

# **Disturbi della condotta alimentare**

*Dott.ssa Domizia Consoli*

Obesità, anoressia e bulimia sono termini entrati nel nostro linguaggio comune , a designare la crescente importanza che i problemi connessi al peso e al corpo hanno assunto negli ultimi anni. I mezzi di comunicazione sono sempre più centrati su notizie inerenti patologie quali l'anoressia o l'obesità, spesso associate a pareri e consigli più o meno efficaci e documentati circa interventi certamente efficaci e risolutivi. Analogamente , l'espansione di queste patologie, tipiche dei paesi industrializzati, è in costante crescita.

Nei paesi occidentali industrializzati si sta riscontrando un crescente e preoccupante aumento del peso corporeo medio, con un numero sempre maggiore di soggetti obesi nella popolazione generale. L'obesità , malattia medica nota per la sua caratteristica di cronicità e per le patologie che ad essa sono associate , è diffusa sia tra gli adulti che nell'infanzia. Il fenomeno è molto preoccupante negli Stati Uniti , ma numerosi dati indicano come anche in Europa ed in Italia il numero dei bambini e degli adolescenti sia in forte aumento. Questa situazione è dovuta a molti fattori ed è legata a un cambiamento dello stile di vita dal dopoguerra ad oggi, con la manifestazione di abitudini che facilitano lo svilupparsi dell'eccesso del peso corporeo, quali il consumo di pasti confezionati, spuntini a qualunque ora del giorno, l'uso dei mezzi di trasporto, le ore eccessive passate davanti la televisione e così via. Il sovrappeso e l'obesità possono avere effetti negativi con lo stato di salute, sia a causa di patologie correlate quali ad esempio l'ipertensione, il diabete, le malattie cardiocircolatorie, sia a causa di profondi disagi psicologici legati alla inadeguata accettazione del proprio corpo e al fallimento dei tentativi di perdere peso. Alla condizione di obesità o di sovrappeso si associa spesso la presenza di un disturbo che riguarda lo stile alimentare, i pensieri e le emozioni legate all'alimentarsi , nonché al proprio corpo. Prendendo in esame la storia clinica di molti pazienti in età adolescenziale l'eccesso corporeo e la distorsione nel modo di percepire il cibo e il corpo favoriscono l'insorgere di un insieme di patologie che prendono il nome di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). I Disturbi del Comportamento Alimentare (Eating Disorders) sono classificati tra le malattie mentali e rientrano nell'area di competenza della psicopatologia, della psichiatria e della psicoterapia. Tuttavia, tra le malattie mentali, sono forse quelle che presentano più zone d'intersezione con altri settori della medicina, e che più richiedono, soprattutto in alcune fasi interventi coordinati di specialisti diversi. La compresenza nello stesso paziente d'alterazioni fisiche e disturbi psichici, indipendentemente dal loro movente eziopatogenetico, rende indispensabile una collaborazione pluridisciplinare per un corretto inquadramento diagnostico e per un adeguato indirizzo terapeutico. Nella nosografia recente, in particolare nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association , IV edizione TR, il capitolo dedicato ai Disturbi dell'Alimentazione comprende l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, i più comuni disturbi del comportamento alimentare e i Disturbi dell'Alimentazione

Non Altrimenti Specificati (meno specifici o meno tipici). Per le nuove categorie di studio, è invece stato inserito il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorders).

## ***Classificazione***

La parola anoressia significa “perdita dell’appetito”, ma se viene usata per definire le pazienti anoressiche non è corretta in quanto in queste non si ha la perdita dell’appetito bensì il rifiuto di mangiare. In realtà il cibo è per le cosiddette anoressiche, ad un’osservazione sufficientemente acuta, importantissimo, anzi, la cosa più importante. Il cibo non è affatto argomento sgradevole di conversazione per queste pazienti, purché non si tratti del “loro cibo”; è molto frequente l’interesse per la cucina, la conoscenza di molte ricette e l’hobby di cucinare per gli altri dolci e piatti elaborati.

I criteri diagnostici per *Anoressia Nervosa* sono secondo il DSM IV-TR:

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo 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 acquisire peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.

C. Alterazione del 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 tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione d’ormoni, per es. estrogeni).

Si distinguono due sottotipi:

1. *Con Restrizioni*: nell’episodio attuale di *Anoressia Nervosa* il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione ( per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
2. *Con abbuffate/Condotte di Eliminazione*: nell’episodio attuale di *Anoressia Nervosa* il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione ( per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

## *Caratteristiche diagnostiche*

La caratteristica tipica dell'Anoressia nervosa è la severa perdita di peso ed il raggiungimento di peso corporeo molto basso, che può determinare dei gravi rischi per la salute. Nelle pazienti anoressiche si nota un rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e per la statura; vi è un'intensa paura di acquisire peso o di diventare grasse, anche quando in realtà sono sottopeso. Un altro criterio diagnostico molto importante è l'amenorrea, cioè l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi nelle donne che hanno già avuto il menarca. L'amenorrea è legata a livelli bassi di estrogeni circolanti, dovuti ad una diminuita secrezione di FSH e LH ipofisari ed è la spia di una disfunzione endocrina. Queste, dunque, sono le tre caratteristiche indispensabili per poter far una diagnosi d'anoressia nervosa: la paura fobica di aumentare di peso, la perdita di peso e l'amenorrea. La perdita di peso è principalmente dovuta alla dieta ferrea e severamente ipocalorica. Alcuni pazienti per perdere peso eseguono un'attività fisica pesante ed eccessiva anche per molte ore al giorno. Altri per dimagrire si auto-inducono il vomito o usano altre forme inadeguate per la salute, come l'uso inappropriato di lassativi o di diuretici. La perdita di peso è primariamente ottenuta tramite la riduzione della quantità totale di cibo assunta. Sebbene la restrizione calorica possa essere inizialmente limitata all'esclusione di alimenti considerati ipercalorici, nella maggior parte dei casi questi soggetti finiscono per avere un'alimentazione rigidamente limitata a poche categorie di cibi. Nel criterio A viene fornito un valore di riferimento: è considerato sottopeso un individuo con un peso corporeo al di sotto dell'85% del peso normale per età ed altezza. Per la corretta valutazione dell'adeguatezza del rapporto peso/altezza si fa spesso riferimento all'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index, BMI), che è dato dal rapporto tra il peso in chilogrammi e l'altezza, espressa in centimetri ed elevata al quadrato:  $BMI = \text{peso}/\text{altezza}$ . Viene considerato normale un BMI compreso tra 19.5 e 24.5 per i maschi, e tra 18.5 e 23.5 per le donne. È infine importante valutare la costituzione e la storia anamnestica del peso corporeo di ogni singolo individuo nello stabilire un peso minimo normale. La percezione ed il valore attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano considerevolmente distorti; alcuni soggetti si vedono grassi rispetto alla totalità del loro corpo, altri ammettendo la propria magrezza, percepiscono come "troppo grasse" alcune parti del corpo come i glutei e le cosce. Possono adottare svariate tecniche per valutare le dimensioni e il peso, come pesarsi di continuo, misurarsi ossessivamente con il metro, controllarsi ripetutamente allo specchio. Nei soggetti con Anoressia Nervosa i livelli di autostima sono pesantemente influenzati dalla forma fisica; la perdita di peso, quindi viene giudicata come una straordinaria conquista mentre l'incremento ponderale viene esperito come inaccettabile perdita del proprio self-control.

## *Studi eziopatogenetici*

La vasta letteratura sull'Anoressia ne riconosce le cause in tre aree principali:

1. Fattori economici e socio-culturali;
2. Fattori individuali;
3. Fattori legati all'ambiente familiare.

### *I fattori economici e socio culturali*

L'anoressia è una patologia che prevale nei paesi ad alto livello di sviluppo e nelle classi sociali elevate, quasi esclusivamente nel sesso femminile anche se attualmente le ricerche evidenziano un dilagare di questa patologia anche tra le classi piccolo-borghesi e operaie. Negli ultimi decenni nella nostra società si sono verificate modificazioni sia a livello economico che a livello culturale, vi è stata una notevole spinta al consumo e si è instaurato uno stile di vita caratterizzato dal culto del corpo e della bellezza fisica. Il corpo e la forma fisica sono diventati valori fondamentali e l'apparire in forma consente di vivere più serenamente il rapporto con gli altri. Il culto per il fisico perfetto ha trovato poi nei mass media lo strumento principale di affermazione e nei programmi televisivi il luogo di un continuo inneggiare alla magrezza indicata come modello di perfezione. Uno degli effetti più vistosi di tale situazione è dato dal fatto che le adolescenti occidentali si riferiscono nei loro comportamenti ad uno stereotipo femminile dettato dalla moda alla continua ricerca, sulla base di quello stereotipo, dell'approvazione altrui.

### *Fattori individuali*

L'età di esordio si colloca nel post-puberale o adolescenziale ed interessa la fascia di età tra i 12 e 25 anni, con due picchi di maggior frequenza a 14 e 18 anni; l'adolescente è un soggetto a rischio a causa della debolezza dell'io e della personalità. Il corpo si trova in posizione centrale e nella maggior parte dei problemi e dei conflitti dell'adolescente; le trasformazioni morfologiche della pubertà rimettono in discussione l'immagine del proprio corpo che il bambino si era costruito. Per quanto riguarda il sesso vi è una netta prevalenza di questo disturbo nella popolazione femminile; le donne sono più vulnerabili a questo tipo di disturbo per vari fattori di natura biologica e socio-culturale.

