

Le metafore della Bulimia

Roberto Ostuzzi, Gian Luigi Luxardi

in *Salute e Società*, n.3, numero monografico a cura di Cavanna D, Stagi L, "Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività", Franco Angeli, 2009

Abstract.

L'articolo affronta il tema della bulimia in una prospettiva psico-sociale. Vengono esaminati i cambiamenti dello stile di vita nella società post-moderna, dove il disturbo alimentare assume le caratteristiche di un disturbo etnico, che esaspera comportamenti largamente presenti nei normali contesti di vita. La bulimia assume le caratteristiche di una metafora della società liquido-moderna.

La trattazione considera inoltre i meccanismi di pensiero attraverso i quali la visione sociale collettiva si incardina nella dinamica mentale del disturbo alimentare. Il rapporto con il cibo ed il corpo viene considerato nell'esperienza personale e nella sua rappresentazione individuale e sociale. Vengono presi in esame i disturbi legati al pensiero metaforico e al pensiero astratto in rapporto con il processo di mentalizzazione. Il concetto di metafora concretizzata viene messo in relazione con i disturbi di pensiero della bulimia nervosa.

Parole chiave: bulimia nervosa, società liquido-moderna, metafora concretizzata, incorporazione, mentalizzazione

The metaphors of bulimia

The article deals with the theme of bulimia in a psycho-social view. We examine the changes of life-style in post-modern society, where eating disorders take the characteristics of an ethnic disorder that exasperates behaviours largely appearing in the normal context of life. Bulimia takes the characteristics of a metaphor of the liquid-modern society. Moreover, we consider the thinking process by which the social view is linked to the mental dynamic of the eating disorder. The relationship between food and the body is considered as a personal experience and in its personal and social representation. We examine the disorders connected to metaphoric thought and to abstract thought regarding the process of mentalisation. The

concept of concretised metaphor is connected to the thought disorders of bulimia nervosa.

Key words: bulimia nervosa, liquid-modern society, concretised metaphor, embodiment, mentalisation.

La bulimia nervosa entra a far parte delle definizioni nosografiche solo di recente: nel 1979 Gerald Russel, psichiatra del Maudsley Hospital di Londra pubblica un articolo dal titolo "*Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*", dove descrive la sindrome, che viene inserita dall'American Psychiatric Association (APA), già dall'anno successivo, nella terza versione del Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali (DSM III).

Una variante pericolosa dell'anoressia nervosa, così Russel (1979) definisce il disturbo, ponendo immediatamente il problema dell'insidia della sindrome bulimica, anche confrontata con l'anoressia.

Il rapporto tra la bulimia e gli altri disturbi alimentari è piuttosto articolato. Secondo Garfinkel (1980) la bulimia si presenta nel 30-50% dei soggetti anoressici, nell'arco di un anno e mezzo di malattia, particolarmente in coloro che avevano una precedente storia di sovrappeso. In questo senso potremmo intendere la bulimia come un fallimento del tentativo anoressico di porre un controllo al cibo e al peso. Non a caso il picco di insorgenza della bulimia è ritardato rispetto a quello dell'anoressia. Più circoscritto invece il passaggio inverso, che è comunque presente.

Fairburn e coll. (2003), considerando il frequente cross-over tra i due disturbi, propongono un approccio trans-diagnostico che li accomuni come varianti di un unico disagio sottostante. Si considera che anoressia, bulimia e disturbi atipici hanno caratteristiche cliniche condivise (in particolare il *core*, perfezionismo e disturbo dell'immagine corporea). C'è inoltre un movimento temporale dei pazienti da un disturbo all'altro. Ciò farebbe pensare che entrambe le manifestazioni siano mantenute da meccanismi psicopatologici comuni e che dovrebbero rispondere alle stesse strategie e procedure terapeutiche.

Un altro modo di porre la questione è quello di Cuzzolaro (1988) che vede il comportamento bulimico come un *disturbo-spettro*, che si presenta in una varietà di casi, talvolta molto diversi tra loro:

- In persone normopeso senza precedenti anoressici
- In persone normopeso con precedenti anoressici, rilevanti o circoscritti.
- In persone anoressiche, sin dall'inizio della malattia o, più frequentemente, in tempi successivi

- In persone obese, senza precedenti anoressici
- In persone obese, con precedenti anoressici manifesti o criptici.

Se continuiamo in questa disamina, anche in termini decostruttivi, della sindrome bulimica, non possiamo fare a meno di chiederci, in un'ottica meno biologica e più sociale, quanto i comportamenti bulimici si differenzino dal normale approccio all'alimentazione. Stili di vita bulimici, come ricorda Cuzzolaro (2004) sono descritti sin dall'antichità. Il termine *bulimia* viene dal greco antico ed è stato utilizzato da Ippocrate (V sec. A.C.), Aristotele (IV sec. A.C.) e Galeno (II sec. A.C.), nell'accezione di fame smisurata ed irrefrenabile, caratteristica di un animale molto grande, il bue appunto. Seneca (Ad Marciam, XIX) commentava il comportamento dei romani che erano soliti vomitare per poter prolungare il piacere del cibo in interminabili banchetti. Atteggiamento condiviso ed accettato presso i romani dell'epoca, del tutto diverso dalla patologia bulimica attuale, consumata in tristezza e solitudine (Cuzzolaro, 2004). Ma possiamo chiederci quali elementi di contatto ci siano tra il comportamento patologico e il normale atteggiamento verso il corpo e l'alimentazione?

