

L'anoressia nervosa: dalla diagnosi al trattamento.

Una review

Nunzia Brusca¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto

Il presente lavoro si propone di offrire una disamina dei recenti studi sulla vasta letteratura dell'anoressia nervosa, con lo scopo ultimo di offrire spunti applicativi di ricerca scientifica e di trattamento clinico di questo disturbo da sempre visto come il "prototipo" dei disturbi del comportamento alimentare. Partendo dai presupposti diagnostici offerti dal DSM IV T-R, si passa all'attenzione ed interpretazione del disturbo secondo diversi modelli teorici di riferimento attualmente esistenti. In questa cornice teorica si pone attenzione, nell'ultima fase, all'intervento clinico mediante il trattamento cognitivo-comportamentale multi-step dell'anoressia nervosa recentemente utilizzato nei DCA.

Summary

The aim of this work is to provide a comprehensive review of recent studies about the complex phenomenon of anorexia nervosa, in order to suggest new insights for the scientific research and clinical treatment on this prototypical eating disorder. After the description of the conditions offered by the diagnostic manual DSM IV T-R, the attention is focused on the several theoretical and expositive models currently existing. Finally, from this theoretical framework we describe the last stage of clinical intervention effectuated by using the cognitive-behavioral multi-step treatment anorexia nervosa.

Definizioni e caratteristiche dell'anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è una patologia che colpisce maggiormente soggetti in fase adolescenziale ed è caratterizzata da un progressivo rifiuto di cibo che può portare alla cachessia e in casi estremi alla morte (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Garner & Dalle Grave, 1999; Fabrizio et al., 2004; Arkel & Robinson, 2008). Per poter diagnosticare un caso di anoressia nervosa si fa affidamento ai criteri dell'APA (American Psychiatric Association).

La definizione psichiatrica della malattia ha subito diverse variazioni, ma attualmente vengono ufficialmente accettati i criteri dell'ultima versione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali) il DSM-IV T-R (2001), che stabilisce di poter parlare di anoressia nervosa quando si presentano alcune caratteristiche:

Un rifiuto di mantenere il proprio peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (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 di 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 proprio corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del proprio corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso;
- Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè l'assenza di almeno tre cicli consecutivi.

I sottotipi di anoressia nervosa attualmente riconosciuti dal DSM IV T-R (2001) sono due:

Anoressia Nervosa con restrizioni. In questa categoria i soggetti nell'episodio attuale di anoressia nervosa non presentano regolarmente episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (es. uso inappropriato di diuretici, lassativi, enteroclistmi, o vomito autoindotto). In questo sottotipo la perdita di peso viene ottenuta principalmente dalla dieta, digiuno o da attività fisica.

Anoressia Nervosa con Abbuffate/Condotte di eliminazione. I soggetti nell'episodio attuale di anoressia nervosa presentano regolarmente episodi di abbuffate o condotte di eliminazione.

Il termine "anoressia" significa "perdita di appetito", questa definizione però risulta errata in quanto in questi soggetti non si ha perdita di appetito, ma si verifica un rifiuto volontario di mangiare per paura di un aumento ponderale (Palmer, 1988; Montecchi, 1994; Ruggirei & Fabrizio, 1994; Oliviero Ferrararis et al., 1997; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998), ed è per questo motivo che la Falugi (1992) preferisce chiamarla "sitiergia" in quanto le pazienti "hanno fame e non mangiano (...) anche se ricercano il cibo, lo accumulano e lo cucinano per gli altri" (pag. 19).

Paradossalmente le pazienti con anoressia nervosa sono delle ottime cuoche, impegnate collezioniste e lettrici di ricette o di tutto ciò che a che fare con l'alimentazione e con le diete, inoltre tutti i soggetti con un disturbo alimentare psicogeno sono dei sognatori di pasti abbondanti ed invitanti (De Pascale, 1992).

In questi soggetti è presente un'alterata immagine corporea, riferita alla valenza positiva o negativa che il soggetto esperisce di fronte all'immagine del proprio corpo, che li porta a vedersi e sentirsi "grassi" anche quando sono in una situazione di grave sottopeso (Bruch, 1977; Ripa di Meana, 1995; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Il concetto di consapevolezza del proprio corpo (body awareness) non è soltanto riferito alla percezione della propria apparenza esterna. Questi soggetti infatti, oltre alle distorsioni relative al proprio aspetto esteriore, tendono a manifestare confusione relativa alle proprie esperienze sensoriali e psichiche, come ad esempio alterazioni relative ai cicli mestruali, alla sensazione di caldo e freddo, ed a un errato riconoscimento della propria fatica fisica (De Pascale, 1992).

La convinzione più eclatante dei pazienti con anoressia nervosa è che la magrezza sia l'unico modo attraverso cui godere di un buono stato di salute fisica e psichica che va cercata ricorrendo a diete rigide fino al digiuno, eccessivo esercizio fisico, uso improprio di lassativi o diuretici, vomito autoindotto (Palmer, 1988; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000).

Infatti, centrale per l'anoressica è il sentirsi accettata e giudicata positivamente dagli altri che essa giudica significativi (Bruch, 1977; Selvini Palazzoni, 1981; Minuchin et al., 1980; De Pascale, 1992; Gardener & Dalle Grave, 1999).

Un elemento fondamentale in questa patologia è l'abnorme riduzione del peso corporeo rispetto all'età, al sesso e all'altezza (Palmer, 1988). Molto spesso però, ciò che viene deputato anomalo è l'atteggiamento del soggetto verso il proprio corpo (Montecchi, 1994). Crisp (1976) parla di "fobia del peso", in quanto l'anoressica ha una paura morbosa del suo peso normale (Montecchi, 1994 e 1996; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Carano et. al (2007) hanno condotto uno studio interessante con l'obiettivo di esaminare in un campione di 105 soggetti di sesso femminile con disturbo del comportamento alimentare, la prevalenza e l'incidenza dell'assitimia e della dissociazione. Il 18.1% del campione risultava essere alessitimico. Dai risultati presentati dagli autori si evince come nelle pazienti alessitimiche ci sia una elevata tendenza all'uso della dissociazione come meccanismo di difesa.

Hilde Bruch (1977) fa una distinzione tra anoressia nervosa primitiva e anoressia nervosa atipica. Nella prima compaiono alcune tematiche legate al senso di identità, di competenza e di efficacia mentale. Nell'anoressia nervosa primitiva è presente un disturbo dell'immagine corporea, infatti il soggetto anoressico si identifica con il proprio corpo emaciato e lo mantiene attivamente negando l'anomalia (Bruch, 1977; Montecchi, 1994; Selvini Palazzoni et al., 1998). In questa categoria è presente anche la mancanza di un'interpretazione o percezione consapevole degli stimoli provenienti dal corpo che induce il soggetto a non riuscire a riconoscere la sensazione di fame. Inoltre è sempre presente un senso di inefficacia che sta alla base del pensiero e di ogni attività del soggetto (Bruch, 1977; Montecchi, 1994; Selvini Palazzoli et al., 1998).

L'anoressia nervosa atipica invece, non è soggetta a classificazione. I soggetti che appartengono a questa categoria potrebbero all'inizio venir diagnosticati come anoressici, ma poi vengono considerati atipici in quanto le motivazioni e le dinamiche che accompagnano il disturbo differiscono da quelle associate ad un quadro morboso "tradizionale".

Conseguenze organiche nei casi gravi di anoressia nervosa

Nel quadro dell'anoressia nervosa si riscontrano diverse disfunzioni a carico dei diversi apparati: gastroenterico, cardiocircolatorio, muscolare e scheletrico e del sistema nervoso centrale e periferico.

Nell'apparato gastroenterico possono evidenziarsi sia lesioni causate da un comportamento alimentare anomalo come un ritardo nello svuotamento gastrico responsabile della stipsi, alterazioni pancreatiche, sofferenza epatica con statosi reversibile e talora cirrosi, sia lesioni secondarie al disturbo come lesioni dentarie per bruxismo ed ipertrofia parotideica per ipersecrezione autoindotta (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998, Robinson, 2000).

A carico dell'apparato cardiocircolatorio si osservano bradicardia ed ipotensione, prolasso valvolare mitralico, tachiritmie, alterazioni elettrocardiache (Montecchi, 1994; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000).

L'apparato muscolare e scheletrico può presentare ipotonia e ipertrofia ai cingoli, miopatia e neuropatia, osteoporosi e fratture spontanee (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Chowdhury & Lask, 2000; Santoni Rugiu et al., 2000).

Anche il sistema nervoso centrale e periferico può presentare delle anomalie come insonnia, neuropatie periferiche, crisi epilettiche, atrofia cerebrale reversibile ed alterazioni elettroencefalografiche (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Presenti sono anche alterazioni elettrolitiche come ipocalcemia, ipopotassemia che sono molto più frequenti tra coloro che praticano il vomito (Montecchi, 1994) e che fanno uso/abuso di lassativi e diuretici (Chowdhury & Lask, 2000; Turner et al., 2000).

Diverse ricerche empiriche dimostrano la forte interdipendenza tra il peso corporeo e i cambiamenti endocrinologici. Infatti studi sull'argomento dimostrano che la secrezione degli ormoni FSH e LH risulta notevolmente ridotta nelle anoressiche con peso marcatamente più basso e anche il testosterone presente nei due sessi tende a diminuire con il calo ponderale (Palmer, 1988). Sembra dunque che l'individuo anoressico torni ad una condizione puberale.

