hanno meno sensi di colpa.

Naturalmente non tutte. Le ragazze anoressiche, per esempio, e anche altre, non mangiano il cioccolatino; magari partecipano a qualche cena e ci sentiamo onorate, ma non toccano cibo. La loro partecipazione con gioia ad un incontro conviviale è per loro già un punto di arrivo.

Ho detto che per prima cosa vorrei, come nutrizionista, trasmettere un'altra dimensione dimenticata di pensiero, cioè che il cibo è un amico; ma fare vedere e fare vivere un altro pianeta non è sempre facile.

Con questo chiudo la parentesi sull'auto-aiuto ed arrivo all'intervento individuale del nutrizionista svolto nella nostra équipe.

Sappiamo che il comportamento alimentare dei nostri pazienti è un sintomo di altre cose molto più profonde e ha un suo significato psicologico. Le abitudini alimentari bizzarre rappresentano in qualche modo una "soluzione", seppure erronea, di disagi interni del paziente. È importante che anche il nutrizionista tenga sempre ben presente questo, altrimenti rischia di impostare un dialogo tra sordi.

Si ribadisce l'importanza dell'approccio multidisciplinare a queste problematiche e della collaborazione con lo psicoterapeuta. È lui che approfondisce le motivazioni interne del sintomo il cui abbandono viene forse reso possibile dall'intervento congiunto dei due professionisti che insieme aiutano il paziente a trovare delle "soluzioni" alternative ai suoi disagi interni.

È un disturbo mentale, ma i problemi del corpo possono diventare pressanti e ci vuole assolutamente la sorveglianza nutrizionale.

Il percorso con il nutrizionista

Tenute presenti queste premesse, si cerca di creare una relazione personale solida come primo atto terapeutico. Nel senso di "prima di imporre il mio mondo cerco di capire il tuo mondo".

In primo luogo si accoglie, si ascolta, ci si fa raccontare la propria storia, seguendo la paziente, rispettandola e rispettando i suoi tempi.

Il tempo. Stiamo seguendo una ragazza di 120 kg. L'intervento della nutrizionista era proprio rispettarla nella sua resistenza nel perdere i chili. Abbiamo smesso di parlare di dieta anche se si è fatto il contratto di non ingrassare più (ed è stata seguita da una psicologa che ha lavorato con lei con il corpo).

In generale per questi disturbi non bisogna avere fretta e lasciarsi il tempo. Molte volte le persone (pazienti e accompagnatori) arrivano e si sente una forte tensione anche di drammaticità nell'aria. La prima cosa da dire è: calma, i problemi si affrontano un po' alla volta. L'approccio multidisciplinare aiuta a dare la calma al professionista. Se non è ancora tempo per andare dallo psicologo c'è il nutrizionista oppure viceversa, o c'è il medico che prende in carico il paziente. Oppure la persona viene accolta nel gruppo di auto-aiuto, dove può maturare e trovare la sua motivazione a formulare una chiara domanda. Importante è che sia seguita in qualche modo. Questo aiuta i professionisti a rimanere calmi.

Ritorno al lucido e alla costruzione di un rapporto personale solido.

Si tratta di conquistare la fiducia del paziente e di diventare complici nella terapia.

Una volta stabilito questo rapporto allora intervengo come nutrizionista, cercando sempre di essere il meno intrusiva possibile. Si fa un contratto con la finalità di "non ingrassare" (almeno per il momento) ma neanche più "perdere peso" e in questo bisogna essere autorevoli e anche un po' autoritari. Nutrire sì, e raggiungere e mantenere uno stato di salute accettabile. Esprimo viva preoccupazione per il corpo e sulla necessità di una attenta sorveglianza nutrizionale. Una posizione decisa e una linea chiara dà anche sicurezza e solleva in parte dalla responsabilità. A questo punto è molto importante la collaborazione con il medico che interviene con l'esame clinico e il controllo dei parametri nutrizionali di laboratorio.

Prima dell'estate abbiamo avuto il caso di una ragazza anoressica che da Natale aveva dei valori del ferro sempre più bassi che poteva significare anche calo di altri parametri. Insieme al medico l'abbiamo convinta a fare un day-hospital per controllare tutti i valori nutrizionali e di riempire di nuovo il deposito di ferro. Ha acconsentito soltanto quando le ho spiegato bene che non vogliamo farla ingrassare a forza, ma solo controllare il suo corpo e regalarle un po' di ferro con le flebo.

