



Provincia di Udine
Provincie di Udin

REFERATO PARI OPPORTUNITÀ
REFERAT PE PARITAT OM FEMINE

O TUTTO O NIENTE

ANDRESSIA, BULIMIA
E DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE

L'ESEMPIO DI UNA
COMUNITÀ TERAPEUTICA
A CIVIDALE DEL FRULLI

PATRIZIA
CORBELLINI

O TUTTO O NIENTE

**ANORESSIA, BULIMIA
E DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE**

**L'ESEMPIO DI UNA
COMUNITÀ TERAPEUTICA
A CIVIDALE DEL FRIULI**

PATRIZIA CORBELLINI





PRESENTAZIONE

Dott.ssa MICHELA GASPARUTTI
Referente alle Pari Opportunità
della Provincia di Udine

Quando Patrizia Corbellini, una psicologa di rara competenza e sensibilità, mi ha parlato della rilevanza che assumono anche nella nostra provincia i Disturbi dell'Alimentazione, non ho potuto sottrarmi al dovere di contribuire alla conoscenza delle gravissime conseguenze che possono avere su coloro che ne sono affetti. I giovani che soffrono di Disturbi dell'Alimentazione sono numerosissimi e tra questi la grandissima maggioranza è composta da ragazze. Si tratta quindi, come ho potuto appurare anche dall'analisi dei dati che mi sono stati forniti, di un disagio "al femminile". Una malattia, perché di malattia vera e propria si tratta, che insiste soprattutto sulle donne la cui età è sempre più precoce con punte anche nella fase che accompagna e precede la menopausa. Ho sempre ritenuto che le Pari Opportunità dovessero occuparsi soprattutto della salute perché, questo è il mio punto di vista, una donna sana è più forte, più capace di far fronte ai problemi che la vita le riserva.

I Disturbi dell'Alimentazione, l'Anoressia e la Bulimia, tolgono la capacità di combattere, abbassano le resistenze, rendono le donne ancor più fragili di quanto già non appaiano o siano considerate dal sistema dei mass media.

A Cividale del Friuli opera una comunità che affronta e cura egregiamente questi disturbi ed è quasi commovente vedere la passione e la dedizione con la quale si prodigano tutti coloro che lavorano al suo interno per risolvere un disturbo la cui diffusione è sempre più elevata.

La comunità Alimento, unica nel genere nel Friuli Venezia Giulia, è un punto di riferimento preciso per quanti vogliono capire l'entità e la gravità dei Disturbi dell'Alimentazione.

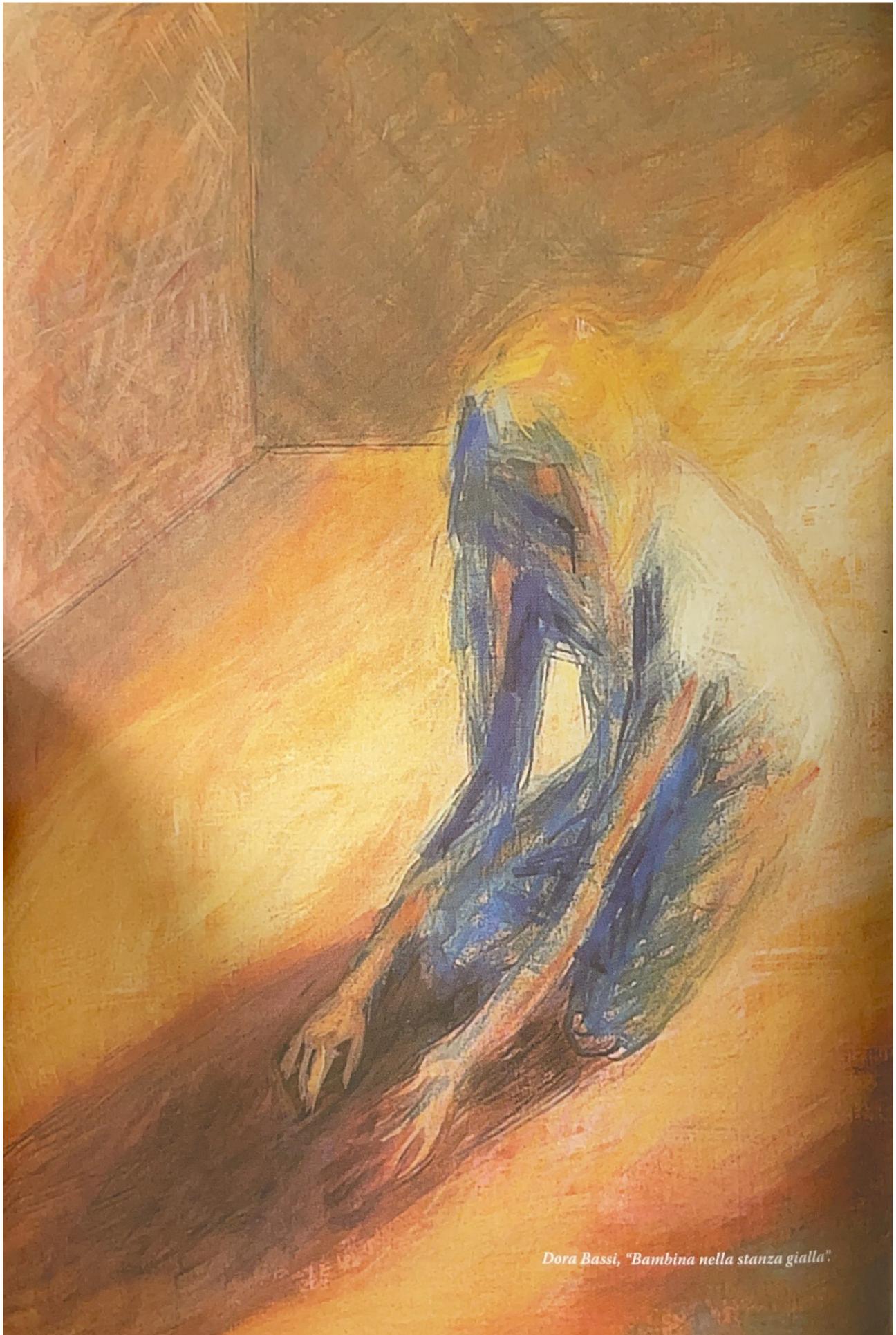
Per questo ho chiesto alla dottoressa Corbellini di predisporre questo testo affinché fosse distribuito tra i genitori e gli insegnanti ma soprattutto tra le tante madri le cui figlie sono a rischio di diventare vittime di un disordine le cui conseguenze fisiche e psichiche possono essere gravissime.

Mi auguro che questo strumento, assieme alla campagna contro il cancro al seno, quella a favore delle madri dei bambini affetti da disturbi dell'apparato respiratorio e quella per far conoscere le conseguenze della depressione e dell'ansia, possa dare maggiore consapevolezza alle donne sull'importanza della loro salute.

Le Pari Opportunità non possono sottrarsi al dovere di contribuire al benessere delle donne ed è questa la direzione nella quale intendo procedere per giungere come donna e con le donne, a competere alla pari in tutti gli ambiti della vita sociale e personale nel tentativo di dare concretezza al concetto, spesso sottovalutato, di felicità.

INDICE

<i>Dora Bassi</i>	7	Introduzione Le ragazze e la moda
	13	I Disturbi dell'Alimentazione
	18	Epidemiologia e territorio
	21	Le cause
	24	I sintomi
	28	Linee guida per i famigliari
	33	Il cibo e i suoi significati
	36	Livelli d'intervento
	38	Approcci psicoterapeutici
	46	Modello d'intervento riabilitativo integrato
	50	Riabilitazione nutrizionale
<i>Roberto Milani</i>	57	Terapia farmacologica
	60	"Alimente" la prima comunità per D.A. in Friuli V.G.



Dora Bassi, "Bambina nella stanza gialla".

LE RAGAZZE E LA MODA

Dora Bassi

Provate a mettere sotto gli occhi di una ragazza di oggi la foto di una "Venere" di Tiziano, tipo quella del Prado, e poi chiedetele se le piacerebbe somigliarle. La risposta sarebbe certamente un chiaro no. Eppure, secondo il gusto del tempo, quella era la dea della bellezza tutta carne, anzi, parecchio sovrappeso, perché la bellezza equivaleva al benessere e quest'ultimo era segno del potere. Il maggior potere tra gli umani era quello dell'amore ed incarnarlo in Venere era il massimo. Ma la nostra ragazza moderna non vorrebbe assomigliare neppure alla Gioconda, a quella faccia spoglia e un po' gonfia che ha fatto innamorare generazioni e generazioni. E infatti c'è stato chi l'ha trafugata dal Louvre e per due anni le ha dedicato un estatico amore finché la polizia ha sorpreso la coppia in un alberghetto di Firenze. Il ladro finì in carcere e Monna Lisa venne riportata nel museo dove tuttora si può ammirare rinchiusa nella sua cella di plexiglas. In quegli anni, chi poteva permetterselo commissionava agli artisti un'immagine femminile dalle forme piuttosto abbondanti: ninfe, dee, muse, eroine bibliche e non, esponevano senza malizia le loro carni fiorenti e rosate per la delizia dell'aristocrazia e anche di qualche prelado che stava stretto nel suo voto di castità. Certo, nei ceti meno elevati questo tipo di avvenenza

non poteva essere imitato, e allora c'erano le pale d'altare messe là a suggerire altre virtù: la devozione, la modestia, l'umiltà, doti che aprivano alle donne le vie del paradiso dove forse al posto di una ciotola di zuppa scondita venivano serviti sontuosi banchetti come in *"La cena in casa di Levi"* di Paolo Veronese.

Nel secolo seguente e in altri luoghi di fede protestante si usarono le suggestioni dell'arte per far vedere che, lavorando sodo, le barriere di classe non erano ostacoli insormontabili. Così, le donne di casa senza tanti grilli per la testa e da buone amministratrici dell'economia domestica potevano indossare il mantello di raso giallo con fodera d'ermellino come ci racconta il grande pittore fiammingo Vermeer e alle brave e sagge ragazze era concesso appendersi al lobo l'*"Orecchino di perla"*. Solo le dee, in quanto nullafacenti, erano francamente grasse e quindi la grassezza era un privilegio, come ce lo dimostra ampiamente Rubens. Magra non si poteva dire Saskia, l'adorata moglie di Rembrandt che appoggia i suoi settantacinque chili di giovinezza sulle ginocchia del marito. Non proprio carrozzata come una dea, ma tanto da dimostrare che in casa del pittore non mancava niente.

Poi, nel settecento, l'alta moda raggiava da Parigi, e precisamente dalla corte di Maria Antonietta.



*Titiano,
"Venere con suonatore
d'organo".*

Da Vienna le scriveva la madre raccomandandole un po' di sobrietà, meno sfrontatezza, ma a quella le ramanzine materne entravano da un orecchio e uscivano dall'altro. Dunque a Versailles c'è molto tempo da perdere.

Parrucche, belletti, damerini incipriati, tutto un rituale di mascherate giocano sull'ambiguità dei sessi e, come si direbbe oggi, sulla provocazione.

A Venezia, soprattutto nella stagione dei teatri, si attendevano con ansia notizie sulle novità di Parigi, Goldoni ne è buon testimone.

Per il carnevale le maritate si cuccivano in casa i vestiti, tutti sete e merletti, mentre il cavalier servente in "polpe", anche lui tutto imparrucato e infonzolato, stava a guardare attraverso l'occhialino, e Longhi si diverte a darvene la rappresentazione in pittura.

Mai come allora le fattezze venivano occultate sotto strati di polvere profumata, strisciate di bistro per gli occhi e rossetto spalmato su gote e labbra. Il corpo, poi, andava stretto nelle stecche del busto che faceva esplodere seni e fianchi. Evidentemente tale spreco di orpelli costava e le giovani veneziane di "sestiere" non potevano competere, tranne, appunto, a carnevale, quando nobiltà e popolo si mescolavano nei campielli e le dame giocavano a mascherarsi da serventi e viceversa.

Tutta questa pantomima finì per disgustare e scoppì la rivoluzione.

Ciò che venne dopo è ferrea gerarchia di potere all'insegna dell'austerità. Si parla di Napoleone, naturalmente, del Bonapartismo e delle sue radiazioni sulla moda che impose sobrietà classica nel vestire, snellezza nel corpo, volto composto e pulito, gesti misurati, colore sui toni bassi. Ma le popolane portavano sempre le insegne della loro classe, cioè vestiti piuttosto scuri e cuffietta chiara in capo. La divisa era quella, stando alle illustrazioni del periodo.

Lasciarsi morire di inedia per amore, questa è stata la generosa concessione per cui anche alle donne era riconosciuta un'anima. E non solo quella che ambisce alla santità, ma quella che sta nel cuore che pulsa per passione e si strugge, come ce lo racconta la letteratura romantica, diventata accessibile a molti, perché stava avanzando la scolarizzazione per entrambi i sessi. Le fanciulle del tempo, stando molto in casa, si erano rivelate grandi lettrici e l'editoria stava mettendo in circolazione a prezzi bassi i romanzi per signorine.

Alla fine dell'ottocento, dunque, l'industria del libro, agli albori della cultura di massa, era entrata insidiosamente nel sociale partecipando attivamente al formarsi della moda ed al suo divenire.

Da sinistra:
Jahannes Vermeer,
"Joven con perla".

Rembrandt,
"L'allegria coppia".



Si stava imponendo il protagonismo femminile.

L'eroina pallida dalle fattezze misteriose era facile al deliquio, e non solo per l'assalto della passione, ma anche per la costrizione dei busti che ingabbiavano l'addome e riducevano al minimo il giro vita. Quarantacinque centimetri come massimo. E allora ogni chilo in più era un tormento.

Intanto nei paesi anglosassoni le donne prendevano la parola, come categoria a parte che reclama i propri diritti, e l'Europa ribolliva per i primi fermenti di guerra.

Ho chiesto alla mia giovane amica Raffaella, esperta di moda e direttrice di Musei, da dove provenga il taglio di capelli alla "garçon" in uso negli anni Venti. Mi ha detto che da sempre i capelli venivano considerati strumento di seduzione, che in guerra, mancando la manodopera maschile, anche le donne entravano in fabbrica e là dentro non era il caso.

Una Lotte, una Grete forse sono state le prime ragazze a mettere mano alle forbici e la sorgente della moda mascolinizzata è stata proprio là, tra gli ingranaggi delle macchine in azione.

Ma a conflitto terminato, proprio contro i "pescecani", gli arricchiti di guerra, si levarono gli artisti della "Neue Sachlichkeit", Grots, Dix, Schad. Soprattutto questi tre pittori

raffigurarono, accanto alle immagini dei nuovi capitalisti portate alla bestialità, le loro donne bistrate, gonne al ginocchio, sigaretta in bocca, tacchi alti e un'espressione disperata in volto.

L'alta sartoria francese, già avviata all'industrializzazione, non immetteva di certo sul mercato modelli tanto crudi, tuttavia il brusco taglio al passato c'era stato e da Parigi, secolare tempio del costume, provenivano figurini incoraggianti e di facile imitazione. Via i busti, linee sciolte e morbide, capelli a baschetto, molta bigiotteria, calze di seta lucida.

Negli anni venti mia madre si faceva arrivare i profumi e le creme di bellezza da *Hermes* che a quel tempo già dettava moda.

Le scarpe a tacco alto e pianta stretta rovinavano i piedi e da allora per tutte le donne della nostra famiglia si diffuse la piaga dell'alluce valgo.

Per mia madre, cittadina di Trieste, essere grasse non era bello. La mia futura suocera, di origine artigiana e friulana DOC, ripeteva, invece, che "grasso" è segno di star bene in salute e soldi. E una ragazza grassa era di buon augurio come moglie.

Dovevano pensarla alla stessa maniera i tre dittatori del secolo scorso, almeno prima di arrivare al potere. Perché, poi, gli orientamenti della dittatura, non essendo affari

di gusto ma di stato, vennero imposti con i mitra della polizia. Cacciati i divulgatori dell'arte degenerata, i muri si coprono di manifesti. Le donne vengono rimesse a fianco dei loro uomini combattenti e con polso fermo fanno sventolare i vessilli della rivoluzione vittoriosa. Oppure le vedi nei campi, con le robuste braccia alte a reggere le messi.

Gli artisti italiani si sprecano a dipingere giovani madri dall'aspetto massiccio intente all'allattamento e anche le ragazze, tipo le donnine di Boccasile, sono molto ben piantate, vita e caviglie strette, ma fianchi e seni straripanti, rotondi e lisci come frutti maturi.

La donna nello sport era un modello alternativo molto divulgato nel terzo Reich e piuttosto ripetuto anche da noi e allora ecco cosce e polpacci muscolosi, volti accigliati per eccesso di agonismo.

Agonali!

Questo era il nome del cimento annuale al quale tutti i ragazzi del Fascio Littorio, cioè praticamente tutti noi, scolari, studenti, maschi e femmine eravamo chiamati.

Per tutti i ragazzini fin dalla prima classe elementare la divisa era obbligatoria, come il giuramento di fedeltà al regime.

Oddio! Se era brutta quella montatura di "piccola italiana"! Camicetta di picché bianco, gonna a pieghe nera, mantella di panno nero, basco nero in testa e in mezzo al petto la patacca con l'effigie del duce, il testone chiuso nell'elmetto di soldato in trincea.

A questo modello però si poteva sfuggire. C'era il cinema americano, c'erano Ginger e Fred. C'erano le dive in voga, la seducente e sensuale Jean Harlow, la misteriosa Greta Garbo, la volitiva Joan Crawford, figure mitiche di donne dalla personalità forte e appassio-

nata, e poi, per le più timide, c'erano le "Fidanzate d'America", Mary Pickford, Janet Gaynor e, qualche tempo dopo, June Allison. Minute e spiritose erano destinate a una felice carriera di moglie celata oltre la sigla finale "THE END".

C'è da dire però che il fascino di queste figure non agiva tanto in superficie quanto nel profondo, dove si forma la personalità.

Arrivando a noi come protagoniste di avventure, non era tanto il loro aspetto fisico, il loro abbigliamento ad indurre l'imitazione, quanto il carattere rappresentato, il loro porsi nella vita.

Il sogno di diventare "come" Ginger imponeva la fatica di imparare la danza e la ragazza intraprendente e ostinata che prendeva a modello Judy Garland doveva perlomeno saper cantare e se magari un po' ci riusciva adattava ragionevolmente il suo sogno a fini più modesti, ad esempio quello di cantare Blue Moon in una balera di periferia. E non ridiamo di queste cose perché in fin dei conti costituivano un momento propedeutico ad affrontare di persona le difficoltà, la realtà della vita.