Comorbilità con i disturbi di personalità

Molte ricerche mettono in evidenza come i disturbi alimentari si associano a specifici cluster di disturbi di personalità e a determinati tratti come il perfezionismo, l'auto-direttività e l'impulsività. Nello specifico si evince una prevalenza nei disturbi alimentare dei disturbi di personalità evitante, ossessivo-compulsivo e dipendente. In particolare nelle anoressiche di tipo restrittivo si osserva una stretta comorbilità con il disturbo di personalità evitante e ossessivo compulsivo, manifestando inoltre tratti perfezionistici, scarsa ricerca di novità, difficoltà interpersonale ed isolamento sociale. Mentre le anoressiche con abbuffate/condotte di eliminazione presentano una maggiore associazione con i disturbi di personalità evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico, mettendo in atto tratti impulsivi, una significativa instabilità nelle relazioni interpersonali, nel comportamento e nell'affettività. In questi soggetti si evidenziano inoltre frequenti comportamenti autolesionistici e abuso di sostanze (Basile et al., 2007).

Epidemiologia dell'anoressia nervosa

L'anoressia nervosa sembra essere la patologia più rara tra tutte quelle che rientrano nella categoria dei disturbi dell'alimentazione (Bruch, 1977; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999), infatti il DSM- IV T-R (2001) riporta un tasso di prevalenza compreso tra lo 0.5% e l'1%.

Gli studi epidemiologici condotti fino ad oggi sull'anoressia nervosa attribuiscono all'età e al sesso i principali fattori predisponenti la patologia (Palmer, 1988).

Alcune ricerche empiriche hanno messo in evidenza che il fenomeno si manifesta con alcune oscillazioni periodiche probabilmente in relazione al fluttuare dei canoni estetici femminili. Infatti i tassi più acuti di incidenza della patologia, sono stati riscontrati negli anni Venti e Trenta, Sessanta e Settanta, in periodi cioè, in cui veniva "apprezzata" un'immagine di donna sottile (Faccio, 1999).

La grande maggioranza dei casi riguarda principalmente soggetti di sesso femminile in età adolescenziale (Palmer, 1988; Montecchi, 1996; Santoni Rugiu et al., 2000) soprattutto in età compresa tra i 12 e i 18 anni, anche se attualmente a questo fenomeno si accompagna una precocità dell'evento a tal punto da far considerare un'ulteriore fascia di età di insorgenza corrispondente a pochi mesi prima e a pochi mesi dopo la comparsa del menarca, in un periodo compreso tra gli 8 e i 10 anni (Montecchi, 1996).

Diversi studi sull'argomento hanno riscontrato, inoltre, una diffusa prevalenza del fenomeno tra i soggetti appartenenti a classi sociali medio-alte e provenienti da paesi industrializzati (Montecchi, 1996; Santoni Rugiu et al., 2000) e sembra che la scuola secondaria, il college o il campus risultino gli habitat ideali per la comparsa del disturbo (Gordon, 1999; Faccio, 1999). Una recente ricerca a tal riguardo (Maskell, 2009) individua che ad oggi molti individui che soffrono di disturbi del comportamento alimentare provengono da un variegato background socioeconomico e presentano molti sintomi atipici rispetto al passato.

Nel 1976 Crisp et al. Realizzarono in Inghilterra un'indagine con gruppi di ragazze in età scolare dove rilevarono una maggiore predisposizione al disturbo in studentesse appartenenti a scuole private (1 caso su 100) rispetto a studentesse di scuole pubbliche (1 caso su 550). Questi risultati indussero Crisp et al. A concludere che il disturbo si manifestasse soprattutto nelle classi medio-alte (Crisp, 1976; Faccio, 1999).

In una ricerca del 2001 McClelland e Crisp, indagarono la prevalenza dell'anoressia nervosa nelle classi sociali più elevate con lo scopo di verificare anche se i pazienti provenienti da classi sociali diverse presentavano differenze cliniche. Nello studio sono state incluse le donne con una diagnosi di anoressia nervosa sulla base dei criteri dell' ICD-10 e DSM-IV in un centro specializzato, in un arco di tempo che va dal 1960 al 1993. La classe sociale venne stabilita sulla base della classificazione del Great Britain Office of Population Census and Survey sull'occupazione del padre. Il campione era formato da 692 donne con anoressia nervosa. I risultati della ricerca hanno evidenziato che non c'erano differenze nella proporzione con cui le diverse classi sociali presentavano i fattori clinici presi in considerazione quali:

peso corporeo, durata del disturbo, abbuffate e i conseguenti comportamenti di eliminazione come il vomito e l'uso di diuretici e lassativi. Inoltre lo studio indagando un campione molto ampio di soggetti ha potuto confermare che l'anoressia nervosa continua a colpire prevalentemente le classi sociali più elevate. Un altro fattore emerso è che la gravità del disturbo anoressico non è determinata dalla classe sociale di appartenenza ma da altri fattori individuali e familiari.

L'anoressia nervosa nel maschio

Sebbene l'anoressia nervosa sia una malattia con un'alta prevalenza femminile, in casi sporadici si presenta anche nel sesso maschile (Bruch, 1977; Palmer, 1988).

La letteratura al riguardo è ancora molto contraddittoria e ambigua a causa della rarità del fenomeno (Bruch, 1977) anche se come afferma Palmer (1988), l'anoressia maschile potrebbe essere molto più frequente di quello che sembra in quanto molti probabili casi non vengono presi in considerazione inizialmente dal medico che la ritiene una malattia prettamente femminile. Molto spesso nella diagnosi si fa affidamento anche alla sospensione delle mestruazioni, e questo criterio potrebbe rappresentare un ulteriore ostacolo ad una precoce individuazione del disturbo nella sfera maschile.

Come per le femmine, anche per i maschi l'età di insorgenza sarebbe quella pubero-adolescenziale (Faccio, 1999), anche se alcune ricerche individuano un'età di insorgenza mediamente inferiore rispetto a quella femminile (Palmer, 1988; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Alcuni autori hanno segnalato che una storia familiare di anoressia nervosa è particolarmente comune nei casi maschili e ciò spiega la difficoltà nel trattamento di questi pazienti che molto spesso tendono ad abbandonarlo prima della conclusione ed a cronicizzarsi (Palmer, 1988).

Le famiglie del maschio anoressico, si mostrano stabili e ben organizzate, con un adulto dominante che, come nell'anoressia femminile, è rappresentato dalla madre, la quale impone i propri bisogni e desideri senza preoccuparsi di quelli del figlio/a (Bruch, 1977).

Secondo la Bruch (1977) vi è una stretta somiglianza nei quadri psicodinamici fra maschi e femmine nell'anoressia mentale primaria, con la sola differenza che in tutti i casi dove nei maschi la malattia si è manifestata in età puberale, lo sviluppo sessuale non avveniva prima della guarigione. La Bruch (1977) afferma che la patologia si presenta con maggior frequenza nel sesso femminile perché sembra sia più probabile che l'attaccamento "schiavescò" alla madre si sviluppi prevalentemente nelle figlie, e anche gli sforzi per risolvere i problemi psicologici attraverso la manipolazione del proprio corpo sono considerato prevalentemente femminili.

Selvini Palazzoli et al. (1998), affermano che la prevalenza della patologia alimentare nelle femmine tende ad essere legata ad un modo diverso di reagire al cambiamento biologico dell'età puberale e alle modificazioni corporee che ne susseguono, che si presentano con maggiore evidenza nelle femmine rispetto ai maschi. Inoltre un altro fattore precipitante il fenomeno è associato alla cultura di appartenenza

che tende a spingere maggiormente le donne a preoccuparsi del proprio corpo come un'immagine da esibire, mentre nei ragazzi viene data più importanza alla dimensione dei muscoli, della forza e del coraggio come segnali della propria "virilità". La letteratura a riguardo riferisce che gli adolescenti di sesso maschile che sviluppano una sintomatologia anoressica o bulimica tendono ad avere un disturbo dell'identità di genere. Molto spesso, infatti, i genitori di questi ragazzi manifestavano un desiderio frustrato di avere una figlia femmina, e sembra che questo loro desiderio abbia influenzato le loro modalità di allevamento ed educazione del futuro paziente.

I fattori predisponenti l'insorgere dell'anoressia mentale

Uno degli aspetti caratteristici dell'anoressia mentale è la centralità del proprio corpo. L'anoressia ha inizio come un tentativo di dominare il corpo femminile attraverso il controllo del cibo. Secondo la teoria cognitiva, l'anoressia nervosa si cristallizza quando il pensiero dominante "è essenziale che io diventi magra" regola enormemente l'autostima (Garner & Bemis, 1992; Garner & Dalle Grave, 1999).

Il corpo anoressico è un corpo "vuoto" dentro, e vuoto assume il significato di pulito, incontaminato, puro. L'atto del non mangiare, dunque, protegge il corpo femminile dal mondo esterno come una "fortezza" (MacSween, 1993).

Il corpo assume un'importanza fondamentale ed è centrale sia nello sviluppo normale che patologico soprattutto per il giovane che si trova in fase adolescenziale, una fase in cui è bersaglio di repentine e profonde trasformazioni fisiche, endocrinologiche e psicologiche (Montecchi, 1994).