Per quanto riguarda i fattori legati allo sviluppo Brusset e Lesine (1979), in un campionamento di bambini di entrambi i sessi, hanno rilevato che "il 34% delle

madri rifiutava di allattare al seno le figlie perché consideravano questa fatica come un lavoro forzato, o perché ne erano impedita da ragione di lavoro...”. L’importanza dell’allattamento al seno è testimoniata da vari autori: è il primo contatto fisico ed emotivo tra la madre e il bambino. Un neonato mette a fuoco il viso della mamma solo a distanza ravvicinata cioè quando lei lo allatta: per questo è importante che, mentre lo nutre la mamma lo guardi e gli parli. Questo lo fa sentire amato, lo introduce nel mondo e garantisce un sostegno importante al suo sviluppo. Gli occhi della mamma che lo guardano mentre lo nutre , sono il primo specchio in cui il bambino si riconosce. Nel bambino la conferma che il seno della madre è lì, tutto per lui, ogni volta che ne ha bisogno, crea le premesse per avere fiducia verso la vita e verso gli altri.

### *Fattori legati all’ambiente familiare*

Nell’ambito della terapia familiare vari autori hanno osservato le modalità di funzionamento e comunicative della famiglia con pazienti anoressiche; vi è un sostanziale accordo nel descrivere la famiglia di queste pazienti come una famiglia con struttura invischiata in cui , in altre parole, non esistono confini certi tra i vari sottosistemi (Selvini Palazzoli, 1988; Minuchin, 1980). Secondo Minuchin si tratta di famiglie in cui i valori di lealtà e di protezione dei membri che la compongono, hanno la precedenza sui valori d’autonomia e di crescita e realizzazione personali. Un bambino che cresce in un sistema invischiato apprende dunque a subordinare il proprio sé agli altri; i bisogni personali passano in secondo piano e le attività svolte hanno lo scopo di ottenere l’approvazione degli altri. I genitori, inoltre, sono spesso iperprotettivi e non consentirebbero al figlio di affrontare il processo di crescita e maturazione in modo equilibrato. Mara Selvini Palazzoli (1988) e il suo gruppo di lavoro milanese, distinguono, per quanto riguarda le dinamiche familiari due tipi di figlia anoressica , il tipo A e il tipo B. Il tipo A ha vissuto la sua infanzia all’ombra della madre, è la bambina modello, bravissima a scuola, che non dà preoccupazioni: in questa tipologia di pazienti la sindrome anoressica inizia quando nell’adolescenza il rapporto con la madre è causa di una grossa delusione affettiva e il tentativo di rivolgersi al padre fallisce. L’anoressia di tipo B , molto più rara, è sempre stata dalla parte del padre, lo ammira molto ed è ricambiata da altrettanta stima; questa valorizzazione si pone all’interno di un rapporto segnato dall’ambiguità: in realtà è un modo sottile usato dal padre per opporre la figlia ad una moglie sentita come più ignorante, più grossolana. In questo caso il sintomo anoressico inizia dopo una delusione dell’investimento affettivo che la paziente fa sul padre e il fallimento del tentativo di rivolgersi alla madre. La scuola di pensiero cognitiva pone l’accento su un’esperienza di delusione affettiva adolescenziale come causa scatenante l’anoressia. Secondo Liotti (1988) il clima generale della comunicazione tra i vari membri è caratterizzato da una tendenza a nascondere i problemi e le difficoltà personali; l’abitudine a celare i propri sentimenti e interessi contribuiscono a creare

un vuoto e un isolamento comunicativo. Il padre, di solito, anche se non mancano le eccezioni, è descritto come più emotivamente aperto e affettuoso rispetto alla madre, con l'avvicinarsi della pubertà, però il padre si dimostra egoista, affettivamente distaccato e inadeguato rispetto alle esigenze emotive della figlia. Ne consegue un'esperienza di delusione, che spesso è attribuita in modo confuso e alternante a sé e al padre, in seguito a questa frustrazione, il rapporto col padre diviene esplicitamente conflittuale e più o meno chiaramente ostile.

### ***Le cause***

L'eziologia dei Disturbi Alimentari non è ancora nota agli studiosi. Con certezza si sa che molti fattori possono contribuire alla loro insorgenza. Il modo più corretto per valutare il Disturbo Alimentare è considerare la multifattorialità del disturbo. Variabili individuali come la scarsa autostima, deficit di regolazione delle emozioni, conflitti di autonomia, perfezionismo, disturbi di personalità, obesità infantile, abuso sessuale e altre esperienze traumatiche possono rappresentare i fattori predisponenti dei disturbi alimentari così come l'ambiente socio-culturale che associa alla magrezza e alla bellezza il valore personale. L'esordio del disturbo è solitamente innescato da alcuni fattori precipitanti: separazioni e perdite di figure importanti, esperienze di cambiamento o di delusione, inizio della pubertà. Una volta innescato il disturbo questo viene favorito e mantenuto da una serie di fattori perpetuanti: sensazioni di successo, valore, orgoglio, l'attenzione da parte degli altri (rinforzi positivi), l'evitamento della grassezza e di altri conflitti interpersonali (rinforzi negativi), paura di ingrassare, lutti non risolti, difficoltà a formare e mantenere rapporti, prescrizioni di diete drastiche, abbuffate e vomito, abuso di lassativi e diuretici. La cronicizzazione del disturbo determina un progressivo peggioramento della qualità della vita e una profonda modificazione della personalità del soggetto che ne viene colpito, in quanto la prolungata denutrizione genera sintomi, definiti da digiuno, quali:

- *comportamenti nei confronti del cibo*

parlare e pensare continuamente al cibo, rituali particolari con il cibo, bere bevande calde, fumo in eccesso, leggere e collezionare ricette;

- *modificazioni fisiche*

disturbi del sonno, debolezza, disturbi gastrointestinali, ipersensibilità alla luce e al rumore, edema, ipotermia, parestesie, diminuzione dell'interesse sessuale;

- *modificazioni cognitive*

diminuita capacità di memoria e di concentrazione, diminuita capacità logica e di pensiero astratto, apatia;

- *modificazioni emotive e sociali*

depressione, ansia, irritabilità, ossessività, labilità dell'umore, cambiamenti di personalità, isolamento sociale.

## *Come si presenta*

Come si può comprendere , ogni azione, ogni pensiero di una paziente malata di anoressia sono dovuti al contrasto tra l'impulso fisiologico ad aumentare di peso e il desiderio di essere magro o, per meglio dire, sottopeso. Tutto quello che circonda il paziente durante la malattia ( i genitori, gli amici, gli interessi, ecc.) passa in secondo piano, assume un valore secondario e irrilevante. Spesso risulta vano ogni tentativo di portare alla ragione la persona affetta da anoressia, di far notare che ha un aspetto sofferente, scheletrico, che sta rischiando la vita. Sembra ovvio chiedersi perché questi pazienti non si rendano conto della loro condizione. Perché siano così ossessionati dal loro peso e dall'aspetto da mettere a repentaglio la loro stessa vita. Non è facile rispondere a questa domanda ; un esame superficiale può indurre gravi errori di interpretazione, inducendo a banalizzare il problema e a iniziare con i pazienti un infruttuoso intervento centrato sul peso , sul corpo, sul cibo, che non porta a nulla. L'anoressia, può dunque essere vista come una lotta quotidiana tra un bisogno fisiologico essenziale di nutrimento e un desiderio psicologico di magrezza estrema per affermare se stesse. La risposta a questo forte bisogno naturale si manifesta con continui pensieri al cibo. Ecco alcuni dei comportamenti che mette in atto chi ha deciso deliberatamente di "restringere" la propria alimentazione:

1. Per combattere la fame durante i pasti (ridotti in realtà a modesti spuntini) mangia il più lentamente possibile , interrompe i pasti non appena sente un senso di gonfiore anche minimo, e mangia seguendo dei rituali specifici.
2. Per combattere la fame tra un pasto e l'altro assume bevande molto calde con lo scopo di calmare il senso di fame. Anche l'uso di spezie può servire allo scopo.
3. Sviluppare il desiderio di veder mangiare gli altri.
4. E' frequente che collezioni ricette di cucina o prepari da mangiare agli altri. Tutto ciò provoca piacere e sollievo.
5. Per superare il senso di colpa per aver mangiato , conta minuziosamente le calorie ingerite o che avrebbe dovuto ingerire. Subito dopo i pasti intraprende una frenetica attività fisica ( cammina, corre , balla) col preciso intento di smaltire quello che ha ingerito. Ciò fa diminuire il senso di colpa derivato dall'aver ingerito quantità ritenute sempre troppo esagerate.
6. Se ritiene di aver mangiato troppo ricorre a mezzi di compenso come sputare il cibo, indursi il vomito, usare lassativi e diuretici.
7. Per evitare di aumentare di peso, attua un autentico controllo sul proprio corpo e sulle proprie forme. Si guarda spesso allo specchio, si prova i vestiti della taglia desiderata, controlla continuamente il proprio peso sulla bilancia, si tocca il corpo per sentire le ossa.
8. Tende a nascondere il più possibile il proprio comportamento. Cerca di nascondere la propria condizione fisica, racconta molte bugie su quanto ha mangiato e su quanto pesa. Nasconde e getta il cibo.