Nel corso del '900 è avvenuta una mutazione delle patologie alimentari, descritte già nei secoli precedenti da Gull (1819-1890) e Lasegue (1816-1883). Il cambiamento ha a che fare con la comparsa, nelle descrizioni recenti, del disagio connesso all'immagine corporea, assente ancora nelle prime descrizioni del 1900. Il disagio per il corpo ha avuto verosimilmente la funzione di un catalizzatore, creando una sintonia tra i comportamenti di evitamento del cibo e la desiderabilità di un corpo magro sempre più diffusa nella cultura occidentale. Il risultato è l'esplosione di una sindrome che, fino a pochi anni prima, veniva considerata un disturbo raro. Non pochi sono i punti di contatto tra modi di pensare e comportamenti ampiamente diffusi ed accettati nelle società industrializzate e occidentalizzate e tratti dei disturbi alimentari. Pensiamo ad esempio alla paura estrema di ingrassare e al forte desiderio di magrezza; alla valutazione di sé fortemente influenzata da peso e forme corporee; alla disponibilità all'utilizzo di pratiche non salutari finalizzate alla perdita di peso. Alcuni, a questo proposito, hanno coniato la definizione di disturbo etnico (Devereux, 1978; Gordon, 1991)

L'individuo che sviluppa un disturbo etnico soffre in forma acuta delle insicurezze che pervadono la società in cui vive. Ciò che caratterizza un disturbo etnico è la contiguità delle espressioni patologiche con i modi di pensare prevalenti nella società, di cui il disturbo rappresenta niente più che un'esasperazione. Non solo, spesso comportamenti che caratterizzano la

patologia possono essere considerati positivi in contesti diversi. Pensiamo, come si diceva, all'apprezzamento generale per chi, anche con un peso normale, mostra grande determinazione nel fare una dieta o nell'applicarsi ad uno strenuo programma di esercizio fisico. Ciò che è singolare nei disturbi alimentari è che gli stessi comportamenti che venivano considerati lodevoli prima dell'individuazione del problema (controllo del cibo, desiderio di dimagrire, attività fisica intensa, atteggiamento ossessivo nei confronti dello studio), dopo la diagnosi diventano la principale fonte di preoccupazione per i familiari della ragazza.

Un disturbo etnico provoca risposte ambivalenti: timore e rispetto allo stesso tempo. Non è raro sentire qualcuno commentare: "vorrei avere la forza di volontà di una anoressica". La peculiarità di questi disturbi è quella di incardinarsi tra le pieghe dei valori della nostra società, rappresentandone quindi le contraddizioni. Ma qual è la società che si presta ad essere descritta attraverso le categorie del disturbo alimentare?

Le metafore sociali

La scrittrice Susan Sontag, nel suo libro "La malattia come metafora" (2002), afferma che le malattie, al di là della loro fenomenologia biologica, assumono talvolta una consistenza metaforica che finisce per caratterizzare la cultura di una società. Diventano insomma ricettacolo di valori, atteggiamenti, emozioni, modi di vedere il mondo e stili di vita. La malattia era per i Greci espressione della collera divina contro l'impudenza degli uomini, con il Cristianesimo diventa punizione per un peccato. Nel mondo moderno si colora di significati diversi nel caso della tubercolosi, dell'isteria, del cancro, dell'AIDS. Quali significati veicola con sé la bulimia?

La società in cui viviamo ha assunto caratteristiche di fluidità che precedentemente non aveva. Zygmunt Bauman (2000, 2005) ha coniato il termine di società *liquido-moderna* per identificare la condizione di vita delle culture occidentali, dove la velocità dei cambiamenti e delle innovazioni fanno sì che le situazioni in cui gli uomini interagiscono si modifichino prima che i loro modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e schemi di riferimento.

Nella "modernità liquida" si è proiettati in un mondo dove tutto è sfuggente. Le ansie, i dolori, i sentimenti di insicurezza provocati dal vivere in società non possono ottenere risposte attraverso percorsi istituzionali definiti. Capire qual è la nostra posizione nel mondo richiede un continuo e

paziente lavoro di interrogazione della realtà e di sé stessi. Non esistono certezze che permettano di acquietare il senso di spaesamento, di volatilità e di precarietà dei progetti di vita. Non esistono figure ideali cui conformare la propria identità. La costruzione del proprio percorso di vita è un compito simile a quello di ricomporre un puzzle senza avere una figura di riferimento.