Riguardo le modificazioni fisiche, Montecchi (1994) riferisce che il bambino impiega circa dieci anni della sua vita per raggiungere la consapevolezza del proprio corpo a cui corrisponde un'immagine mentale ben definita e da cui trae un senso di equilibrio e continuità. Con l'adolescenza e i cambiamenti che ne conseguono, invece, il soggetto si trova a dover mettere in discussione l'identità raggiunta e si troverà di fronte ad un duplice conflitto: la nostalgia per il corpo infantile e il cambiamento biologico imminente. Inizialmente il giovane vivrà le nuove sensazioni corporee legate anche ai cambiamenti ormonali ad essi associati, con un senso di estraneità, disagio e pericolosità. Il corpo diventa un mediatore tra il giovane e il suo mondo interno ed esterno, nel sociale tenderà ad adeguare il proprio corpo a modelli esterni sia reali (il gruppo dei pari, un familiare, ecc.) che fantasmatici (modelli proposti dai mass-media): in questo percorso le parti del proprio corpo possono subire valutazioni negative da parte del giovane stesso fino a strutturare vere e proprie fobie. Il giovane adolescente si troverà di fronte anche a diversi conflitti psicologici associati ad un dilemma legato al fascino che ancora esercita il mondo infantile e la spinta ad entrare nel mondo degli "adulti". In questo periodo emergeranno le pulsioni edipiche da cui il giovane tende a proteggersi allontanandosi dal genitore del sesso opposto e contemporaneamente tenderà ad essere attratto da figure eterosessuali al di fuori dell'ambito familiare.

Inoltre tenderà ad opporsi energicamente al genitore dello stesso sesso vissuto come antagonista per il raggiungimento della propria individualità. Tutti questi sentimenti porteranno il giovane a rifiutare in maniera globale la famiglia con le proprie regole (Montecchi, 1994; Montecchi, 1996).

E' a causa di queste trasformazioni che l'adolescenza viene annoverata come una delle fasi maggiormente predisponenti le diverse manifestazioni morbose che hanno come centralità la tematica corporea. In questa fase dello sviluppo psicofisico è di grande importanza la risposta della famiglia a questi cambiamenti, infatti i messaggi di accettazione e di gratificazione sono i presupposti per uno sviluppo normale, mentre messaggi derisori o svalutativi porteranno il giovane a vivere i suoi cambiamenti come negativi e ad acquisire una bassa autostima (Montecchi, 1994).

Ci sono diversi autori (Custer & Van den Bulck 2009; Tierney nel 2006) che mettono in evidenza la potente influenza di siti web pro-anoressia nella comparsa del disturbo. In una recente ricerca Custer & Van den Bulck (2009) studiarono la prevalenza dei visitatori dei siti web pro-anoressia negli adolescenti tra i 13 ai 17 anni ed esplorarono la correlazione tra la visita ai siti a favore dell'anoressia e i predittori dell'anoressia nervosa. Dai loro risultati si evince che il 12.6% delle ragazze e il 5.9% dei ragazzi visitano questi siti . Nelle ragazze la visita è associata con una maggiore deviazione verso la magrezza, una peggiore valutazione del loro aspetto fisico e di un maggiore perfezionismo. In conclusione si evince che la visita a questi siti web rappresentino per gli adolescenti potenti predittori dell'anoressia nervosa.

E' molto difficile stabilire che cosa causi l'anoressia mentale, a tal proposito, la letteratura scientifica sull'argomento (Garner & Dalle Grave, 1999; Garner & Dalle Grave, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000; Dalle Grave, 2001, 2003; Polivy & Herman 2002; Esposito et al., 2007) individuano alla base di questo disturbo la presenza di molti fattori a rischio sia a carattere psicologico che ambientale. Tra questi ricordiamo:

1.fattori socioculturali. La società in cui viviamo con i suoi valori con i suoi canoni tende ad avere un ruolo fondamentale nell'influenzare il modo in cui ci vediamo e valutiamo il nostro corpo. L'influenza esercitata dai mass-media tende ad essere uno dei fattori fortemente precipitanti l'eziologia del disturbo. I messaggi che ci vengono trasmessi odiernamente sono quelli di uno standard di bellezza femminile legata ad un corpo sottile e snello quasi irrealistico, che è alla portata di tutte con un po' di "impegno" e di rinuncia alimentare. Ecco dunque il profilarsi di nuove diete che vengono pubblicizzate come formule magiche per poter raggiungere finalmente quella perfezione tanto bramata, ma che poi si rivelano illusorie e non fanno altro che confermare i sentimenti di fallimento e delusione. Per cercare di perdere quel "grasso" in più che le fa star male, queste ragazze ricorrono oltre a diete particolari, anche a diversi metodi quali l'abuso di lassativi o diuretici, eccessivo esercizio fisico, vomito autoindotto, sottoponendo in questo modo il proprio corpo a tutte le conseguenze negative che queste pratiche comportano. La pratica del vomito autoindotto viene esercitata soprattutto per combattere i sensi di colpa secondari alle diverse abbuffate. Dapprima

questi soggetti iniziano a provocarsi il riflesso di espulsione con mezzi meccanici (cucchiai, dita delle mani, ecc.) poi però riescono ad avere lo stimolo anche con la semplice contrazione dei muscoli addominali. In questo modo il vomito rappresenterebbe per l'anoressica un modo facile per perdere peso e soprattutto una tecnica semplice per poter continuare un'abitudine alimentare anomala. Con il vomito loro possono abbuffarsi tranquillamente perché le calorie introiettate con tutti i sensi di colpa legati ad essa, vengono "espulse" attraverso questa strategia.

2.1 fattori familiari. Molte ricerche sull'argomento (Minuchin et al., 1978; De Pascale, 1992; Garner & Dalle Grave, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000; Dalle Grave, 2001, 2003) hanno sottolineato che l'anoressia mentale sia un disturbo che riflette alcuni particolari funzionamenti familiari come l'iperprotettività genitoriale che sottolinea la tendenza a decidere in prima persona che cosa è giusto per i propri figli, sia nelle scelte futili che per quelle importanti, un certo grado di invischiamento o mancanza di confini all'interno dell'ambiente familiare i cui membri tendono ad intromettersi costantemente nella vita degli altri, tendendo in questo modo ad impedire l'autonomia e la definizione dei ruoli. Sembra infatti che in queste famiglie si tenda a premiare la disciplina ed il successo più che l'autonomia. Molto spesso, inoltre, alla base della coppia genitoriale c'è un cattivo rapporto uomo/donna che tende ad essere appreso dai figli come l'unico modello possibile, il che naturalmente porterà a degli ostacoli nel rapporto di intimità con l'altro sesso. La madre viene descritta come dominante ed iperprotettiva mentre il padre assume un ruolo periferico, il quale sopraffatto dagli impegni di lavoro tende a delegare alla moglie la completa educazione dei figli (Ripa di Meana, 1995; Selvini Palazzoli et al., 1998; Santoni Rugiu et al., 2000). Molto spesso il padre del futuro paziente proviene da una famiglia numerosa e poverissima e a causa di problemi familiari è stato precocemente adultizzato (Selvini Palazzoli et al., 1998; Selvini Palazzoli, 2006). Queste famiglie si presentano molto rigide, in quanto hanno una tendenza continua ad evitare i problemi piuttosto che a risolverli, dove i genitori tendono ad essere molto esigenti per quanto riguarda lo studio, il lavoro e la vita in generale e molto critici nei confronti delle decisioni dei figli prese senza il loro consenso. Sulla base di studi condotti su gemelli sembra che questi disturbi colpiscano più membri della stessa famiglia. In realtà sembra che più che una trasmissione genetica alla base ci sia una sorta di "contagio psicologico", un'imitazione dei comportamenti esibiti da altri membri della famiglia ritenuti importanti (Faccio, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000).

3.1 fattori individuali. Molto spesso nei soggetti con anoressia mentale o bulimia si manifestano una forte paura della maturità, del diventare "grandi". Infatti l'età di inizio della patologia è l'adolescenza che spinge, con i suoi cambiamenti, a perdere quel corpo efebico dell'infanzia per avvicinarsi a quello di donna adulta. In questo la paziente tende a contrastare in tutti i modi la perdita di quel corpo infantile senza forme ricorrendo a diete ferree. Nei pazienti con anoressia mentale si evidenzia una profonda insoddisfazione di se stessi e un senso di fallimento rispetto la propria vita. Questi sentimenti di nullità e

di disprezzo verso se stessi porta i soggetti a vedere nel controllo del cibo un modo per poter controllare attivamente la propria vita. Un'altra caratteristica del disturbo è associata ad una tendenza al perfezionismo che le porta a sottostimare qualunque risultato se non è il massimo. Qualche volta degli eventi traumatici, come abusi fisici o psicologici, portano il soggetto a cercare nella patologia alimentare un modo per punire se stessi di quell'evento verso cui se ne sentono responsabili (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000). Non di rado l'esordio dell'anoressia mentale è associato alla perdita di un legame importante. In questi soggetti si osserva anche una bassa autostima per le proprie capacità e sperano di attirare l'attenzione degli altri attraverso il proprio corpo. Molto frequente è il problema del controllo degli impulsi, infatti questi soggetti cercano di allentare le tensioni esibendo dei comportamenti di rischio come il bere, il fumare, assumere droghe, in questo quadro anche l'abbuffata diventa un modo per sconfiggere le tensioni (Santoni Rugiu et al., 2000).