Ritengo necessario avviare in queste ragazze un processo di responsabilizzazione e coinvolgimento del proprio stato di salute. "Insieme dobbiamo prenderci cura del tuo corpo".

La gestione nutrizionale comincia con il diario alimentare. Il diario è un quaderno molto personale, è un amico, a cui affidare i propri pensieri e le proprie sensazioni.

Come vedete, il diario alimentare non serve tanto per misurare quanto si mangia nel corso della giornata, ma a indagare pensieri, emozioni e sensazioni che accompagnano l'assunzione del cibo. Essere stimolato a soffer-

marsi e cercare di esprimere quello che si sente può essere molto utile per chi spesso è abituato a non esprimere i propri sentimenti.

Ci si può accorgere che molte volte le emozioni vengono buttate sul cibo e si mangia per noia, rabbia, senso di vuoto, sconforto, solitudine. Esserne consapevoli è il primo passo per imparare a trovare delle alternative per nutrire il sé.

Inoltre sensazioni come fame e sazietà sono andate perdute in questo tipo di disturbi: le ragazze anoressiche si sono autoimposte un controllo cognitivo sullo stimolo della fame e chi mangia troppo ammette di mangiare quasi mai per vera fame. Fermarsi e indagare e cercare di ritrovare queste sensazioni sarebbe un obiettivo da raggiungere.

In generale fame e sazietà sono stimoli interni che ci dovrebbero guidare nella nostra condotta alimentare, invece nei paesi occidentali industrializzati che sono diventati delle specie di paesi delle meraviglie rispetto alla disponibilità di cibo non succede quasi più. Numerosi fattori di ordine psicologico, sociale, culturale interferiscono con il comportamento alimentare dell'uomo di oggi.

Come mangiare: (situazione ambientale) mangiucchiare durante tutto il giorno, mangiare in piedi, davanti la televisione, in fretta e così via.

Seguire certe regole aiutano a normalizzare passo dopo passo le proprie abitudini alimentari:

- mangiare ad orari regolari (pasti principali e anche spuntini)
- non saltare nessun pasto; digiunare più o meno durante il giorno aumenta il rischi di abbuffata la sera e durante la notte
- avere tempo per mangiare e rilassarsi durante i pasti
- mangiare lentamente.

Educazione alimentare:

Con il diario o anche a parole si apprende il modo di mangiare del paziente. Il diario permette di comprendere pregiudizi e fobie e di riconoscere le difficoltà e le problematiche del paziente.

Si cerca di impostare un programma di educazione alimentare aiutandosi con una tabella dietetica.

Queste pazienti molte volte sembrano delle macchinette elettroniche con delle tabelle caloriche incorporate, ma del resto hanno delle visoni distorte circa i criteri di una buona alimentazione.

Nella tabella non importa leggere le singole voci. Sono stati evidenziati i vari gruppi di alimenti come carboidrati, proteine e grassi che in una buona dieta bilanciata fisiologica dovrebbero avere dei rapporti quantitativi ben precisi tra di loro ed inoltre ci sono i vegetali che non dovrebbero mai mancare in una buona alimentazione.

A proposito della dieta ci sono delle attese miracolistiche quasi magiche e irrealistiche. Avere in mano una dieta sembra tenere una bacchetta magica che risolve tutto, oppure funge da alibi per dire: "ora che ho la dieta è tutto a posto". Per questo evito di compilare e consegnare una dieta senza il coinvolgimento attivo del paziente.

Preferisco con l'aiuto di questa tabella (che va bene per tutte le varie sintomatologie) costruire insieme al paziente la sua dieta, favorendo un suo ruolo attivo e facendo delle proposte di cui si intuisce la fattibilità da parte sua; questo aiuto tra l'altro a migliorare l'autostima

Si può arrivare ad una dieta scritta che, per le anorressiche, all'inizio sarà ipocalorica, dando magari dei punti fermi concordati da seguire, per esempio rispetto al pasto meglio tollerato.

Si possono concordare anche delle modalità stravaganti di alimentazione, basta che i criteri nutrizionali siano rispettati in qualche maniera. Col tempo si cerca di recuperare gruppi di alimenti diventati tabu e di aumentare le calorie introdotte (altra parte della tabella).