A fronte di questo abbiamo una società in cui tutto è possibile e tutto è in vendita. L'*affluent society* ha modificato in pochi anni gli stili di vita e le abitudini, stabilendo nuove priorità, nuovi obiettivi, nuovi modi di relazionarsi con le cose. Viviamo maggiormente al presente, siamo circondati da oggetti che fino a pochi anni fa non esistevano e che oggi sono indispensabili, creiamo continuamente nuovi bisogni. Ciò che colpisce maggiormente, tuttavia, è il cambiamento strisciante della natura stessa del cosiddetto consumismo. Come fa notare Gilles Lipovetsky (2006), è in atto un mutamento antropologico del comportamento di consumo: ciò che viene venduto è sempre meno l'oggetto, sempre più lo stile di vita, il modo di essere. Il consumatore è sempre più a caccia di esperienze emotive, di confort, di ben-essere. La qualità della vita è diventata una passione di massa. Il materialismo della prima società dei consumi è passato di moda, attualmente viene offerta e richiesta la possibilità *à la carte* di ridisegnare il proprio aspetto, rimodellare lo stile di vita, gestire il tempo a disposizione, possibilmente prolungare la vita. La questione della felicità interiore diventa un segmento commerciale, l'armonia interiore e la realizzazione soggettiva un oggetto di marketing.

Se assistiamo ad una diminuzione della vanità sociale, intesa come ostentazione del possesso degli oggetti, vediamo che l'acquisizione di un beneficio, da parte del consumatore, si lega sempre più ad una dimensione intimistica, al dominio sul tempo e sul corpo. Il successo da sfoggiare ha a che fare con la capacità di gestire la propria forma fisica, migliorare le capacità di relazione, correggere le imperfezioni del corpo. In questo senso la prima conseguenza è la medicalizzazione dei consumi. Le spese sanitarie aumentano a vista d'occhio, con un ritmo più rapido rispetto al resto dei consumi nella loro globalità. La preoccupazione per la salute si estende in maniera pervasiva ad aree sempre più vaste della nostra quotidianità. Non più solo visite mediche o prescrizioni farmacologiche, ma inserti sui quotidiani, trasmissioni televisive, siti internet, guide ed enciclopedie mediche. Viviamo in una società prodiga di consigli su come gestire il nostro benessere fisico e psicologico.

Non solo, si osserva una medicalizzazione crescente di aree della vita precedentemente non connesse alla dimensione sanitaria: il turismo, la

cosmesi, l'ambiente, l'alimentazione. È oramai piuttosto frequente imbattersi in pubblicità dove i cibi vengono presentati come "curativi". Vorremmo far notare, solo di passaggio, che l'equiparazione cibo-farmaco ha come conseguenza una perdita ulteriore nella spontaneità del nostro rapporto con ciò che mangiamo. Il farmaco si prende perché è stato prescritto e in base ad una posologia rigorosa stabilita dal medico, non perché ci piace. Nell'atto alimentare è invece insito l'elemento del piacere e della spontaneità, il cui venir meno comporta una riduzione della qualità della vita. Vedremo come la bulimia sia caratterizzata da un rapporto in cui il cibo diventa strumento, dove il gusto viene perduto e la sensorialità alterata.

Come conseguenza abbiamo una drammatizzazione del rapporto con i consumi, caratterizzato da un'angoscia crescente nei confronti di ciò che ingeriamo e della salute. È sempre più necessario informarsi, controllare, limitare i rischi, correggere gli stili di vita, ritardare l'invecchiamento. Vi è una sensazione di rischio onnipresente che conduce ad una spirale di comportamenti preventivi. Il principio di precauzione è stato assunto ad elemento regolatore della nostra esistenza.

L'ostentazione della salute va di pari passo con l'utilizzo del corpo come simbolo di status sociale. La persona di successo è caratterizzata, nell'immaginario collettivo, da un corpo snello e possibilmente scolpito attraverso lunghe sedute in palestra. Il corpo è considerato qualcosa da correggere e trasformare a propria discrezione attraverso diete, attività fisica, cosmesi e chirurgia estetica. Il fatto che il nostro organismo sia determinato da leggi biologiche stabilizzate da qualche migliaio di anni è considerato un fastidioso inconveniente. Meglio sarebbe se fossimo fatti di una materia plasmabile come pongo o plastilina, in modo che il corpo, de-biologizzato, fosse manipolabile come i personaggi dei cartoni animati, per loro natura modificabili e immortali.

La corsa verso il corpo perfetto si è trasformata negli ultimi decenni in un confronto senza esclusione di colpi con ideali di bellezza sempre più irrealistici e lontani dalla fisicità. Un studio (citato in Dalle Grave, De Luca, 1999), condotto su ragazze che erano state elette Miss America negli anni dal 1958 al 1987, ha mostrato come dal secondo dopoguerra l'ideale di bellezza sia legato ad un rapporto peso/altezza (BMI) via via sempre più basso e quindi ad un corpo sempre più magro. Attualmente il riferimento estetico per il peso è così basso che le miss Italia degli ultimi anni presentano un indice di massa corporea al di sotto del limite normale e molto spesso vicino ai valori che fanno porre diagnosi di anoressia. Lo studio citato faceva inoltre notare che, mentre il peso estetico mostrava una

tendenza significativa a scendere, al contrario il peso medio delle donne americane presentava una curva di accrescimento costante. È interessante considerare come all'inizio dello studio citato, nel 1958, la differenza tra il peso di una pin-up e quello di una normale casalinga non era così elevata, per cui forse per qualsiasi donna non era difficile sentirsi attraente. Attualmente questa forbice appare così ampia che diventa arduo per una giovane, normopeso per i criteri medici, non vivere una sensazione di frustrazione nel momento in cui si confronta con i modelli estetici correnti.

