

Terapia breve avanzata per i disordini alimentari

Roberta Milanese ¹

Abstract

I disordini alimentari sono patologie in rapida evoluzione, che si modificano in concomitanza all'evoluzione degli individui e delle società e, per questo, richiedono interventi terapeutici in grado di aggiornarsi continuamente in modo da calzare alla realtà su cui devono intervenire. La ricerca-intervento condotta a partire dal 1993 presso il CTS di Arezzo ha permesso di mettere a punto protocolli di trattamento specifici per questi tipi di disturbi, che sono risultati essere particolarmente efficaci ed efficienti. Parallelamente, questa ricerca ha permesso di conoscere meglio l'attuale realtà dei disordini alimentari, relativamente alla loro modalità di formazione e persistenza. L'autrice analizza nelle loro caratteristiche fondamentali e nelle modalità di trattamento specifiche le due principali evoluzioni tecnologiche nel campo dei disordini alimentari: la *Sindrome da vomito* (o *Vomiting*) e il *Binge Eating*.

¹ *Psicoterapeuta affiliato al Centro di Terapia Strategica, sede di Milano, Italia*

A partire dal 1993, presso il *Centro di terapia Strategica* di Arezzo, ha avuto inizio un progetto di ricerca sistematico e rigoroso per lo studio dei disordini alimentari nella loro moderna evoluzione¹. La metodologia adottata, nota come ricerca-intervento, è la medesima utilizzata nella precedente ricerca sui disturbi fobico-ossessivi². Questa modalità di fare ricerca ci ha permesso di ottenere due importanti risultati. In primo luogo, di mettere a punto degli specifici protocolli di trattamento che si sono rivelati essere particolarmente efficaci ed efficienti nell'intervento con questi tipi di disturbi. Parallelamente, la ricerca-intervento ci ha permesso di conoscere meglio la realtà nella quale si stava intervenendo, permettendoci di formulare un nuovo modello conoscitivo relativo alla formazione e persistenza dei disordini alimentari. In altri termini, intervenendo sulla realtà di questi disturbi per risolverli, si sono venuti gradatamente svelando gli usuali sistemi percettivo-reattivi delle persone che presentano disordini alimentari.

Da un punto di vista conoscitivo, il risultato più sorprendente della nostra ricerca-intervento consiste nell'aver individuato come l'attuale realtà dei disordini alimentari sia piuttosto diversa da quella descritta dalla letteratura. In particolare, oltre alle due patologie riportate in tutti i principali manuali diagnostici - Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa - è venuto progressivamente delineandosi un terzo tipo di disturbo alimentare, che abbiamo definito *sindrome da vomito* o *Vomiting*. Con questo termine intendiamo riferirci a un tipo di disturbo basato sul fatto di mangiare e vomitare compulsivamente più volte al giorno, sintomatologia che in letteratura viene attualmente considerata una particolare variante di Anoressia e Bulimia. Dalla nostra analisi empirico-sperimentale è invece emerso come la sintomatologia da Vomiting costituisca una patologia a sé stante, che presenta caratteristiche di persistenza completamente diverse rispetto a quelle dell'Anoressia e della Bulimia, configurandosi come una vera e propria "specializzazione tecnologica" nel campo dei disturbi alimentari.

Questo tipo di disturbo, che attualmente appare essere il disordine alimentare più diffuso,³ ha come matrice Bulimia o Anoressia ma una volta che si è costituito diventa una vera e propria "qualità emergente", che non ha più niente a che vedere con ciò che inizialmente lo ha prodotto. Questa evoluzione, sembra riflettere una sorta di "avanzamento tecnologico" dei disordini alimentari, in cui una iniziale tentata soluzione per non ingrassare o dimagrire troppo - indursi il vomito - finisce col dar vita ad un problema del tutto diverso ed autonomo. Difatti, se nel costrutto di Bulimia Nervosa, tipico delle usuali classificazioni diagnostiche, l'autoinduzione di vomito appare essere una semplice espressione sintomatica, nella nostra definizione di Vomiting il vomito si è rivelato essere ciò che costituisce la vera e propria sindrome. Dal nostro punto di vista, le persone che