L'alimentazione non è un'operazione matematica e dovrebbe avvenire con la pancia e non con la testa e dunque anche la prescrizione dietetica dovrebbe stimolare la fantasia del paziente a trovare i suoi piatti gustosi secondo le proprie abitudini.

Qui si chiude il cerchio del mio intervento: “Dipingiamo” i piatti , facciamoci stimolare l’appetito dal loro aspetto e come ho detto all’inizio: la buona tavola fa parte dei piaceri della vita e questo lo dico anche a chi nel momento non ha orecchi per sentire, ma forse più in là se ne ricorderà.

CARATTERISTICHE DELL’ AUTO-AIUTO:

- Tentativo di uscire dal proprio isolamento
- In un ambiente protetto si crea una rete di solidarietà e di sostegno che funge da punto di riferimento e da contenimento
- Modalità “soft” di approccio e di terapia a basso costo
- Offre possibilità impensabili in ambulatorio
- Il gruppo eterogeneo è vantaggioso nell’equilibrare le varie menti e bilanciare visioni distorte
- Attivazione di energie verso il cambiamento
- Tematiche: rapporto con il corpo e immagine di sé, emozioni, assertività e rapporto con gli altri
- Rapporto con il cibo: fare vedere e vivere un altro pianeta

PERCORSO CON IL NUTRIZIONISTA:

- Primo atto terapeutico: creare una relazione personale solida
- Accogliere, ascoltare, farsi raccontare la propria storia
- Rispettare e rispettare i tempi
- Conquistare la fiducia del paziente
- Diventare complici nella terapia

CONTRATTO TERAPEUTICO:

- Finalità: ”non ingrassare” ma neanche più “perdere peso”
- Nutrirsi, raggiungere e mantenere uno stato nutrizionale accettabile
- Avviare un processo di responsabilizzazione e coinvolgimento del proprio stato di salute
- “Insieme dobbiamo prenderci cura del tuo corpo”.

Disturbi del comportamento alimentare, 1998: 139-144

Dibattito

Moderatori: Prof. A. Casini, Prof. V. Patussi

V. Patussi:

Come moderatore ci sono delle curiosità da parte mia e delle domande da fare ai 2 relatori.

La prima alla Dott.ssa Ramacciotti:

Mi veniva in mente per quanto riguarda gli uomini di quanto potrebbe essere l'influenza nel controllo del peso e dell'alimentazione da parte del fumo e del tabacco.

Il tabacco è sia un'acquisizione delle donne, ma è un'acquisizione da molto più tempo, è un costume, un comportamento tipico dell'uomo.

Secondo la mia esperienza nel Centro di alcologia e della nutrizione, quando si inizia a lavorare sul controllo di questo comportamento e quindi sulla riduzione all'uso delle sigarette, il problema maggiore è proprio la tendenza da parte degli uomini a ingrassare e la sigaretta viene vista come una sostanza terapeutica; gli si dà un connotato di sostanza terapeutica farmacologica per poter controllare il proprio peso e molti riprendono le cadute nel tabagismo,

L'uso delle sigarette è legato, perlomeno come motivazione che viene riportata, al fatto di essere ingrassati, quindi la sigaretta come controllo in modo particolare negli uomini.

Per quanto riguarda il Prof. Sirigatti mi stavo chiedendo: vedevo estremamente interessante la relazione su quelle che sono le abitudini dei ragazzi.

Nel frattempo sempre partendo dalla mia esperienza in termini pratici, stavo pensando quali sono le abitudini poiché considerata come rumore di fondo, da non tenere in considerazione nel procedimento diagnostico tradizionale.

Le pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbo Ossessivo Compulsivo (D.O.C.) presentano comportamenti alimentari maggiormente disturbati delle pazienti senza D.O.C. Il D.O.C. può essere trattato, come la bulimia nervosa, con discreto beneficio con la Fluoxetina, il che potrebbe indicare una connessione biologica fra le due patologie. Ronchi et al. suggeriscono l'ipotesi di un'appartenenza dei Disturbi del Comgere con una certa attività fisica.

Per cui sono molto d'accordo con quello che diceva il Prof. Sirigatti sulla figura dell'allenatore, che potrebbe essere anche chi fa un programma in palestra, eccetera.