Ma ciò che accade oggi è un fenomeno di tutt'altra specie e dagli effetti inquietanti, poiché a scatenarlo e a tenerlo costantemente in azione è la rete industriale che sostiene l'economia mondiale e nello stesso tempo la macina. Ciò che occorre a questa macchina perché non si arresti producendo effetti catastrofici non è l'essere sorretta da uno stuolo di ammiratori e di emulati, ma di consumatori. E c'è anche il mezzo per costruire un intermediario carismatico indispensabile: la televisione.

Specie quella privata, che non ha certo funzioni educative, oggi è in tutte le case portando con ritmo

martellante i suoi ordini abilmente mascherati. Tutti siamo soggetti convertibili, tuttavia viene preso particolarmente di mira chi è più debole, più esposto, più ansioso. I giovanissimi, appunto, per i quali l'appartenenza al gruppo, il suo riconoscimento ed il suo sostegno sono vitali per la sicurezza personale. L'espansione di un modello avviene in tempi estremamente rapidi e così la sua usura. Questo è il ritmo che induce l'altrettanto rapido consumo. Un ritmo che non si armonizza certo con quelli della crescita e del consolidamento della personalità.

La moda che è uno dei pilastri dell'economia si diffonde col pret-a-porter e questo viene costruito su una impalcatura standard, quella ricavata da una sagoma femminile lineare e priva di forme, per

cui l'attenzione viene convogliata unicamente sull'abito e non sulla persona che lo indossa.

Alla base di questo processo produttivo sta appunto la spersonalizzazione del consumatore e la sua omologazione al canone estetico prescelto, volto a favorire lo smaltimento del prodotto.

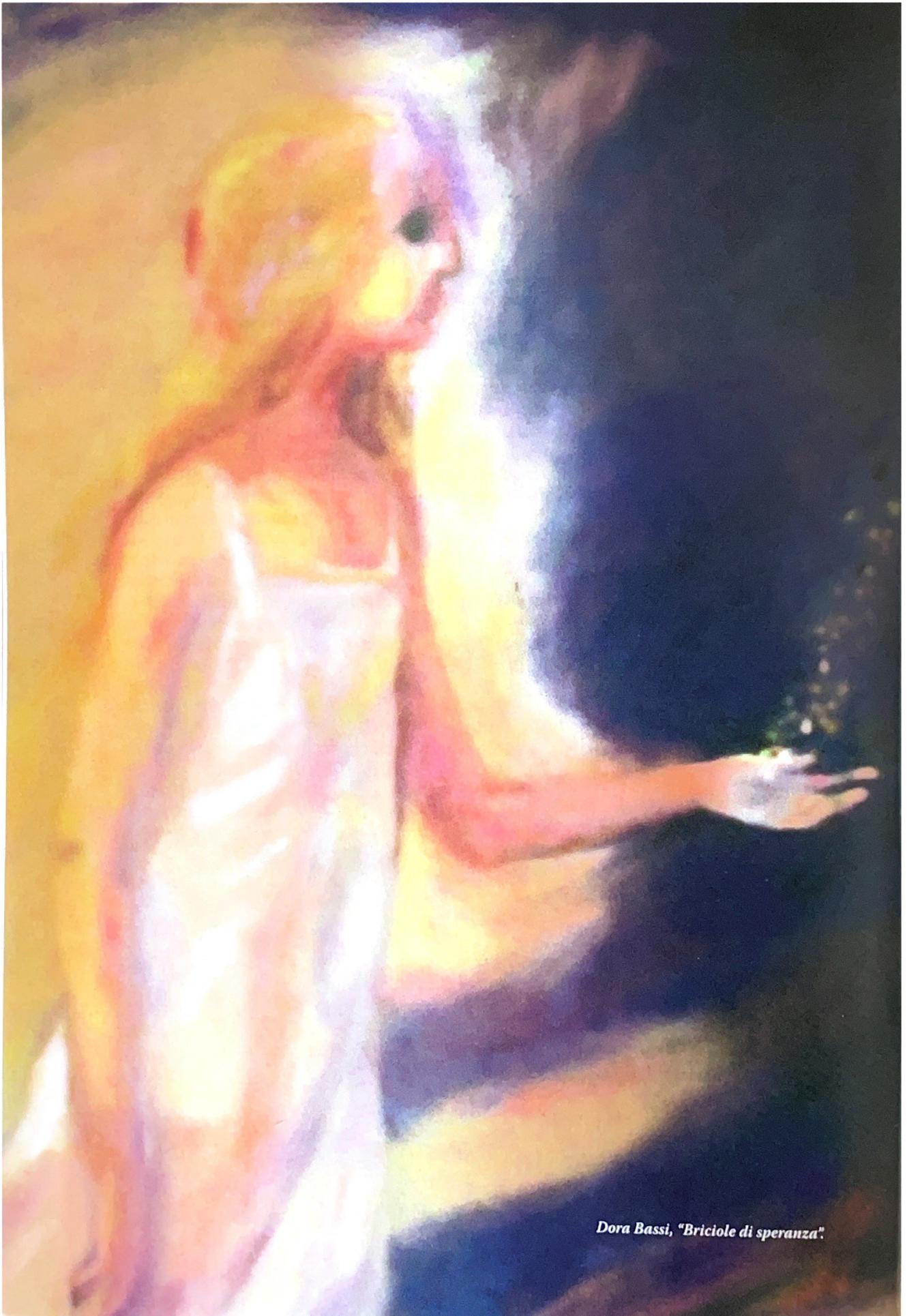
"Compera gli abiti che ti propongo, massimo taglia quarantadue e in cambio ti garantisco bellezza, ammirazione, successo, felicità", questo è il messaggio.

Questo ragionamento elementare, non specialistico, proviene da una persona che per età ha lasciato dietro di sé le pericolose insidie apparse nel suo cammino, c'è anche cascata, ma poi per esperienza e professione ha imparato a riconoscerle ed evitarle, non avendo mai avuto occasione di pentirsene.

*Da sinistra:
Otto Dix,
"Ritratto della scrittrice
Sylvia von Harden".*

*Fred Astaire e Ginger Rogers
in "Seguendo la flotta".*





Dora Bassi, "Briciole di speranza".

I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

I Disturbi dell'Alimentazione (D.A.) quali l'Anoressia e la Bulimia da un lato e l'Obesità dall'altro, sono stati considerati per molto tempo dalla cultura medica internazionale come categorie patologiche separate.

L'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) appartenevano al versante psichiatrico mentre l'Obesità al versante internistico.

Solo a partire dagli anni '90 si è aperto un interesse verso i comportamenti anomali che gli obesi presentano rispetto all'alimentazione.

La sindrome compulsiva nei confronti del cibo (che induce un eccesso nutrizionale incontrollabile), riscontrata in un'alta percentuale di soggetti in sovrappeso, è stata individuata come la causa del fallimento di un approccio puramente medico all'obesità.

La questione, tuttavia, a tutt'oggi è ancora controversa.

Secondo l'approccio del DSM-IV-TR (2001), ovvero il *Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali*, i vari disturbi vengono considerati in base a categorie ben definite.

In questa classificazione l'Obesità non viene considerata tra i Disturbi dell'Alimentazione perché non si ritiene sia documentata la sua associazione costante con particolari sindromi psico-comportamentali.

Solo nel caso in cui l'Obesità sia associata a *Binge Eating* (abbuffata compulsiva) essa viene classificata tra i disturbi mentali e cioè tra i Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (DA - NAS).

Altri studi hanno evidenziato una relazione costante tra Obesità e disturbi psichici come depressione, immagine corporea negativa, bassa autostima, personalità passivo-aggressiva.

Vi è discordanza, invece, sul ruolo di questi disturbi che alcuni autori interpretano come causa di obesità ed altri come conseguenza dell'emarginazione sociale subita dagli Obesi.

Secondo le *Linee Guida Italiane dell'Obesità* (1999) l'origine della patologia da sovrappeso non è prevalentemente organica o psichica ma multifattoriale in quanto risultato di cause biologiche, psicologiche e sociali.

Per la diagnosi dei DA si fa dunque comunemente riferimento ai criteri riportati nel *Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali* di cui riportiamo tre schemi riassuntivi.

CRITERI DIAGNOSTICI PER F50.0 ANORESSIA NERVOSA (307.1)

- 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).
- Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- 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.
- 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 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 enteroclistici).

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 enteroclistici).

CRITERI DIAGNOSTICI PER F50.2 BULIMIA NERVOSA (307.51)

- Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:
 - mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Specificare il sottotipo:

Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Senza condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

F50.9 DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NON ALTRIMENTI SPECIFICATI (307.50)

La categoria Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti specificati include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo della Alimentazione.

Gli esempi includono:

- Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.
- Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.
- Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).
- Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo.
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa.



Tra i Disturbi dell'Alimentazione spesso viene citata la *Weight Cycling Syndrome*. Essa è caratterizzata da fluttuazioni del peso corporeo in cui i comportamenti alimentari restrittivi sono seguiti da comportamenti iperfagici e si riscontra soprattutto in soggetti che si sottopongono a ripetute diete ipocaloriche. Queste ultime innescano una vera e propria destrutturazione del comportamento alimentare e portano il peso, dopo ogni fase restrittiva, ad incrementare, posizionandosi su valori più alti rispetto a quelli che precedevano l'inizio della dieta. Di solito questa sindrome si associa ad Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e *Binge Eating*.

Un altro disturbo, oggetto di studio della letteratura scientifica fin dagli anni '80, è la *Night Eating Syndrome* (NES) caratterizzata da frequenti risvegli notturni durante i quali è presente una forte compulsione a mangiare e a bere pur in assenza di fame o sete. Gli alimenti preferiti sono soprattutto i carboidrati (dolci, pasta, ecc.) e le bevande cremose e dense. A tutt'oggi non è ancora chiara la relazione tra i frequenti risvegli (disturbo del sonno, soprattutto nel passaggio dal sonno lento a quello paradossale) e la compulsione a mangiare (Disturbo del Comportamento Alimentare).

Una particolare attenzione meritano i Disturbi dell'Alimentazione inseriti nel contesto sportivo e che interessano molte giovani donne atlete che si allenano intensamente, in un'età in cui non hanno ancora raggiunto la massima massa ossea. Il training fisico strenuo induce un calo ponderale che innesca un disturbo nutrizionale che risponde ai criteri del DSM-IV TR per i Disturbi dell'Alimentazione. Il quadro clinico, che comprende disordini nutrizionali, amenorrea ed osteoporosi (con alto rischio di fratture), è stato definito nel 1992, durante la conferenza dell'American College of Sports Medicine, con il termine *Triade della Donna Atleta*.

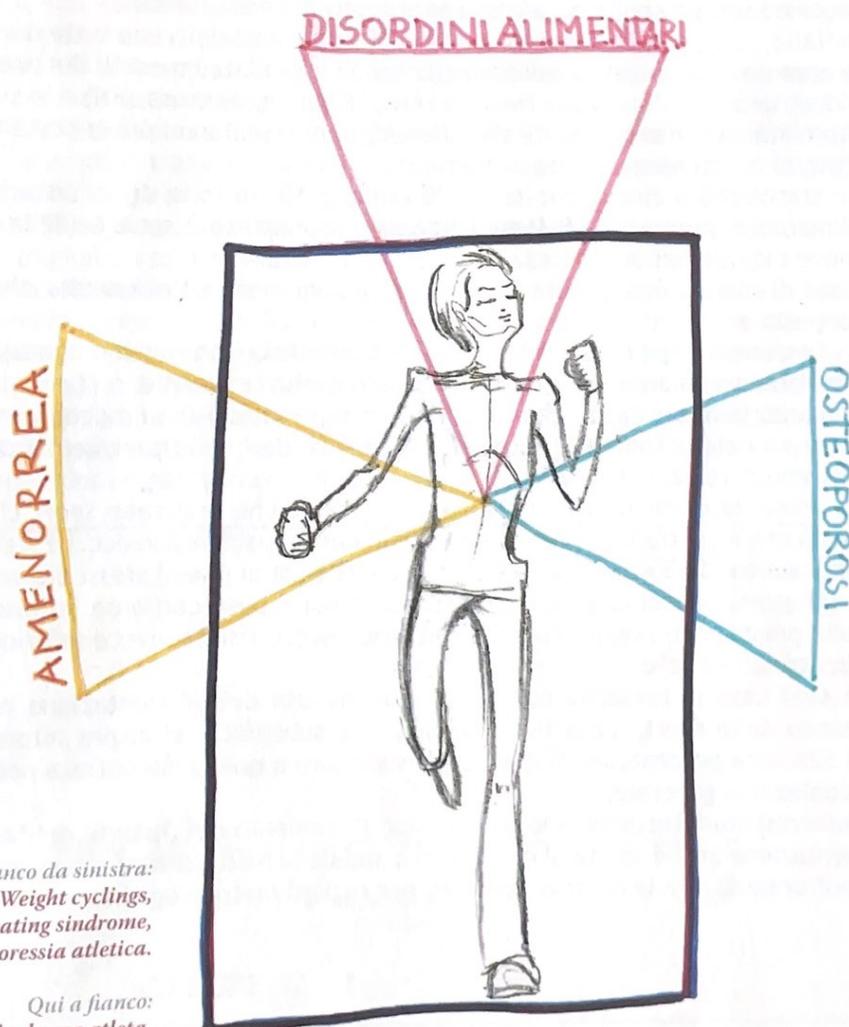
La riduzione della densità ossea dovuta all'assenza del ciclo mestruale si registra soprattutto in quelle aree dell'osso sottoposte a sforzi durante il training fisico. La dieta ipocalorica, con basso contenuto di grassi e proteine, associata ad un inadeguato apporto di calcio, aumenta notevolmente il rischio di fratture.

Curiosamente, nel mondo dello sport italiano si è data finora poca rilevanza a questo problema.

Anche se i disordini alimentari nelle atlete sono più accentuati rispetto a quelli riscontrati negli atleti, si sta assistendo a un aumento del numero dei maschi che ne sono colpiti.

Le stesse caratteristiche che consentono ad un atleta di eccellere nello sport (competitività, perfezionismo, desiderio compulsivo di allenarsi, attenzione

al peso-forma ecc.) corrispondono a quelle presenti nella popolazione generale a rischio di sviluppare un disordine dell'alimentazione. Tra i disturbi nutrizionali presenti nel mondo dello sport c'è l'*Anoressia Atletica* (AA). Si tratta di un insieme di comportamenti che si manifestano negli atleti a livello subclinico ma che possono sfociare in una vera e propria patologia alimentare. I soggetti affetti da AA utilizzano, solo saltuariamente, metodi impropri e dannosi per la salute al fine di controllare il peso (digiuno, vomito, uso di lassativi, diuretici, farmaci mangiagrassi ecc.). Si tratta di una strategia strumentale a cui normalmente si ricorre per soddisfare gli standard ponderali (cioè il peso) richiesti da particolari discipline sportive. Questi comportamenti sono, come si è detto, un fattore di rischio per patologie più serie soprattutto se adottati per lunghi periodi e se incoraggiati, più o meno esplicitamente, dagli stessi allenatori.



Nella pagina a fianco da sinistra:
Weight cyclings,
Night eating sindrome,
Anoressia atletica.

Qui a fianco:
Triade della donna atleta.

EPIDEMIOLOGIA E TERRITORIO

I disturbi alimentari si manifestano attraverso una serie di comportamenti complessi che includono problemi riguardanti l'aspetto fisico e il proprio peso corporeo, correlati a valutazioni e sentimenti inadeguati e disfunzionali.

Le patologie alimentari sono associate alla cultura dei paesi più industrializzati in cui c'è abbondanza di cibo e dove l'essere magri è un requisito di successo sociale conforme ai modelli proposti dai mass media.

In Italia, come negli altri paesi occidentali, negli Stati Uniti e in tutte quelle aree geografiche extra europee che hanno assimilato i modelli dei paesi industrializzati, l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e le sindromi Non Altrimenti Specificate (DA-NAS) rappresentano i più importanti disturbi del comportamento alimentare.

Le statistiche indicano che ogni 100 ragazze 10 soffrono di un disturbo alimentare. Anoressia e Bulimia colpiscono soprattutto il sesso femminile (nove ragazze per ogni ragazzo).

L'età di esordio è compresa tra i 10 e i 30 anni mentre l'età media d'insorgenza è 17 anni.

L'Obesità da *Binge Eating* (che riguarda il 30% della popolazione obesa) è ripartita ugualmente tra il sesso maschile e quello femminile.

Riguardo la *Night Eating Syndrome*, le ricerche settoriali su piccoli campioni non ci consentono ancora di disporre di dati sulla prevalenza del disturbo in relazione al sesso.

La presenza di disturbi nutrizionali nelle donne che praticano sport che implicano il controllo del peso (ginnastica, danza, pattinaggio ecc.) è stata valutata tra il 25 e il 65 per cento. La prevalenza di questi stessi disturbi negli atleti maschi che praticano sport, in cui il peso corporeo influisce sulla prestazione (lotta, ippica, canottaggio ecc.), risulta invece inferiore rispetto alle atlete.

In ogni caso la presenza complessiva di Disturbi dell'Alimentazione nel mondo dello sport, sia a livello clinico che subclinico, si aggira intorno al 52%, una percentuale di gran lunga superiore a quella riscontrata nella popolazione generale.

Numerosi studi testimoniano un continuo incremento dei Disturbi dell'Alimentazione anche se i tassi di incidenza appaiono molto diversi e non sono confrontabili, tra le diverse ricerche, per ragioni metodologiche.

Nel loro insieme i disturbi del comportamento alimentare (AN, BN, DCA-NAS) rappresentano un problema grave e particolarmente diffuso tra gli adolescenti e le giovani donne. Nei Paesi Occidentali industrializzati, compresa l'Italia, ogni 100 ragazze nell'età a rischio (12-25 anni), 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare: 1-2 nelle forme più severe e pericolose (AN, BN), le altre nelle forme più lievi (spesso transitorie), di disturbi parziali e/o subliminali.