¹ Per una trattazione completa e approfondita della ricerca-intervento e dei protocolli di trattamento per i disordini alimentari e si rimanda a G. Nardone, T. Verbitz, R. Milanese (1999) *Le prigionie del cibo. Vomiting, Bulimia, Anoressia: la terapia in tempi brevi*, Ponte alle Grazie, Milano; e a G. Nardone (2003), *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*, Rizzoli, Milano.

² Per la ricerca sui disturbi fobico-ossessivi si vedano: G. Nardone (1993) *Paura, panico, fobie*, Ponte alle Grazie, Milano; G. Nardone (2000) *Oltre i limiti della paura*, Ponte alle Grazie, Milano; G. Nardone (2003) *Non c'è notte che non veda il giorno*, Ponte alle Grazie, Milano.

³ Costin C. (1996) *The eating disorder sourcebook*, Lowell House, Los Angeles, CA.; M. Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, A.M. Sorrentino (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Cortina, Milano.

presentano il disturbo “vomiting” sono caratterizzate dall’impulso irrefrenabile a mangiare *per* vomitare e non solo ad abbuffarsi e poi a procedere con il vomito quale necessaria eliminazione di ciò che hanno mangiato. All’inizio, quando queste ragazze cominciano a mangiare e vomitare, il vomito è sicuramente una tentata soluzione, un modo per non ingrassare continuando a mangiare o per dimagrire mangiando, quindi una tentata soluzione che funziona. Tuttavia, attraverso la ripetizione continua, la sequenza del mangiare e vomitare si trasforma a poco a poco in un rituale sempre più piacevole, fino a diventare, nell’arco di qualche mese, il massimo dei piaceri, a cui la persona non riesce più a rinunciare.

L’aspetto più rilevante di questa sindrome risiede quindi nel fatto che ciò che rende irrefrenabile la compulsione tipica del Vomiting è il piacere di tutta la sequenza del mangiare e vomitare, che viene progressivamente costituendosi come un vero e proprio modello di *ricerca del piacere*.

Una volta instaurata una sindrome da vomito, dunque, il problema non è più il controllo del peso, ma il controllo di questa compulsione al piacere: il mangiare e vomitare, che rispetto ad anoressia e bulimia rappresentava la “tentata soluzione”, diventa il problema e trova nel piacere la sua ragione di persistenza. Emerge quindi, chiaramente, come la sindrome da vomito, pur essendo un prodotto evoluto di Anoressia e Bulimia, non possa essere considerato un disordine alimentare *tout court*, quanto piuttosto una vera e propria “perversione” basata sul cibo. Il problema delle vomitatrici non è più legato al desiderio di non ingrassare o di dimagrire, ma al fatto che mangiare e vomitare è una compulsione estremamente piacevole, a cui non riescono a porre fine, anche se lo desiderano. Ed è proprio il fatto che il sintomo si regga sul piacere a renderlo particolarmente resistente al trattamento.

Nella nostra sperimentazione sono emerse differenti varianti di *vomitatrici*, che richiedono tipologie di intervento differenti poiché presentano differenti modalità di persistenza. Le abbiamo definite, ironicamente, Trasgressive inconsapevoli; Trasgressive consapevoli ma pentite; Trasgressive consapevoli e compiaciute. L’esistenza di diversi “tipi” all’interno di questo disturbo (così come all’interno degli altri disordini alimentari) indica una marcata complessità dei disordini alimentari rispetto ad altri tipi di patologie.