S. Sirigatti:

Dò una risposta in forma aneddotica alla domanda del nostro moderatore.

Quando mi domandano quando ho smesso di fumare, io ho 2 risposte: 20 anni fa o 20 chili fa.

Quindi questo indica che perlomeno dal punto di vista soggettivo qualche relazione ci può essere. Per quanto riguarda il fatto che noi abbiamo rilevato il fumo, accanto a una attività fisica strenua oppure accanto a una riduzione di cibo, va notato che vi è talvolta l'uso del fumo come moderatore dell'appetito.

Per l'attività fisica, credo di non avere notizie dirette e sistematiche, ma accanto ai questionari noi abbiamo fatto una serie di colloqui con ragazzi, adulti, scuole di danza, quindi abbiamo un po' il quadro di questi elementi; quindi cosa si può dire? Che se un ragazzo svolge un'attività di tipo sportivo, anche amatoriale durante la scuola, perché non credo che vi sia una grande differenza dall'epoca in cui veniva frequentata la scuola da qualcuno di noi, se va bene l'ora di educazione fisica può promuovere interesse, ma difficilmente dà delle competenze oppure una occasione effettiva di attività.

Nell'università esistono i Centri Universitari Sportivi, però credo che siano un po' limitati ad una frazione dei frequentanti; un'opportunità che

non è particolarmente sfruttata e che forse se venisse veramente sfruttata porrebbe di fronte ad una grossa carenza di risorse, come si verifica spesso di fronte alle risorse didattiche che l'università offre ai nostri studenti.

È un'attività sportiva, un'attività motoria che viene fatta spesso in scuole private, in scuole di danza, utilizzando spesso risorse non istituzionali.

V. Patussi:

Riterrei che sarebbe estremamente interessante iniziare a studiare nuovi comportamenti che riguardano anche il sesso maschile, e che venivano dati per scontati unicamente nel sesso femminile. D'altra parte credo che dobbiamo anche iniziare a vedere l'alimentazione non solo come alimentazione di qualcosa che io ingerisco, ma come uso di sostanze in termini di stimolazione. Molte bevande, come integratori stimolanti, si trovano oggigiorno tranquillamente negli alimentari, nelle drogherie. Uno di questi per es. è Red Bull a base di taurina e caffeina che viene usato come integratore.

Se leggete l'etichetta ci sono tutta una serie di indicazioni: non prendere in gravidanza, stare attenti agli effetti collaterali con la caffeina ecc.

Allora probabilmente bisogna cominciare a vedere anche questi nuovi aspetti di un'integrazione alimentare sulla base di un uso stimolante per ottenere delle migliori prestazioni.

Probabilmente anche la visione della massa corporea nell'aspetto della figura maschile diventa estremamente importante laddove è poi collegata con lo sport.

Mi venivano in mente, mentre si parlava di massa corporea, le riflessioni che si erano fatte sui calciatori che nel giro di 6-7 mesi aumentavano rapidamente la loro massa corporea.

Circa 20 giorni fa è morta Griffith Flow nella quale si poteva osservare nelle foto una struttura corporea non prettamente femminile ma fortemente mascolinizzata.

Credo che nella nostra cultura in generale l'assunzione di qualcosa in termini di sostanza che entra nella bocca sia legata anche a fenomeni che non sono solo di costume.

Quanti di noi vicino all'esame, non hanno avuto lo stimolo.

Io vengo dalla generazione di glutaveniani: glutaven, memoserina e altre sostanze che sono sempre in un certo senso integratori alimentari; sostanze che in un certo senso una volta venivano date attraverso la famosa carne ai ferri ricca di sangue.

Penso quindi che dobbiamo iniziare ad avere una visione molto più allargata di questo settore e credo che i dati che sono venuti fuori siano estremamente interessanti e ci pongano questa richiesta di una maggiore osservazione. Fondamentalmente stiamo andando ad osservare dei comportamenti che non sono più monosettoriali ma trasversali tra di loro. Il doping ci ricollega con un mondo che finora abbiamo lasciato da una parte troppo facilmente come quello delle tossicodipendenze, come avvertiva prima il Prof. Sirigatti relativamente all'uso dell'alcool e di altre sostanze. Credo che in questo dobbiamo veramente iniziare ad avere una visione veramente più allargata e più attenta.