Il terzo punto cardinale, dopo salute e bellezza, è dato dalla performance. L'imperativo è quello dell'ottimizzazione di sé sempre e comunque, a qualsiasi età e a qualsiasi costo. La gara al superamento di sé stessi non è più limitata a qualche settore della propria vita, diventa ubiqua: stile di vita, disposizione mentale, intimità diventano altrettante aree in cui dobbiamo essere competitivi, anche a costo di far ricorso al doping, al farmaco che migliora le prestazioni. Oggigiorno il concetto di performance è chiamato in causa con tale sistematicità da far pensare che l'ideologia dell'Io ad alto rendimento sia ciò che ha preso il posto delle antiche utopie. D'altra parte, l'imperativo della competizione e della riuscita ad ogni costo appare la principale causa del nostro malessere sociale ed esistenziale. La velocità di cambiamento che viene richiesta per stare al passo è difficilmente sostenibile. Come dice il *Coniglio Bianco* ad *Alice* nel romanzo di Lewis Carroll "Qui, invece, vedi, devi correre più che puoi, per restare nello stesso posto. Se vuoi andare da qualche altra parte devi correre almeno il doppio". Chissà se Lewis Carroll avesse potuto immaginare i nostri centri fitness dove decine di persone passano il tempo a correre senza andare da nessuna parte?!

In ogni caso l'uomo moderno sente questo affannarsi come necessario, restare indietro non è previsto, si rischia di trovarsi tra i rifiuti. Nella società che consuma merce i rifiuti sono gli oggetti obsoleti, talvolta anzitempo, e c'è il problema di smaltirli; nella società che consuma stili di vita, modi di essere, i rifiuti sono le persone. Chi è senza grinta, chi non è aggressivo, chi non mette la riuscita al primo posto fa fatica a trovare uno spazio, va riciclato.

Possiamo immaginarci la bulimia come estremo baluardo, come comportamento disperato per riciclare il contenuto del proprio stomaco, e più in generale la propria performance, il proprio corpo, piuttosto che sé stesso?

Forse. Può essere che questo sia il contesto che rende comprensibile e anche accettabile il comportamento bulimico. Tuttavia sappiamo che molte persone vivono le contraddizioni della nostra società, un numero cospicuo

di queste è anche disponibile a mettersi a dieta e persino ad accettare comportamenti a rischio. Solo poche si ammalano di bulimia. Dobbiamo quindi chiederci come funziona la filiera che porta dall'immaginario collettivo alla patologia del singolo individuo. Una trattazione completa ci richiederebbe di operare una disamina dei vari fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento che si intersecano nella costruzione del comportamento patologico. Rimandiamo tuttavia ad altri lavori per una definizione sistematica (Ostuzzi, Luxardi, 2003; De Giacomo, Renna, Santoni Rugiu, 2007). Ci interessa invece approfondire come una metafora sociale possa incardinarsi con il comportamento individuale. Può essere utile, a questo punto, qualche chiarimento sulla fenomenologia bulimica.

Cos'è la bulimia nervosa

La bulimia nervosa presenta analogie con l'anoressia: il nucleo centrale di entrambe le patologie è rappresentato da una paura morbosa di diventare grasse e di essere sovrappeso, il peso e la forma del corpo influenzano in modo eccessivo e inadeguato la valutazione della stima di sé. L'esordio può essere inizialmente simile all'anoressia, caratterizzato da una intensa volontà a perdere peso e da una forte insoddisfazione per il proprio corpo; il decorso invece è diverso: spesso la persona che soffre di bulimia mantiene un peso abbastanza normale alternando tentativi di dimagrire con abbuffate e condotte di compenso (principalmente il vomito indotto). Il peso, generalmente, rimane nella norma.

La bulimia nervosa è presente nell'1-3% della popolazione femminile in età a rischio. Proprio per la caratteristica di avere un peso nei limiti della norma non è facile identificare la ragazze affette da bulimia, che a loro volta tendono a tenere nascosto il problema. L'insorgenza della bulimia è spesso preceduta, più che nell'anoressia, da ripetuti tentativi di dieta (comportamento definito come "dieting") che solitamente falliscono entro breve tempo. Sono ragazze molto insoddisfatte del proprio corpo e del peso, con alle spalle già alcuni tentativi di dimagrire. La delusione per il mancato controllo, la paura di ingrassare, il senso di colpa per la propria incapacità di dominare la situazione porta la ragazza a ricercare un rimedio, eliminando con il vomito il cibo ingerito in una sorta di dieta estrema (Ostuzzi, Luxardi, 2003).

Il comportamento più caratteristico della bulimia nervosa è l'abbuffata, cioè un episodio in cui vengono assunte molto rapidamente grandi quantità di cibo, preferendo gli alimenti maggiormente disponibili, quelli "proibiti"

o quelli che non richiedono una lunga preparazione, spesso mescolando sapori anche molto diversi fra loro, in qualche caso anche in forme disgustose.