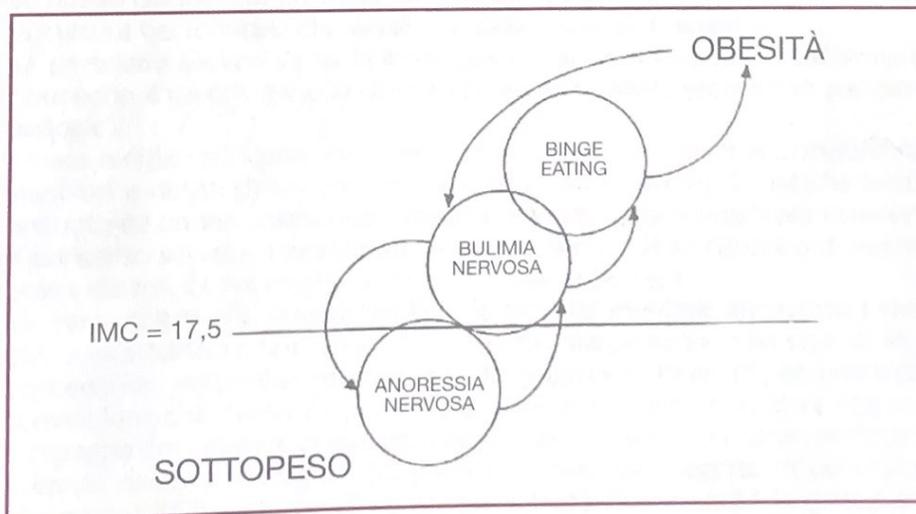
Da: *Annali della Sanità Pubblica, Roma, 1998*

I dati sui disordini nutrizionali del Friuli Venezia Giulia sono ancora carenti a causa dell'esiguità dei centri specializzati per queste patologie e della scarsità di ricerche epidemiologiche sistematiche.

Da uno studio condotto nel 2001 dalla nostra Associazione (*Progetto Friuli Venezia Giulia per la Prevenzione all'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione, Onlus*) sulle abitudini alimentari di un campione di 300 ragazzi di un Istituto Tecnico (14-20 anni) sono emersi i seguenti dati:

- Il 45% aveva sperimentato una o più diete non salutari (quasi sempre senza prescrizione medica)
- il 10% ammetteva di essere sottoposto a dieta restrittiva (durante il periodo della ricerca)
- il 25% dichiarava almeno un comportamento alimentare a rischio (saltare la prima colazione, evitare quasi completamente le proteine, consumare solo cibi gratificanti, mangiare quasi sempre davanti alla TV ecc.)
- il 20% utilizzava saltuariamente sistemi per tenere il peso sotto controllo (digiuno, uso di prodotti dietetici, lassativi, caffè, fumo ecc.).

Complessivamente è emerso un quadro di cattiva gestione della propria alimentazione, un desiderio eccessivo di dimagrimento, una notevole confusione sui fabbisogni dell'organismo e l'urgente necessità di conformarsi alle mode e ai modelli condivisi dai coetanei. In ogni caso è probabile che le percentuali emerse siano inferiori ai dati oggettivi a causa della tendenza diffusa di tutta la popolazione con Disturbi dell'Alimentazione a negare totalmente o parzialmente il problema.



Dalla fine degli anni '90 la stragrande maggioranza degli operatori che si occupano di Disturbi dell'Alimentazione concordano su alcuni principi:

- L'approccio categoriale del DSM-IV-TR costituisce un punto di riferimento teorico internazionale, tuttavia è più consono alla tipologia dei disturbi considerarli entro un approccio dimensionale. Infatti è frequente che l'Anoressia restrittiva evolva verso comportamenti bulimici o verso il Binge Eating e viceversa.
- I disturbi nutrizionali che si presentano nella forma pura dell'Anoressia restrittiva o della Bulimia compulsiva, con le frequenti condotte compensatorie, sono numericamente in calo, mentre aumentano le patologie miste e quelle coincidenti con i DA-NAS.
- L'età d'insorgenza da un lato si abbassa verso l'età pediatrica, dall'altro s'innalza verso la terza età, con un picco in relazione all'epoca menopausale della donna.
- Il numero dei soggetti maschi anoressici è in aumento mentre in passato erano più orientati verso il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (o Binge Eating Syndrome) o la Night Eating Syndrome.
- I disordini alimentari negli atleti sono in percentuale particolarmente alti. È probabile che il mondo dello sport attiri soggetti potenzialmente orientati verso i disturbi alimentari e che il bisogno di attività fisica coatta di alcuni adolescenti slatentizzi, nelle femmine, la Triade, nei maschi, l'Anoressia, spesso associata a condotte di eliminazione (vomito, uso di lassativi ecc.) per "mantenere il peso".

LE CAUSE

Molti studiosi hanno considerato gli aspetti neuroendocrini come causa dei Disturbi dell'Alimentazione. Oggi la loro maggioranza integra l'interpretazione biologica con quella psichica e/o con quella socio-culturale.

È certo che numerosi fattori concorrono all'eziologia dei disordini nutrizionali. Tra questi vi sono certamente fattori di personalità (è quasi sempre presente una base ossessivo-compulsiva) oltre ad elementi depressivi, ansietà, disturbi sessuali, componenti psicotiche ecc.

Nello schema che segue si è tentata una sintesi dei più frequenti disturbi mentali, tratti dal DSM-IV TR, associati ai Disturbi dell'Alimentazione, che ci fanno riflettere come il problema di una diagnosi multipla sia di fatto una realtà continuamente presente nella pratica clinica, se l'orientamento categoriale del DSM-IV viene osservato con scrupolosità.

Mentre l'Anoressia è frequentemente trattata come una manifestazione di depressione, la Bulimia viene vista o come una condotta di dipendenza (non lontana dall'alcolismo e dalle tossicomanie), o come una manifestazione di un disturbo dell'umore (bipolare).

Secondo alcune teorie, le persone con un "IO" fragile ed immaturo e bassa autostima, utilizzano il comportamento anoressico come mezzo di autoaffermazione mentre quelle incapaci di gestire l'angoscia e i vissuti negativi, ad alto rischio di frammentazione, ricorrono a comportamenti bulimici e iperfagici come modalità per gestire lo stress emozionale.

Su questi comportamenti sicuramente influiscono gli stereotipi indotti dalla cultura occidentale che associano la bellezza alla magrezza.

La pressione sociale verso la magrezza spinge le donne ad autoaffermarsi riducendo il proprio peso al di sotto di quello ottimale secondo gli standard biologici.

I mass media, dal canto loro, enfatizzano corpi femminili artificialmente slanciati e dotati di sex-appeal come se il ventre piatto, le natiche senza cellulite ed un seno prospero fossero requisiti indispensabili per ottenere il consenso sociale. Contestualmente alla donna viene richiesto di essere brava madre, brava moglie e professionista in carriera.

Le convenzioni e i modelli sociali imposti dal mercato attraverso i media, soprattutto la televisione e il cinema, suggeriscono uno stile di vita egocentrico, volto alla realizzazione del proprio successo imperniato sulla convinzione che "volere è potere". Si viene così indotti a ritenere che con l'impegno personale si possa ottenere tutto, compreso un corpo perfetto. Il corpo diventa immagine, strumento di potenza, oggetto di controllo. Si spiega così il successo di numerose attività fisiche come la ginnastica

D.A. SI POSSONO FREQUENTEMENTE ASSOCIARE A:

- > Disturbo dell'umore {
 - Depressione maggiore
 - Distimia
 - Ciclotimia

Nei binge eating la depressione è primaria, nelle anoressie solitamente è secondaria

- > Disturbo d'ansia {
 - Fobie Specifiche
 - Fobie Sociali
 - Disturbo Ossessivo - Compulsivo
 - Disturbo d'Ansia Generalizzato

- > Disturbi somatoformi {
 - Disturbo di Somatizzazione
 - Disturbo Somatoforme Indifferenziato
 - Disturbo di Conversione
 - Disturbo Algico
 - Ipocondria
 - Disturbo di Dismorfismo Corporeo

- > Disturbi sessuali e dell'identità di genere

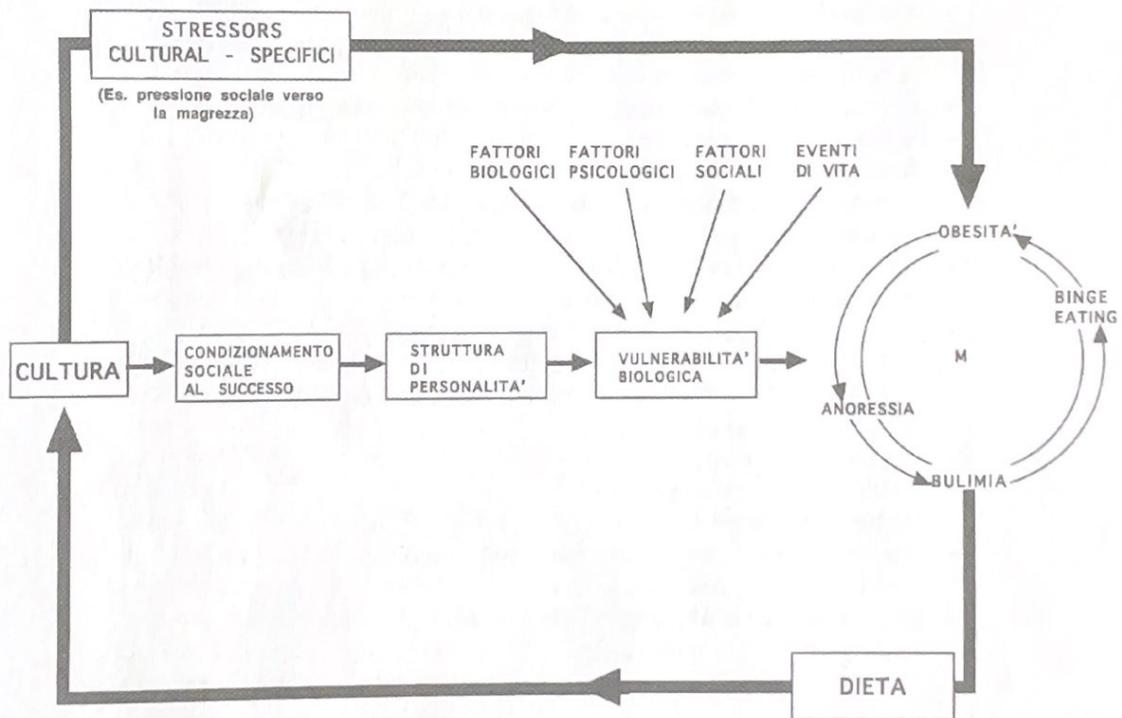
- > Disturbi di personalità {
 - Disturbo Borderline di Personalità
 - Disturbo Istrionico di Personalità
 - Disturbo Dipendente di Personalità
 - Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità

- > Dipendenza da sostanze

aerobica, il body-building e lo jogging in cui il soggetto può entrare in competizione con se stesso per ottenere un rimodellamento del proprio fisico. Le diete e la chirurgia estetica diventano di conseguenza dei mezzi routinari per perfezionare la propria immagine ma anche trappole nelle quali si rischia di cadere perdendo di vista il senso del limite ed innescando aspirazioni onnipotenti e autodistruttive.

Nello schema che segue emerge:

- come la cultura sia causa di *stressors cultural specifici* (ad esempio la pressione sociale verso la magrezza) che interagiscono con alcuni fattori di rischio, potenziandoli;
- come la malattia si automantenga a causa di un conflitto tra i desideri soggettivi (magrezza) e le esigenze biologiche del corpo (bisogni nutrizionali);
- come la stessa malattia non trovi soluzione (insistendo nelle restrizioni alimentari troppo rigide) se la cultura pubblicizza diete, prodotti dimagranti ed immagini di persone di spettacolo in sottopeso come modelli di successo.



I SINTOMI

Spesso i Disturbi dell'Alimentazione vengono innescati da una dieta o da una restrizione alimentare su base depressiva. Prima che l'Anoressia o la Bulimia assumano le caratteristiche cliniche del disturbo mentale, come viene contrassegnato dai criteri riportati dal DSM-IV TR, vi sono dei segnali predittivi.

SEGNALI PREDITTIVI PER L'ANORESSIA NERVOSA

- Mettersi a dieta per paura di ingrassare, oppure calare di peso (es. a causa di una depressione) e successivamente sviluppare la fobia dell'aumento ponderale
- Cercare di mangiare lontano dagli occhi dei famigliari
- Sensi di colpa dopo aver mangiato
- Ritualità in tema di alimentazione
- Commenti irrazionali sul proprio aspetto fisico e sul peso
- Rifiuto di mangiare certi cibi (percepiti come ingrassanti)
- Indossare abiti ampi e coprenti per nascondere il dimagrimento
- Praticare attività fisica in modo compulsivo
- Cucinare cibi per gli altri e non per se stessi
- Consultare continuamente libri di cucina
- Leggere costantemente le etichette dei cibi per controllare il contenuto calorico
- Pesare tutti i cibi
- Pesarsi più volte al giorno
- Disturbi dell'umore
- Insoddisfazione per alcune parti del corpo (ventre, cosce, natiche, ecc.)
- Uso frequente o prolungato del bagno
- Assenza del ciclo mestruale



CONSEGUENZE FISICHE DELL'ANORESSIA

- Amenorrea
- Intolleranza al freddo
- Diminuzione della temperatura centrale dovuta ad un cattivo funzionamento della termoregolazione e alla riduzione del grasso corporeo
- Perdita del desiderio sessuale
- Bassi livelli di estrogeni che portano a fragilità ossea e a fratture da stress
- Riduzione dei neurotrasmettitori serotonina ed epinefrina
- Lanugine (peli soffici cresciuti sul corpo che intrappolano l'aria e incrementano l'isolamento termico)
- Pelle secca e squamosa, prurito
- Capelli fini, opachi e fragili per la malnutrizione
- Unghie secche e fragili
- Ingiallimento della pelle
- Ipotensione
- Diminuita frequenza cardiaca a riposo (bradicardia)
- Aritmie cardiache
- Diminuita massa cardiaca
- Anemia conseguente all'inadeguatezza della nutrizione
- Costipazione
- Problemi dentali
- Diminuito svuotamento gastrico
- Dolori addominali e distensione relativa all'atrofia da disuso del tratto GI
- Stato di disidratazione

SEGNALI PREDITTIVI PER LA BULIMIA NERVOSA

- Mettersi a dieta senza riuscire a mantenerla
- Registrare continue oscillazioni di peso
- Andare in bagno dopo aver mangiato
- Uso frequente e prolungato del bagno
- Assunzione eccessiva di cibo quando si è soli, alimentazione controllata in presenza di altri
- Preoccupazione per il proprio aspetto, il proprio peso, la propria taglia
- Commenti frequenti sul peso e la taglia di altre persone
- Abuso di alcol, farmaci, fumo, sostanze psicoattive
- Spese eccessive e compulsive
- Problemi familiari legati alla dipendenza da cibo, sostanze, alcol, gioco d'azzardo.
- Disturbi dell'umore (tristezza, eccitazione...)
- Comportamento efficientista ed esibizionista in ambiente extra-domestico (scuola, lavoro), confusione emozionale e disordine in casa
- Nascondere il cibo in casa, nello zainetto, nella propria automobile



SEGNALI PREDITTIVI PER IL BINGE EATING

- Oscillazioni di peso con tendenza all'incremento ponderale
- Continui proponimenti di mettersi a dieta
- Assunzione eccessiva di cibo sia quando si è soli che in compagnia
- Iperfagia notturna
- Propensione per cibi grassi ed appetitosi
- Uso del cibo come compensazione affettiva ed autograticificante
- Comportamenti anassertivi verso gli altri (eccesso di compiacenza o aggressività)
- Disturbi dell'umore
- Pigrizia ed inerzia
- Scarsa capacità progettuale
- Rifiuto di controllare il peso
- Incapacità di riconoscere la relazione tra il comportamento alimentare e quello emozionale
- Uso frequente della negazione come meccanismo di difesa
- Abitudini familiari non salutari riguardo il cibo
- Familiarità per sovrappeso/obesità



CONSEGUENZE FISICHE DELLA BULIMIA

- 
- Ciclo mestruale irregolare
 - Diminuzione della serotonina e della norepinefrina
 - Aritmie cardiache
 - Polmonite ab ingestis
 - Borse sotto gli occhi
 - Fragilità capillare
 - Astenia
 - Disturbi della vista
 - Debolezza muscolare
 - Squilibrio elettrolitico conseguente alla perdita di minerali per l'uso di lassativi
 - Parotidi gonfie
 - Costipazione
 - Riflusso gastrico e bruciore di stomaco
 - Perdita dello smalto dei denti e malattie delle gengive dovute alla presenza di acido cloridrico di provenienza gastrica durante il vomito
 - Perdita del riflesso di sbadiglio
 - Emorragia interna
 - Ulcera e perforazione dell'esofago
 - Esofagite conseguente all'acidità gastrica
 - Irregolarità digestive

CONSEGUENZE FISICHE DEL BINGE EATING

- 
- Gotta
 - Aumento dei trigliceridi
 - Aumento del colesterolo
 - Diabete
 - Complicanze cardio-vascolari
 - Cancro
 - Aumento del rischio di mortalità

Nelle femmine:

- Anomalie mestruali
- Problemi di fertilità
- Complicanze al parto
- Calcoli alla colecisti
- Disturbi respiratori
- Artropatia

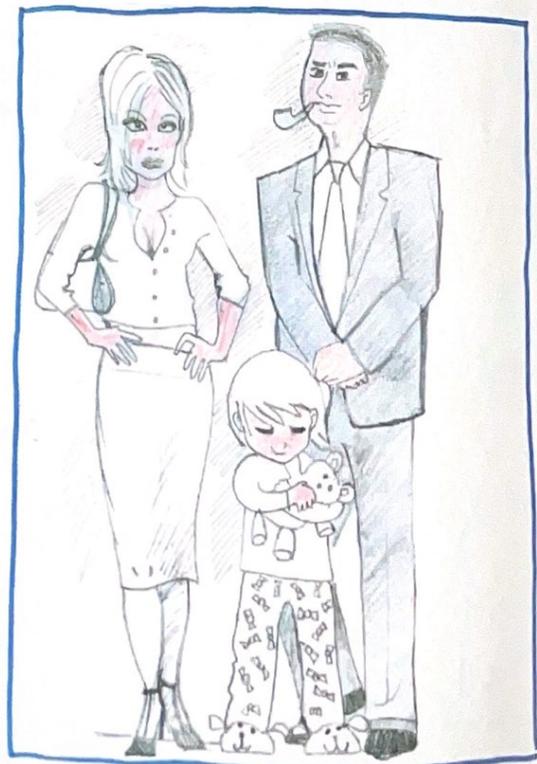
LINEE GUIDA PER I FAMIGLIARI

LA FAMIGLIA

Da più parti la famiglia è stata indicata come causa principale dei Disturbi dell'Alimentazione: la figura materna, per il suo ruolo biologico affettivo e relazionale, ha fatto infatti convergere su di sé l'attenzione di numerosi studiosi.

Si è parlato di una "cattiva madre" oppure di una madre eccessivamente "presente ed ansiosa", di un "padre assente" o troppo intrappolato in una relazione edipica con la figlia.

È stata posta l'attenzione sulla cosiddetta "famiglia Vischiosa" intendendo con ciò un gruppo familiare che non consente l'individualizzazione dei vari membri e che ne colpevolizza i comportamenti autonomi. In questo contesto ci sarebbe un groviglio relazionale tra genitori e figli, con coinvolgimento anche dei nonni e degli zii. Ciò comporta vicinanza eccessiva



tra le generazioni, rigidità, evitamento dei conflitti, protezione reciproca e difficoltà nell'adattarsi al mondo esterno.