9. Per evitare le critiche e la disapprovazione di amici e parenti evita il più possibile i contatti sociali , sia per non dover mangiare con loro sia per eludere le considerazioni sul suo aspetto.

La grande soddisfazione per un ragazzo anoressico è mantenere il proprio peso o calare un po' ogni giorno. Se qualcosa va bene, se ottiene un successo, se riceve un complimento, tutto viene attribuito al suo corpo magro. L'umore pertanto è direttamente proporzionale al peso e al controllo sul corpo. Diversamente diventa triste e ipercritico e si considera un fallimento se aumenta di peso. La sua autostima e il valore come persona dipendono quindi esclusivamente dal suo corpo e dal suo peso. I suddetti comportamenti o modi di pensare se presenti in un paziente sono dati importanti ai quali il medico deve porre attenzione perché rappresentano la presenza di un disturbo alimentare. La corretta diagnosi consente al medico l'applicazione di un intervento terapeutico non iatrogeno.

### ***Fasi della malattia***

Si possono distinguere tre fasi dell'anoressia:

Prima fase: Inizialmente le fatiche dovute alla restrizione alimentare vengono elogiate e approvate dal contesto sociale nel quale il paziente vive, e ciò procura una grande gratificazione e soddisfazione personale, soprattutto se il disagio e la sofferenza di partenza erano considerevoli. In un secondo momento lo stress e le fatiche della restrizione vengono sostituiti da un maggior senso di energia e da un generale stato di benessere. Questo sembra essere un meccanismo biologico essenziale per la conservazione della specie.

Seconda fase: Quando termina lo stato di benessere dovuto alla perdita di peso , la mente viene sempre più invasa da pensieri ossessivi riguardanti il cibo. Tale desiderio di nutrirsi è così intenso che la persona diventa sensibile a ogni odore , profumo e stimolo riguardante il cibo, e tutto il resto viene messo in secondo piano. Nasce così la paura di ingrassare e di perdere il controllo, e in effetti il rischio di abbuffate esiste , e per questo in tale fase si accentuano i rituali ossessivi. L'umore diviene depresso , irritabile, ansioso.

Terza fase: Si accentuano sempre più le emozioni negative; vengono anche compromesse le funzioni delle attività mentali superiori come la concentrazione , la memoria, la capacità di giudizio critico. Se nella seconda fase è ancora possibile studiare e ottenere buoni risultati a scuola , in questa ci si trova nell'impossibilità di seguire una normale attività sia scolastica che lavorativa. Quando la perdita di peso è particolarmente accentuata, l'iperattività viene incrementata. Frequenti sono i disturbi del sonno. Dalla descrizione fatta è evidente come man mano che il dimagrimento si fa più severo la mente viene invasa sempre più dalla paura di perdere il controllo e di ingrassare .Questo pensiero governa in modo ossessivo la mente di questi pazienti , al punto che diventa difficile ogni tentativo di convincerli a un trattamento. Solo nella



fase iniziale la capacità di comprensione è intatta e il pensiero orientato verso un forte desiderio di dimagrire , mentre dalla seconda fase in poi la lucidità di ragionamento è compromessa. La motivazione al trattamento dovrebbe , quindi, iniziare quanto prima, nella seconda fase almeno, altrimenti solo un processo di costrizione può far desistere il paziente dal perseverare.

## ***Trattamento***

*Primo passo : informare la famiglia sul disturbo.*

La prima cosa da fare è dare informazioni corrette. Vanno informati i familiari e il paziente per far comprendere il problema e il disturbo. In questo può servire qualche manuale informativo di auto-aiuto che permette di comprendere meglio il problema, eliminando convinzioni false e superficiali. Inoltre i genitori del ragazzo , anche nel caso in cui non fosse ancora pronto per un intervento, possono partecipare a incontri di carattere informativo.

*Secondo passo: incontro con il paziente.*

Quando il ragazzo è disposto ad affrontare il problema , significa che si può affrontare il secondo passo, cioè fissare il primo incontro con il terapeuta. Concordare con il paziente che, in quanto la malattia presenta un aspetto nutrizionale e un aspetto psicologico, il lavoro sarà svolto contemporaneamente da un medico e da uno psicologo specializzato nei disturbi alimentari. Solo un lavoro d'èquipe può realizzare un trattamento efficace.

*Terzo passo: sviluppare, favorire e rinforzare la motivazione.*

Nella maggioranza dei casi , dopo che il paziente ha accettato di partecipare a un intervento non sussiste ancora una reale motivazione al cambiamento , la partecipazione è dettata più dalle spinte dei genitori che da una reale consapevolezza della malattia. Inizialmente, è utile un lavoro empatico per costruire una solida motivazione.

Si distinguono 6 fasi del processo motivazionali:

- fase della premeditazione
- fase della meditazione
- fase della determinazione
- fase dell'azione
- fase del mantenimento
- fase della ricaduta (eventuale)

Il paziente si trova nella *fase premeditativa* quando non ha nessuna intenzione di affrontare il problema. L'anoressia è consona al suo modo di sentire, e ogni tentativo di convincere il paziente in questa fase è molto arduo. Il paziente si trova nella *fase della meditazione* quando comincia a pensare di fare qualcosa. Si rende conto che sarebbe utile un tentativo, ma allo stesso tempo ne è terribilmente spaventato per le possibili conseguenze. La *fase della determinazione* è caratterizzata appunto dai primi incontri con uno specialista. Entra poi nella *fase dell'azione* solo quando inizia realmente a lavorare (cioè determina come effetto una frequenza regolare degli incontri, un incremento del peso corporeo e un avvio del lavoro psicologico). Infine, quando ha raggiunto un peso corporeo naturale e ha affrontato gli aspetti psicologici sottostanti, entra nella *fase del mantenimento*. Se la fase di mantenimento è duratura possiamo considerare "guarito" il paziente. E' importante sottolineare che il passaggio da una fase motivazionale all'altra è molto variabile e spesso imprevedibile. Si può rimanere a lungo in una fase contemplativa, chiedendosi che cosa si deve fare, o alternare periodi di fase attiva a involuzioni in fase contemplativa, durante i quali si arresta il processo terapeutico. Essere coscienti della variabilità dei processi motivazionali è molto utile, perché può prevenire arresti e ricadute in terapia. Per avere presenti le motivazioni si induce il paziente a descrivere vantaggi e svantaggi dell'anoressia; costi e benefici del cambiamento (vivere senza anoressia). Conoscere la reale volontà di cambiare e le motivazioni che spingono il ragazzo fa comprendere se il paziente ha la coscienza dei sacrifici che bisogna affrontare per guarire o se le motivazioni sono superficiali propositi di cambiamento, destinati a svanire alla minima difficoltà.

*Quarto passo: stabilire un contratto terapeutico.*

Quando il paziente è pienamente consapevole del passo che sta per compiere e ha accettato il percorso terapeutico, è utile stilare un contratto, cioè una dichiarazione di intenti su ciò che il paziente si deve aspettare dall'intervento del medico e dello psicologo (quindi gli impegni che questi si assumono) e ciò che il paziente è disposto a fare. Questo passaggio è indispensabile per costruire un rispettoso rapporto terapeutico tra le parti. Nel contratto si stabilisce:

- la durata della terapia;
- il numero di incontri;
- in quali casi si dovrà sospendere il trattamento o concluderlo (mancanza di esecuzione dei compiti per casa, non partecipazione regolare alle sedute ecc.)
- le tappe intermedie da raggiungere per conseguire la meta finale.

Un contratto chiaro e corretto evita inutili oscillazioni nei rapporti, che prolungano la terapia a danno del risultato. L'impegno del medico è di prescrivere una terapia alimentare che preveda l'aumento ponderale di 1 kg a settimana partendo da un regime alimentare a basso contenuto calorico (preferibilmente mai al di sotto dei 1500 calorie al giorno) e via via aumentandolo (fino a 3500-4000 calorie giornaliere) per ottenere il range di peso stabilito sulla base del BMI e del 90% del peso massimo

raggiunto dal paziente in fase pre-morbosa. E' preferibile raccomandare un range di peso di 2.5 kg superiore alla soglia del peso minimo , perché è normale che il peso subisca delle fluttuazioni. Poiché il peso è, almeno in parte, influenzato da fattori costituzionali non si dovrebbe mai stabilire il peso adatto per una persona solamente in base alle tabelle standard del peso e dell'altezza. Questa è una considerazione clinica molto importante per gli individui che soffrono di disturbi alimentari. La terapia alimentare è la prescrizione precisa sia della qualità e della quantità di cibo che deve essere consumato, sia il contesto in cui deve venir consumato , ovvero il luogo e il tempo. Ogni pasto è dettagliatamente e anticipatamente pianificato. Questo ha lo scopo , in pazienti che provano una forte ansia e dei forti sensi di colpa nelle situazioni nutrizionali, di rimuovere il fattore decisionale dell'alimentazione. Il cibo è medicina e va ingerito senza attribuire alcun valore o considerazione personale. In ogni seduta il medico:

1. Pesa il paziente e ne registra l'aumento di un 1 kg a settimana. Il peso stabilizzato rappresenta il segnale che va prescritto un menù con più alto contenuto calorico. Un non aumento ponderale potrebbe anche essere la conseguenza del fatto che il paziente non ha seguito lo schema alimentare stabilito, ovvero non ha rispettato il contratto terapeutico, quindi se ne discute e sulla base di quanto emerge si prendono decisioni.
2. Valuta sia la capacità del paziente di adattarsi alla pianificazione dei pasti, sia i pensieri che impediscono di seguire lo schema alimentare.