Durante l'abbuffata la ragazza vive la sensazione di perdere il controllo nei confronti del cibo, talvolta al limite di una sorta di alterazione della coscienza. Tutto avviene in tempi brevi e con rituali che sono accompagnati da un forte senso di disagio, di vergogna e di colpa.

La frequenza delle abbuffate necessaria per fare una diagnosi di bulimia nervosa è di due episodi alla settimana per almeno tre mesi consecutivi. L'esperienza clinica mostra che talvolta anche frequenze più ridotte possono essere legate a stati di malessere piuttosto gravi. In molti casi le crisi bulimiche si presentano anche più volte al giorno, fino a sostituire completamente l'alimentazione normale. Qualche volta l'alimentazione diviene così caotica da non permettere un ritmo di vita accettabile; a volte la crisi bulimica può anche durare alcune ore o occupare tutta la serata o la notte con un continuo ingurgitare cibo e vomitare.

Andando al di là delle definizioni, possiamo chiederci cos'è il cibo per chi soffre di bulimia? I modi in cui una ragazza bulimica parla del cibo sono tanti, talvolta molto differenziati, sempre carichi di inquietudine. L'esperienza sensoriale si mostra alterata, le normali sensazioni di fame e sazietà non risultano attendibili, il sapore diviene un fatto secondario, scompare ogni senso di piacevolezza. Ciò è tanto più evidente quando la persona stessa segnala il cambiamento, quando le cose vanno migliorando. "Mi accorgo che gusto nuovamente il cibo" mi segnalava una giovane donna, in una fase avanzata del trattamento. La sensorialità, durante la malattia, viene ridiretta, i segnali fisici cambiano significato e vengono diversamente investiti emotivamente. La cremosità non ha nulla a che fare con la piacevolezza, ma può essere un segnale che il cibo è grasso. Il gusto stesso passa in secondo piano, sopravanzato dai segnali cenestesici che vengono dall'apparato digerente. Sono il senso di pienezza, di gonfiore, la sazietà precoce a farla da padrone, la solidità del cibo più che il suo sapore.

Il cibo è innanzitutto una cosa da controllare, perché una volta entrato nel corpo può creare situazioni ingestibili: trasformarci in una balena, andarsi ad accumulare giusto dove non vogliamo, farci perdere il controllo del peso, perché si inizia con un etto, ma in men che non si dica diventano chili e chili. Quindi bisogna innanzitutto che il cibo stia fuori dal corpo, quando questo non è possibile bisogna trovare il modo di farlo uscire (vomito, lassativi, diuretici) o compensare in qualche modo l'assunzione indebita (digiuno, attività fisica). Visto così il rapporto con il cibo appare molto vicino a quello intrattenuto nell'anoressia, di cui la bulimia sembra

un fallimento o, parafrasando von Clausewitz, una continuazione con altri mezzi.

Di fatto, nella maggior parte dei casi, la bulimia non si rivela un buon sistema per governare il peso, infatti solitamente chi ne soffre ha il peso che avrebbe comunque mangiando normalmente. È qui che la pratica bulimica si mostra inesorabilmente slegata dalla finalità del controllo ponderale. Vorremmo avanzare l'ipotesi che la ritualità bulimica assuma il ruolo di una sorta di disciplina mentale. Qualche giorno fa una paziente si lamentava dell'incapacità di controllare alcunché. Le spiegai, per l'ennesima volta, che biologicamente ciò che lei desiderava non era possibile. "Non è vero – rispose – una volta ci riuscivo". Mi spiegò che fino allo scorso anno lei controllava benissimo quanto ingurgitava durante il giorno (ed effettivamente mangiava pochissimo). Certo, la sera capitava sempre un'abbuffata, peraltro non seguita da vomito. Provammo a fare un rapido calcolo di quanto veniva ingerito e scoprimmo che sommando l'introito "ufficiale" con quello "ufficioso" risultava non dissimile da quello derivante da un'alimentazione normale. Fu la paziente stessa, una persona brillante, che mi fece notare come anche l'etichetta di "anormale" fosse fuori luogo. Il suo modo di mangiare si sarebbe considerato normale e anzi doveroso da un musulmano durante il Ramadan.

Questa piccola digressione ci fa capire come nella bulimia, così come negli altri disturbi alimentari, non sia in questione solo il comportamento, ma sia fondamentale l'interpretazione, implicita o esplicita, di ciò che si fa. Le circostanze in cui si origina l'episodio dell'abbuffata a questo punto possono essere le più diverse: talvolta viene scatenato dall'assunzione anche minima di un cibo che la persona considera "proibito" per l'elevato contenuto energetico o di grassi, altre volte l'innescò può essere dovuto ad uno stato emotivo (tensione, rabbia, ansia, noia). Ci sono casi in cui l'abbuffata viene programmata, scegliendo con cura il momento adatto e predisponendo gli alimenti necessari, per realizzare quindi un atto consolatorio o riempitivo di un tempo vuoto. Altre volte non è l'assunzione di cibo a essere investita, ma la sua eliminazione. Alcune pazienti affermano di mangiare per poi poter vomitare, perché solo dopo quell'atto si sentono scaricate, non solo per quanto riguarda il cibo ma anche la tensione.