Accanto a questi fattori predisponenti il disturbo alimentare dell'anoressia mentale ci sono anche coloro che danno una grande importanza ai fattori genetici (Polivy & Herman, 2002; Grice et al., 2002; Esposito et al., 2007), tanto che alcuni ipotizzano perfino che la predisposizione alla patologia sia da ricercare nel cromosoma 1 (Grice et al., 2002).

Questi studi sui fattori genetici prendono in considerazione due principali metodi di ricerca: la concordanza tra i gemelli monozigoti e la concordanza tra i gemelli dizigoti, e gli studi familiari (Faccio, 1999). In base alla letteratura sull'argomento, sembra che esista una familiarità con trasmissione intergenerazionale per l'anoressia mentale anche se rimane ancora poco chiara la modalità di interazione tra fattori genetici e ambientali (Faccio, 1999). Per l'anoressia mentale sembra che la concordanza si aggiri intorno al 50% per i gemelli monozigoti e al 10% per i dizigoti (Faccio, 1999).

Le teorie interpretative

Teorie psicoanalitiche-psicodinamiche

Gli psicoanalisti tendono a ricondurre le diverse forme di patologia nevrotica dell'adulto a "fissazioni" alla fase orale (Ruggieri, 1987). Freud, nei suoi primi lavori, vede il rifiuto di cibo nei pazienti anoressici come un sintomo di conversione mettendo in evidenza la rimozione dell'eroticismo orale (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999). Nel 1889 Freud, in una lettera a Fliss, fa derivare l'anoressia ad una forma di isteria (in Montecchi, 1994).

Secondo Freud questa forma di isteria trae origine dall'incapacità del soggetto di abbandonare la fase libidica orale e ciò lo porta a sessualizzare le funzioni alimentari. La fissazione a questa fase può causare la perdita dell'appetito e portare al disturbo alimentare (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999). Successivamente, nel 1895, Freud associa l'anoressia ad una forma di melanconia che compare quando la sessualità non si è ancora sviluppata (Montecchi, 1994; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999), ed il disturbo alimentare deriva dal lutto per la perdita della libido (Ruggieri & Fabrizio, 1994). Freud ha

ipotizzato una regressione allo stato “narcisistico” o alla fase dell’ “oralità attiva” dove esperienze traumatiche, legate alla fase orale, hanno portato il soggetto ad una rimozione della libido con una fissazione alla fase pre-edipica dell’oralità e del legame tra pulsione di morte ed alimentazione. Le pulsioni legate al trauma rimosso potrebbero attualizzarsi attraverso il riemergere della libido e predisporre quindi ai disturbi alimentari (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Abraham (1916) vede l’anoressia come uno stato malinconico-depressivo in cui sono proibiti i desideri orali-cannibalici che portano questi soggetti ad un totale rifiuto del cibo (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Waller et al. (1942) pongono l’accento sulle conflittualità familiari dove l’alternarsi degli episodi anoressici verrebbero interpretati come una regressione a un livello infantile con perdita della sessualità cosciente. L’anoressia assume un significato simbolico di difesa nei confronti di fantasie di fecondazione orale, di conseguenza l’amenorrea rappresenterebbe il rifiuto della sessualità genitale e della gravidanza, mentre la costipazione equivale al figlio nell’addome (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

La Klein (1967) ritiene che un sano sviluppo psico-fisico derivi dal passaggio dalla fase schizo-paranoide, in cui il seno materno è dissociato in due oggetti parziali caratterizzati dal seno buono introiettato e dal seno cattivo che viene espulso ed attribuito all’esterno, alla fase depressiva caratterizzata dal relazionarsi non ad oggetti parziali ma ad un oggetto intero (la madre). Secondo la sua teoria l’anoressica non avrebbe completamente superato la posizione schizo-paranoide e rifiuterebbero il cibo in quanto teme che l’incorporazione di quest’ultimo possa distruggere l’oggetto buono (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

I Kestenberg (1974), come la Klein, vedono l’anoressia mentale come una permanenza nella posizione schizo-paranoide, pertanto l’anoressica non riuscirà a distaccarsi dall’oggetto narcisistico idealizzato rappresentato dalla madre con la quale continuerà a fondersi (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Le varie forme terapeutiche psicoanalitiche sono accomunate dalla focalizzazione non tanto sul sintomo quanto sul processo di sviluppo e di maturazione individuale a cui il sintomo viene associato. Pertanto nel trattamento si fa affidamento alla relazione terapeutica (Faccio, 1999).

Teorie dispercettive

La Bruch (1977) riferisce della mancanza di risposte adeguate da parte dei genitori verso i bisogni del proprio figlio/figlia, ne consegue un’incapacità da parte del bambino di riconoscere e differenziare le proprie sensazioni corporee tra cui la fame. Si manifestano quindi disturbi nel campo percettivo e concettuale (Ruggieri & Fabrizio, 1994). La Bruch riconduce la comparsa del disturbo anoressico ad un rapporto materno troppo opprimente che non lascia molto spazio ai bisogni del soggetto, dove il disturbo rappresenterebbe un modo per conquistare la propria autonomia (Bruch, 1977; Faccio, 1999). L’anoressia viene quindi considerata un modo per ribellarsi al potere soffocante genitoriale.

Teorie relazionali-sistemiche

L'approccio relazionale-sistemico pone l'accento sullo studio degli aspetti interattivi e comunicativi del comportamento umano (De Pascale, 1992), per questo motivo si dà importanza allo studio del sistema familiare del paziente anoressico ed in particolare alla situazione relazionale che ne sta alla base (Santoni Rugiu et al., 2000). Il contesto nel quale è collocato l'individuo, con i diversi processi di feed-back che ne stanno alla base, diventa il luogo della patologia (Minuchin et al., 1978).

Selvini Palazzoli (1998) afferma che una delle caratteristiche più eclatanti in queste famiglie è una difficoltà nello stabilire i ruoli dell'assunzione della leadership, un aspetto che viene sottolineato anche dalla Santoni Rugiu et al. (2000) in quanto in queste famiglie ognuno tende ad attribuire le proprie decisioni alle necessità imposte dalle situazioni e non alla propria volontà.

Minuchin et al. (1980) vede la famiglia del paziente con anoressia mentale come una famiglia senza confini interni, una famiglia "invischiata", iperprotettiva, con un alto coinvolgimento tra i membri. Ogni membro tende ad intromettersi nei pensieri e sentimenti altrui, e questa invadenza viene giustificata dalla necessità di prendersi cura dell'altro. Quella dell'anoressico è una famiglia che tende ad erigere una barriera più o meno rigida con il mondo esterno considerato pericoloso in quanto potrebbe spezzare quell'armonia patologica interna.

Quello che accomuna le diverse strategie terapeutiche nell'ottica sistemica è il miglioramento del paziente a partire da interventi centrati sulla famiglia che mirano all'acquisizione di modalità relazionali alternative che sostituiscano quelle patologiche (Minuchin et al., 1980; Selvini Palazzoli et al., 1998; Faccio, 1999).

Teorie strategico-interazioniste

Nell'ottica strategico-interazionista nessun comportamento umano può essere compreso senza prendere in considerazione il contesto che lo ha generato, le relazioni ed i significati personali che ne stanno alla base. Anche il disagio, di qualunque genere sia, è l'effetto di un vissuto personale e il trattamento dovrà portare l'individuo a una diversa rappresentazione e narrazione di sé (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Teoria del set-point

Il nostro organismo tenderà in condizioni fisiologiche normali a mantenere costante il nostro peso corporeo bilanciando l'apporto calorico con il dispendio energetico (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Santoni Rugiu et al., 2000). In casi particolari questo equilibrio può rompersi generando cachessia, quando l'apporto energetico è minore di quello utilizzato, o portando all'obesità quando si verifica il contrario (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Keesey et al. (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Santoni Rugiu et al., 2000) hanno formulato la "teoria del set-point" per evidenziare la capacità del nostro organismo di mantenere il nostro peso corporeo intorno ad

un punto critico (set-point), nonostante eventuali cambiamenti sia interni che esterni, mediante un processo di retroazione fisiologica situato nell'ipotalamo. Nei soggetti più facilmente influenzabili meccanismi della regolazione del peso corporeo potrebbero subire delle variazioni in conseguenza anche all'influenza di fattori culturali, psicologici e biologici, in base ai quali divengono maggiormente disposti a violare i propri limiti biologici dando origine alla patologia alimentare, come ad esempio l'anoressia, per far fronte alla continua spinta esterna di adattarsi ai nuovi standard estetici proposti dal contesto sociale in cui sono inseriti (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

L'anoressia nervosa da un punto di vista cognitivo-comportamentale

La maggior parte dei modelli cognitivo-comportamentali per il trattamento dei disturbi alimentari definiscono l'anoressia nervosa come un disturbo caratterizzato da idee disfunzionali nei confronti del peso e delle forme corporee (Garner & Dalle Grave, 1999; Dalle Grave, 1998, 2000, 2001, 2003).