Le “Trasgressive inconsapevoli” sono generalmente ragazze piuttosto giovani, che da un punto di vista cognitivo non si sono ancora rese conto della caratteristica di intrinseca piacevolezza del rituale del mangiare e vomitare (circa il 20% della nostra casistica). Con questa tipologia generalmente appare sufficiente guidare la ragazza a considerare che quello che sta facendo è una sorta di “perversione sessuale” per interrompere rapidamente la sintomatologia, poiché questo entra in crisi con i suoi valori. A questo fine, si utilizzano interventi e ristrutturazioni provocatorie finalizzate a mettere la rigida morale di queste persone contro la loro stessa sintomatologia.

Circa il 50% della nostra casistica rientra invece nella categoria delle “Trasgressive consapevoli ma pentite”, ovvero ragazze che si rendono conto che la loro sintomatologia è una perversione basata sul piacere, ma sono arrivate al punto di non poterne più: vorrebbero smettere ma da sole non ci riescono e quindi sono generalmente collaborative.

Solitamente la tentata soluzione di queste ragazze è quella di cercare di ridurre o controllare le abbuffate e il vomito, con l’effetto di far aumentare sempre di più il desiderio del rituale. Poiché qualunque tipo di intervento nella direzione del controllo o della repressione non farebbe che esacerbare la compulsione, con questa tipologia si utilizza una tattica finalizzata a incidere in maniera diretta sulla piacevolezza del rituale (*tecnica*

dell'intervallo). La tecnica dell'intervallo consiste nel richiedere alla ragazza di evitare di cercare di controllare il proprio desiderio di abbuffarsi, ma di inserire un intervallo di mezz'ora fra la fine dell'abbuffata e la scarica del vomito, senza ingerire altro durante l'intervallo. Se si riesce a fare eseguire questa prescrizione, si interrompe la sequenza temporale del rituale, che parte dalla fantasia anticipatoria passando alla consumazione fino alla scarica finale, e in questo modo se ne altera la irrefrenabile piacevolezza. In questo modo ci si impossessa del sintomo attraverso una manovra terapeutica che ne ricalca la struttura ma che, al tempo stesso, ne inverte il senso conducendolo all'autodistruzione. Ovvero "far salire il nemico in soffitta e togliere la scala"⁴. Se la vomitatrice accetta questa prescrizione, nel corso delle sedute successive si aumenta l'intervallo a un'ora, un'ora e mezza, due ore, fino a quando, arrivati a tre ore - tre ore e mezza, di solito smette di vomitare, oppure riduce la frequenza del rituale, sino ad arrivare, gradualmente, a smettere del tutto. La *tecnica dell'intervallo*, alterando la spontaneità della sequenza, non solo sottrae piacevolezza all'atto liberatorio del vomitare, solitamente vissuto con un'urgenza quasi orgasmica, ma con l'aumentare dell'intervallo di tempo lo rende sempre più faticoso e sgradevole. In questo modo si trasforma un rito basato sul piacere in una vera e propria tortura. Inoltre, nel momento in cui queste ragazze smettono di vomitare si normalizza anche il loro rapporto con il cibo, nel senso che, temendo di ingrassare, smettono di abbuffarsi e di consumare enormi quantità di cibo.

L'ultima categoria, quella delle Trasgressive consapevoli e compiaciute (circa il 30% della nostra casistica) appare quella più resistente al trattamento. Si tratta infatti di ragazze pienamente consapevoli del carattere di pura piacevolezza connesso al loro sintomo, ma che non hanno alcuna intenzione di perdere quello che noi abbiamo chiamato il loro "amante segreto", vale a dire il rapporto col mangiare e vomitare. In questo caso appare indispensabile guidare progressivamente la paziente a concentrare la ricerca del piacere, costruendo insieme a lei l'abbuffata perfetta, stuzzicando ancora di più la sua trasgressività. Insegnandole a concentrare e selezionare il piacere, il terapeuta ottiene l'importante risultato di farle ridurre sempre di più la frequenza del rituale. Aumentando la qualità delle abbuffate si produce così una spontanea riduzione della loro quantità, sulla scia dello stratagemma cinese "solcare il mare all'insaputa del cielo".