Una volta raggiunto il peso target il trattamento prevede la fase di mantenimento con la prescrizione di una terapia alimentare mai al di sotto delle 1800-2000 calorie giornaliere e controlli medici la cui frequenza va stabilita con il paziente stesso a seconda del suo bisogno.

## **La Bulimia Nervosa**

Nel vocabolario medico-psichiatrico "bulimia" indica da molti secoli un sintomo; solo da pochi anni indica anche una sindrome. La parola bulimia deriva dal greco e significa "fame da bue". La metafora animale che è alle origini del termine bulimia riflette il modo in cui molte pazienti affette da disturbi bulimici vivono il cibo: come una funzione inferiore e degradante, un bisogno bestiale incontenibile e minaccioso. Secondo il DSM IV-TR, i criteri essenziali sono:

- A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata dal mangiare in un definito periodo di tempo ( ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili accompagnata dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio ( ad es. una sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Anche nella bulimia nervosa esistono due sottotipi:

- *bulimia con condotte di eliminazione*: si tratta della forma classica in cui il ragazzo, ponendosi come obiettivo principale quello di "neutralizzare" l'abbuffata, mette in atto regolarmente il vomito autoindotto o fa uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.
- *Bulimia senza condotte di eliminazione*: il paziente dopo gli episodi di abbuffata utilizza regolarmente altri comportamenti di compenso inappropriati, quali il digiuno o l'eccessivo esercizio fisico, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

La bulimia nervosa è quindi un disturbo alimentare caratterizzato da episodi di abbuffate seguiti di solito da comportamenti compensatori.

Le abbuffate consistono tipicamente nel mangiare quindi quantità di cibo, spesso ad alto contenuto calorico. In genere questo viene fatto in segreto e può continuare per anni senza che gli altri se ne accorgano. I comportamenti di compenso utilizzati più frequentemente sono il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e di diuretici, digiuno ed attività sportiva eccessiva. I comportamenti di compenso rappresentano un tentativo di alleviare il senso di colpa provocato dall'abbuffata e di minimizzare ogni aumento di peso che si potrebbe verificare di conseguenza. I comportamenti compensatori sono più distruttivi dell'abbuffata per due ragioni. In primo luogo, hanno un maggior numero di pericoli fisici e medici. In secondo luogo, tali comportamenti hanno il potere di legittimare l'abbuffata, aumenta la probabilità che questa in futuro si verifichi di nuovo. La gamma dei comportamenti può variare di molto da persona a persona. Mentre alcuni pazienti si abbuffano e ricorrono a questi comportamenti di compenso parecchie volte al giorno, altre lo fanno saltuariamente. Varia anche ciò che si intende per abbuffata. Per una persona l'abbuffata potrebbe equivalere a cinquemila calorie di cibi dolci, mentre per l'altra potrebbe voler dire mangiare qualsiasi cibo che non sia a basso contenuto calorico (abbuffata soggettiva o oggettiva). Le persone bulimiche possono combinare più metodi di compenso, il vomito e l'abuso di lassativi o il digiuno, l'attività fisica eccessiva e l'abuso di diuretici.

## *Le cause*

Le cause della bulimia nervosa sono le stesse dell'anoressia nervosa. Su uno scarso concetto di sé si innesca la preoccupazione eccessiva per il peso e l'aspetto fisico per la quale si ricorre al controllo del proprio peso con una dieta ferrea. Tale soluzione su personalità di tipo ossessivo si traduce in un estremo controllo di assunzione del cibo e quindi al digiuno, su personalità di tipo impulsivo il tentativo di digiunare risulta difficile e viene interrotto da abbuffate con conseguenti comportamenti di compenso.

## *Come si presenta la malattia*

Nella bulimia nervosa sono presenti la preoccupazione per la dieta, il cibo, il peso e la taglia; il disagio quando si è a tavola con altri e la ricerca dell'approvazione. Inoltre, molte persone malate di bulimia in precedenza sono state anoressiche, e molte di quelle che non lo sono state desiderano poterlo essere, cioè riuscire a non mangiare. Per quanto simili, l'anoressia e la bulimia sono anche molto diverse. Una delle differenze riguarda la negazione del problema; nell'anoressia c'è la negazione a sé e agli altri che esista un qualsiasi problema o comportamento alimentare anormale (egosintonia del disturbo), mentre nella bulimia di solito c'è la negazione dell'esistenza del problema con gli altri ma la consapevolezza che il proprio comportamento alimentare è anormale (egodistonia del disturbo). L'anoressico, inoltre è sempre sottopeso (almeno il 15% al di sotto del peso corporeo consigliato), mentre il bulimico può essere sottopeso, normopeso o sovrappeso. Nonostante sia l'anoressico che il bulimico presentino una distorsione dell'immagine corporea (il corpo è erroneamente percepito più grosso di quanto in realtà non sia), la distorsione dell'anoressico è in genere più grave di quella del paziente bulimico. L'obiettivo dell'anoressico è di perdere più peso, mentre l'obiettivo del bulimico è di raggiungere un peso o una forma ideali, spesso irrealistici.

La bulimia ha tre componenti:

- il comportamento alimentare e compensatorio (componente comportamentale);
- il modo in cui le persone bulimiche pensano a se stesse e al loro mondo (componente cognitiva);
- il modo in cui le bulimiche gestiscono le proprie emozioni (componente emotiva).

Per capire la bulimia è necessario capire tutte le tre parti del problema.

Il passo più importante per capire la bulimia è rendersi conto che le abbuffate e i comportamenti compensatori vengono usati per gestire le emozioni sgradevoli. Ciascuno di noi sa per esperienza che se sta abbastanza male farà di tutto per sentirsi meglio. Le persone bulimiche hanno trovato che abbuffarsi e ricorrere ai comportamenti compensatori può momentaneamente distrarle dalla loro sofferenza.

Sfortunatamente , poiché le abbuffate e i comportamenti compensatori sono solo surrogati alla soluzione del problema emotivo, è inevitabile che questi sentimenti riemergano, rendendo necessari ulteriori abbuffate e comportamenti compensatori.

### ***Fasi della malattia***

La bulimia comincia quasi sempre con una dieta o almeno con il desiderio di perdere peso. Il soggetto di solito ha tentato di tutto per dimagrire e allora si sente senza speranza. Pensa che se solo riuscisse a diminuire di peso sarebbe più felice e in grado di realizzare molto di più nella propria vita. Qualche volta scopre per caso l'abbuffata e il comportamento compensatorio ; cioè è possibile che vomiti spontaneamente dopo mangiato. Oppure può aver sentito da un'amica di " questo grande sistema per mangiare tutto quello che si vuole e tuttavia perdere peso". Oppure può averlo imparato dalla televisione o dalla stampa. Ironia della sorte, molti pazienti bulimici riferiscono di aver appreso delle tecniche compensatorie da programmi televisivi e articoli di riviste, designati per informare e avvertire il pubblico sui pericoli della bulimia. Indipendentemente dalla fonte dell'idea, la maggior parte dei pazienti bulimici non intende ricorrere alle abbuffate e ai comportamenti compensatori con sistematicità; crede di poter controllare queste condotte. Purtroppo, gli individui disposti a provare le abbuffate e i metodi di compenso di solito sono quelli meno in grado di controllare questi comportamenti. Ad ogni episodio di abbuffata, con la pratica e il rinforzo queste condotte si consolidano. In aggiunta, abbuffate e comportamenti compensatori aiutano la persona a sentirsi temporaneamente meglio in quanto riducono l'ansia e la paura. Questo aspetto di riduzione della tensione tipico della bulimia tende anche a far aumentare la probabilità delle ricadute. Infine, diventa più facile per l'individuo razionalizzare queste condotte , ossia diventa più facile giustificarle. Agli inizi la bulimia doveva essere un esperimento cui si ricorreva raramente come forma di aiuto per gestire il peso. Tuttavia con la pratica, la riduzione della tensione e la razionalizzazione, questa diventa in breve una compulsione usata di frequente e che rimane fuori dal controllo dell'individuo.