Il disagio di chi soffre di un Disturbo dell'Alimentazione fa sì che quest'ultimo attiri su di sé la maggior parte delle tensioni familiari; in questo modo diventa il Capro Espiatorio di tutto il gruppo e nel contempo lo rafforza attivando uno spirito di coesione e solidarietà.

Sono state prese in considerazione anche tipologie di famiglie molto diverse da quella "Vischiosa". Ad esempio i gruppi familiari stile "Mulino Bianco", quelli cioè che vogliono salvare a tutti i costi le apparenze e che negano i problemi. In questo caso i genitori vengono descritti come scostanti, incapaci di vera relazione, contraddittori, ambiziosi e condizionati da modelli culturali di perfezione sociale.

Tra le famiglie disfunzionali e a rischio di produrre nei figli patologie alimentari vi sono anche quelle "Caotiche". I genitori, in questo caso, vengono definiti rigidi, autoritari, indifferenti, marcatamente egocentrici, pronti ad entrare in conflitto sia tra loro che con i figli, poco attenti alle esigenze nutrizionali del gruppo familiare.

In sostanza, queste famiglie non si discostano molto da quelle indicate come ipotetico fattore di rischio per l'insorgenza di psicosi o di dipendenza alcolica.

Cosa c'è in comune tra queste diverse tipologie familiari? La mancanza di autentica relazione tra i genitori, la difficoltà a far crescere in modo autonomo i figli, la tendenza spiccata verso uno stile di rapporti manipolativi e confusivi. Tutte caratteristiche che andrebbero valutate in un contesto terapeutico specificatamente mirato al gruppo familiare.



Da sinistra:
Famiglia Invischiata,
Famiglia Mulino Bianco,
Famiglia Caotica.

LINEE GUIDA PER I FAMIGLIARI

- Non sollecitare chi ha un DA a mangiare o a non mangiare
- Non parlare di cibo
- Non guardarlo mentre mangia
- Evitare le discussioni sul peso corporeo e sulla taglia
- Evitare i commenti negativi sull'aspetto di chi ha un DA
- Non farsi coinvolgere nelle abitudini alimentari distorte di chi ha un DA
- Non volergli fare da terapeuta
- Incoraggiarlo, piuttosto, a rivolgersi a professionisti esperti (psicologo, psichiatra, altri internisti...)
- Non sottovalutare i problemi legati all'alimentazione, al conseguente stato fisico, al peso (in difetto o in eccesso)
- Non proiettare su chi ha un DA tutto il disagio familiare
- Evitare di controllarlo continuamente
- Non evidenziare la propria sofferenza a causa sua, facendolo sentire in colpa
- Non ignorarlo, inducendolo ad evidenziare il DA per avere attenzione
- Mostrare estrema pazienza e tolleranza con chi ha un DA ed ha iniziato a curarsi. Non esistono cure miracolose e la guarigione è lenta
- Incoraggiarlo a sviluppare iniziative e rispettarlo nei tentativi di cambiamento
- Non dare soluzioni ai suoi problemi per non aumentare la dipendenza
- Mostrargli rispetto e comprensione, non disprezzo e disapprovazione
- Comunicare con lui in modo leale, così da evitare quei doppi sensi e/o fraintendimenti che suscitano ansia
- Non creare un'alleanza familiare contro chi ha un DA
- Non allearsi con lui contro i curanti
- Non allearsi con i curanti contro di lui
- Riflettere sul proprio stile relazionale e nutrizionale e mettersi in discussione

LETTERE AI GENITORI

Cara mamma,

quante volte ho tentato di scriverti questa lettera e non ci sono riuscita. Non volevo ferirti, volevo proteggerti perché sei l'essere che più ho amato al mondo. Ero arrabbiata con te perché sapevo che sapevi e fingevi che non ci fosse niente che non andava. E anche oggi che lo sto superando, nemmeno oggi riesco a dirti quanta rabbia ancora provo perché non hai avuto il coraggio di aprire quella porta una volta. Una.

Sapevi che mi chiudevo in bagno a vomitare, tu sapevi e non hai detto niente. Per otto anni mi sono abbuffata sotto i tuoi occhi, sono ingrassata, dimagrita, mi sono sfiancata in palestra, ho pianto nei camerini dei negozi, ho desiderato di essere invisibile e tu, anche allora come adesso, non facevi che dirmi che basta stare attenti a mangiare in maniera equilibrata per essere belle e che poi io sono bella anche così.

E allora come faccio a farti capire quello che ti rifiuti di vedere, anche dopo che ho chiesto aiuto, anche dopo che un medico ti ha spiegato che sto male. Ci rinuncio mamma, tu non capirai mai la profonda sofferenza alla base delle mie orgie di cibo. Per te resterò solo un'adolescente cresciuta e viziata. Un'incomprensibile depressa. Per te che non hai avuto un vita fortunata – un marito alcolizzato che non ami, una figlia a diciott'anni, un lavoro spesso ingrato – la mia infelicità è un insulto. Tu avresti più diritto di me a lamentarti, tu che hai un carattere più debole riesci a non crollare.

Io invece sono andata in mille pezzi e cerco di raccogliere i cocci. E faccio fatica mamma. C'è chi sta peggio, lo so. E non credere che io non mi sia ripetuta milioni di volte che non ho diritto a stare tanto male. In fin dei conti sono intelligente, amata. Ma troppo intelligente, per non sentirmi un alieno in questo mondo, condannato alla solitudine e troppo amata per non sentirmi soffocare da quella possessività di chi non ha altro. Di chi, come te, per non affogare riversa ogni sua energia e aspettativa su un altro. Su un figlio.

L'ansia che ti prende davanti ad uno specchio a quindici anni, il dolore liquido nelle vene per un amore inutile a venti. Forse sono cose che tutte le ragazze vivono. E molte sopravvivono. Io invece mi sono drogata col cibo, mi sono rinchiusa in una schiavitù fatta di bugie, promesse che non mantenevo, fughe.

Tu non eri lì quando il mio primo amore mi ha abbandonato per la mia migliore amica, non eri lì tutte le volte che mi sentivo inadeguata, quando mi prendevano in giro perché ero Cenerentola. Non c'eri quando gli uomini hanno cominciato a guardarmi con altri occhi, di desiderio e mai d'amore.

Mi dispiace mamma, io me la caverò alla grande, ma non sarà grazie a te.

Io ce la sto facendo da sola e forse proprio per questo posso continuare ad amarvi come prima.

Se tu avessi provato a metterti di mezzo dopo avermi lasciata sola per anni nel mio inferno non avrei potuto abbandonare l'ipocrisia. Almeno così sei coerente.

E resti mia madre.

Con tutto l'amore che posso, tua figlia.

Caro papà,
le cose non mi pare vadano meglio dal punto di vista mentale.
Sì, sto dimagrendo, ma non me ne frega niente. Sono spossata. Anche se mangio poco mi sento gonfia come una botte. Ogni cosa mi sembra stretta, mi danno fastidio i vestiti, i capelli, perfino la biancheria. Tutto è troppo stretto. Gli occhi mi prudono e sono sempre semichiusi al limite del sonno, penseranno che sono un po' ebete. Ho sempre mal di testa specialmente dopo pranzo. Sopporto sempre meno la gente, Emma la mia perfettina compagna d'appartamento mi sta sul.....!
So che non te ne frega niente. Mi paghi l'appartamento, gli studi, la vita. Tu paghi sperando che io stia meglio lontano da casa. Tu paghi per stare in pace, per ricevere le tue amichette per goderti la casa con i tuoi amiconi.
La mamma è morta e chi se ne frega! L'importante è che io non mi trasformi in un problema. Ma io sono un problema. Forse sono sempre stata un problema. Bravina, angosciata, speranzosa di esistere almeno un pochino per te.
Sono circondata da persone superficiali. Tutto si risolve sempre per te nel migliore dei modi. Sì a parole. Di fatto demolisci con la tua critica sottile tutto e tutti. Tu hai sempre ragione. Sei perfetto tu, intanto distruggi tutti quelli che ti stanno vicini e plasmi a tuo piacimento chi crede in te e ti liscia come un gatto. Povera Antonietta, povera Pia, povera e patetica Lucilla che voleva invischiare me per farsi amare da te.
Sono stanca di essere raggirata da te e trasformata dalle tue parole in ciò che non sono. Io non sono forte, non ti somiglio come continuamente affermi, la mia mente non migliora grazie alla concentrazione nello studio. Io non riesco a concentrarmi neppure sulle mie scarpe che non ce la faccio ad allacciare.
Sono stanca di questa inutile guerra con te. Vorrei morire. Non vedo motivi per andare avanti. Cosa te ne faresti di me adesso che non puoi esibirmi. Non sono stata capace di fare la figlia, né di sostituire la mamma, né di andare d'accordo con le tue amate put...
Non sono niente e voglio sparire, inghiottita da quel vuoto in mi cui mi hai costretta a vivere.
Questa è una lettera che non riceverai mai perché con i tuoi modi gentili me la ficcheresti in gola.
Non mi importa di niente.

Carol

IL CIBO E I SUOI SIGNIFICATI

I disturbi alimentari sono stati spesso interpretati in relazione al comportamento orale e al significato simbolico attribuito al cibo.

È noto che la suzione si presenta fin dalle prime ore di vita come un riflesso che soddisfa un bisogno fondamentale: la nutrizione.

Tuttavia questo istinto non si manifesta come un automatismo immutabile, innescato dal bisogno, ma assume le caratteristiche del comportamento psicologico. Infatti si adatta e si consolida a contatto con l'ambiente e viene utilizzato in situazioni via via sempre più numerose. Il cucciolo d'uomo succhia per mangiare, succhia per calmarsi ma succhia anche per succhiare, che equivale ad una specie di gioco. Inoltre incorpora con la bocca tutto ciò che può, realizzando attraverso l'oralità un primitivo contatto con numerosi oggetti. Questa rudimentale ricognizione del mondo esterno è uno dei primi passi verso la conoscenza della realtà.

La psicanalisi rappresenta un affascinante approccio al rapporto tra sviluppo psico-affettivo, relazione ed alimentazione.

Secondo Freud il trauma della nascita segna la fine di una forma di esistenza passiva, soddisfatta e protetta. Successivamente il neonato impernia tutta la sua attività psico-motoria sulla bocca, che rappresenta la principale fonte di soddisfazione e di piacere (libido), da cui il nome di stadio orale al primo anno di vita. In questo stadio compare per la prima volta la frustrazione che nel lattante si manifesta, per esempio, con un'espressione di tensione o con il pianto quando qualcosa gli sfugge di bocca. Inoltre, nell'appagamento attraverso la suzione delle dita è presente l'abbozzo di una tendenza autoerotica che costituisce la primitiva base del narcisismo o amore per se stessi.

Nel secondo semestre di vita la crescita dei denti e la pulsione a mordere, oltre che a succhiare, sviluppano i primi conflitti. Il bambino si trova di fronte a due tendenze contrastanti: da un lato vorrebbe succhiare e dall'altro è spinto a mordere perché trae sollievo dalla pressione sulle sue gengive congestionate. In questo caso, però, la madre gli sottrae il seno o il biberon suscitando in lui rabbia e senso di impotenza. Ecco quindi che le manifestazioni della maturazione biologica si scontrano con i limiti imposti dalla realtà, rappresentata nel caso specifico dalla madre-nutrice, dispensatrice sia di piacere che di frustrazione.

Queste considerazioni, anche se non da tutti condivise sul piano teorico, evidenziano l'importanza dello stadio orale e la connessione tra cibo, piacere e frustrazione. Inoltre, il fatto che l'alimentazione dell'uomo fin dai primissimi mesi di vita implichi la collaborazione di una nutrice ha delle



*In questa pagina:
Pinturicchio,
particolare di "Maternità"*

*Nella pagina a fianco da sinistra:
Pieter Brugel,
particolare di "Nozze di contadini"
Magritte,
particolare di "Le fils de l'homme"*

risonanze affettive per il resto dell'esistenza. Il cibo stesso si può trasformare in simbolo di dipendenza, d'amore, di rifiuto, di ribellione o di sfida nell'ambito di un particolare rapporto interpersonale e familiare.

La scuola freudiana e psicodinamica hanno prestato molta attenzione al meccanismo della regressione, cioè ad un ritorno a situazioni o stadi precedenti, gratificanti e piacevoli, al fine di soddisfare immediatamente qualche bisogno ed evitare i lati frustranti della realtà. È frequente, ad esempio, osservare un bambino che, alla nascita del fratellino, riprende a succhiare il dito o un adulto che, in circostanze ansiogene, ricorre al fumo o al cibo.

Nel 1976, in Friuli Venezia Giulia, era stato evidenziato che l'ansia e la paura causate dal terremoto avevano provocato in una gran parte della popolazione un maggior bisogno di mangiare, di bere e di partecipare a riunioni conviviali. Evidentemente l'alimentazione aveva assunto una funzione compensatoria di tipo orale. Infatti il pasto comune rinsalda la coesione affettiva del gruppo rinforzandolo.

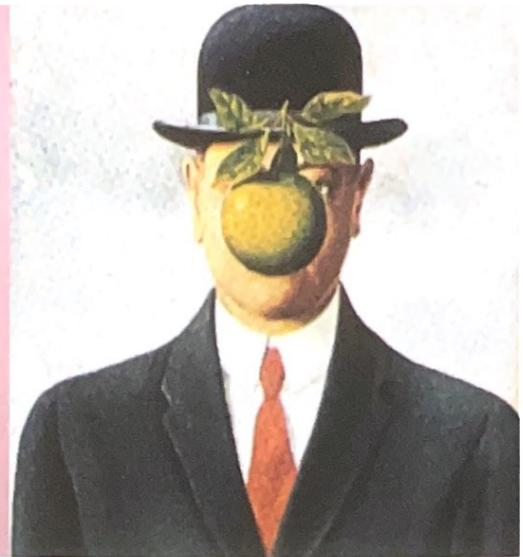
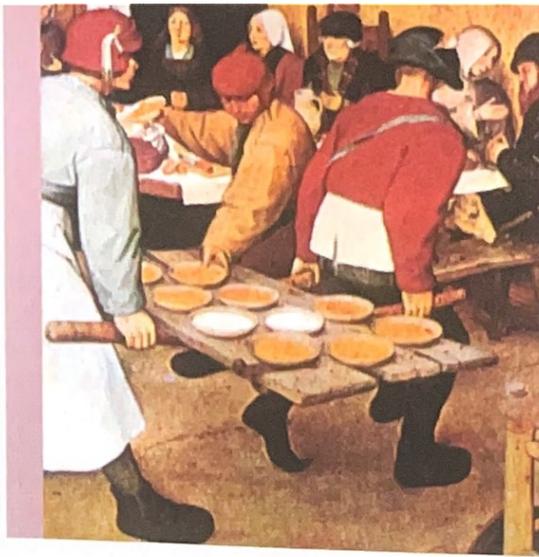
L'esperienza di come le fluttuazioni dell'umore si ripercuotano sull'appetito è universale, sia nel senso di un incremento che di una inibizione del desiderio di cibo.

Anche la masticazione può essere sottoposta ad analisi psicologica: l'impulsivo inghiotte rapidamente senza masticare, il compulsivo ingurgita quasi non accorgendosi del cibo che non assapora, l'ossessivo invece se lo fa durare in bocca e lo rimastica per un bel po' di tempo, l'ansioso mastica in modo irregolare e deglutisce faticosamente.

Il rapporto tra l'uomo e l'alimentazione, a prescindere dal bisogno fisiologico della nutrizione, può dipendere anche dalla percezione dell'immagine corporea che ingloba le nozioni di forma, proporzione e peso. Infatti la restrizione alimentare si manifesta in alcuni soggetti anoressici in forma severa a causa di una preoccupazione fobica di ingrassare, correlata a una "dis-percezione" del proprio corpo, che viene vissuto come se fosse dilatato e grasso.

L'anoressica vive spesso una relazione simbiotica con la propria madre che non riesce a gestire. Il cibo diventa non tanto simbolo materno, ma piuttosto simbolo di una relazione che si vuol rifiutare perché troppo ansiogena: non mangiare significa riscattarsi dalla dipendenza, annullarla.

Contestualmente la compulsione verso il cibo della bulimica dà luogo all'abbuffata che talvolta esplode come un automatismo, senza scelta e senza coscienza. In questo caso il comportamento alimentare funziona come



un cortocircuito emozionale che permette di scaricare emozioni violente in un soggetto che non sa risolvere i suoi conflitti in modo più appropriato. Il cibo diventa simbolo di una dipendenza necessaria ed insopportabile così come la dipendenza dai rapporti con gli altri oscilla tra due estremi insostenibili: dal troppo pieno affettivo al troppo vuoto. Sul piano nutrizionale c'è un continuo passaggio dalla crisi iperfagica al vomito (o ad altre forme di svuotamento).

Anche nell'obesità il cibo può rappresentare simbolicamente la relazione inappagante. Essa viene fatta risalire alle primissime fasi dell'alimentazione quando il lattante ha forti esigenze di nutrimento, protezione, calore, sicurezza e riceve risposte inadeguate. L'individuo può imparare ad affermare e trattenere avidamente ciò che riceve sviluppando una forte tendenza ad aggrapparsi agli altri nei rapporti familiari, d'amicizia, d'amore. Le frustrazioni inevitabili e il senso di vuoto vengono compensati col cibo che spesso rappresenta un passaggio all'atto senza l'elaborazione mentale necessaria.

Al di là dell'approccio freudiano e psicodinamico ai problemi dell'alimentazione, è interessante fare anche alcune considerazioni in relazione alla cultura. In tutte le culture c'è una gamma ricorrente di valori magici e religiosi attribuiti al cibo. Probabilmente l'ancestrale paura di morire di fame e il valore energetico compensatorio dell'alimentazione, trasformano quest'ultima in una vera e propria fonte di potenzialità e quindi in uno strumento "sacramentale". Sono "sacramentali", secondo lo studio fenomenologico delle religioni, la consacrazione, la benedizione, l'esorcismo, cioè tutte quelle celebrazioni che attribuiscono dignità o santità ad una persona, ad una cosa, ad una situazione. Ci si riferisce all'animale sacro ucciso e mangiato dai celebranti nel rito sacrificale, al cibo come mezzo di fusione con la divinità (si pensi all'Eucarestia) o al cibo feticcio che scaccia la fattura e il pericolo (l'aglio contro i vampiri).

Esiste tutta una serie di cibi carichi di potere magico o ritenuti fonte di energia e vigore (come il doping alimentare nel mondo dello sport). Esistono anche tabù alimentari che collegano il cibo all'impurità e al divieto, ma può diventare tabù anche un cibo sgradito a causa di esperienze spiacevoli ad esso collegate.