Possono esserci varie interpretazioni di ciò, dall'ipotesi dell'*addiction* a quella dei DA come aspetti dello spettro ossessivo, rispetto alle quali rimandiamo ad altre trattazioni (De Giacomo, Renna, Santoni Rugiu, 2005). È tuttavia nostro parere che, nei disturbi alimentari, gli aspetti relativi alle dinamiche del pensiero siano poco investigate. Nella nostra esperienza

troviamo utile considerare il cibo e le pratiche che lo coinvolgono in funzione di significanti che trasmettono ciò che la persona, in maniera esplicita, non riesce a fare.

Il pensiero sul cibo è pervasivo, occupa progressivamente porzioni sempre più larghe dello spazio mentale disponibile, relegando ai margini interessi prima centrali nella vita della persona. Aree di significato vengono riconvertite al servizio della vigilanza sul pericolo-cibo, che diventa il contesto alla luce del quale la paziente opera una progressiva rilettura della sua esistenza. Sbaglieremmo se pensassimo che la finalità di tutto ciò sia la restrizione, o viceversa l'abbuffata o il vomito. L'obiettivo, come chiarisce una paziente "è di stare sempre sul limite, di sentire che non sto perdendo il controllo della situazione". Il controllo consapevole, l'attenzione vigile, serve per ricercare una tranquillizzazione, ma allo stesso tempo è il perseguimento di uno stato di attivazione continua. Una tensione che può essere spiacevole ma che ha il vantaggio di essere ben conosciuta.

Come indagare sui meccanismi di pensiero sottostanti a questa fenomenologia? Abbiamo parlato precedentemente di metafore sociali. Vorremmo ora capire meglio come tutto ciò si incardini con il processo del pensiero metaforico, e questo con il vivere e sentire il cibo e il corpo.

Il pensiero metaforico

L'essenza di una metafora è la comprensione di un fenomeno attraverso un altro fenomeno. Noi tutti siamo consapevoli di utilizzare esempi nel nostro argomentare di tutti i giorni. I filosofi e i linguisti sostengono che il nostro sistema concettuale, per mezzo del quale agiamo e pensiamo, è fondamentalmente metaforico.

La metafora non è solo un modo dell'espressione linguistica; va considerata piuttosto come una delle principali strutture cognitive che ci permettono di avere esperienze coerenti e ordinate. I filosofi Mark Johnson e George Lakoff (1980) hanno portato un notevole contributo nella concettualizzazione della metafora, da figura retorica del discorso a modello mentale. Questi autori ritengono che la metafora abbia a che fare con la costruzione di mappe senso-motorie, corrispondenti a connessioni neurali. Si tratta di un processo psicologico fondamentale, non sempre e necessariamente un processo consapevole.

Il processo chiave per Johnson e Lakoff (1999) è quello di *incorporazione*. La mente è sempre e inevitabilmente legata alle percezioni

corporee e alle esperienze sensomotorie. Nel loro modello articolano tre premesse:

- La mente è frutto di un processo di incorporazione
- Il pensiero è prevalentemente inconscio
- I concetti astratti sono in larga misura metaforici

Il corpo rappresenta di per sé un campionario di esperienze che possono fungere da metafore guida: la fame, la sete, la stanchezza, la forma e le dimensioni corporee, il peso sono sensazioni fisiche che possono rappresentare esperienze non corporee. Possiamo essere assetati di giustizia, affamati di conoscenza, sentirci grandi o piccoli, essere schiacciati dal peso di una colpa, e così via. Etimologicamente la maggior parte dei termini con cui indichiamo le nostre emozioni erano in origine metafore riferite a sensazioni, movimenti, atteggiamenti legati al corpo. Ad esempio, la parola “vergogna” viene dal latino “verecondia” derivante dal verbo “vereri” che indicava l’atteggiamento di rispetto implicante l’inchino.

Il processo di creazione e di comprensione delle metafore costituisce un veicolo fondamentale per la comprensione e la comunicazione degli stati emotivi propri e delle altre persone. Tutto ciò implica una capacità di riconoscere e monitorare i processi che si svolgono nella mente, abilità che si sviluppa gradualmente nel bambino e che ha come matrice il rapporto con le figure parentali.

Per comprendere una metafora bisogna sospendere l’adesione al significato letterale delle parole e utilizzare il concetto che veicolano per costruire il nuovo significato. Possiamo immaginarci, a titolo di esempio, un signore in vacanza che percorre un faticoso sentiero di montagna e che ogni momento, sbuffando e ansimando, si ferma per dire: “non ce la faccio più, adesso muoio”. È evidente che questo escursionista inesperto non pensa realmente di morire, ma sta semplicemente dicendo “sono così in difficoltà che è come se stessi per morire”, probabilmente per indurre i suoi compagni ad avere clemenza e rallentare.