Nell'ottica cognitivo-comportamentale l'anoressia nervosa viene considerata un comportamento alimentare disadattato, e l'obiettivo fondamentale sarà quello di favorire un cambiamento più vantaggioso in grado di modificare le convinzioni errate riguardo il peso e l'aspetto corporeo che permetteranno di sostituire il regime alimentare patologico con comportamenti alimentari più "sani" (Santoni Rugiu et al., 2000), mettendo al corrente il paziente di quali saranno i passi del programma da affrontare e di quali saranno i compiti che lui e la sua famiglia dovranno eseguire (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Secondo la letteratura scientifica cognitiva, il perfezionismo e la bassa autostima vengono considerate come le più importanti credenze disadattive nei disturbi alimentari (Sassaroli et al., 2007; Halmi et al., 2000; McLaren et al., 2001). Secondo Dunkley et al., (2006) il perfezionismo sarebbe caratterizzato da due dimensioni importanti quali standard personali e preoccupazioni valutative, quest'ultima corrisponderebbe alla dimensione che Frost et al., (1990) chiamavano timore degli errori ed è proprio questa la dimensione che per molti studiosi starebbe alla base di una maggiore rilevanza clinica. Il timore degli errori rappresenta una credenza maladattiva di tipo ansioso che induce il soggetto a sovrastimare gli eventi minacciosi e di conseguenza ad una paura molto intensa di fallimenti dopo prestazioni molto importanti. I soggetti con disturbi del comportamento alimentare tendono ad interpretare ansiosamente ogni imperfezione corporea o del peso come fallimenti catastrofici del loro forte desiderio di una immagine impeccabile (Sassaroli et al., 2007).

Altra credenza di fondamentale importanza nei disturbi alimentari è la bassa autostima. Le persone con disturbi del comportamento alimentare sarebbero caratterizzate da un sentimento pervasivo, vago e generico di non essere sufficientemente qualificate, competenti o adatte alle richieste della vita e trascorrono molto tempo rimuginando proprio su questi pensieri negativi.

Il rimuginio è stato poco studiato nei disturbi del comportamento alimentare anche se alcuni studiosi sostengono che esso svolga un ruolo fondamentale nella psicopatologia di questi disturbi (Sassaroli et al.,

2007; Sassaroli et al., 2005; Sassaroli & Ruggiero, 2005; Kerkhof et al., 2000). I soggetti con DCA infatti passano molto tempo preoccupandosi e pensando al peso, al grasso e alla forma corporea poiché essi temono proprio delle conseguenze negative legate ad essi (relazioni interpersonali, senso di autoefficacia, paura di essere criticati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, ecc.). Secondo Sassaroli et al., (2007) uno dei fattori di mantenimento più importanti del rimuginio sia un processo metacognitivo. Secondo Wells (2000) il rimuginio patologico è mantenuto da credenze metacognitive positive e negative riguardanti i vantaggi e i pericoli del rimuginare, a loro volta queste credenze diventano oggetto del rimuginio che viene chiamato “meta-worry” (meta-rimuginio).

Un fattore che sembra caratterizzare i DCA sembra essere la mancanza di autonomia personale. Nello specifico in una ricerca Esposito et al. (2007) affermarono che nei disturbi del comportamento alimentare il normale processo decisionale, e dunque la capacità di autonomia interpersonale, venga impedito dalla difficoltà nell’esperienza del piacere e delle emozioni.

Certi fattori individuali, familiari e socioculturali possono essere considerati come condizioni prossimali che mantengono il disturbo. I fattori di mantenimento sono divisi in specifici e non specifici.

Tra i fattori di mantenimento specifici troviamo (Garner & Dalle Grave, 1999; Beck, 1987, 1990; Dalle Grave, 2001, 2000, 1998; Dalle Grave et al., 1993; Faiburn et al., 2003):

Schema di autovalutazione disfunzionale. Le persone che soffrono di un disturbo alimentare hanno una valutazione di sé basata in modo esclusivo e predominante sul peso, le forme corporee e sul controllo dell’alimentazione. Diversamente, le persone che non hanno disturbi dell’alimentazione si valutano in base alla percezione delle loro prestazioni in diverse aree: scuola, relazioni interpersonali, sport, amicizie, ecc.. Questo schema di autovalutazione rappresenta dunque il nucleo patologico centrale dal quale dipendono tutti gli altri fattori di mantenimento dei Disturbi dell’Alimentazione. Come la persona valuta se stessa è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell’alimentazione: la maggior parte delle caratteristiche presenti, i pensieri e le preoccupazioni che la paziente porta in terapia sono spiegabili direttamente a partire da questa psicopatologia nucleare: un soggetto con DCA si preoccupa molto per il peso e le forme corporee, fa esercizio fisico, usa lassativi, diuretici e ha comportamenti di controllo dell’alimentazione e del corpo solo se pensa che il peso e le forme corporee siano di primaria importanza per valutare se stesso. L’unico comportamento non legato direttamente allo schema di valutazione disfunzionale è l’abbuffata in quanto sembra essere la conseguenza del restringere l’alimentazione o del bisogno di modulare emozioni intollerabili; la psicoterapia cognitivo comportamentale dei Disturbi Alimentari ha l’obiettivo di portare il paziente a costruirsi uno schema di autovalutazione più funzionale. Per far questo è necessario interrompere tutti i fattori cognitivi e comportamentali innescati dallo schema di autovalutazione i quali contribuiscono a mantenere lo schema stesso.

Pensieri e preoccupazioni per il peso e le forme corporee e il controllo dell'alimentazione. I soggetti con DCA al cospetto di situazioni che possono attivare lo schema di autovalutazione disfunzionale hanno pensieri automatici, che operano al di fuori della propria consapevolezza ma che possono essere identificati, che riguardano il peso, le forme corporee e l'alimentazione. Ad esempio, una paziente che dopo essersi pesata scopre di essere aumentata di pochissimo (non importa se arrivi o meno ad un chilo) potrebbe avere un pensiero automatico del tipo "ho perso il controllo, ingrasserò all'infinito" e da questo pensiero potrebbero attivarsi una serie di preoccupazioni inerenti il peso, le forme del corpo e l'alimentazione che potrebbero di conseguenza indurla a continuare a rimuginare sul fatto di essere grassa, di aver fallito o di non piacere più a nessuno. I pensieri automatici ed ancor di più le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e le forme del corpo mantengono in un continuo stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale, che a sua volta produce preoccupazioni sugli stessi argomenti.

Rinforzo positivo. I rinforzi che possono contribuire a mantenere il paziente all'interno del disturbo alimentare sono rinforzi cognitivi e rinforzi sociali-interpersonali. I rinforzi cognitivi sono caratterizzati dal senso di trionfo, di autocontrollo e di superiorità che un soggetto percepisce quando riesce a controllare l'alimentazione, il peso e le forme del proprio corpo., mentre i rinforzi sociali-interpersonali sono caratterizzati da commenti positivi da parte di altre persone che il soggetto può ricevere con una iniziale perdita di peso, soprattutto se era un po' in soprappeso. È importante sottolineare la funzione di questo rinforzo che, a differenza dei rinforzi sociali, continua ad essere attivo anche quando il soggetto è in un evidente stato di emaciazione.

Rinforzi negativi. La perdita di peso può far evitare alcune situazioni avverse, come ad esempio avere un corpo da donna adulta e i conflitti e le sfide psicosessuali tipiche dell'adolescenza. Il dimagrimento, con la conseguente assunzione di caratteristiche fisiche e psicologiche prepuberi, per alcune persone può costituire un nido sicuro che protegge dalle sfide ambientali dell'adolescenza.

Dieta ferrea. La dieta implicata nei disturbi alimentari è una dieta inflessibile, ferrea, che deve essere rispettata alla lettera. Il soggetto con un Disturbo dell'Alimentazione si impone di seguire rigidamente un'alimentazione restrittiva che se non viene eseguita alla lettera lo induce ad un profondo senso di fallimento che scatena profondi sensi di colpa. Molto spesso questa "dieta" induce il soggetto a saltare i pasti, ridurre le porzioni di cibo, eliminare alcuni cibi. La dieta rappresenta dunque in questo modo un potente fattore di mantenimento in quanto: incrementa lo sviluppo di pensieri e preoccupazioni nei confronti dell'alimentazione, che a loro volta mantengono attivo lo schema di autovalutazione disfunzionale. Ecco dunque che più il soggetto fa la dieta più pensa al cibo perché più salta i pasti, più avverte fame e più inevitabilmente inizia a pensare al cibo; porta al basso peso corporeo e conseguentemente favorisce la sindrome da digiuno; favorisce la comparsa di abbuffate che a loro volta contribuiscono a mantenere il disturbo. Inoltre, la dieta ferrea determina immediatamente un senso di

benessere dovuto all' eccessiva produzione di endorfine e di oppioidi endogeni, fenomeno funzionale alla ricerca del cibo e che determina iperattività, riduzione della stanchezza e del sonno e accentuazioni dei sensi.