Non dimentichiamo che in fondo l'umanità avrebbe perduto il paradiso a causa di una mela...

LIVELLI D'INTERVENTO

Roberto Ostuzzi e Gian Luigi Luxardi, autori del libro “Figlie in lotta con il cibo” (2003), descrivono in modo chiaro quanto sia problematico, per i pazienti o familiari, prendere la “decisione giusta” riguardo la scelta del tipo di cura o della struttura terapeutica a cui rivolgersi.

I livelli di trattamento per i Disturbi dell’Alimentazione vanno da un approccio che comprende la terapia individuale, meglio se di tipo multidisciplinare, al Day Hospital (o Comunità diurna), al ricovero in una struttura specializzata, alla Comunità residenziale.

Gli Annali della Sanità del 1998 evidenziavano come la scelta del tipo di trattamento dipendesse dalle condizioni del paziente ma anche dall’organizzazione delle risposte territoriali ai problemi alimentari. In ogni caso è sempre auspicata un’attenta articolazione tra interventi nutrizionistici, internistici, farmacologici e psicoterapeutici.

LIVELLI D'INTERVENTO

- Manuali e gruppi di auto-aiuto
- Terapie psicoeducazionali individuali e di gruppo
- Terapia individuale
- Terapia individuale multidisciplinare
- Approccio multidisciplinare integrato
- Day hospital
- Ricovero riabilitativo
- Comunità terapeutica specialistica

Da: Ostuzzi, R. e Luxardi G. (2003), Figlie in lotta con il cibo. Baldini & Castoldi, Milano

“Non raramente gli interventi dei diversi specialisti vengono giustapposti più che coordinati: da qui può derivare un caos delle prescrizioni terapeutiche che possono peggiorare il clima relazionale e intrapsichico del paziente e della famiglia”. (Rovera e Fassino, 1998).

I programmi ambulatoriali e il Day Hospital (o Comunità diurna) implicano una terapia che si protrae per mesi e sono riservati a pazienti motivati e non cronicizzati, con una famiglia collaborativa.

Il ricovero in un reparto di medicina interna o in una struttura specializzata per DA viene preferito nei casi di forte calo ponderale, quando vi sono complicanze importanti e quando la famiglia non è in grado di fornire sostegno.

Secondo un'opinione condivisa, il recupero del peso corporeo è uno degli obiettivi centrali in pazienti con disturbi nutrizionali e infatti il recupero ponderale può portare, da solo, ad un miglioramento dei sintomi ossessivi, fobici e dei disturbi dell'umore.

Nella nostra esperienza, se è vero che il recupero ponderale rappresenta una tappa fondamentale del processo di guarigione è anche vero che questo traguardo si perde in fretta, dopo la dimissione, se il paziente non è opportunamente motivato alla guarigione o se i tempi di ricovero sono stati troppo brevi in rapporto alle resistenze del paziente ad accettare un sostanziale cambiamento come quello determinato da una fluttuazione del peso corporeo.

APPROCCI PSICOTERAPEUTICI

L'APPROCCIO PSICODINAMICO

L'approccio psicodinamico ha insistito per lungo tempo sulle connessioni tra la componente orale e quella sessuale e sul significato simbolico dell'alimentazione.

Più recentemente si è valorizzato l'IO debole ed atrofizzato del soggetto e la sua modalità relazionale nei confronti dei genitori. In sintesi, verso la madre vi sarebbero sia aggressività che ambivalenza, che provocherebbero intensi sentimenti di colpa; verso il padre vi sarebbero sia dipendenza che seduzione, ma anche delusione per la sua superficialità ed inconsistenza, soprattutto nei momenti di reale necessità.

L'anoressica può sentirsi trattata come un oggetto. È lei che fornisce funzioni di rispecchiamento e di conferme a ciascun genitore e non viceversa. Fin da bambina non ha potuto fare affidamento sugli altri per i suoi bisogni. Né i genitori, né altre figure significative hanno messo da parte i loro interessi per soddisfare le sue esigenze di rassicurazione ed accettazione. La restrizione alimentare assume il significato di un disperato tentativo di obbligare il padre e la madre a prestare attenzione alla sua sofferenza e al suo bisogno d'aiuto.

Gli autori di scuola Kleiniana (da Anna Klein) parlano di un mancato superamento della "posizione schizo-paranoide". Si tratta di una fase dello sviluppo che si protrae per i primi sei mesi di vita e che è caratterizzata dalla presenza di meccanismi di scissione ("schizo"...) e di meccanismi di proiezione (... "paranoide").

La fissazione a questa "posizione" fa sì che il cibo venga investito da ansia con forte coloritura persecutoria. Esperienze traumatiche, legate all'allattamento, fanno percepire il seno materno, simbolo di nutrimento e relazione, come assente o cattivo. Ecco allora il formarsi di un'associazione tra alimentazione e pulsione di morte, così da far riemergere nella pubertà sentimenti legati ad un attaccamento al seno traumatico.

L'estrema posizione difensiva dell'anoressica, rispetto al cibo e alla relazione, suggerisce la sottostante presenza di un'intensa avidità. Grazie ad essa i potenti desideri orali sono talmente inaccettabili che vengono proiettati all'esterno, sui genitori. La proiezione è sostenuta dal fatto che spesso essi insistono affinché la figlia mangi, le offrono continuamente cibo, mangiano golosamente davanti ai suoi occhi, per attivare l'imitazione della loro "avidità orale", o di ciò che sembra tale all'anoressica.

Insieme all'avidità è presente l'invidia. Essa determina l'incapacità di ricevere cose buone dagli altri senza attivare il proprio desiderio di possesso,

illimitato e quindi ingestibile. Qualunque atto di ricevere cibo o amore mette queste pazienti a confronto col fatto che non sono in grado di mantenere il possesso di ciò che desiderano avidamente, per cui la soluzione sta nel non ricevere nulla da nessuno. L'anoressica invidia le cose buone possedute dalla madre (amore, compassione, nutrimento) ma riceverle accrescerebbe semplicemente la sua invidia e di conseguenza la sua distruttività. Quindi è preferibile essere schiava della fame piuttosto che cedere al desiderio di possedere la figura materna senza poterla, di fatto, mai avere.

I terapeuti che trattano pazienti con Anoressia Nervosa concordano nel ritenere che gli obiettivi da perseguire non devono essere focalizzati solo sull'aumento ponderale. Infatti sono altrettanto rilevanti sia il sottostante disturbo dell'identità, sia i rapporti interpersonali (oggettuali) vissuti dalle anoressiche, nel proprio mondo interno, con notevoli distorsioni.

Anche la relazione terapeutica può essere oggetto di forte conflittualità: la paziente cerca aiuto per ottenere attenzione ma può sabotare ripetutamente il lavoro del terapeuta per evitare il cambiamento. Spesso, infatti, i progressi vengono interpretati come segnali di crescita che implicherebbero la perdita della protezione familiare, delineando prospettive fortemente ansiogene.

Mentre le pazienti anoressiche si distinguono per una certa forza dell'IO ed un massiccio controllo del SUPER-IO (è una parte dell'apparato psichico che svolge funzioni di giudice o censore nei confronti dell'IO), le pazienti bulimiche sembrano rivelare una maggior fragilità. Essa si manifesta con l'incapacità di differire la scarica degli impulsi che contraddistingue un apparato psichico debole. Il passaggio dall'Anoressia alla Bulimia avviene quando le potenti spinte ad abbuffarsi debilitano i meccanismi di difesa e di controllo che funzionano nella fase anoressica, se pur in modo rigido, e riducono l'efficienza dell'IO e del Super-IO.

Nell'Anoressia il soggetto tende a ritirarsi dalle relazioni interpersonali, nella Bulimia il soggetto usa la relazione come un modo per danneggiarsi o punirsi.

Secondo alcuni autori il bisogno di punizione delle pazienti bulimiche ha origine da una massiccia aggressività inconscia diretta contro le figure genitoriali. La rabbia viene spostata sul cibo che finisce distrutto e le condotte di eliminazione (vomito, farmaci, attività fisica, etc.) rappresentano il conflitto tra il bisogno compulsivo di relazione e il desiderio distruttivo di eliminare questo bisogno.

L'APPROCCIO DI HILDE BRUCH

I contributi fondamentali della Bruch, nello studio dell'Anoressia, spostano l'attenzione sul ruolo patogeno rivestito dalla difficoltà di riconoscere i bisogni del proprio organismo, sulla percezione distorta dell'immagine corporea e sulla costruzione di un'identità non autentica ("Falso sé").

La malattia spesso si manifesta in "*brave bambine*" che hanno passato tutta la loro vita cercando di compiacere i genitori. Esse diventano come un'estensione della madre invece che trasformarsi in entità autonome. Il corpo viene sperimentato come separato da sé e come se appartenesse ai genitori. La postura difensiva della bambina perfetta spesso nasconde

un profondo senso d'inutilità. La ricerca di perfezione nasce dal desiderio di ottenere l'approvazione materna e quindi la sicurezza di non essere abbandonata.

Chi viene cresciuto in questo modo non impara ad identificare i propri stati interiori e a diventare autosufficiente. Col passare del tempo tenderà a sviluppare risentimento e ribellione come strumento per affermare la propria identità troppo a lungo sopita.

L'adolescenza si prefigura come un passaggio esistenziale che attiva le dinamiche legate al "falso sé" compiacente, costruito durante l'infanzia e la pre-adolescenza.

Durante l'epoca adolescenziale l'individuo si appropria dell'idea culturale della magrezza e ricorre alla dieta come mezzo per acquisire un senso di controllo e d'identità. A causa del sé deficitario non riesce infatti a far fronte alle nuove angosce dovute ai cambiamenti corporei, cognitivi, emotivi e sociali. Il controllo del peso ha quindi il ruolo di mantenere il senso di onnipotenza infantile che la pressione dei nuovi bisogni annienterebbe. Il sintomo anoressico diventa un mezzo per opporsi alla paura di percepire il proprio interno come vuoto e malvagio. Il vuoto dipende dalla non riuscita integrazione tra la madre percepita come "cattiva" e quella percepita come "buona". Come dire che lo psichismo mantiene una logica dicotomica: "o bianco o nero". Il vuoto dipende anche dal senso di confusione, dal disconoscimento dei bisogni fisiologici, dalla compiacenza verso gli altri che ostacolano l'evoluzione del proprio essere verso la separazione e l'autenticità. In sintesi il vuoto è la mancanza di un sé integrato.

Secondo la Bruch la terapia deve, per prima cosa, rendere i soggetti consapevoli dei propri bisogni, impulsi e sentimenti. L'impostazione psicoanalitica classica non sembra adatta a questo tipo di paziente. Infatti, interpretare il significato inconscio dei pensieri e dei sentimenti di chi ha un sé compiacente vuol dire fargli rivivere l'interazione con i genitori, interpretativi e pretenziosi. Al contrario il terapeuta dovrebbe convalidare l'esperienza interna del paziente senza interpretarla. È di fondamentale importanza per l'autrice realizzare un approccio caratterizzato da empatia e sostegno. Si potrà così aiutare il paziente a costruire la sua identità autentica con una psicoterapia che risulti poco intrusiva.

L'APPROCCIO FAMILIARE SISTEMICO

I terapeuti della famiglia interpretano il nucleo familiare come un sistema volto al mantenimento di una stabilità interna. Entro questa prospettiva il soggetto che diventerà portatore di un disordine nutrizionale è visto come fisiologicamente vulnerabile. Contemporaneamente il contesto familiare presenta diverse caratteristiche che promuovono lo sviluppo di un DA. Se il DA colpisce un figlio, quest'ultimo eviterà che nella famiglia insorgano altri conflitti e i suoi sintomi diventeranno modalità comunicative interne al gruppo.

La malattia di un membro del sistema influenza ed è influenzata dall'attività di altri elementi del sistema, secondo una dinamica circolare. Pertanto la spiegazione del disturbo alimentare non va ricercata nel passato o nell'inconscio individuale, ossia in dati che non appartengono al sistema, ma nei parametri interni al sistema stesso. Esso può essere modificato solo

da un altro sistema di comunicazioni, per esempio quello dello psicoterapeuta. Secondo Minuchin le famiglie di bambini con problemi nutrizionali manifestano le seguenti caratteristiche:

- **FUSIONALITÀ.** Le famiglie di soggetti anoressici presentano spesso forme eccessive di coinvolgimento ed intimità. È infatti frequente che i genitori possano parlare al posto dei figli perché sono certi di conoscere tutto di loro e di sapere esattamente cosa provano.
- **IPERPROTETTIVITÀ.** Queste famiglie manifestano un livello estremo di preoccupazione per il benessere reciproco.
- **RIGIDITÀ.** Le famiglie in cui sorge l'anoressia hanno la tendenza a mantenere lo status quo e ad evitare accuratamente tutti gli eventi che provocano dei cambiamenti (ad esempio richieste di maggior autonomia avanzate da un adolescente).
- **MANCATA SOLUZIONE DEI CONFLITTI.** Le famiglie di soggetti con disturbi alimentari evitano il conflitto, oppure vivono in una situazione di conflitto cronico.

In sintesi si parla di famiglie caratterizzate da un sistema di invischiamento, in cui ciascun membro della famiglia è ipercoinvolto nella vita di tutti gli altri. In questo caso è ovvio che nessuno possa sperimentare un senso di identità separata al di là del nucleo d'appartenenza.

Un altro terapeuta sistemico fa notare che le pazienti con Anoressia Nervosa non sono mai state in grado di separarsi psicologicamente dalla madre, col risultato di non aver mai acquisito un senso del proprio corpo stabile e rassicurante. Pertanto il corpo viene percepito come se fosse abitato da qualcosa di negativo che viene associato alla figura materna. Il digiuno può essere un tentativo di fermare la crescita di questo "oggetto interno" ostile ed intrusivo.

La teoria sistemica, che vede nella malattia di un membro un elemento stabilizzante dell'omeostasi familiare, enfatizza la compiacenza delle anoressiche rispetto ai genitori e ai fratelli. Contemporaneamente sottolinea che le pazienti sentono una pressione verso la loro individuazione attivando un conflitto tra i bisogni opposti di autonomia e di dipendenza rispetto all'organizzazione familiare. Allora il cibo diventa il punto centrale di questa conflittualità. Il disaccordo tra i genitori o tra altri membri del gruppo si congela, ogni disarmonia viene negata per far emergere, come unico problema, quello dell'Anoressia, su cui c'è consenso unanime. Ecco così come il Disturbo dell'Alimentazione può contribuire a rinforzare ciò che rappresenta il Bene Supremo e cioè l'unità familiare. È l'unità familiare infatti che si oppone, con rinnovata energia, ad ogni tentativo di differenziazione e di crescita, assorbendo nella propria vischiosità anche il disordine nutrizionale.

L'approccio terapeutico si sforza di chiarire le relazioni familiari, i ruoli rivestiti dai singoli membri, le comunicazioni esplicite e quelle implicite. Cerca inoltre di mettere in evidenza i diversi conflitti di cui il "paziente designato" è diventato il fulcro. A tutti i componenti del sistema familiare vengono assegnati compiti, così da attivare nei singoli le potenzialità per migliorare i rapporti interpersonali. Lo scopo è di sbloccare quel circolo vizioso relazionale che impedisce ai figli la crescita e quindi la guarigione.

L'APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

In quest'ottica i disturbi nutrizionali vengono interpretati in relazione ai condizionamenti che inducono il paziente a fornire risposte disadattive e disfunzionali riguardo la gestione del cibo, del peso, degli affetti e delle relazioni.

Il comportamento alimentare è controllato da stimoli situazionali, pressioni sociali, schemi cognitivi e distorsioni percettive che influiscono sulla genesi e sul mantenimento del disturbo. Anche le variabili socio-culturali e quelle relative alla personalità sono chiamate in causa per spiegare come si sviluppino la paura d'ingrassare e l'immagine corporea distorta ed ansiogena.

Ad esempio, la presenza contemporanea nell'anoressica del senso d'ineguatezza e del perfezionismo, possono portare il soggetto a preoccuparsi eccessivamente del proprio aspetto, trasformando la dieta in un potente fattore di rinforzo. Analogamente l'ideale di magrezza esaltato dai media, le critiche espresse dal gruppo dei pari e dalla famiglia, la tendenza a confrontare se stessi con persone ritenute più attraenti, da un lato, e l'essere in sovrappeso (o stimarsi tali) dall'altro, creano una dissonanza cognitiva che fa aumentare l'insoddisfazione legata al corpo.

Quando si è vittima di simili pressioni qualsiasi stimolo ansiogeno può innescare la preoccupazione di controllare il peso attraverso tentativi che includono: restrizione alimentare, vomito, attività fisica ed altre strategie purgative. Se il controllo fallisce si può assistere ad un incremento di assunzione di cibo che provoca un aumento di peso a cui segue, di solito, una dieta.

Uno dei principali compiti della terapia cognitivo-comportamentale è rompere il circolo vizioso che esiste tra l'immagine corporea negativa e l'eccessiva importanza attribuita all'aspetto fisico e ai regimi dietetici.

Quali tratti di personalità si ritrovano nei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare?

Le pazienti, sia anoressiche che bulimiche, sono ragazze che danno ottimi risultati non solo a scuola ma in ogni attività che intraprendono. L'atteggiamento di dedizione al sacrificio è connesso a una bassa autostima e ad una profonda insicurezza personale a cui si associa il timore di non essere accettate dagli altri per ciò che si è, ma solo dando il massimo.

È quindi presente la paura di deludere, di fallire, di essere emarginate. A livello cognitivo c'è un particolare tipo di pensiero che viene definito dicotomico ("bianco o nero") e che esclude le vie di mezzo, le sfumature, il grigio. E infatti i risultati delle proprie azioni possono essere solo assolutamente positivi o irrimediabilmente negativi.

Dal punto di vista interpersonale manifestano inoltre gravi difficoltà nell'instaurare con il prossimo rapporti assertivi ed equilibrati: assumono uno stile relazionale o fortemente passivo (compiacente/accondiscendente) oppure aggressivo (autoritario/oppositivo).

Nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione riveste un ruolo centrale il Training d'Assertività utilizzato per stimolare sia una maggior consapevolezza dei propri bisogni e dei propri diritti e la capacità di esprimerli nelle relazioni, sia una progressiva fiducia nelle proprie abilità di trovare delle soluzioni e la possibilità di sperimentarle senza troppi timori di sbagliare. L'Anoressia è caratterizzata da atteggiamenti fobici ed ossessivi nei

confronti del corpo e del cibo che inducono una restrizione selettiva degli alimenti.