### ***Natura del disturbo***

La bulimia è legata a fattori familiari, sociali e psicologici. Inoltre possono giocare un ruolo anche fattori di tipo biologico, quali la predisposizione alla depressione. I fattori familiari, sociali e biologici preparano il terreno per lo sviluppo della bulimia e una volta preparato, le caratteristiche psicologiche, o più specificatamente di personalità, dell'individuo sono il fattore determinante. Le persone bulimiche sono individui che tipicamente non sentono di avere il controllo dell'alimentazione, dei sentimenti o della vita. Sotto molti aspetti la bulimia contribuisce a questa sensazione, ma viene anche usata per gestire i sentimenti e ripristinare un senso di

controllo. Per esempio: quando le persone bulimiche si sentono fuori controllo, sono propense ad abbuffarsi e purgarsi. Con l'abbuffata e il comportamento compensatorio, possono sentire temporaneamente di aver ripristinato il senso di controllo. Cioè spesso, sono molto tese e in ansia prima di abbuffarsi e purgarsi; l'atto di abbuffarsi e purgarsi può allentare quella tensione. Paradossalmente, l'abbuffata una volta agita rappresenta la perdita di controllo alla quale tendono a porre rimedio con comportamenti di compenso. La questione del controllo è piuttosto complessa e spesso paradossale, talvolta al punto da poter apparire contraddittoria. La sua comprensione è però fondamentale se si vuole veramente capire la bulimia, com'è e come viene usata dal paziente.

## ***Trattamento***

Il trattamento è essenziale perché la maggior parte dei pazienti bulimici non è in grado di superare questo disturbo da solo. Sfortunatamente, moltissimi pazienti bulimici hanno paure e preoccupazioni riguardo al trattamento. Nonostante la maggior parte di queste paure e preoccupazioni siano infondate, influenzano comunque le decisioni del paziente circa la terapia. E' molto difficile far ammettere a persone con disturbi alimentari che hanno bisogno di una terapia. Di solito suppongono che il trattamento costringerà loro a mangiare, e conseguentemente ad aumentare di peso, situazione che mette loro estrema paura. Quindi l'argomento del trattamento deve essere affrontato con grande attenzione e sensibilità. Il trattamento efficace è un programma terapeutico multidisciplinare: il paziente segue una terapia nutrizionale e in parallelo una psicoterapia individuale, a volte anche familiare o di gruppo. La terapia nutrizionale di solito è fornita da un medico e implica una serie di informazioni nutrizionali, ma anche la programmazione dei pasti. Molti pazienti non credono di aver bisogno di informazioni sulla nutrizione. Presumono di sapere che cosa devono mangiare, solo che non riescono a metterlo in pratica. In realtà, la loro conoscenza spesso è costruita sul calcolo delle calorie e sui miti riguardanti l'alimentazione e la perdita di peso. Spesso scoprono con sorpresa che sanno poco e che molto di quello che credevano non ha in effetti alcun fondamento. I pazienti non sanno come o cosa mangiare per alimentarsi normalmente. Con la programmazione dei pasti, viene fornito un piano alimentare fatto su misura per le loro particolari difficoltà e i loro obiettivi. Questo piano non soltanto aiuta a sapere quando e cosa mangiare, ma anche a cominciare a normalizzare nuovamente l'alimentazione. Avere un piano alimentare riduce anche parte dell'ansia e della paura associate all'alimentazione. Nonostante alcuni pazienti inizialmente non gradiscano la programmazione alimentare e facciano resistenza, molti alla fine riferiscono che questo è stato uno degli aspetti più utili del trattamento.

## **Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati**

Sino alla fine degli anni '70 l'unico disturbo del comportamento alimentare (DCA) per il quale esistevano precisi criteri diagnostici era l'anoressia nervosa; solo successivamente il DSM-III ha introdotto la diagnosi di bulimia nervosa. Più recentemente con l'introduzione del DSM IV è andato diffondendosi un sempre maggiore numero di casi che non rispondevano ai criteri diagnostici per l'anoressia nervosa o per la bulimia nervosa e che hanno ricevuto diagnosi di DCA Non Altrimenti Specificati. In questa categoria rientrano tutti quei casi in cui i soggetti intraprendono con eccezionale frequenza abbuffate alimentari ma che a differenza dei soggetti affetti da bulimia non utilizzano strategie compensatorie atte a disturbo denominato Binge Eating Disorders (BED), Disturbo Da Alimentazione Incontrollata nella versione italiana del DSM IV, che ha suscitato negli ultimi anni un crescente interesse per il suo stretto legame con l'obesità.

### **Binge Eating Disorders**

Alla fine degli anni '50 il dottor Albert Stunkard dell'università della Pennsylvania nei suoi studi su sottogruppi di pazienti obesi rilevò problemi significativi di abbuffate compulsive; è solo negli ultimi anni, però, che questo disturbo ha ricevuto grande attenzione. E' stato calcolato che sono affetti da BED circa un terzo degli individui che si rivolgono a degli specialisti per perdere peso ( Spitzer et al., 1992), mentre la prevalenza nella popolazione dei soggetti in soprappeso sarebbe del 10% e nella popolazione generale del 2% (Bruce et al., 1992). Il BED si differenzia dalla bulimia nervosa perché le crisi non vengono poi seguite dal vomito o dall'assunzione di lassativi; ciò spiega perché la maggior parte delle persone con bulimia nervosa sia normopeso, mentre quelle con BED in soprappeso o obese. L'altra caratteristica di questi pazienti è che le abbuffate sono accompagnate da vari problemi psicologici quali bassa autostima, depressione maggiore, ansia e difficoltà nelle relazioni interpersonali.

*Criteri di ricerca del DSM IV-Tr per il Disturbo di Alimentazione Incontrollata :*

1. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
  - Mangiare, in un periodo definito di tempo una quantità di cibo più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili.
  - Sensazione di perdita del controllo durante l'episodio.
2. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi:



- Mangiare molto più rapidamente del normale.
- Mangiare fino sentirsi spiacevolmente pieni.
- Mangiare grosse quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
- Sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.

3. E' presente un marcato disgusto rispetto al mangiare incontrollato.

4. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, due giorni la settimana in un periodo di sei mesi. (Il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la bulimia nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata).

5. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (uso di lassativi, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

### ***Caratteristiche diagnostiche***

Dal punto di vista clinico l'aspetto peculiare del BED è rappresentato dall'abbuffata che a differenza della bulimia nervosa non si presenta sotto forma di singole crisi nel corso della giornata, bensì, il soggetto, in alcuni giorni ingerisce grosse quantità di cibo durante le ventiquattro ore, mentre in altri è presente un'alimentazione normale o addirittura ristretta. I cibi che vengono ricercati durante queste abbuffate di tipo compulsivo sono prevalentemente ad alto contenuto di grassi anche i carboidrati sono presenti ma non in proporzioni eccessive rispetto alla loro normale assunzione durante gli altri pasti. In genere vengono preferiti proprio quegli alimenti che il soggetto di solito non si concede perché li ritiene "pericolosi" da un punto di vista calorico. In media si possono presentare 3-4 giorni "binge" nell'arco di una settimana. Gli eccessi alimentari non sono associati a comportamenti compensatori, ma una parte dei pazienti può presentare sporadicamente abuso di lassativi ed episodi di vomito autoindotto, mentre non è presente la tendenza ad eccedere con l'attività fisica. Secondo Fairburn (1996) le persone colpite da Binge Eating Disorder, a differenza dei soggetti bulimici, non ricorrono a diete ferree ed a condotte di compenso, ma alternano fasi di diete a periodi di sovralimentazione anche al di fuori dell'abbuffata. Spesso la storia di questi pazienti è caratterizzata da un elevato numero di diete, anche se alla fine non riescono a dimagrire perché si arrendono regolarmente : più la dieta è restrittiva e ipocalorica e più facilmente eccedono in

abbuffate compulsive con un circolo vizioso inarrestabile. Tale tipologia di pazienti vede solo gli aspetti positivi, del cibo introdotto, a breve termine e non gli effetti negativi a lungo termine; si concentra solo sull'immediato e non sulle conseguenze. Per poter fare una diagnosi di Binge Eating Disorders il soggetto deve rispondere a tre o più condizioni, quali : mangiare più velocemente del normale, introdurre cibo fino a sentirsi spiacevolmente colmi, ingerire un' eccessiva quantità di cibo senza aver fame, mangiare in solitudine oppressi dall'imbarazzo per la quantità esagerata di cibo assunta, esperire depressione e sentimenti di colpa dopo le abbuffate. Il comportamento compulsivo è caratterizzato dal vissuto di "perdita di controllo sul cibo" adottato come principale strumento di analisi differenziale tra abbuffata compulsiva, sovrabbondante alimentazione e semplice indulgenza. I principali disturbi verso i quali va posta diagnosi differenziale con BED sono costituiti dall'obesità e dalla Bulimia Nervosa. Come è stato rilevato nelle cliniche dimagranti, circa un terzo dei pazienti obesi presenta diagnosi di BED. Tra obesi BED e non BED sono state osservate delle differenze negli esami di laboratorio ed una maggiore frequenza di:

1. depressione
2. ampie fluttuazioni del peso
3. disturbi correlati all'eccesso di peso

Data la molteplicità delle manifestazioni cliniche BED, il suo trattamento richiede l'integrazione di diversi approcci terapeutici che vanno ad agire sul disturbo della condotta alimentare e sull'obesità presente nella maggioranza dei casi.