Esercizio fisico eccessivo. Si parla di esercizio fisico eccessivo se è tale da interferire con attività giornaliere importanti, oppure se è praticato in ore o in posti impropri ed è protratto nonostante condizioni mediche non adeguate. Generalmente l'esercizio fisico viene eseguito in modo compulsivo e soprattutto in solitudine ed è portato avanti per molte ore in modo estenuante. Una caratteristica particolare di questo comportamento è rappresentata dal fatto che le pazienti trovano molto difficile rinunciarvi, anche quando i costi superano notevolmente i benefici. Spesso infatti, le pazienti vanno incontro a complicanze fisiche da eccesso di esercizio fisico proprio per il fatto che nonostante le condizioni avverse non rinunciano a tale comportamento. Questa pratica rappresenta un fattore di mantenimento in quanto: aumenta la preoccupazione per il peso e per le forme corporee: più il soggetto dedica tempo a fare movimento per mantenere il peso e più aumenta la preoccupazione per il peso e le forme corporee; favorisce l'isolamento sociale: più il paziente si isola e più si concentra su se stesso, sul suo peso e sulle forme corporee; produce euforia, sensazione di leggerezza, controllo e benessere psicofisico, sensazioni che possono essere ricercate quando un individuo sperimenta emozioni o sensazioni negative; può causare anoressia e perdita d'interesse per il cibo. A volte l'esercizio fisico può essere effettuato non per perdere peso ma per modulare le emozioni.

Basso peso e sindrome da digiuno. Questa sindrome fu individuata in uno studio effettuato da Ancel Keys et al., 1950 (il Minnesota study) e si caratterizza da importanti modificazioni fisiche, psicologiche e sociali: atteggiamenti e comportamenti nei confronti del cibo (preoccupazione per il cibo, collezionare ricette, libri di cucina e menù, tagliuzzamento del cibo o il nascondere, incremento del consumo di caffè, di tè e spezie, occasionali abbuffate accompagnate dai sensi di colpa); modificazioni emotive e sociali (depressione, ansia, irritabilità e rabbia, labilità, talora episodi psicotici, comportamenti autolesionistici, isolamento sociale) modificazioni cognitive (diminuita capacità di concentrazione, diminuita capacità di pensiero astratto, apatia) modificazioni fisiche (disturbi del sonno, debolezza, disturbi gastrointestinali, ipersensibilità al rumore e alla luce, edema, ipotermia, parestesie, diminuzione del metabolismo basale, diminuzione dell'interesse sessuale); aumento della fame e precoce senso di sazietà. La sindrome da digiuno mantiene il disturbo dell'alimentazione in quanto: aumenta la preoccupazione per il cibo inducendo il soggetto alla paura di perdere il controllo sull'alimentazione, di mangiare troppo ed ingrassare all'infinito e di conseguenza per evitare ciò egli tende ad impegnarsi ancora di più per ottenere controllo e restrizione; l'intensa fame aumenta la percezione del rischio di incorrere in abbuffate e perdere il controllo per evitare ciò restringe ancora di più l'alimentazione; il precoce senso di sazietà e pienezza dovuto al rallentato svuotamento gastrico secondario alla denutrizione può essere vissuto come un

fallimento dell'autocontrollo e portare il soggetto a restringere ulteriormente l'alimentazione; la diminuita capacità di concentrazione può essere vissuta come una minaccia nel senso di autocontrollo dell'individuo dato che può determinare, a volte, una riduzione nella capacità di seguire gli eventi e di prevedere ciò che può succedere aumentando in conseguenza a ciò il controllo; determina isolamento sociale che da una parte impedisce lo sviluppo di relazioni positive che possono migliorare l'autostima, dall'altra favorisce l'uso dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei come mezzi principali per valutare se stessi; genera uno stato di ansia che da una parte può portare ad utilizzare il controllo dell'alimentazione per ridurre tale stato, dall'altra può favorire le abbuffate che a loro volta aumentano nuovamente la preoccupazione per il peso e le forme corporee; aumenta l'irritabilità la quale determina un aumento della perdita di controllo che a sua volta intensifica i pensieri, le preoccupazioni, i comportamenti eliminativi e di compenso; aumenta la depressione che peggiora l'autostima e favorisce l'uso dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei come mezzi di autovalutazione; determina una diminuzione dell'interesse sessuale che impedisce lo sviluppo di relazioni con soggetti del sesso opposto

Le abbuffate. Questo meccanismo di compenso mantiene il disturbo per diversi motivi: dopo i primi momenti di piacere il soggetto che ha compiuto un'abbuffata può sperimentare un'intensa paura di ingrassare, con un aumento della preoccupazione per il peso e forme del corpo. Questa condizione porta alla messa in atto di diversi comportamenti restrittivi, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, o di compenso come l'uso di vomito, lassativi e diuretici, e tali comportamenti, a loro volta, contribuiscono a mantenerne il disturbo; favoriscono la comparsa di emozioni negative intense e di una nuova abbuffata atta a modularle; favoriscono la comparsa di forte autocritica per il mancato controllo e attivano, così, lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Vomito auto-indotto. E' un comportamento di compenso che può essere messo in atto dopo abbuffate oggettive o soggettive. Questo comportamento si riscontra in pazienti con anoressia nervosa di tipo abbuffate/condotte di eliminazione e bulimia nervosa ma non lo si ritrova in pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata. Quando un soggetto si procura il vomito lo fa con l'intenzione di eliminare tutto le calorie assunte durante l'abbuffata. Il vomito rappresenta un fattore di mantenimento per diversi motivi: determina una riduzione del controllo sull'alimentazione in quanto portando il soggetto a pensare di poter eliminare tramite il vomito tutto il cibo assunto, egli perde il controllo sull'alimentazione e si abbuffa. Tuttavia, dato che il soggetto si valuta sulla base di quanto riesce a controllare l'alimentazione finisce per criticarsi e sperimentare forti sensi di colpa; favorisce lo sviluppo di abbuffate oggettive (più lo stomaco è pieno più è facile vomitare); può comparire un'infiammazione di alcune ghiandole salivari (le parotidi) che aumentano di volume determinando un gonfiore caratteristico nella regione anteriore del collo dando al volto un aspetto rotondo e paffuto destando nei soggetti la sensazione di essere ingrassati inducendoli quindi ad intensificare la pratica eliminatoria (Santoni Rugiu et al., 2000); crea uno stato di

deprivazione psicobiologica che, con gli stessi meccanismi descritti per la dieta ferrea, facilita le abbuffate; peggiorano la valutazione negativa attivando lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Uso improprio di lassativi. E' un comportamento meno frequente rispetto all'uso del vomito auto-indotto. L'utilizzo di essi può essere saltuario, allo scopo di eliminare le calorie assunte in eccesso durante un'abbuffata (in questo caso il comportamento ha le stesse finalità e gli stessi meccanismi di mantenimento descritti per il vomito auto-indotto), o regolare indipendentemente dal verificarsi o meno di abbuffate (in questo caso è un comportamento che può essere paragonato alla dieta ferrea). L'uso di lassativi è una pratica rischiosa e poco efficace. I lassativi inoltre sono potenti irritanti le pareti addominali che vengono continuamente stimulate da questi ultimi a contrarsi per espellere il contenuto provocando con il tempo gravi danni. Inoltre proprio perché agiscono solo sulla seconda parte dell'intestino, tendono a determinare soprattutto perdita di liquidi provocando come i diuretici la sensazione di essere meno "gonfi". In realtà i lassativi ingeriti dopo i pasti permettono di perdere solo il 15% delle calorie consumate (Bo-Lynn et al., 1983; Santoni Rugiu et al., 2000), viene invece perduta una notevole quantità di acqua corporea che porta all'errata concezione di perdita di peso.

Uso improprio di diuretici. L'assunzione di diuretici non ha nessun effetto sull'assorbimento delle calorie ma causano solamente una temporanea modificazione del bilancio idrico che determina il cosiddetto effetto "pancia piatta" che scompare appena si assumono nuovamente liquidi, per questo motivo i soggetti che utilizzano diuretici li assumono regolarmente trasformando questo comportamento in una pratica molto pericolosa.

Pillole dimagranti o ormoni tiroidei. Una percentuale ridotta di pazienti utilizza pillole dimagranti oppure ormoni tiroidei che aumentano il dispendio energetico. Tali mezzi sono pericolosi ed inefficaci: i soppressori della fame agiscono solo per un breve periodo di tempo mentre gli ormoni tiroidei determinano principalmente una perdita di massa muscolare. Una pratica che viene spesso effettuata da pazienti con diabete di tipo 1 è caratterizzata dalla riduzione di insulina dopo un'abbuffata con conseguente aumento di zuccheri nel sangue, che superando la soglia renale di eliminazione del glucosio, vengono eliminati con le urine.