La Bulimia ha un'eziologia simile a quella dell'Anoressia con abbuffate e/o condotte di eliminazione. Anche i soggetti bulimici sono eccessivamente preoccupati per l'aspetto corporeo e l'incremento ponderale, ma poiché i loro tentativi di seguire restrizioni alimentari non vengono perseguiti con costanza, diventano particolarmente ansiosi ed impulsivi e così si attiva il ciclo abbuffata/eliminazione.

Nella maggior parte dei casi l'anoressica è scarsamente motivata al lavoro terapeutico perché non riconosce il proprio disturbo o ne sottovaluta la gravità. Diventa perciò necessario un intervento sulla motivazione per fornire una scala di obiettivi di miglioramento.

Questi ultimi attivano capacità discriminative e strategie comportamentali che vengono sperimentate prima a livello immaginativo, e poi nelle situazioni reali di difficoltà. Le pazienti anoressiche vengono inoltre aiutate a lavorare sulle loro distorsioni cognitive modificando i pensieri di autosvalutazione legati all'idea di colpa e di indegnità. Vengono invitate a verbalizzare le emozioni penose che provano e a esprimere il tipo di discorso interiore che rivolgono a se stesse.

Il lavoro sull'evitamento fobico riguarda sia la propria immagine che l'alimentazione. La cura del corpo, l'esercizio fisico davanti allo specchio, la scelta di fotografie che le ritraggono, il reinserimento progressivo di "cibi tabù" nelle scelte alimentari fanno parte delle strategie terapeutiche.

Nella Bulimia, se c'è motivazione, l'intervento psicoterapico deve tener conto che la sindrome è caratterizzata dalla tendenza alla perdita del controllo. Diventano quindi indispensabili nuove acquisizioni tese a contrastare questo aspetto. La crisi bulimica è di regola preceduta dall'attacco di fame che, durante la psicoterapia, viene riconosciuto come un attacco d'angoscia o di eccitazione incontenibile. Per controllare questi stati vengono utilizzate tecniche mirate. Ad esempio si cerca di far acquisire nuovi elementi cognitivi di valutazione che riducono la tendenza a rispondere con il cibo ad aumenti di ansia.

Il terapeuta e il paziente lavorano assieme per stabilire quali siano gli eventi, i pensieri e le emozioni che scatenano l'impulso incontrollato ad abbuffarsi. Quindi individuano le modalità più appropriate per affrontare la sequenza STIMOLO - RISPOSTA ALIMENTARE DISFUNZIONALE.

La paziente deve dunque imparare a bloccare il proprio passaggio all'atto, mediato dal cibo, che assume il significato di un cortocircuito emozional-comportamentale. Per fare ciò viene sollecitata ad analizzare quanto sta accadendo "qui ed ora", nel modo più razionale possibile, entro una dimensione temporale rallentata, così da effettuare una valutazione delle variabili pro e contro l'abbuffata.

Il diario alimentare è uno strumento fondamentale, per tutte le patologie nutrizionali, al fine di effettuare un automonitoraggio del comportamento legato al cibo. Esso mette in relazione l'alimentazione quotidiana con i propri stati emotivi, gli stimoli situazionali, le contingenze di rinforzo, le crisi restrittive o iperfagiche, le conseguenze a breve e a lungo termine, gli scopi esistenziali. Grazie ad esso le pazienti diventano consapevoli delle proprie reazioni emotive agli eventi stressanti ed apprendono la funzione che il cibo ha assunto nei propri schemi psico-comportamentali.



*Esperienze psicofisiologiche
(Dare)*

DARE

L'APPROCCIO PSICOFISIOLOGICO INTEGRATO DI VEZIO RUGGIERI

Il modello psicofisiologico integrato si basa su una concezione unitaria mente-corpo che è presente in tutto lo sviluppo maturativo dell'essere umano.

Uno dei punti cardine è che nell'anoressia si può modificare l'IO del paziente e l'espressione corporea del suo disagio, attraverso un lavoro sulla postura.

La postura è il risultato sia di informazioni efferenti trasmesse dal sistema che controlla il movimento, sia di informazioni afferenti derivanti dalla postura in toto. Questa circolarità dell'informazione centro-periferica e periferica-centro suggerisce che l'atteggiamento posturale di ciascun individuo possa evocare vissuti soggettivi di stabilità/instabilità psicofisica, elaborati dal SNC (Sistema Nervoso Centrale). La percezione di stabilità (o instabilità) è la base che favorisce (o inibisce) uno sviluppo psicofisico armonioso, nel contempo è la premessa che favorisce o inibisce le relazioni interpersonali.

Nell'analisi della postura è molto importante osservare il modo in cui il soggetto mantiene il suo equilibrio posturale, controbilanciando le forze di gravità. I meccanismi compensatori, messi in atto dal Sistema Nervoso Centrale per non cadere, dipendono in gran parte dalla modalità con cui il soggetto si appoggia. Per Ruggieri il concetto di appoggio non può essere interpretato in termini di semplici riflessi elementari. Quando il bambino impara ad appoggiarsi sperimenta anche la capacità di potersi fidare delle strutture a cui si appoggia. Nella relazione madre-figlio una buona esperienza d'appoggio consente al bambino di acquisire progressivamente la capacità di un appoggio autonomo. In cosa consiste una "buona esperienza d'appoggio" da un punto di vista psicofisiologico? Nella possibilità che la madre rappresenti un adeguato sostegno e quindi consenta la giusta riduzione delle tensioni corporee. Infatti, se il bambino ha la sensazione di cadere compaiono tensioni muscolari, a scopo difensivo, che si estendono a tutto il corpo. La disponibilità all'appoggio è di natura psicofisica ed è strettamente legata alle esperienze senso-motorie e relazionali del bambino. L'autore sostiene che l'adulto, con esperienze negative alle spalle, può ancora imparare ad appoggiarsi e ad avere fiducia nelle proprie possibilità d'appoggio. È questo uno degli scopi della riabilitazione psicofisiologica delle pazienti anoressiche che manifestano una fenomenologia posturale problematica. La postura, o meglio l'esperienza posturale, è legata all'immagine corporea.

*Esperienze psicofisiologiche
(Avere)*



AVERE

Man mano che il bambino cresce integra le sue funzioni e le sue esperienze. L'integrazione riguarda i processi connessi al contesto corporeo. Tra i vari livelli d'integrazione riveste un ruolo particolarmente importante l'immagine corporea. Essa è la sintesi dinamica di vari input: informazioni provenienti dai vissuti emozionali (che vengono modulati da segnali viscerali, ormonali, ecc.), informazioni derivati dalle esperienze passate (significati psicologici che il corpo ha assunto nella storia personale), informazioni prodotte dall'ambiente umano (rispecchiamenti dai familiari, dal gruppo sociale, ecc.), informazioni provocate dal contesto culturale (modelli forniti dai mass media). Rispetto allo schema corporeo, l'immagine corporea è il risultato di informazioni che sono soggette a un livello di integrazione superiore. Infatti l'immagine corporea costituisce il nucleo portante della nostra identità che è data dalla conformità tra l'autorappresentazione di sé e l'esperienza di se stessi.

Secondo Ruggieri l'autorappresentazione è un quadro eterogeneo: un individuo può essere simultaneamente ciò che appare fisicamente (autorappresentazione correlata alle informazioni provenienti dal corpo), ma anche marito, lavoratore, sportivo, etc. Per ognuna di queste sub identità si stabilisce una stretta relazione tra l'attività corticale, dove si sviluppa l'autorappresentazione (legata per esempio al ruolo), e gli atteggiamenti corporei. Questa sintetica teorizzazione fa intuire, almeno parzialmente e per sommi capi, come lavorando sulle posture si possano modificare alcuni aspetti dell'identità.

Un intervento psicofisiologico efficace è orientato al recupero della corporeità per ridurre le percezioni dismorfofobiche (da dismorfofobia, paura ossessiva di manifestare deformità fisiche). Questo recupero è assolutamente indispensabile per i pazienti che si rifugiano nell'idealizzazione astratta e nell'intellettualizzazione. La tendenza all'astrazione si riferisce ovviamente anche al proprio corpo che perde la sua vitale concretezza e si irrigidisce nel controllo delle emozioni e delle relazioni interpersonali.

Secondo Ruggieri l'intervento che può far recuperare la corporeità e modificare lo stile percettivo deve assolutamente "accendere" sensazioni corporee: è difatti solo la concreta esperienza del corpo e delle sue attività che trasmette le informazioni capaci di modificare gli "schemi percettivi centrali".

La difficoltà del trattamento è legata a questa incongruenza: l'assoluta necessità di innestare un'esperienza corporea positiva in soggetti che si sono arroccati intorno al rifiuto del corpo stesso.

MODELLO D'INTERVENTO RIABILITATIVO INTEGRATO

La necessità di integrare il metodo cognitivo-comportamentale con approcci di ispirazione psicodinamica, relazionale sistemica e psicofisiologica, nasce dall'esigenza concreta di trattare adeguatamente i pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e le loro variegate patologie.

Il comportamentismo attribuisce ovviamente valore soprattutto alla risposta comportamentale e ai vari tipi di condizionamento. Trascura invece l'"IO penso" e la dimensione affettiva. Il cognitismo, dal canto suo, tende a superare la sequenza STIMOLO - RISPOSTA riattribuendo alla mente pensante un ruolo centrale nel progettare il comportamento. Mantiene tuttavia l'universo emozionale e la retroazione fisiologica (cioè le risposte che provengono dal corpo o meglio dai muscoli, pelle, visceri, sistema neuro-endocrino, etc.) in una posizione secondaria rispetto al pensiero.

Queste due teorie combinate hanno dato ottimi risultati nel trattamento delle distorsioni cognitive, della difficoltà di autoaffermazione, delle fobie, etc. Tuttavia, nel tentativo di contrastare la psicanalisi, hanno trascurato l'inconscio dinamico ed hanno escluso la possibilità che le emozioni possono avere un ruolo dominante sul pensiero.

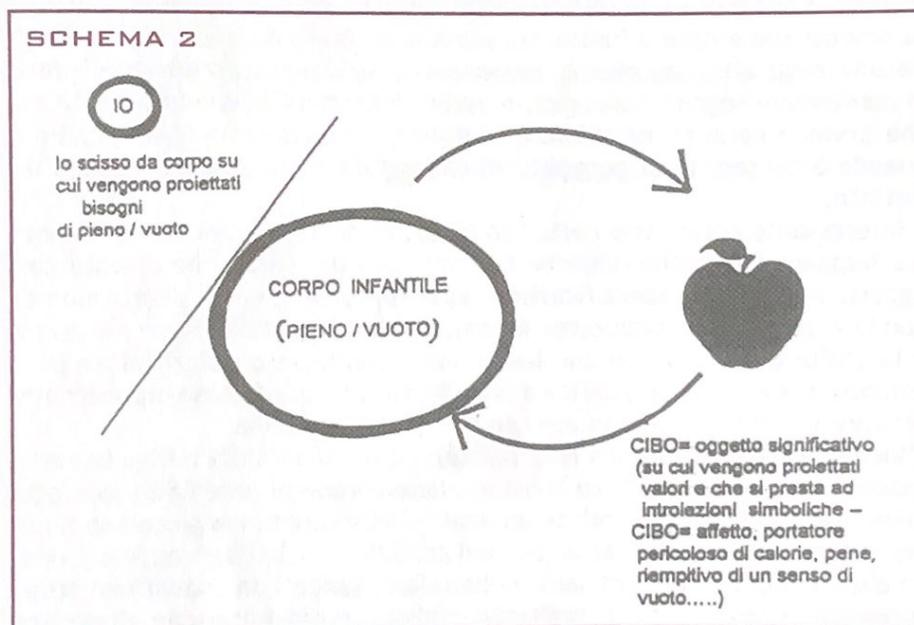
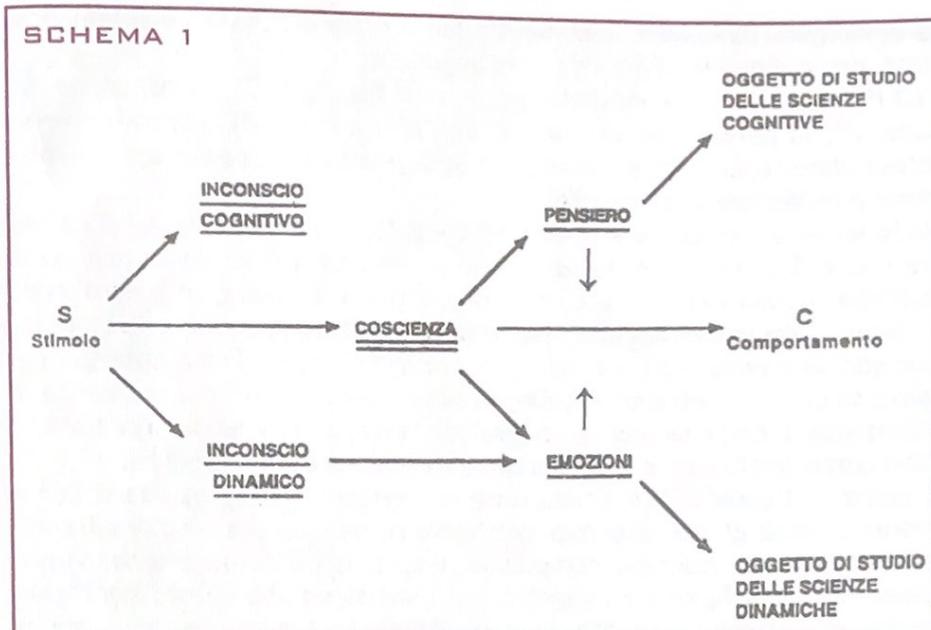
Nello schema 1 che segue sintetizziamo gli aspetti consci ed inconsci, oggetto di studio delle scienze cognitive e delle scienze dinamiche (teorie di Freud, della Klein, della Bruch, etc.), cercando di superare il vuoto che li separa.

L'inconscio dinamico è associato alla dimensione del conflitto. Nella psicanalisi freudiana il conflitto si sviluppa prevalentemente tra l'IO, le pulsioni istintuali (e cioè l'ES) e la realtà. Spesso il SUPER-IO (giudice o censore nei confronti dell'IO) si insinua in questo conflitto.

Pur senza approfondire tematiche così affascinanti e complesse è opportuno ricordare per Freud il conflitto è una categoria centrale della teoria psicanalitica.

Nel nostro metodo l'analisi del conflitto è presente. Tuttavia la dimensione strutturale che noi adottiamo è una semplificazione rispetto alla teoria psicoanalitica e, per certi versi, si avvicina ad alcune teorizzazioni della Klein. Il colloquio psicodinamico con pazienti molto fragili, talvolta dotati di un IO inconsistente, non prevede – per esempio – nè l'utilizzo del transfert né delle interpretazioni.

Nei disturbi alimentari c'è una persistenza di rapporti narcisistici con gli oggetti. Ciò significa che il paziente manifesta un forte bisogno di rassicurazioni verso il proprio valore: l'autostima è fragile, talvolta la buona capacità di contatto è solo apparente e rivela uno sfondo isterico. Tutte le



volte che eventi interni o esterni non sono assimilati dall'IO abbiamo conflitti e disturbi della coscienza (pensieri ossessivi, comportamenti coatti, emozioni incontrollabili, vuoto cognitivo, etc.) che comprendono la non accettazione della crescita e quindi del cambiamento del corpo, della vita, della morte ed implicano dinamiche di tipo nevrotico o psicotico. I conflitti emotivi, soprattutto quelli legati al ruolo sessuale, spesso non emergono all'inizio della terapia. Tuttavia, all'interno di una relazione via via sempre più stabile e rassicurante l'elaborazione dei conflitti diventa una necessità e l'utilizzo delle teorizzazioni psicodinamiche si rivela un lavoro stimolante sia per il paziente che per il terapeuta.

La descrizione della nevrosi alimentare in termini di scissioni ed identificazioni, come dinamica difensiva, è la seguente:

l'IO (inadeguato come mediatore tra le istanze dell'ES, la pressione del Super-IO, la perfezione dell'ideale dell'IO e la realtà) regredisce verso difese abbastanza stabili (come ad esempio scissione, negazione, introiezione e proiezione distorgente).

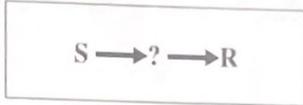
Nello schema 2 si può vedere come il soggetto metta in atto una scissione tra l'IO e il corpo: il corpo non viene assimilato dall'IO come una parte dell'identità ma viene vissuto come una realtà a sé stante. In questo modo il corpo può essere riempito, può essere svuotato, può rimanere vuoto, può gonfiarsi sempre più o essere percepito come tale. Il cibo diventa l'oggetto su cui si proiettano fantasie, desideri, rifiuti, conflitti, mancanza di affettività. Il corpo si oppone all'evoluzione verso un'identità integrata, il cibo-corpo sostituisce altre relazioni e ne impedisce l'insorgenza.

È come se l'adolescente si rifiutasse di crescere e di relazionarsi con il mondo a causa di una relazione sostitutiva corpo-cibo che si colora di componenti fobiche, ossessivo-compulsive, ecc. In questo contesto non vi può essere un'identificazione integrata con il corpo perché questo significherebbe ammettere la crescita, cioè accettare di separarsi da una famiglia protettiva per entrare in relazione con il mondo esterno in modo adattivo. La nevrosi alimentare è funzionale proprio al rifiuto di diventare se stessi, distinti dagli altri, autonomi, responsabili, adulti. Essa consente infatti di confondere segnali fisiologici, emotivi, cognitivi. Ed è esattamente ciò che avviene nella prima infanzia, durante la relazione nutrice-bambino, quando è consentito al poppante di galleggiare nella dimensione dell'indistinto.

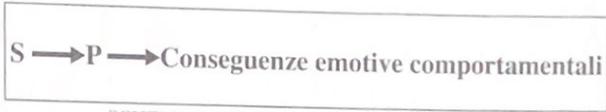
È interessante notare una certa tendenza, in molte adolescenti femmine, a sviluppare dinamiche edipiche nei confronti del padre che diventa così oggetto d'amore e d'identificazione. Questo, forse, a causa di un rapporto con la madre troppo svalutante o conflittuale. L'identificazione nel padre e la scelta di relazionarsi con lui in modo privilegiato può risultare però troppo colpevolizzante o carica di frustrazioni. In questo caso può pertanto attivare una nevrosi alimentare come fuga dal problema.

L'idea che sta alla base del nostro intervento è quella di un IO scisso e in movimento e che il conflitto abbia un ruolo preponderante nella patologia alimentare. Tendiamo quindi ad un'analisi delle variabili in gioco non tanto lineare ma piuttosto circolare, che è il presupposto dell'approccio sistemico alle problematiche familiari. Inoltre siamo guidati da una visione strutturale della personalità, in continua evoluzione dinamica, che s'inserisce tra lo stimolo e la risposta dello schema comportamentista.