A. Casini:

È mio compito tentare di concludere di questo interessante dibattito con alcune considerazioni sul problema dell'alimentazione da un punto di vista salutistico.

Agli inizi di questo nuovo millennio tutti gli studiosi più autorevoli in materia di nutrizione umana sembrano concordare sul fatto che un sana alimentazione, e conseguentemente un giusto apporto nutrizionale giornaliero, sia la conditio sine qua non per il mantenimento dello stato di salute fisica dell'uomo. Se ad un corretto comportamento alimentare si associa anche un'adeguata attività fisica l'abbattimento dei rischi di sviluppo di alcune patologie risulta ancor più efficace. Si ritiene pertanto oggi giusto allargare il concetto di "sana alimentazione" a quello di un "sano stile di vita". Il modello alimentare italiano dimostra, negli ultimi 15 anni, mutamenti nei consumi dei vari nutrienti; così per quanto riguarda l'apporto calorico giornaliero risulta ridotto di circa 400 kcal/die e la fonte principale di approvvigionamento energetico deriva soprattutto dalle proteine e dai

lipidi responsabili del 154% e del 131% del fabbisogno giornaliero medio. Sono ridotti anche i consumi di carboidrati con circa 60 grammi in meno al giorno. Tali variazioni sembrano essere legati ad una serie di mutamenti socio-economici-politici che hanno determinato un cambiamento dei consumi alimentari con tendenza ad allontanarsi da un modello alimentare di tipo mediterraneo e per avvicinarsi ad abitudini alimentari di tipo Occidentale. In definitiva questi cambiamenti alimentari e i mutamenti dello stile di vita sono ampiamente responsabili della crescente prevalenza dell'obesità e più ampiamente dell'aumento delle malattie cronico-degenerative. Volendo dare un'idea della prevalenza cumulativa del sovrappeso e dell'obesità, cioè dei soggetti con BMI (Body Mass Index)>25 kg/m2, possiamo dire che almeno il 50% della popolazione adulta è sovrappeso od obesa. Questa prevalenza aumenta drasticamente con l'età fino a raggiungere stime del 70-80% nei soggetti anziani (in età comprese tra i 65 e gli 85 anni). Se si considera l'obesità come tale, cioè soggetti con BMI>30 kg/m2 ed una fascia d'età tipica della maturità, questa è presente nel 10-17% degli uomini e nel 10-36% delle donne, mentre nei soggetti anziani l'obesità oscilla tra il 4-16% della popolazione maschile contro il 28-40% della popolazione di sesso femminile. Gli alimenti contengono variamente uno o più nutrienti, che l'organismo separa nel processo di digestione e che rappresentano le componenti fondamentali della nostra dieta. Ogni nutriente svolge un compito specifico e necessario al nostro corpo dalla nascita e per tutta la vita. I nutrienti, digeriti e assorbiti dall'organismo, vengono utilizzati per la costruzione o ricostruzione plastica dei tessuti, per il mantenimento di una temperatura corporea costante e per le reazioni di difesa dell'organismo contro gli agenti patogeni. Per molte malattie si aprono oggi nuove prospettive di una efficace dietoterapia. Gli studi effettuati nell'ultimo decennio hanno permesso di individuare nutrienti contenuti negli alimenti capaci di influenzare positivamente l'andamento di alcune malattie o, ancor più interessante, di prevenirne lo sviluppo. Un grande contributo in questo campo è venuto da studi sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari, prima causa di morte nel mondo occidentale, dell'obesità, del

diabete, delle malattie epatiche e dell'apparato digerente, delle patologie scheletriche.

Tutte queste considerazioni però non devono condurre ad una educazione alimentare esasperatamente medicalizzata. Cioè, l'atto del mangiare non può essere interpretato come mero mezzo preventivo di sviluppo di patologie in arrogante conflitto con il piacere e la cultura della tradizione gastronomica, maturate da gran tempo nei paesi storicamente più evoluti come il nostro. L'atto alimentare ha un suo simbolismo e non può essere svilito, al di fuori di situazioni particolari di malattia, ad un puro calcolo di nutrienti. È pertanto oggi necessario individuare un equilibrio fra i piaceri della tavola ed una sana alimentazione, impresa questa assolutamente non impossibile visti i notevoli progressi raggiunti dalla scienza dell'alimentazione.