## **Nuove forme di disturbo alimentare**

Le forme patologiche evolvono e finiscono per presentare sfaccettature sempre nuove, così da più parti vengono segnalati quadri nosografici nuovi. Vi sono alcune forme tra cui:

**Ortoressia:** letteralmente è l'ossessione per il mangiare sano. Nel tentativo di realizzare un'alimentazione salutistica, gli ortoressici sviluppano proprie regole alimentari sempre più rigide, con la conseguenza di creare una sorta di "isolamento alimentare" che rende problematica la partecipazione a momenti conviviali, fino alla perdita del piacere del cibo. Lo stile di vita che ne consegue comporta una frazione sempre maggiore di tempo da dedicare alla ricerca e alla preparazione del cibo corretto. La preparazione di un pasto può richiedere una pianificazione di alcuni giorni. Non è possibile pensare di muoversi senza avere con sé il proprio "kit di sopravvivenza", né si può concepire di accettare cibo preparato da altri per timore di essere contaminati da grasso, sostanze chimiche o altri elementi. Come succede per chi è affetto da anoressia, il fatto di seguire un regime alimentare così difficoltoso comporta una buona autostima per l'ortoressico, che si sente superiore a chi non ha un autocontrollo come il suo. D'altra parte, la perdita di controllo o il cedimento ad un desiderio fa sentire colpevoli e impuri, e va compensata con un aumento della

severità delle regole. In sostanza, la persona che soffre di ortorexia mangia per dovere, non per piacere. Deve rispondere a determinate necessità che sente prioritarie: prevenire la stipsi, il tumore, più in generale mantenersi in salute. Quando i toni diventano quelli dell'ossessione abbiamo una persona insicura, che vive nel timore dell'ambiente in cui vive e anche delle emozioni che prova. Dovrà quindi essere aiutata da questo punto di vista.

**Reverse anorexia:** anoressia a rovescio, si tratta di un quadro sempre più consolidato che interessa la popolazione maschile e più in generale le persone che sono affascinate dal conseguimento di un "fisico perfetto". L'anoressia è a rovescio perché al posto della paura di essere troppo grassi c'è la paura di essere troppo magri. La persona che ne soffre desidera un corpo muscoloso, da body builder, è perseguitata ossessivamente questo obiettivo attraverso sedute interminabili in palestra. Spesso vengono utilizzati farmaci anabolizzanti. Accanto a ciò permane la paura di accumulare tessuto adiposo, per cui è necessario mettersi a dieta in maniera ferrea. Nonostante gli sforzi l'individuo non è soddisfatto dei risultati, si vede gracile, smunto, anche se gli altri cercano di convincerlo del contrario, e sviluppa un disturbo dell'immagine corporea come nell'anoressia. Non di rado vengono utilizzati metodi di compenso propri della bulimia (vomito, abuso di lassativi, digiuno). Paradossalmente, l'effetto di questa pratica sportiva esasperata unita ad una dieta insufficiente e generalmente iper-proteica, porta al risultato opposto a quello desiderato: viene demolita la massa muscolare fino a ridurre il corpo, in alcuni casi, in condizioni non dissimili da quelle di una normale anoressia.

**Night Eating Syndrome-NES:** definibile anche Sindrome dell'Alimentazione Notturna, è un disturbo codificato. Si tratta di una particolare combinazione di tre disturbi psicologici, ovvero di un disturbo dell'alimentazione, di un disturbo del sonno e di un disturbo dell'umore. Non è un disturbo dell'età adolescenziale, solitamente la NES ha il suo esordio tra i trenta e i quaranta anni, anche se può avere inizio in altri periodi della vita. In genere gli individui afflitti da tale disturbo ed aventi un peso normale sono di età minore rispetto a quelli obesi. Ciò indica che questo disturbo dell'alimentazione possa partecipare allo sviluppo dell'obesità. La persona afflitta da NES spesso si alimenta scarsamente a colazione e a pranzo, fa una cena normale, ma poi tende a mangiare abbondantemente e in modo compulsivo, mediamente ripetute abbuffate (fino ad un terzo delle calorie giornaliere) nel periodo serale ed in quello notturno (le abbuffate sono costituite da quantità di cibo minori rispetto al disturbo da alimentazione incontrollata). La conseguenza è la presenza di seri disturbi nella qualità e nella quantità del sonno con difficoltà nell'addormentamento, raggiunto solo dopo ripetute abbuffate di cibo. Vi sono continui risvegli durante la notte, già dopo una o due ore dopo l'addormentamento, durante i quali viene assunto nuovamente del cibo. In specifico i principali sintomi sono:

- scarso appetito la mattina (certe volte fino al tardo pomeriggio),
- eccessiva e compulsiva alimentazione nel periodo serale e notturno;
- difficoltà ad addormentarsi e necessità di mangiare prima dell'addormentamento;

- frequenti risvegli notturni contraddistinti dalla necessità di mangiare per riuscire a riprendere sonno;
- presenza di depressione o stress diffuso.

Queste dinamiche suggeriscono il fatto che l'alimentazione incontrollata notturna, con le sue ripetute abbuffate, abbia come uno dei suoi fini quello di cercare di ristabilire (evidentemente senza successo) il sonno disturbato.

## **Siti pro-anoressia**

Pur non costituendosi una patologia, meritano un cenno perché comportano un salto di qualità rispetto al disturbo vissuto individualmente. Come è noto esistono nel web siti che incoraggiano alle pratiche anoressiche. In essi si possono trovare le cose più diverse, dai consigli su come dimagrire velocemente o su come vomitare, ai bandi di gare per chi arriva prima ai trenta chili, ai suggerimenti su come dissimulare la malattia perché i familiari non se accorgano. Talvolta vi si incontrano esempi di cinismo intollerabili ( un commento alla foto di una ragazza scheletrica diceva : “Uhm, veramente intrigante....non so però quanto possa andare avanti”) ma se si naviga un po’, superando lo sconcerto iniziale, ci si rende conto che le ragazze in questi blog trovano sostegno, comprensione e complicità. Il sito diventa ideologia, quando non religione.

## **Trattamento ambulatoriale o ricovero?**

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare può essere condotto a vari livelli : in contesto ambulatoriale o in situazione di ricovero presso un ospedale generale o in cliniche specializzate. Per valutare le singole esigenze di cura è necessario avere chiare le condizioni fisiche del paziente, la sua motivazione e capacità di collaborazione, il supporto che la famiglia è in grado di offrire ed eventuali comorbilità psichiatriche. La maggior parte dei clinici, supportati dalla letteratura disponibile sul tema, sostiene che il trattamento ambulatoriale sia il contesto di cura elettivo nelle situazioni di DCA. Tale soluzione consente, infatti, al paziente di mantenere tutte quelle relazioni interpersonali che abitualmente intrattiene, senza interrompere la frequentazione della scuola o l'attività lavorativa, spazi che spesso sono peraltro funzionali al percorso di guarigione. La condizione essenziale perché possa essere intrapreso un percorso di cura in contesto ambulatoriale è che da parte del paziente vi siano una buona disponibilità a collaborare con il team di professionisti (dietista, psicologo, medico, terapeuta familiare), una sufficiente motivazione ad intraprendere il processo terapeutico, una buona consapevolezza del disturbo e un'adeguata capacità di autogestione nel portare avanti quanto di volta in volta viene concordato tra paziente e professionisti. Non da ultimo, per poter intraprendere con successo un trattamento in contesto ambulatoriale, è necessario poter contare su una famiglia collaborante, in grado di fornire sostegno

pratico ed emotivo. Un trattamento ambulatoriale può dirsi efficace quando si ha risposta positiva ad una serie di indicatori di controllo tra cui:

- Il benessere personale percepito dal paziente;
- La stabilizzazione dell'umore;
- Il recupero di un peso adeguato;
- La ripresa del ciclo mestruale;
- La regolarizzazione dell'alimentazione;
- La riduzione dei pensieri ossessivi;
- La riduzione in frequenza delle abbuffate, delle crisi di vomito, dell'iperattività.

Vi sono tuttavia situazioni nelle quali il paziente non risponde al trattamento ambulatoriale; in tali circostanze spesso diventa necessario cambiare il setting terapeutico in quanto il persistere in un trattamento che non produce risultati, soprattutto se il peso corporeo del paziente è molto basso, può essere pericoloso perché può portare al deterioramento delle condizioni cliniche e condurre alla cronicizzazione del disturbo. Fortunatamente la maggior parte dei pazienti che soffrono di DCA trae beneficio dal trattamento ambulatoriale. Oltre alla situazione sopradescritta, vi sono una serie di altre condizioni che motivano l'equipe a proporre al paziente il ricovero :

- Malnutrizione grave definita con un BMI inferiore a 15 o un peso corporeo inferiore al 75% del peso minimo di riferimento;
- Dimagrimento rapido ( 5 o 6 kg o più al mese per due mesi );
- Grave destrutturazione del comportamento alimentare (numerose crisi giornaliere di abbuffate e vomito, controllo ossessivo dell'assunzione di liquidi);
- Gravi disordini dell'equilibrio idrosalino;
- Malattia infettiva connessa alla malnutrizione;
- Disturbi gastroenterici importanti (vomito continuo, disturbi dell'alvo...);
- Gravi alterazioni rilevate attraverso gli esami del sangue (grave anemia...);
- Emergenza psichiatrica per grave depressione, tentativi di suicidio, comportamenti autolesivi;
- Elevata conflittualità dell'ambiente socio-familiare;
- Isolamento sociale grave;
- Inadeguata consapevolezza della propria condizione, ridotta capacità critica e di autogestione e mancanza di motivazione alla cura.