Food-checking. Altro comportamento molto diffuso è quello del controllo sistematico del cibo attraverso il contare le calorie, pesare il cibo di continuo, tagliuzzarlo in piccoli pezzi, scolare l'olio. Il food checking contribuisce a mantenere il disturbo dell'alimentazione aumentando i pensieri e la preoccupazione che a loro volta attivano lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Body checking. I soggetti con anoressia nervosa passano molto tempo al giorno ad ispezionare, scrutare, misurare e controllare il proprio aspetto fisico; ispezionando in dettaglio il proprio corpo davanti allo specchio; misurando le parti del corpo con un metro; pesarsi spesso; confrontare il proprio corpo con altre

persone e/o con le modelle dei giornali e della televisione; chiedere assicurazioni sul proprio aspetto fisico. Il body checking è un meccanismo di mantenimento del Disturbo Alimentare per diverse ragioni:

- maggiore è il tempo passato a controllare le parti del corpo e maggiore è la preoccupazione per il peso e le forme che a sua volta mantiene in uno stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale body checking;

- i comportamenti di body checking sono effettuati ponendo un'attenzione selettiva su alcune parti del corpo

Evitamento dell'esposizione del corpo. Un sottogruppo di soggetti tende ad evitare qualsiasi esposizione del proprio corpo; il paziente escogita tutta una serie di meccanismi che gli consentano di mascherare la sua apparenza: indossare abiti che nascondono il corpo, evitare luoghi dove si espone il corpo, evitare il contatto con le persone, evitare di guardarsi. In alcuni casi gravi, l'evitamento arriva fino a determinare un completo isolamento sociale. Gli evitamenti mantengono il disturbo per due motivi: 1. non permettono di fare esperienze che potrebbero sconfiggere alcune convinzioni irrazionali nei confronti del proprio peso e delle proprie forme corporee; 2. aumentano la preoccupazione e i pensieri sul peso e le forme corporee mantenendo in continuo stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Sensazione di essere grassi. Molti pazienti riportano spesso la "sensazione di essere grasse" che contribuiscono al mantenimento del disturbo in quanto agiscono sulla percezione dello stato dell'umore che risulta essere negativo (depressivo), sulla percezione degli stati fisici avversi (gonfiore), sulla percezione della risposta affettiva all'alimentazione in eccesso percepita, alla risposta affettiva alla vista del proprio corpo e al proprio peso.

Tra i fattori di mantenimento non specifici dei DCA ma riscontrati in un sottogruppo di pazienti troviamo:

- *Perfezionismo clinico:* valutazione di sé eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento di standard personali esigenti ed auto-imposti in almeno un dominio altamente saliente, nonostante le conseguenze avverse (Shafran et al., 2002).
- *Bassa autostima nucleare:* visione negativa di sé incondizionata e pervasiva che fa parte permanente dell'identità e che porta a fare delle valutazioni negative su di sé che sono autonome e indipendenti dallo stato del Disturbo dell'Alimentazione.
- *Intolleranza alle emozioni:* con il termine "intolleranza alle emozioni" ci si riferisce all'incapacità di tollerare stati emotivi intensi sia negativi, che positivi.
- *Problemi interpersonali:* un sottogruppo di pazienti ha problematiche interpersonali che contribuiscono a mantenere il disturbo (lutti, dispute di ruolo, difficoltà nel formare nuove amicizie o nel mantenere quelle in atto, transizioni di ruolo, ecc..., oppure il relazionarsi con altri soggetti che soffrono di DCA o che danno molta importanza al peso e alle forme corporee).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale

Il trattamento nell'anoressia nervosa normalmente dura da uno a due anni, e la maggiore lunghezza del trattamento rispetto agli altri disturbi alimentari, risulta necessaria per far fronte agli innumerevoli ostacoli motivazionali delle pazienti e per favorire un aumento ponderale adeguato (Gardner & Dalle Grave, 1999).

La terapia cognitiva è suddivisa in tre fasi:

- costruzione di un buon rapporto di fiducia e dei vari parametri del setting clinico.
- modificazione dei pensieri disfunzionali relativi al cibo e al peso corporeo, intervenendo anche sul deficit del concetto di sé e sulle relazioni familiari ed interpersonali che risultano disturbate;
- prevenzione delle ricadute e preparazione alla conclusione terapeutica.

Nei DCA e dunque anche nel trattamento dell'anoressia nervosa viene recentemente utilizzata la cosiddetta Terapia Cognitivo-Comportamentale-Multi-Step (CBT-MS), un innovativo trattamento derivato dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale transdiagnostica (CBT-E) da Fairburn, Cooper e Shafran nel 2003. Questa teoria si basa sull'assunto che l'eccessiva valutazione del controllo sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo sia centrale nel mantenimento del disturbo.

L'obiettivo fondamentale del trattamento consiste nell'aiutare il paziente a modificare la relazione con il suo disturbo aiutandolo quindi a sviluppare una sorta di autoconsapevolezza metacognitiva. L'intervento è dunque mirato a cambiare lo stato mentale del paziente aiutandolo a decentrarsi dal disturbo, a tal proposito egli non si sentirà più un anoressico ma un soggetto che ha l'anoressia nervosa. Il paziente viene aiutato a considerare i pensieri come eventi passivi della mente e non come aspetti inerenti alla persona. Il fine ultimo di questo percorso è dunque quello di aiutare il paziente ad acquisire una modalità di pensiero che influenzi in maniera globale il suo modo di definire se stesso, sperimenta il mondo, il passato ed il futuro (Teasdale et al., 2002; Dalle Grave et al., 2007).

La CBT-MS introduce alcune procedure innovative rispetto alla CBT-E da cui deriva, tra cui:

- l'adozione di una équipe multidisciplinare non eclettica composta da medico, psicologo, dietista e infermiere, tutti con una formazione cognitivo-comportamentale trasdiagnostica.
- Tre setting diversi intensivi di cura (terapia ambulatoriale intensiva, day hospital e ricovero) con uso della stessa teoria di riferimento e delle stesse procedure a diversi livelli di cura;
- Per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, c'è un modulo di CBT familiare
- L'alimentazione alimentare programmata e pianificata nei casi di grave denutrizione.

Nel trattamento dell'anoressia nervosa per ovviare all'ansia generata dalla convinzione errata che se si abbandona il rigido controllo alimentare si aumenta il peso corporeo in modo incontrollato, viene utilizzata una strategia chiamata alimentazione pianificata e meccanica. Questa strategia consiste nell'incoraggiare i pazienti a pianificare in anticipo in dettaglio la quantità e la qualità del cibo che dovrà

essere consumato, la frequenza dei pasti, e il contesto in cui dovrà essere consumato (luogo e tempo). La pianificazione dei pasti è finalizzata ad interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo come: i sintomi da denutrizione, i rinforzi positivi e negativi associati alla scelta dei cibi, l'ansia associata all'assunzione di cibo e la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo attraverso la concezione del cibo visto come una "medicina" (Garner e Dalle Grave 1999; Dalle Grave et al., 2007). L'alimentazione meccanica aiuta i pazienti, inoltre, a non fidarsi dei segnali di fame e sazietà che risultano profondamente alterati nei casi di grave denutrizione (Bernini et al., 2004; Dalle Grave et al., 2007), e risulta vantaggiosa poiché soddisfa lo stile cognitivo tipico delle anoressiche caratterizzato dall'ordine, esattezza, pianificazione e precisione (Dalle Grave et al., 2007). Successivamente quando avviene un recupero del peso il paziente viene gradualmente incoraggiato ad abbandonare la pianificazione dei pasti e il mangiare in modo meccanico sostituendo al diario della pianificazione il diario alimentare che viene compilato subito dopo aver mangiato. In questa fase il paziente viene aiutato ad affrontare gli evitamenti (es. eliminare alcuni cibi, ridurre le porzioni, ecc.), i check dell'alimentazione (es. pensare al cibo, contare le calorie, ecc.), le regole dietetiche (es. "non devo trasgredire la dieta", ecc.), e le reazioni alla trasgressione delle regole dietetiche (es. pensiero tutto o nulla, ecc.).

Conclusioni

Negli ultimi anni lo studio del comportamento alimentare ha costituito un argomento di forte attrazione dell'interesse psicologico e scientifico e ciò lo testimoniano i diversi lavori e le diverse teorie nate con lo scopo di poter far luce al variegato mondo dei disturbi alimentari dove l'anoressia nervosa ha da sempre rappresentato nel pensiero comune una sorta di "prototipo" dei DCA in quanto, più facilmente riconoscibile rispetto alla bulimia nervosa, spesso mascherata da un normopeso, e considerata da sempre la forma più grave dei disturbi del comportamento alimentare (Faccio, 1999).

Dal mio punto di vista, i DCA hanno da sempre destato in me un forte interesse professionale avendo avuto la fortuna di poterli osservare da vicino lavorando per diversi anni nell'Unità Operativa Semplice dei Disturbi Alimentari della ASL RME.

In quegli anni ho avuto modo di poter osservare le diverse sfaccettature dell'anoressia nervosa spesso in comorbilità con un disturbo di personalità che ne caratterizzava l'andamento terapeutico. Ho potuto constatare inoltre che, a mio avviso, un punto di forza per "sconfiggere" il disturbo, oltre che naturalmente la motivazione ed una buona alleanza terapeutica con il paziente, è rappresentato anche da un armonico lavoro tra le varie figure professionali.