Normalmente non abbiamo difficoltà a decifrare una situazione di questo genere, ma vedremo che le cose non sono così scontate. Ciò che il protagonista della nostra storia sa indubbiamente fare è riconoscere i sintomi corporei, per esempio l’ansimare, collegarli a diverse situazioni, la fatica o un attacco di cuore. Nello stesso tempo è in grado di discriminarli bene nonostante le somiglianze.

Se questo non si verifica siamo nella situazione che Giovanni Liotti (2001) definisce “metafora incompiuta”. I sintomi non vengono riconosciuti nella loro complessità (fisici, affettivi, relazionali) ma li si considera come segno di una malattia imminente. Se il nostro escursionista

non fosse in grado di dire “è come se ... ma non è vero” potrebbe pensare di essere in pericolo di vita e tutto ciò si tradurrebbe verosimilmente in un attacco di panico. È evidente che ciò costituisce un processo implicito o, in altre parole, inconscio.

Il corpo parla quando non c'è un linguaggio verbale sufficientemente adeguato ad identificare ed esprimere le proprie emozioni (Rizzuto, 2001).

I disturbi alimentari sono un territorio privilegiato per le metafore corporee. L'uso metaforico del corpo non ha più la funzione di una rappresentazione atta a descrivere un'esperienza, ma diventa la concreta manifestazione dell'emozione provata. Diviene un fatto con cui non si può negoziare. Il “come se” della metafora diventa un “è”.

Rizzuto (2001) riferisce una restrizione del linguaggio di interesse clinico in molti soggetti anoressici e bulimici: un uso minimale delle metafore nel linguaggio, a cui consegue la difficoltà di riconoscere le reazioni somatiche che accompagnano gli stati emotivi.

Finn Skårderud (2007 b), del Centre for Child and Adolescent Mental Health di Oslo, studiando il pensiero metaforico nell'anoressia, fa notare come ci sia un generale accordo tra molti autori sul fatto che un disturbo di questo tipo di pensiero sia da considerarsi una regressione della funzione rappresentazionale e/o un insufficiente sviluppo della capacità simbolica. In particolare Atwood e Stolorow (1984), all'interno della tradizione della psicologia del sè, vedono la tendenza alla *concretizzazione* come segno di una vulnerabile organizzazione del sé. Forme differenti di stress possono minacciare l'integrità del sé e, attraverso la *concretizzazione*, queste persone tentano di rafforzare il proprio senso di sé radicandolo nell'esperienza sensoriale del corpo. La *concretizzazione* permette di fronteggiare la sensazione di spaesamento ricostruendo un senso del reale.

Skårderud (2007 a,b,c) si è occupato di questi temi, in particolare rispetto all'anoressia, coniando il concetto di *metafora concretizzata*. A partire dallo studio di resoconti redatti dalle sue pazienti, ne ha definito un campionario. In queste metafore corporee si riscontra una diretta analogia tra emozioni ed esperienze fisiche. L'esperienza emozionale è sentita e organizzata sulla base dei diversi domini dell'esperienza sensoriale. Le emozioni sono concretizzate, ossia vengono prese alla lettera. Le proponiamo nella loro immediatezza.

Riempirsi e svuotarsi. “troppo” non riguarda solo la quantità di cibo, ma anche e soprattutto la difficoltà di gestire le situazioni problematiche della vita. Quando si sente che è troppo, diventa impellente svuotarsi.

Avevo un incontro con il mio capoufficio. Ho deciso di vomitare perché mi sentivo in ansia. Non riuscivo a sopportare di avere la

colazione nello stomaco, non riuscivo a concentrarmi. Ho bisogno di sentirmi vuota per essere presente a me stessa.

La connessione è tra l'atto fisico di svuotare lo stomaco e la sensazione di "svuotare", chiarificare, la mente.

Sentirsi puri. La purezza ha a che fare con l'ascetismo e la spiritualità, elementi cruciali nel disturbo alimentare. Il cibo puro è quello senza grassi e con poche calorie. A volte si riferisce anche a come il cibo viene servito, separatamente, in piccoli pezzi e non mischiato. Ciò che è semplice dà sicurezza.

Ho cominciato a ridurre il cibo perché tutto mi sembrava eccessivo, faticoso, imprevedibile. Sentirmi austera mi faceva sentire più salda in me stessa, potevo vedere le cose che si dipanavano ad una ad una e riuscivo a seguirle. Mi sentivo più pura, senza il desiderio del cibo che mi abbruttiva, senza il cibo che sporcava il mio corpo, senza gli altri intorno che facevano confusione.

Questa testimonianza mostra una connessione tra la sporcizia, il cibo e la difficoltà di stare con gli altri. Il legame metaforico è tra una presunta disinfezione del corpo e il vissuto di semplicità sul piano emotivo e relazionale.

Riempire lo spazio. Ha a che fare con le misure, con la taglia, ma anche con la sensazione di poter o meno "avere uno spazio" nelle relazioni e negli affetti.