L'efficacia del protocollo di trattamento messo a punto per il Vomiting è del 82%, risultato marcatamente al di sopra di quelli presentati dalla letteratura internazionale (che riporta percentuali di guarigione medie variabili tra il 9% e il 45%)⁵, con un'efficienza solitamente inferiore alle 15 sedute.

Oltre alla dilagante epidemia del Vomiting, che l'ha portato da disturbo accessorio delle altre due tradizionali forme di patologia alimentare a disturbo prevalente, negli ultimi anni si sta assistendo anche a una sempre maggiore diffusione del disturbo noto come *Binge Eating*, o Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Il *binge eating*, ulteriore esempio di specializzazione tecnologica nel campo dei disordini alimentari, è connotato dall'alternarsi di periodi prolungati di astinenza o regime ipercontrollato nel rapporto con il cibo e periodi, più o meno lunghi, di intensa trasgressione, in cui la persona si abbandona completamente al piacere delle abbuffate. All'abbuffata, generalmente concentrata in uno spazio limitato di tempo, segue poi un altro lungo periodo "punitivo" di digiuno, e il ciclo ricomincia. Il sistema percettivo-reattivo di

⁴ Sugli stratagemmi terapeutici si veda G. Nardone (2003) *Cavalcare la propria tigre*, Ponte alle Grazie, Milano.

⁵ Costin C. (1996) *The eating disorder sourcebook*, Lowell House, Los Angeles, CA.

queste persone è quindi basato sulla continua alternanza di digiuno/abbuffata, controllo/perdita di controllo. La capacità di controllarsi di queste persone è infatti talmente ben riuscita che dopo un po' non riescono più a gestirla e perdono il controllo. È quindi proprio la prolungata astinenza dal cibo e il continuo sforzo di controllarsi a determinare la successiva perdita di controllo.

La manovra messa a punto per sbloccare questa sintomatologia è una ristrutturazione nota come *paura del digiuno*, mediante la quale si ridefinisce il digiuno, che per queste persone rappresenta un'enorme conquista, come la cosa che in realtà provoca proprio quello di cui hanno timore, ossia l'abbuffata. In questo modo le pazienti vengono gradatamente portate a costruire una nuova realtà all'interno della quale ciò che hanno tentato di fare finora per proteggersi dall'abbuffata diventa ciò che effettivamente la produce.

La percezione del problema viene completamente rovesciata: la tentata soluzione di digiunare viene ridefinita non più come funzionale ma come qualcosa di minaccioso e pericoloso, poiché è proprio l'astenersi che finisce per provocare l'abbuffata. Questa manovra appare estremamente efficace in questo tipo di patologia, ricalcando la tendenza al controllo caratteristica di queste persone e riorientandola contro il sintomo. Mediante la paura del digiuno, infatti, si mette la tendenza al controllo contro il controllo stesso: ciò che conduceva queste persone verso un comportamento patologico (l'abbuffata) viene ora ristrutturato come ciò che le condurrà verso un comportamento salubre, vale a dire concedersi il cibo per non cadere nell'abbuffata. Nella maggior parte dei casi, dopo tale manovra le pazienti cominciano di nuovo a mangiare regolarmente, senza che sia stato loro richiesto direttamente, poiché vivono il concedersi il cibo come qualcosa che permetterà loro di controllare quello che temono di più, ovvero l'abbuffata.

Come per il *vomiting*, anche il protocollo di trattamento messo a punto per il *Binge Eating* presenta un elevato livello di efficacia (88%), con un'efficienza al di sotto delle 10 sedute.

Indirizzo per richiesta di ristampe:

Roberta Milanese

Centro di Terapia Strategica

Milano, Italia

roberta.milanese@tiscali.it