In presenza di una o più di queste condizioni, è opportuno che l'equipe valuti con il paziente la possibilità del ricovero. Il ricovero ospedaliero è particolarmente indicato nelle situazioni di anoressia nervosa, meno per pazienti con bulimia nervosa. L'ospedalizzazione nella nostra realtà avviene abitualmente presso il reparto di medicina dell'ospedale generale o, se l'età del paziente lo richiede, presso il reparto di pediatria. In presenza di patologie psichiatriche il contesto più idoneo è il reparto di psichiatria. Così come avviene in contesto ambulatoriale, anche in regime di ricovero l'intervento è di tipo multidisciplinare, in quanto volto a trattare in maniera

integrata sia gli aspetti fisici che psicologici del disturbo. Il ricovero deve essere comunque e sempre pensato come un intervento temporaneo; trattamento ospedaliero e ambulatoriale, inoltre, dovrebbero essere complementari e non escludersi tra loro. Spesso un ricovero riuscito è ciò che consente una terapia ambulatoriale in seconda battuta. L'ospedalizzazione dovrebbe essere sempre preceduta da una fase motivazionale, più o meno lunga, in quanto, fatta eccezione per situazioni nelle quali vi sia un rischio medico, la piena adesione del paziente al progetto terapeutico è centrale per il buon esito del trattamento. In questa prima fase motivazionale è importante che il trattamento venga spiegato dettagliatamente perché è un diritto del paziente conoscere la durata del ricovero, le procedure terapeutiche che saranno intraprese, l'impegno che verrà richiesto e i risultati che si possono raggiungere. Può essere opportuno anche proporre una visita del paziente al reparto ospedaliero individuato come luogo del possibile ricovero. L'esperienza del ricovero ospedaliero può dirsi riuscita in presenza dei seguenti indicatori di controllo:

- recupero del peso o presenza di un trend di recupero accettabile;
- regolarizzazione dell'alimentazione;
- scomparsa di sintomi quali abbuffate, comportamenti purgativi, iperattività;
- miglioramento delle capacità relazionali;
- maggior comprensione e consapevolezza del problema;
- sviluppo di una motivazione sufficiente ad affrontarlo.

Il primo obiettivo è di particolare rilevanza. Il trattamento psicoterapeutico, infatti, è per lo più inefficace su pazienti anoressiche il cui peso corporeo sia troppo basso.

Gli effetti psicologici e fisici del digiuno (la perseveranza e concretezza del pensiero, l'ossessione per il cibo, la depressione...) rendono il soggetto incapace di sostenere adeguatamente la psicoterapia che richiede una capacità di analisi introspettiva. Inoltre, dal momento che molti di sintomi psicologici, un tempo ritenuti causa del disturbo, oggi sono riconosciuti come conseguenza della denutrizione, è assolutamente necessario che il peso corporeo ritorni a livelli accettabili per poter valutare correttamente lo stato emotivo e la personalità del paziente, per poi programmare un progetto psicoterapeutico adeguato. Il recupero del peso corporeo, con conseguente normalizzazione dello stato ormonale e dell'aspetto fisico, inoltre, da vita ad uno stato di emozioni, sentimenti e relazioni non accessibili in una condizione psicobiologicamente regredita. Per tale ragione, in situazioni particolarmente compromesse dal punto di vista fisico, nel corso del ricovero può rendere necessario il ricorso alla nutrizione artificiale. Due sono le metodologie utilizzate:

- nutrizione con sondino naso-gastrico, un piccolo tubo che viene inserito nel naso e attraverso il quale vengono somministrati gli alimenti in forma liquida;
- Nutrizione parentale, attraverso la somministrazione degli alimenti in forma liquida attraverso una vena periferica o un catetere centrale. Entrambe le procedure lasciano poi il passo alla ripresa della totale nutrizione naturale e vengono adottate solo in situazioni nelle quali la persona, nonostante il contesto contenitivo e il supporto, non sia in grado di nutrirsi sufficientemente

per via naturale. Abitualmente, proprio per il carattere d'urgenza, insito nella scelta del ricovero, la degenza ospedaliera non supera i 15-20 giorni. In situazioni in cui le condizioni generali del paziente siano scadenti ma vi sia una discreta consapevolezza del problema in presenza di una motivazione parziale, si può optare per un trattamento in day hospital durante il quale gli obiettivi e gli interventi sono i medesimi di quelli proposti per un ricovero ospedaliero ma la persona, dopo aver trascorso la giornata in reparto, fa rientro a casa per il pernottamento. Se non sussistono condizioni di emergenza e il paziente non ha né una sufficiente consapevolezza del disturbo né un'adeguata motivazione, può essere attuato un ricovero riabilitativo residenziale. Tale possibilità prevede tempi di degenza piuttosto lunghi (dai 3 ai 6 mesi) poiché l'obiettivo è il cambiamento nelle abitudini di vita della persona. Tale situazione è inoltre particolarmente indicata nelle situazioni in cui l'ambiente familiare fatica a svolgere una funzione di supporto rivelandosi quindi più come fattore di mantenimento del disturbo che come risorsa nel percorso di cura. In questi casi una temporanea separazione della persona dal suo contesto familiare può essere d'aiuto. Il ricovero riabilitativo è infine un'opportunità per quelle persone che vivono in una situazione di isolamento sociale e che nella comunità possono sperimentare, in un contesto protetto, lo stare in relazione. Il ricovero riabilitativo si mostra efficace con pazienti anoressiche; chi soffre di bulimia nervosa spesso non risponde a tale proposta di cura in quanto il ricovero viene spesso vissuto come una delega ad altri della propria cura e la struttura viene investita di una funzione di contenimento totale rispetto al rischio delle abbuffate. In tal modo, è frequente che in tali pazienti, dopo la dimissione, vi sia una rapida ricomparsa delle crisi bulimiche. L'esperienza dice che il disturbo da bulimia nervosa, qualora il contesto ambulatoriale non sia appropriato, può trovare giovamento da trattamenti in day hospital i quali sono caratterizzati da una maggior responsabilizzazione, capacità di autogestione e di autonomia del paziente, senza i rischi di delega di cui vi sia compresente un disturbo psichiatrico o comportamenti alimentari compulsivi pericolosi per la salute del paziente stesso. Gli obiettivi di tale progetto sono sostanzialmente i seguenti:

- Il recupero di un peso accettabile;
- La normalizzazione dei comportamenti alimentari;
- Il ripristino di abilità relazionali e sociali;
- Il riappropriarsi di un equilibrio psicologico compromesso della sindrome da digiuno.

La capacità del team di professionisti di individuare, tra le diverse proposte terapeutiche (trattamento ambulatoriale, ricovero ospedaliero, ricovero riabilitativo), quella più rispondente alla singola situazione ha forti implicazioni non solo nel presente del paziente ma può segnare anche le sue future possibilità di guarigione. Il proporre un trattamento inadatto e quindi inefficace può far maturare nella persona con DCA la convinzione rispetto all'inutilità delle cure e quindi spegnere ogni

speranza di guarigione e di cambiamento, favorendo la cronicizzazione del disturbo stesso.

## **Psicoterapia: come e quando**

L'offerta di tecniche psicoterapeutiche è piuttosto variegata e negli ultimi anni le opzioni relative al trattamento dei disturbi alimentari sono aumentate. Talvolta questa abbondanza crea confusione e dubbi sulla correttezza della scelta fatta. La domanda più diffusa è : sarà davvero utile per me questo tipo di intervento? Meglio una terapia individuale o un gruppo di auto-aiuto? E' importante mettere un po' di ordine rispetto agli interventi più diffusi e in quali casi risultano più efficaci. Bisogna tener presente che l'opinione oramai condivisa dagli operatori delle varie correnti è che l'approccio più efficace è quello multidisciplinare, che integra interventi diversi in momenti diversi del percorso di guarigione.

### *Le terapie individuali*

Esistono vari tipi di terapie individuali, la cui indicazione va valutata in base al disturbo da cui la persona è affetta, all'età e in più generale al momento che sta vivendo nel suo percorso di guarigione. Le indicazioni di validità si riferiscono a studi sperimentali convalidati, ciò non significa che non ci sia un'efficacia delle diverse tecniche anche in altre condizioni.

La terapia *cognitivo-comportamentale* si pone come obiettivo la modifica delle concezioni errate rispetto alla propria immagine corporea e psichica, al proprio peso ideale e all'interpretazione delle proprie condizioni di vita. Per questo mira a sviluppare le abilità e i comportamenti più adatti ad affrontare i cambiamenti necessari e ad aumentare l'autostima. Questo approccio risulta efficace soprattutto nel trattamento della bulimia nervosa e del DAI, anche se in questo caso più per la riduzione delle abbuffate che per la diminuzione del peso corporeo.

La terapia *interpersonale* si focalizza sui problemi relativi alla gestione delle relazioni interpersonali e alle strategie per migliorarle. Anche questo approccio, come il precedente, si è rivelato utile per bulimia e DAI.