Il presente lavoro vuole dunque rappresentare una rassegna delle ultime "scoperte" scientifiche nel panorama dei DCA analizzate soprattutto da un punto di vista cognitivo-comportamentale, rappresentando non un punto di arrivo ma un punto di partenza per successive ricerche sull'argomento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2001), Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV, Text-Revision, Trad. it., Masson, Milano.*
- Arkell J., Robinson P., (2008), "A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa)", vol. 41(7), pp.650-656.*
- Basile B., d'Angerio S., Russo M., Semerari A., (2007), "I disturbi di personalità in pazienti con disturbi del comportamento alimentare", Cognitivismo clinico, vol.4 (1), pp.3-21.*
- Beck, A.T. et al. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri: Torino
- Beck, A.T. et al. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Bell R.M., (1985) La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi, Mondatori, Milano, 1992. (Tit. Orig. Holy Anorexia, University of Chicago Press, Chicago).*
- Bernini L., Todesco T., Dalle Grave R., Deiorio F., Saladini L., Vantini I. (2004), "Gastric emptying in patients with restricting and binge/purgino subtypes of anorexia nervosa", American Journal of Gastroenterology, vol.99 (8), pp.1448-1454.*
- Bruch H., (1977), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli Editore, Milano. (Tit. Orig. "Eating Disorder. Obesity, Anorexia Nervosa and The Person Within ", 1973 by Basic Book, Inc., New York, USA).
- Carano A., De Bernardis D., Scali M., Sagripanti U., Campanella D., Crisolidi A., Salerno R.M., Ferro F.M., (2007), "Correlazione tra alessitimia e dissociazione in soggetti con disturbo del comportamento alimentare: uno studio clinico", *Cognitivismo clinico*, vol.4(1), pp. 22-33.
- Chowdhury U., Lask B., (2000), "Neurological correlates of eating disorders" , *European Eating Disorders Review* , vol.8, pp. 126-133.
- Crisp A.H., Palmer R.L., Kalucy R.S., (1976), "How common is anorexia nervosa? A prevalence study", *British Journal of Psychiatry*, vol.128, pp.549-554.
- Custers K., Van den Bulck J., (2009), "Viewership of pro-anorexia websites in seventh, ninth and eleventh graders", *European Eating Disorders Review*, vol.17 (3), pp.214-219.
- Dalle Grave R., Sartirana M., Camporese L., (2007), "Trattamento cognitivo-comportamentale multi step per i disturbi dell'alimentazione: basi teoriche e aspetti pratici", *Cognitivismo Clinico*, 1, pp.54-71.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2001). *Fattori cognitivo-comportamentali nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare*. In Brunetta M. e Frolidi M. (Eds). *I meccanismi del mantenimento del sintomo nei disturbi del comportamento alimentare: Anoressia nervosa e bulimia nervosa* (pp. 93-118). Milano: Pitagora Press.

- Dalle Grave, R., (2000). *Trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: aspetti pratici*. In Lucchini (Eds.), *Malnutrizione. Una sfida per il terzo millennio per la società postindustriale. Strategie di prevenzione e cura* (pp. 569-587). Roma: Il pensiero Scientifico.
- Dalle Grave, R. (1998). *Anoressia nervosa: I fatti*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. e Di Flaviano, E. (2002). *Alimentazione meccanica: il cibo come medicina*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2001). *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (1998). *Il trattamento multidisciplinare dell'anoressia nervosa: aspetti teorici e pratici*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 31-44.
- Dalle Grave, R., Bartocci C., Todisco P., Pantano M., Bosello O. (1993). *Inpatient treatment for anorexia nervosa: A lenient approach*. *European Eating Disorder Review*, 1 (3): 166-176.
- De Pascale A., (1992), *Disturbi alimentari psicogeni. L'interazione dei processi sistemici cognitivi e relazionale*, Editoriale Bios, Cosenza.
- Dunkley D.M., Blankstein K.R., Mashed R.M., Grilo C.M., (2006), "Personal standards and evacuative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: a reply to Shafran et al., (2002,2003) and Hewitt et al., (2003)", *Behaviour research and therapy*, vol.44, pp.63-84.
- Esposito R., Zecca L., Imperatore V., Russo S., De Filippo M., Grassi R., Cappelluccio R., Caserta D., (2007), "Il piacere nel processo decisionale e i DCA", *Cognitivismo Clinico*, vol.4 (1), pp.47-53.
- Fabrizio M.E., Brusca N., Ruggieri V., (2004), "Comportamento oro-alimentare e stili di evacuazione nell'anoressia mentale: dati preliminari", *Alimenti e Comportamenti. Periodico scientifico: nutrizione, disordini dell'alimentazione e obesità*, vol.3, n.2, pp.13-18.
- Faccio E., (1999), *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci editore, Roma.
- Faiburn, C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003). *Cognitive behaviour Therapy for Eating Disorder: a "Transdiagnostic" Theory and Treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-28.
- Falugi G., (1992), *La madre di un' anoressica contesta teorie e terapie*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Frost R.O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., (1990), "The dimensions of perfectionism", *Cognitive Therapy and Research*, vol.14, pp.449-468.
- Garner, D.M., Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Gordon R.A., (1991), *Anoressia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*, Cortina, Milano.
- Gordon R. (2004). *Anoressia e bulimia : anatomia di un'epidemia sociale / - 2. ed. - Milano : R. Cortina.*
- Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Fichter M., Treasure J., Berrettini W. H., Kaye W.H., (2000), "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behaviour", *American Journal of psychiatry*, vol.157, pp.1799-1805.
- Kerkhof A., Hermas D., Figea A., Laermans I., Pieters G., Aardema A., (2000), "De Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: first results in dutch and Flemish in-and outpatient groups", *Gedragstherapie*, vol.33, pp.135-145.
- MacSween M., (1999), *Corpi anoressici*, Feltrinelli Editore, Milano. (Tit. Orig. *Anorexic bodies*, Routledge, London, 1993).

- McClelland L., Crisp A., (2001), "Anorexia nervosa and social class", *International Journal of Eating Disorders*, vol.29, pp.150-156.
- McLaren L., Gauvin L., White D., (2001), "The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: replication and extension", *International Journal of Eating Disorders*, vol.29, pp.307-313.
- Maskell C.J., (2009), "A demographic and symptom descriptive study of callers to the national association of anorexia nervosa and associated disorders: linking research and advocacy", *Eating Disorders*, vol. 17 issue 4, pp.293-301.
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L., (1980), *Famiglie Psicomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma. (Tit. Orig. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context, M.A. Harvard Press, Cambridge, 1978).
- Montecchi F., (1994), *Anoressia mentale dell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*, Franco Angeli, Milano.
- Montecchi F., (1996), "Diagnosi precoce e indicatori di rischio nelle anoressie mentali dell'adolescenza", *Informazioni in psicologia, psicoterapia, psichiatria*, n.24/25, pp.9-14.
- Palmer R.L., *L'anoressia mentale. Guida per chi soffre e per la sua famiglia*, Edizioni Borla, Roma, 1991. (Tit. orig. Anorexia nervosa. A guide for sufferers and their families, 1988).
- Polivy J., Herman C.P., (2002), "Causes of eating disorders", *Ann. Rev. Psychol.*, vol.53, pp.187-213.
- Ripa di Meana G., (1995), *Figure della leggerezza. Anoressia- Bulimia Psicoanalisi*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Robinson P.H., (1989), "Perceptivity and paraceptivity during measurement of gastric emptying in anorexia and bulimia nervosa", *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp.400-405.
- Robinson P.H., McHung P.R., (1995), "A physiology of starvation that sustains eating disorders", *Handbook of Eating Disorders : Theory Treatment and Research*, Szmukler G.I., Dare C., Treasure J. (eds.). John Wiley and Sons.
- Robinson P.H., (2000), "The gastrointestinal tract in eating disorders", *European Eating Disorders Review*, vol.8, pp. 88-97.
- Ruggieri V., (1987), *Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicomatici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Ruggieri V., Fabrizio M.E., (1994), *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale.*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Santonastaso P., Bosello R., Tenconi E., Degortes D., Favaro A., (2009), "Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment", *Int Eat Disord*, vol.42 (5), pp.464-470.
- Santoni Rugiu A., Calò P., De Giacomo P., (2000), *Anoressia e bulimia: la svolta. Manuale di auto-aiuto per il trattamento dei disturbi alimentari*, FrancoAngeli, Milano.
- Sassaroli S., Bertelli S., Boccalari L., Sangiorgi E., Giovini M., Lamela C., Rebecchi D., Scarone S., Vinai P., Ruggiero G.M., "Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio", (2007), *Cognitivismo clinico*, vol.4 (1), pp.34-46.

- Sassaroli S., Bertelli S., Decoppi M., Cosina M., Milos G., Ruggiero G.M., (2005), "Worry and eating disorders: a psychopathological association", *Eating Behaviors*, vol.6, pp.301-307.
- Sassaroli S., Ruggiero G.M., (2005), "The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, vol.37, pp.135-141.
- Selvini Palazzoli M., (1981), *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore,
- Selvini Palazzoli M. (2006). *L'anoressia mentale : dalla terapia individuale alla terapia familiare.*– Milano : R. Cortina.Milano.
- Teasdale J.D., Moore R.G., Hayhurst H., Pope M., Williams S., Segal Z.V., (2002), "Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.70 (2), pp.275-287.
- Tierney S., (2006), "The dangers and draw of online communication: pro-anorexia websites and their implications for users, practitioners, and researchers", *Eating Disorders*, vol.14, pp.181-190.
- Turner J., Batik M., Palmer L.J., Forbes D., McDermott B.M., (2000), "Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa", *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol.39, n.3, pp.378-385.
- van Deth R., Vandereycken W., (2000), "Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in victorian asylums" , *International Journal of Eating Disorders* , vol.27, pp. 390-404.
- Wells A., (2000), *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*, Chichester, UK: Wiley.
- Williams R.D., Olmstedt W.M., (1936), "The manner in which food controls the bulk of the feces", *Annals of International Medicine*, vol.10, pag.717.

Autore: Nunzia Brusca

Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata a Roma, training Prof. Francesco Mancini SPC

e-mail: nunzia_brusca@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it