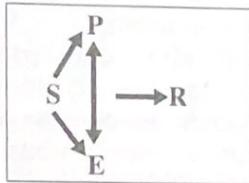
Nelle immagini che seguono si può leggere la sintesi di queste affermazioni.



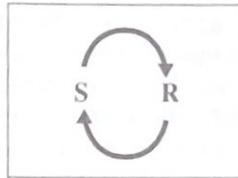
SCHEMA COGNITIVO



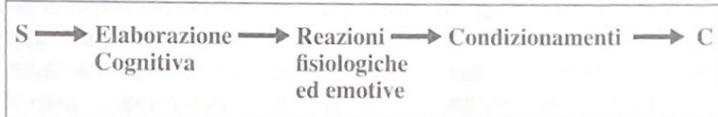
SCHEMA COGNITIVO COMPORTAMENTALE



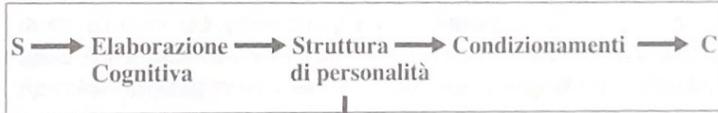
ma anche



SCHEMA COGNITIVO COMPORTAMENTALE ADATTATO AL NS. MODELLO



SCHEMA COGNITIVO COMPORTAMENTALE COMPLESSO



- ↓
- a) determinanti della elaborazione cognitiva

 1. bisogni
 2. valori
 3. aspettative

b) determinanti della sensibilità/reazione agli stimoli interni ed esterni

 1. meccanismi di difesa e controllo
 2. forza dell'Io (organizzazione della personalità)

SCHEMA COGNITIVO COMPORTAMENTALE INTEGRATO CON ELEMENTI PSICODINAMICI

LEGENDA: S = stimolo R = risposta P = pensiero (valutazione cognitiva)

RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Uno degli obiettivi della Riabilitazione Nutrizionale è di ricostruire in modo corretto il rapporto tra il paziente e la sua alimentazione.

Il cibo deve essere liberato dall'eccesso di significati simbolici (riempimento di un vuoto interiore, mezzo per occupare il tempo, coccole, gratificazione sociale) che può aver assunto nella storia di una persona affetta da DA. Inoltre deve svincolarsi da quei meccanismi ossessivi, fobici, compulsivi che lo rendono sintomo.

Nella mente del paziente il comportamento alimentare può essere infatti utilizzato inconsciamente come strategia comportamentale che si oppone alla pressione derivante da quegli istinti che non sa gestire (espressione della rabbia, desiderio sessuale, ecc). Oppure può essere vissuto come rafforzamento del proprio controllo su di sé e sulle intrusioni o manipolazioni da parte degli altri.

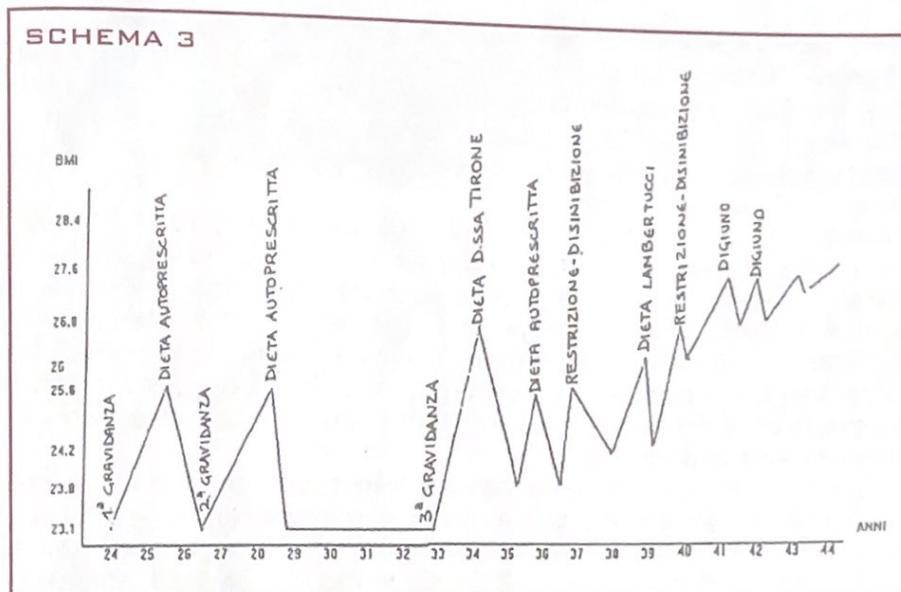
Il lavoro della dietista consiste nell'aiutare il paziente a liberarsi da questi condizionamenti inconsci per riscoprire il significato originale dell'alimentazione e la sua funzione biologica. La guarigione coinciderà quindi con la capacità del soggetto a rispondere in maniera adeguata ed autonoma ai bisogni naturali dell'organismo. I segnali di fame e sazietà dovranno essere percepiti, ascoltati e assecondati per evitare di restare imprigionati nei rituali disfunzionali dell'Anoressia, della Bulimia e del Binge Eating, con i loro circoli viziosi di cui abbiamo parlato.

La dietista aiuta quindi il paziente a familiarizzare con il cibo in maniera graduale e in termini rassicuranti affinché si liberi, tra l'altro, dalla pressione derivante delle diete tradizionali di tipo calorico che sono sconsigliate nell'approccio terapeutico ai DA.

La prima tappa della riabilitazione nutrizionale è la valutazione dell'andamento ponderale (aumento o diminuzione del peso corporeo) del paziente e la sua trascrizione in un grafico, così come nello schema 3 riportato nella pagina a fianco.

STORIA DEL PESO DI ANNA
FEMMINA: 44 ANNI, ALTEZZA 157 CM
IERI PESO 57 KG - BMI 23,1
OGGI PESO 70 KG - BMI 28,4

Anna, dopo tre gravidanze e numerose diete seguite nel corso degli anni, ha raggiunto, come si può vedere, un peso notevolmente superiore a quello iniziale.



È importante far compilare manualmente dal paziente stesso il suo andamento ponderale affinché si renda conto degli effetti nefasti delle diete drastiche e squilibrate che, nel tempo, hanno incrementato il suo sovrappeso. Per correggere un quadro come questo la dietista dovrà fornire le informazioni necessarie affinché il paziente sia in grado di compiere le scelte alimentari più corrette per raggiungere i miglioramenti comportamentali richiesti (ad esempio riduzione del vomito oppure introduzione delle proteine o, ancora, calo ponderale ragionevole ecc.)

Il peso a cui tendere deve essere valutato con cura e concordato con l'operatore con obiettività. Ad esempio la signora Anna, di cui abbiamo visto il grafico ponderale, pretenderebbe, a 45 anni, di pesare 57 Kg come quando aveva 24 anni. È molto più realistico suggerirle di raggiungere, e poi mantenere, un calo ponderale di circa il 10% del peso attuale, che corrisponde a 63-64 Kg.

Il peso è uno degli elementi che permette di valutare la tipologia di paziente con cui si sta lavorando e di riconoscere i progressi raggiunti nel tempo. Va comunque specificato che il peso, di per sé, non è sufficiente ad effettuare un'adeguata valutazione nutrizionale che dipende da numerosi fattori.

L'IMC (rapporto peso/altezza) è un valido strumento per stimare i possibili rischi di salute a cui va incontro il paziente.

È importante individuare, nel soggetto affetto da DA, i vissuti che si sono susseguiti in relazione alle sue variazioni nutrizionali, comportamentali e ponderali. In questo modo si può far capire come fattori biologici, emotivi, culturali, portino al perpetuarsi di un determinato comportamento alimentare.

Una delle prospettive di intervento nutrizionale è anche quella di far ricostruire al paziente le fasi restrittive (restrizione di cibo quantitativa e/o qualitativa), compulsive (abbuffata), compensatorie (vomito, farmaci, iperattività fisica) del suo disturbo alimentare.

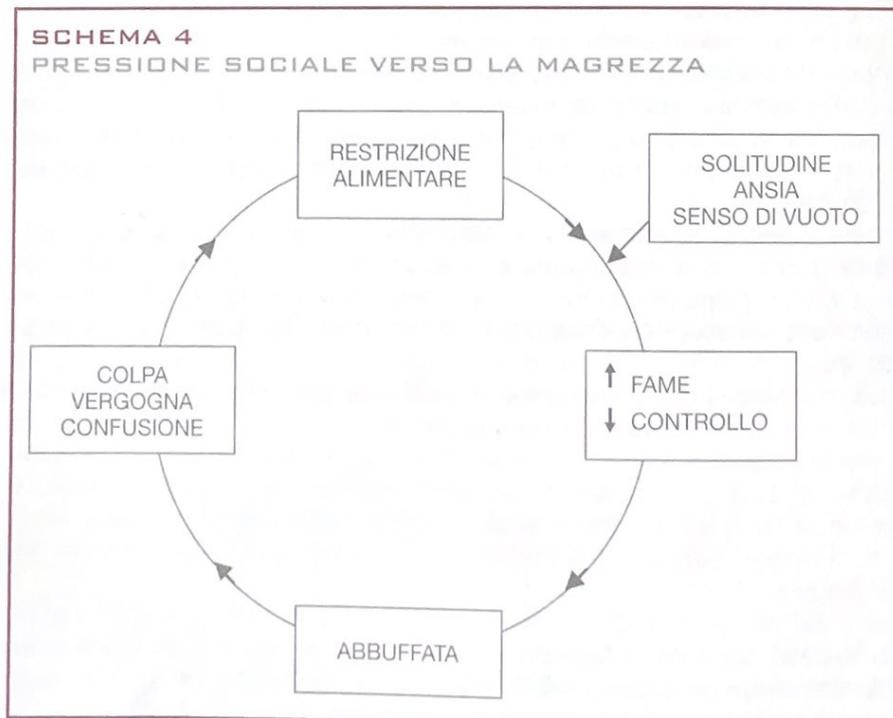
Nello schema 4 vediamo come si sviluppa il circolo del Binge-Eating. La pressione sociale verso la magrezza induce ad iniziare una dieta che, dopo una fase transitoria di benessere, porta all'instaurarsi di sentimenti di ansia e di depressione accompagnati da senso di solitudine e di vuoto. Inevitabilmente, e subito dopo, scatta l'aumento della fame e l'intenso desiderio di introdurre cibo.

A questo punto le motivazioni biologiche scompaiono: si perde il controllo e si comincia a mangiare voracemente sia nel tentativo di rispondere ai segnali di fame sia a quelli di vuoto e disperazione. Le abbuffate rappresentano in questo contesto una specie di "passaggio all'atto" che consente di placare le emozioni negative soddisfacendo i bisogni di nutrimento del corpo. Consapevoli di aver trasgredito ci si sente in colpa e ci si ripropone di ripristinare il regime di dieta. Il circolo vizioso si è così innescato e si riproduce automaticamente.

L'utilizzo che facciamo delle immagini è finalizzato ad aiutare il paziente a fare ordine cognitivo nella sua mente così da normalizzare gli atteggiamenti e le strategie comportamentali verso il cibo. È importante inoltre che il paziente impari ad autoanalizzarsi con l'ausilio del diario alimentare, che è, in sostanza, un auto monitoraggio.

Nel diario il paziente annota di giorno in giorno che cosa mangia, a che ora, con chi, i bisogni e le emozioni che precedono e seguono l'assunzione di cibo, le situazioni che lo hanno indotto a tenere un determinato comportamento alimentare ed eventuali altre considerazioni.

Questo strumento consente di rilevare alcuni elementi molto importanti come le restrizioni alimentari, il mancato riconoscimento della fame e della sazietà, le abbuffate, il vomito, l'iperattività fisica e l'uso di farmaci.



MARCO 25 1973

ORA	DOVE E' CHI?	BISOGNI EMOZIONI	SITUAZIONI SCATENANTI	COMPORTAMENTO ALIMENTARE	BISOGNI EMOZIONI	CONSEGUENZE SUCCESSIVE
7 ¹⁰	CUCINA DA SOLA	FAME (2) TRANQUILLA, SERENA		1 YOGURT MAGRO + 4 CUCCHIAI DI CRUSCA + 1 MELA + 2 BISCOTTI INTEGRALI	SAZIA (3) CONTENTA.	OK!
11 ⁰⁰	CUCINA DA SOLA	FAME (3) SERENA		2 CAROTE TIEDE CRUDE	SAZIA (2). HO TROPPO TANGENTE TANGENTE TO E BUD ALLO SDDM, LO.	OTTIMA SCELTA! DUREI FARLO PU SPERSO.
13 ³⁰	PIZZERIA CON ZIA E CUGINI.	FAME (2) SONO MOLTO ANSIOSA PERCHE' HO Paura DI COME POTRA' CONCLUDERE SI IL PRANZO. E' DA LUNGO TEMPO CHE NON PRANZO FUORI.	INVITO NON RIFIUTABILE	1 PIZZA MARGHERITA CON RUCOLA E GRANA SENZA MOZZARELLA (HO LASCIATO 3 SPICCHI) 1 CAFFE' CON DOLCIF.	SAZIA (3) FELICE E PIU' RILASSATA.	SONO CONTENTA PER AVER SUPERATO QUESTA PROVA CHE MI CREAVA MOLTA ANSIA. CREDO PERE CHE PARTE DELLA MIA CONTENTEZZA DERIVA DALLA CONSAPEVOLEZZA CHE DOPO ANDRO' IN PALESTINA. ATTENTA!!
17 ¹⁵	CAMERA DA SOLA	FAME (3)	SONO AFFATTOSSIMA PER AVER FATTO CIRCA 26 DI GIMU.	1 YOGURT MAGRO	SAZIA (1) PRETTISSIMA	FORSE AUREI POTUTO FRANGERE 1 YOG. INTERO ED UN FRUTTO.
20 ⁰⁰	CUCINA DA SOLA	FAME (3) SONO NERVOSA ED AGITATA PER AVER FATTO TUTTO DI FRETTA. NON LO SOPPORTO!		3 FETTINE D'ARROSTO 1 FORZ. INSALATINA (SALE, ACETO E OLIO) ALCUNI TORRONE 3 PALLINE DI GELATO ALLE CREME	SAZIA (1) NERVOSA E NON CONTENTA.	OGGI HO DAVVERO ESAGERATO CON LA CIN, NASTICA E LE MODO COSA CHE DOVEVO FARE. NON SONO AFFATTO CONTENTA DI QUESTO ATTEGGIAMENTO. VORREI RILASSARMI.
26 ⁴⁵	SALOTTO DA SOLA GUARDO LA TV	FAME (2) SONO DAVVERO MOLTO NERVOSA E STRESSATA FISICAMENTE HO VOGLIA DI DANZIARE QUALSIASI COCA !!!		1 TAZZA CAFFELATTE CON CIRCA 30 BISCOTTI VARI. 1 YOGURT ALLA BANANA CON 9 BISCOTTI TANDORLE. 3 CIOCCOLATINI 1 PEZZONE DI FORNACCIO LATTERIA + 1 PANINO 1 GELATO TIPO CONO. 1 PACCHETTO DI PATATINE 2 PIZZETTE ...	SAZIA (5)!!! FORNACCIO MAL DI STOMACO. SENSO DI VOMITO. FATICO A RESTARE AI PIEDI SONO CONSAPEVOLE DI CIO' CHE HO FATTO.	NO SO SE SONO DEPRES SA O AGITATA. SICURA MENTE STO TALE FISICA MENTE. MI FACCIAMO SCHIAC PER L'ENORME QUANTI, TA' DI CIBO CHE HO INGHERITO. SPERO CHE COL TEMPO LE COSE CAMBIANO. E' INUTILE PHASERE SUL LATTE VERSATO

Riportiamo nello schema a pag. 53 il diario alimentare di Paola che soffre di Bulimia. Possiamo vedere come determinati alimenti e determinate situazioni suscitino risposte emozionali diverse.

Paola ha individuato e selezionato quegli alimenti che, dal suo punto di vista, sono "sicuri" perché non la faranno ingrassare (carote, yogurt magro,...).

Riesce così a sentirsi sazia, felice e più rilassata. Nel diario Paola cerca di rimediare all'introduzione della pizza ("proibita" perché vissuta come cibo ipercalorico) sottoponendosi ad un'intensa attività fisica. Tuttavia la spesa energetica è eccessiva, si sente insoddisfatta, tesa e nervosa.

Questi vissuti, associati a una richiesta fisiologica di cibo (la paziente ha esagerato con la ginnastica e per di più non si è garantita un corretto apporto nutrizionale) sfociano in un'abbuffata che induce un ulteriore stato di depressione e malessere.

Le persone affette da DA spesso rifiutano determinati alimenti perché li associano a una notevole ansietà. È utile, a questo proposito, che la dietista costruisca insieme al paziente una piramide in cui vengono collocati gli alimenti in base all'ansia che generano.

Le due piramidi che riportiamo nello schema 5 rappresentano il percorso di Angela, affetta da anoressia.

Inizialmente solamente la verdura, la frutta, il caffè e il latte sono contrassegnati da ansia ridotta. Successivamente moltissimi cibi vengono indicati con ansia 0 e quindi si assiste a una normalizzazione nutrizionale.

L'introduzione di nuovi alimenti nella dieta abituale del paziente deve essere lenta e graduale, a partire proprio da quei cibi che producono un basso livello di ansia.

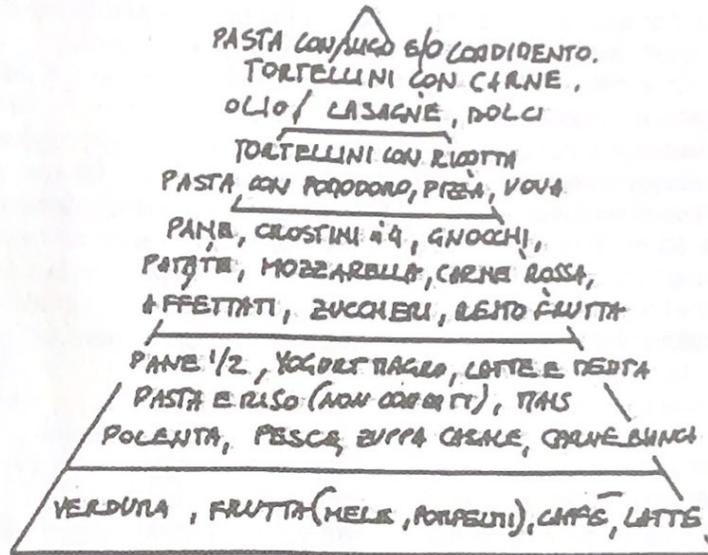
Durante la fase di contrattazione la dietista stabilisce con il paziente gli obiettivi da raggiungere di volta in volta, evitando di porsi traguardi non realistici o eccessivamente difficili.