La terapia *psicoanalitica* è quella che di solito viene alla mente quando si parla di psicoterapia. Lavora sull'intrapsichico, cioè sui conflitti interiori delle persone. Attraverso la loro analisi si cerca di far procedere verso una crescita interiore la persona, senza lavorare troppo sul sintomo che viene considerato una difesa e quindi non viene toccato se non quando si ritiene che la persona sia in grado di farne a meno. Questo tipo di approccio ha di solito una durata molto lunga e , trascurando il lavoro sul sintomo, è poco adatto alle urgenze. Perciò è più adatto ad una seconda fase del trattamento in una condizione fisicamente stabilizzata. Ha il vantaggio di offrire dei risultati decisamente duraturi.

Una menzione a parte va fatta per la *terapia familiare* che non è individuale, ma si rivolge all'intera famiglia. Anche in questo caso l'attenzione non è rivolta al sintomo, ma all'organizzazione familiare. Mira ad analizzare l'equilibrio relazionale originario



e le circostanze che hanno causato la sua rottura, per focalizzarsi poi sui nuovi equilibri possibili. Si lavora insieme alla famiglia per individuare e modificare gli schemi relazionali che mantengono il disturbo. Il concetto alla base è che il sintomo regredisce nel momento in cui cambia l'equilibrio interno. La terapia familiare è considerata l'intervento di elezione quando la paziente è giovane. Si tratta di un approccio compatibile con altri interventi di tipo individuale o di gruppo.

### *Le terapie di gruppo*

Si dividono in gruppi clinici e di auto-aiuto. Questi ultimi in particolare possono essere indirizzati ai diretti interessi o ai genitori.

I *gruppi clinici* hanno di solito un conduttore, che è un operatore con una formazione professionale specifica. Il suo compito è di facilitare le dinamiche relazionali e di portare alla luce gli argomenti da approfondire assieme ai partecipanti. I gruppi possono essere aperti, in questo caso ci si può inserire in qualsiasi momento e si frequentano fino a quando si ritiene necessario. Perseguono differenti obiettivi: aiutano ad acquisire consapevolezza rispetto al proprio problema; permettono di capire che altre persone vivono la stessa situazione e che c'è una via di uscita; aiutano a esprimere l'emotività e a migliorare la comunicazione. Spesso i disturbi alimentari creano solitudine, ritiro sociale e una sorta di involuzione comunicativa che gradualmente porta a perdere efficacia nei rapporti interpersonali. Riappropriarsi di queste capacità non è di secondaria importanza. Nel gruppo è più facile perché il rischio di esporsi è minore rispetto al "mondo di fuori". Il gruppo è formato da persone che condividono le stesse paure e problemi e proprio per questo sono in grado di sostenersi. Gli interventi di gruppo possono anche avere un solo obiettivo specifico. In questo caso sono gruppi chiusi che iniziano e terminano con lo stesso piccolo gruppo di partecipanti, con una durata predefinita (in genere dai quattro agli otto incontri). Possiamo dividerli in diverse categorie:

1) *Interventi informativi*: hanno lo scopo di rendere consapevole la persona del proprio problema e di portare alla luce i circoli viziosi, creati dagli atteggiamenti psicologici e dalla fisiologia, che creano e mantengono la situazione di disagio. Servono a capire che il problema non dipende dalla volontà del soggetto e ad attenuare i sensi di colpa. Una corretta informazione aiuta a contrastare il senso di incapacità e a migliorare l'autostima.

2) *Interventi motivazionali*: non sempre la situazione di sofferenza è sufficiente a fare in modo che la persona si impegni per lavorare con convinzione. Spesso capita che chi chiede aiuto non sia ben conscio del fatto che per ottenere dei risultati sono necessari cambiamenti radicali dello stile di vita, e non sempre è disposto ad accertarli. Questo tipo di intervento ha come obiettivo quello di focalizzare le mete da raggiungere, i percorsi per arrivarci a rendere consapevoli le persone dei cambiamenti che si devono affrontare. Trascurare il lavoro motivazionale espone la persona, spaventata da quello che deve affrontare, all'abbandono del trattamento, che viene vissuto come un fallimento e come conferma della propria inadeguatezza.

3) *Interventi psico-educativi*: sono volti a dare informazioni sul tipo di disturbo e ai modi che solitamente si utilizzano per contrastarlo. In questo modo si cerca di cambiare gli atteggiamenti e i comportamenti ad esso legati.

4) *Gruppi di assertività*: spesso chi soffre di disturbi alimentari non è abituato a far sentire la propria voce, per queste persone è difficile esprimere desideri e bisogni, di solito per paura di deludere gli altri. In questi gruppi si cerca di promuovere un comportamento assertivo, cioè non influenzato dalla volontà di compiacere gli altri e con uno stile comunicativo chiaro e diretto.

I *gruppi di auto-aiuto* possono essere o meno guidati da un facilitatore, non necessariamente un professionista, ma comunque addestrato a condurre il gruppo. Spesso si tratta di persone che hanno sofferto di un disturbo alimentare o che hanno avuto familiari con questo tipo di problema. La loro esperienza passata diventa fondamentale per dare speranza e motivazioni e dimostra che si può trovare una via di uscita. Attraverso la conoscenza del proprio problema e ai modi di affrontarlo, si promuove il sostegno reciproco. E' importante che le persone non si sentano più sole, ma sappiano che esiste qualcuno che comprende quello che stanno passando. Insieme si riduce la percezione della propria inadeguatezza e si aumenta quella della propria autoefficacia, di quello che da soli si può fare, della forza che si possiede, in modo da diventare più attivi rispetto alle cure. I gruppi di auto-aiuto possono essere rivolti anche ai genitori, per sostenerli e farli riflettere sui propri comportamenti, a condividere i loro vissuti e scambiarsi esperienze. Anche per loro la consapevolezza che c'è qualcuno che può capire il loro dramma è molto importante. In genere questo tipo di gruppi non ha una durata predefinita, le entrate sono continue e fanno parte della routine degli incontri. Deve essere precisato che i gruppi di auto-aiuto hanno una propria utilità e non sono un sostituto della terapia familiare, più focalizzata sulla situazione della singola famiglia e adatta a promuovere cambiamenti profondi. Per quanto ci siano terapie la cui efficacia è accertata sperimentalmente (la psicoterapia cognitivo-comportamentale e quella interpersonale nella bulimia e nel DAI; la terapia familiare con pazienti giovani), è opinione condivisa che ciascun tipo di intervento può essere efficace nel momento in cui si crea una buona alleanza tra paziente e terapeuta. Se questo non avviene, difficilmente ci saranno risultati concreti e duraturi. Va precisato che il lavoro del terapeuta è quello di costruire un progetto terapeutico su misura per le esigenze del paziente. Non si ha la stessa efficacia se la persona è inserita in un programma di cura perché è l'unico disponibile. Nella comunità scientifica si riscontra un'ampia convergenza sull'utilità di un approccio multidisciplinare che integri la riabilitazione nutrizionale, la terapia individuale, il sostegno alla famiglia e, quando necessario, l'intervento farmacologico. L'intervento integrato è maggiore della somma degli interventi singoli e ha maggiori probabilità di portare a buoni risultati.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, DSM –IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV Edizione;
- Brusset, B.(1979). *L' anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*. Borla, Milano.
- Caruso, R., F.(1997). *I disturbi del comportamento alimentare*. Angeli, Milano.
- Cuzzolaro, M.( 1988). *Bulimia nervosa:definizione diagnostica e terapia psicoanalitica* .*Psicobiettivo*,anno VIII,numero 2,9-19. Cedis, Roma.
- Cuzzolaro M.,(2004). *Anoressie e bulimie*. Mulino, Bologna.
- Dahlke R., ( 2008). *Cibo, peso e psiche*. Tecniche nuove.
- Faccio, E. (2004). *Il disturbo alimentare. Modelli,Ricerche e Terapie*. Carocci, Roma.
- Gordon, (1991). *Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*. Cortina.
- Gull W.W., Lasègue E.C.,(1998).*La scoperta dell'anoressia nervosa(antologia)*, Mondadori.
- Herzog, Greenwood, Doorer , et al.(2000). *Mortality in eating disorders: a descriptive study*. International Journal of eating Disorders.
- Luxardi, Ostuzzi, (2003). *Figlie in lotta con il cibo*. Dalai, Milano.
- Molinari, Riva, (2004). *Psicologia clinica dell'obesità*. Boringhieri, Torino.
- Montecchi ,(1994). *Anoressia Mentale dell'Adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*. Angeli , Milano.
- Slade, (1982).*Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *British Journal of Clinical Psychology*,21,167-179.
- Stice, (2001). *A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect*. Journal of Abnormal Psychology, 110, 124-135.
- Strachan, Cash, (2002). *Self-help for a negative body image: a comparison of components of a cognitive-behavioral program*. Behavior Therapy, 33,235-251.
- Strober,(2004). *Managing the chronic, treatment-resistant patient with Anoressia Nervosa* .International Journal of Eating Disorders
- Thompson, Heinberg, Altabe, Tantleff-Dunn, (1999) *Exactng beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbances (pp.271-310)*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Vanderlinden, Vandereycken, (1997). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Trad. it. Astrolabio, Roma.