Durante il percorso terapeutico viene proposto più volte al paziente di riconsiderare la "piramide dell'ansia" in base alle nuove esperienze; in questo modo lo si rende consapevole delle paure superate e dei traguardi raggiunti. Nelle situazioni in cui la gestione del cibo è particolarmente difficile, si ricorre a un supporto terapeutico più consistente che prevede che la dietista affianchi il paziente - per un certo periodo di tempo - durante la scelta, la preparazione e il consumo del pasto. In questo caso diventa opportuno passare dall'approccio ambulatoriale a quello proposto nella Comunità Diurna: il maggior numero di ore a disposizione del paziente consente alla dietista di supervisionare i tre pasti principali (colazione, pranzo, cena) sino a lasciare che sia il paziente a programmare in autonomia i suoi pasti, dopo il raggiungimento di maggiori abilità nutrizionali ed emozionali. Nel periodo di cambiamento del comportamento alimentare e dello stile di vita in generale, riveste un ruolo molto importante anche l'attività fisica. Le Linee Guida Italiane per l'Obesità 1999 (LIGIO '99) indicano l'attività fisica come una componente importante del processo di mantenimento del peso.

Le persone con Obesità da Binge Eating devono iniziare gli esercizi fisici lentamente ed aumentare l'intensità in modo graduale. L'operatore deve far notare l'importanza di incrementare l'attività fisica con piccoli accorgimenti come, ad esempio, quello di fare le scale a piedi piuttosto che

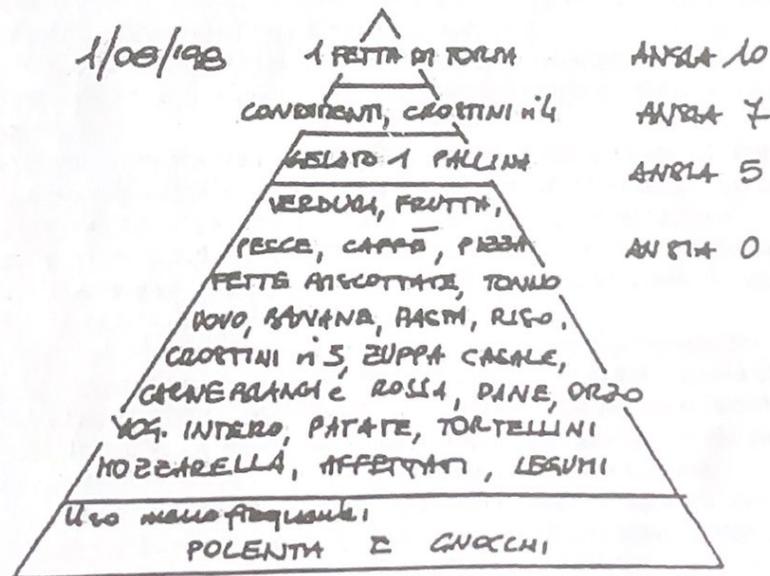
3/06/198

Ansia Elevata



Ansia Ridotta

1/06/198



prendere l'ascensore. Con il tempo, in rapporto ai progressi e alle capacità funzionali, è possibile impegnarsi in esercizi più intensi che devono gratificare e divertire il paziente.

Anche i soggetti con Anoressia e Bulimia, se non presentano gravi complicanze, né un IMC particolarmente basso, possono essere incoraggiati ad intraprendere un'attività fisica compatibile con lo stato di avanzamento della malattia.

L'attività fisica dovrebbe prevedere una prescrizione relativamente semplice, sia per quanto riguarda la gradualità, sia per quanto riguarda l'intensità (lieve, moderata, elevata, molto elevata) e la durata.

Di fatto determina molti problemi e i pazienti affetti da DA passano da un estremo di passività-inerzia (in cui anche l'attività fisica lieve viene massicciamente rifiutata) ad un estremo di iperattività-compulsività (rispetto alla quale bisogna porre dei freni). Questi pazienti vivono infatti anche l'esercizio fisico - come il cibo -, in modo dicotomico (bianco o nero, molto o poco), così da disgiungerlo dalle effettive esigenze fisiologiche. L'esercizio fisico diventa così una variabile problematica che va prescritta dall'operatore come un farmaco ed annotata nel diario alimentare per ricollocarla nella giusta dimensione cognitivo-comportamentale.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Roberto Milani

All'interno dei disturbi della condotta Alimentare il trattamento farmacologico della BN è quello più conosciuto essendo un problema relativamente comune che è stato ampiamente approfondito negli ultimi 15-20 anni.

Il DSM - IV distingue due forme di BN, cioè i tipi con o senza comportamenti di eliminazione.

Le complicazioni mediche più frequenti della BN sono la diminuzione di potassio e la psicopatologia associata che comprende la depressione maggiore, vari disturbi d'ansia (G.A.D., fobia sociale, disturbo di panico), alcolismo e disturbi di personalità.

Il primo studio farmacologico controllato su soggetti con abbuffate (un gruppo di pazienti con BN e disturbo da alimentazione incontrollata in quanto il comportamento di eliminazione non era richiesto per l'ammissione nello studio) ha confrontato la Fenitoina con un placebo tenendo conto di una precedente osservazione in base alla quale i pazienti bulimici potevano far registrare reperti anormali all'elettroencefalogramma (Wermuth et al. 1977).

In questo studio crossover non sono state trovate prove che la fenitoina sia efficace nel ridurre il comportamento compulsivo.

Studi successivi si sono focalizzati sull'uso degli antidepressivi sulla base dell'osservazione che spesso la depressione si associa al disturbo (Pope e Hudson 1982).

Nel 1982 due gruppi di ricercatori hanno confermato che sia gli inibitori delle monoaminoossidasi (imao) sia gli antidepressivi triciclici e serotoninergici riducevano i comportamenti di abbuffata e di eliminazione.

Tra questi farmaci antidepressivi si sono dimostrati efficaci l'imipramina, la clorimipramina, la desipramina, la fenelzina, la bromofarina, il trazodone, il bupropione e la fluoxetina.

Per la BN, gli antidepressivi vengono prescritti alle stesse dosi usate per trattare la depressione, con l'eccezione della fluoxetina in quanto in uno studio controllato con placebo del 1992 che ha coinvolto 387 donne bulimiche, è stato osservato che una dose di 60 mg/die era più efficace di una dose di 20 mg/die nel ridurre i comportamenti di abbuffata e di eliminazione.

Complessivamente la maggior parte degli antidepressivi sembra efficace nel trattamento a breve termine della BN, ma gli effetti sono limitati, con una remissione in media in un quarto/un terzo dei pazienti.

Diversi studi indicano che i pazienti che rispondono al trattamento con antidepressivi dovrebbero essere trattati per almeno 6 mesi.

Rispondono ugualmente bene comunque al trattamento antidepressivo sia i pazienti depressi che non depressi e quindi il grado di depressione non costituisce un fattore predittivo di risposta antibulimica.

Due sono le ipotesi per il meccanismo d'azione:

- l'umore negativo fluttuante che può insorgere durante la giornata può favorire le abbuffate;
- gli antidepressivi possono agire riducendo la fame.

ALTRE TERAPIE FARMACOLOGICHE DELLA BULIMIA NERVOSA

- Farmaci che agiscono sopprimendo la fame:
d-fenfluramina, metil-anfetamina, sibutramina cloridrato
Gli effetti psicostimolanti di questi farmaci, uniti a fenomeni di tolleranza e di dipendenza ne sconsigliano l'adozione terapeutica nella BN.
- Gli oppioidi sono coinvolti nel controllo dell'alimentazione e negli ultimi anni vi è stato un certo interesse sull'uso degli *antagonisti* degli oppiacei come per esempio il *naltrexone*, oggi usato nei servizi per le tossicodipendenze per il decondizionamento dall'uso di stupefacenti oppiacei. Gli studi sono ancora incompleti e si registrano notevoli effetti collaterali a carico della funzionalità epatica.
- Uno studio controllato con placebo su *sali di litio* nel trattamento della BN in 91 donne non ha trovato indicazioni della sua efficacia.
- Recentemente, due ricercatori dell'Università di Götterborg hanno proposto l'uso di un antagonista recettoriale degli androgeni, la *flutamida*, tenuto conto della presenza di elevate concentrazioni di testosterone libero in soggetti di sesso femminile affetti da BN. La sospensione però della *flutamida*, si è visto, determina una netta ripresa della condotta bulimica.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELL'ANORESSIA NERVOSA

Il trattamento dell'AN deve confrontarsi con la mancanza di *insight* e con la rigida negazione della malattia da parte dei pazienti che rifiutano ostinatamente ogni approccio medico, che assumono atteggiamenti manipolativi o che collaborano solo in apparenza.

Peraltro, la gravità della malattia e l'elevata mortalità richiedono un intervento tempestivo. Con il trattamento a breve termine, dopo un'accurata valutazione internistica, si deve far fronte innanzitutto alle complicazioni mediche, come la disidratazione e gli squilibri elettrolitici che rappresentano le più frequenti cause di morte in questi pazienti.

NEUROLETTICI

L'uso dei neurolettici bloccanti D1 e D2 nell'AN è stato giustificato dall'evidenza che la *dopamina* è coinvolta nella biologia del comportamento alimentare.

Del resto, l'uso dei neurolettici è giustificato nella pratica clinica dalla connotazione spesso delirante del disturbo dell'immagine corporea. I neurolettici esercitano infatti un effetto contenitivo sull'iperattività fisica compulsivamente praticata allo scopo di perdere peso.

Tra i neurolettici usati: *clorpromazina, pimozide, sulpiride, aloperidolo*.

ANTIDEPRESSIVI

La *serotonina* ha un ruolo fondamentale nella regolazione del comportamento alimentare. Un aumento della trasmissione serotoninergica nell'ipotalamo mediale induce una risposta di sazietà negli animali, mentre la soppressione della trasmissione stimola l'appetito.

La *ciproeptadina* è un potente serotoninergico e istaminergico, usata a lungo nelle affezioni allergiche.

L'aumento ponderale che spesso provoca ha portato al suo impiego nelle pazienti con AN.

Sono state associate *ciproeptadina* + *amitilina* (antidepressivo tricyclico a taglio ansiolitico) con risultati incoraggianti.

La presenza di sintomi depressivi nelle pazienti anoressiche ha portato ad utilizzare gli antidepressivi nella terapia di questo disturbo. Gli antidepressivi tricyclici e gli IMAO incrementano l'appetito attraverso un'azione stimolante alfa - adrenergica a livello ipotalamico; sono state usate in particolare la *clorimipramina* e l'*amitriptilina*.

Studi non controllati hanno indicato che la *fluoxetina*, a dosi tra 20 e 60 mg/die, si è mostrata efficace sia nell'acquisizione sia nel mantenimento del peso.

Sono state rese note alcune esperienze cliniche sull'impiego dei *sali di litio* in pazienti anoressiche tenuto conto dell'aumento ponderale legato a questo tipo di terapia farmacologica, ma l'esiguità del campione esaminato suggerisce ulteriori approfondimenti.

Il *litio* richiede comunque particolare attenzione nei pazienti che usano frequentemente diuretici, lassativi ed il vomito e pertanto ne aumentano la tossicità.

Un altro trattamento dell'AN prevede l'uso del *naltrexone*, che è un antagonista dei recettori oppioidi, usato oggi nei Servizi per le Tossicodipendenze per il decondizionamento dei soggetti dediti agli stupefacenti.

Altri studi hanno previsto il trattamento di pazienti affetti da DA con la *l-dopa*, e con il *tetraidrocannabinolo*, con il *nandrolone*, *acth*, *cortisone*, *glicerolo* e *fenossibenzamina*, ma i risultati sono ancora molto dubbi per l'esiguità dei campioni e per la mancanza di adeguati follow-up.

“ALIMENTE” LA PRIMA COMUNITÀ PER D.A. IN FRIULI V.G.

La comunità per Disturbi dell’Alimentazione (DA) è nata a Cividale del Friuli, in provincia di Udine, nel 2004, dall’esigenza di trattare alcuni pazienti “difficili” che non rispondono all’approccio ambulatoriale in modo soddisfacente.

Questa comunità residenziale è uno degli scalini di un percorso che parte dall’inizio degli anni ’90, quando i DA costituivano una patologia emergente anche in Friuli Venezia Giulia.

Allora, alcuni liberi professionisti che avevano iniziato a curare individualmente pazienti affetti da Eating Disorders, avevano costituito un gruppo interdisciplinare ed un’associazione: *Progetto Friuli Venezia Giulia per la prevenzione dell’Obesità e dei Disturbi dell’Alimentazione*.

Gli obiettivi erano soprattutto quelli di individuare un linguaggio comune tra gli operatori con diversa formazione accademica (psichiatra, psicologo, nutrizionista, internista) e di mettere a punto trattamenti ambulatoriali che tenessero conto sia delle componenti psichiche sia di quelle biologiche.

Oltre a ciò era sentita l’esigenza di proporre una terapia sufficientemente efficace da ridurre la necessità di ricorrere a ricoveri in strutture extra-regionali. Intorno agli anni ’90, infatti, le Aziende Sanitarie del territorio non erano attrezzate a rispondere adeguatamente ai DA. Mancava un Centro specializzato per affrontare i vari livelli di cura e i trattamenti offerti dai diversi servizi (psichiatria, neuropsichiatria, pediatria, gastroenterologia, etc.) non erano collegati, né coordinati.

Nel ’95 l’*Associazione Progetto Friuli Venezia Giulia per la prevenzione dell’Obesità e dei Disturbi dell’Alimentazione* si era data come obiettivo (oltre alla cura ambulatoriale) anche l’informazione e la prevenzione.

Grazie ad un’azione di coinvolgimento della scuola dell’obbligo e degli Enti Locali si sono realizzate una serie di conferenze sul tema “Disturbi dell’alimentazione: come prevenirli e curarli”.

Dal 1995 ad oggi questa associazione ha realizzato circa 200 interventi.

Dopo alcuni anni di lavoro ambulatoriale l’equipe dei curanti è cresciuta, alcuni operatori si sono sostituiti ad altri mentre anche i quadri patologici più frequenti degli stessi pazienti sono mutati. L’interdisciplinarietà oggi è scontata ma restano in sospeso alcune problematiche. Prime tra tutte: le distorsioni dell’immagine corporea e le dispercezioni.

Per dare una risposta a questo problema e per seguire i pazienti in modo globale, per un tempo sufficiente a correggerne le patologie nutrizionali complicate, cronicizzate e resistenti al trattamento, è nata dunque la Comunità Alimentare.



Da un punto di vista organizzativo la riabilitazione ambulatoriale, semi residenziale e residenziale, si attua in tre strutture, distinte ed autonome, tra loro collegate in un unico insieme funzionale.

Tutte e tre le strutture si trovano a Cividale del Friuli. Vi sono spazi riservati e attrezzati per visite mediche, riabilitazione nutrizionale, psicoterapie individuali e di gruppo, incontri formativi e conferenze.

La valutazione dello stato di malattia del paziente, che si presenta in comunità, avviene all'interno di un'equipe. Ogni specialista mette in risalto la specificità del caso, per quanto concerne il suo campo d'azione, per definire un progetto riabilitativo personalizzato e condiviso.

APPROCCIO CLINICO AMBULATORIALE AI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

- VALUTAZIONE GLOBALE DELLO STATO DI MALATTIA
 - Visite mediche specialistiche
 - Esami di laboratorio
 - Bia
 - Test psicometrici
- INCONTRI INFORMATIVI
- RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE
 - Automonitoraggio alimentare guidato
 - Pasti assistiti
 - Modificazione dei comportamenti compulsivi restrittivi, fobici, ecc...
- RIABILITAZIONE PSICOLOGICA
 - Colloqui individuali
 - Terapie di gruppo
- RIABILITAZIONE FISIOKINESITERAPICA
 - Ginnastica posturale
 - Massoterapia
 - Training Autogeno
 - Correzione delle dismorfofobie, ecc...
- INCONTRI ARTETERAPEUTICI (Approccio psicofisiologico)
- PARENT TRAINING

La Comunità terapeutica residenziale "Alimente" rappresenta un punto di riferimento unico in Friuli Venezia Giulia in quanto non sono presenti esperienze analoghe. Riteniamo che la conoscenza del nostro operato da parte

degli addetti del settore possa avviare nuove esperienze di collaborazione e di crescita. Riteniamo inoltre che la lunga esperienza maturata con pazienti affetti da Eating Disorders ci aiuti a realizzare una Comunità sufficientemente aperta e flessibile, in cui i modelli tradizionali si affianchino a quelli più innovativi.

La Comunità vuol essere soprattutto una casa dove si cresce attraverso tentativi ed errori, confronto relazionale, rispecchiamenti ed assunzione di responsabilità. Il fine è infatti quello di recuperare un rapporto normale col cibo e di ricostruire l'integrità psico-fisica smarrita.

Per noi operatori il successivo passaggio, già in atto, è quello di inserire *Alimente* in una rete territoriale d'assistenza, mantenendo stretti contatti con i Servizi Socio-Assistenziali, per promuovere il reinserimento dei nostri pazienti in famiglia e nel mondo del lavoro.



Dott.ssa Patrizia Corbellini *Psicologa Psicoterapeuta*
Presidente Associazione Progetto Friuli Venezia Giulia
per la Prevenzione dell'Obesità e dei Disturbi
dell'Alimentazione
Laurea in Materie Letterarie presso l'Università
degli Studi di Padova
Psicologia presso l'Università degli studi di Padova
Diploma in Tecnico di Cardiologia
Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Padova
Scuola di Specializzazione in "Ciclo di Vita"
Consulente Tecnico d'Ufficio presso il Tribunale di Udine
Relatrice in numerosi congressi nazionali ed internazionali

L'Equipe della dott.ssa Patrizia Corbellini è composto da: **Dott. Roberto Milani** *Laurea in Medicina e Chirurgia, Specialista in Endocrinologia e Criminologia Clinica con indirizzo Medico-Psicologico e Psichiatrico*, **Dott. Luca Brambullo** *Psicologo Psicoterapeuta*, **Dott.ssa Alessandra Tomasin** *Psicologa*, **Dott.ssa Francesca Borgioli** *Psicologa*, **Dott.ssa Michela Cecotti** *Psicologa*, **Dott.ssa Alessia Iacuzzi** *Psicologa*. Ed inoltre è composta da: *un Tutor Nutrizionista, due Fisiokinesiterapeuti, tre Operatori Socio Sanitari di Comunità.*

design Studio Imagine | print Grafiche Filacorda, stampato nel febbraio 2006

O TUTTO O NIENTE | ANORESSIA, BULIMIA E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE
L'ESEMPIO DI UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA A CIVIDALE DEL FRIULI | PATRIZIA CORBELLINI