Mi vedo così insoddisfacente, non credo di poter essere amata, non c'è nulla di interessante in me. Spesso mi trovo a pensare che non merito di vivere. Ci sarà una ragione per cui tutte le cose mi vanno male. Quando mi sono innamorata di C ho avuto l'impressione che le cose fossero diverse, ma poi è andato tutto a rotoli, non sono riuscita ad interessarlo. Quella volta mi sono sentita perduta, ho perso ogni ancoraggio, sentivo il mio corpo che si espandeva a dismisura. Vorrei essere piccola, piccola tanto da sparire, è l'unico modo in cui riesco a tollerarmi.

In questa ragazza la concezione negativa di sé stessa si lega al diritto che si attribuisce di occupare uno spazio fisico. Non c'è nessuno che mi ami, non c'è un posto per me. È evidente come l'equivalenza tra fisico e psichico funzioni in entrambe le direzioni: una sensazione fisica negativa induce emozioni negative, ma anche i sentimenti possono indurre sensazioni corporee.

Sentirsi pesanti o leggeri. La fobia del peso è un elemento chiave nei disturbi alimentari. Tuttavia la pesantezza non è soltanto una caratteristica fisica, si riferisce anche alla percezione di un carico che grava sulla persona. Un carico di responsabilità negli affetti, nei rapporti con gli altri,

negli impegni scolastici o lavorativi. La leggerezza rappresenta un sollievo, sia dal punto di vista fisico che da quello emotivo.

Qualche volta mi capita di sentirmi così leggera da poter volare, al di sopra delle preoccupazioni, oltre tutto ciò che la gente si aspetta da me. In quei momenti sono quasi felice. Quando mi ritrovo a mangiare mi sembra di precipitare a terra, il mio corpo diventa di piombo. È sempre così, il cibo mi fa sentire pesante, ma non solo, tutto ciò che è brutto mi fa sentire pesante. La tristezza è un macigno.

La sensazione fisica e l'emozione si rincorrono. La tristezza diventa pesantezza reale nel momento in cui la preoccupazione si fa ossessiva.

Sentirsi solidi. Il contatto fisico con il corpo, la sensazione di poter “toccare le ossa”, i muscoli allenati, sono caratteristiche centrali spesso sottovalutate. Spesso il fatto di sentire l'osso sotto la pelle rappresenta un punto di arrivo per la ragazza nella fase anoressica, le dà un'enorme sicurezza e diventa un riferimento certo quanto al mantenimento della situazione. Lo stesso si può dire per la percezione della tonicità del muscolo, anche a scapito delle sue dimensioni. Mantenere questo stato fornisce un elemento di prevedibilità e riduce l'ansia. Al contrario, la perdita di questo stato si lega indelebilmente con un senso di fallimento e, più in generale, ad un senso di spaesamento.

Ho sempre avuto timore a fidarmi degli altri, anche se mi fa sentire in colpa dirlo, compresi i miei. Mi faceva paura seguire quello che dicevano. Non riuscivo ad essere certa che fosse la cosa giusta. Avevo bisogno di un punto fisso nella mia vita. So che per lei è assurdo, ma sentire le mie ossa, il loro contatto sotto la pelle, mi sembrava l'unica cosa di cui potevo fidarmi.

Posso ammettere che allora fisicamente stavo male, ma riprendere peso è stato terribile. E anche ora quando mi abbuffo sento che quello che butto giù mi impedisce di percepire me stessa e quello che ho dentro. Tutto diventava confuso, mi faceva paura.

La solidità delle ossa si trasforma in una visione chiara di sé stessi, nella percezione di una forza interiore che va oltre la dimensione fisica. L'interiorità e l'interno del corpo diventano concetti assimilabili. La perdita di questo contatto è spesso vissuta come un lutto

Togliere. Eliminare qualcosa dal proprio corpo equivale a rimuovere una parte negativa. Il grasso, il peso, il cibo in più sono percepiti come negativi, ma la stessa regola può valere per altre cose. Diventare più magri significa acquisire una nuova identità, più accettabile, più facile da gestire. Significa permettersi una nuova partenza. Vale la pena di sottolineare

quanto questo pensiero valichi l'immaginario del disturbo alimentare e sia ben consolidato nel nostro comune modo di pensare.

Non mi sono mai sentita all'altezza della situazione. Però, quando ho cominciato a dimagrire ho visto che gli altri si accorgevano di me e mi sentivo migliore. Non ho mai creduto che dimagrire in quel modo fosse completamente giusto, passavo la giornata a vomitare. Ma la sensazione di levarmi di dosso tutta quella sporcizia era troppo importante. Era come se il cibo non fosse solo dentro di me ma mi avvolgesse sottraendomi alla vista degli altri. Volevo solo essere una persona nuova e per arrivare a questo era necessario eliminare quello che c'era in più.

Rimuovere il cibo vale a eliminare le emozioni e i pensieri negativi, oltre ai problemi con gli altri. Ancora una volta è visibile come fisicità e emotività si confondano, come dentro e fuori dal corpo diventino un unico spazio.

Gli esempi illustrati mostrano come le metafore corporee non vengano percepite dalle pazienti come modi per significare un contenuto mentale, ma direttamente come una esperienza di sofferenza del corpo. L'equivalenza funziona in entrambe le direzioni, le esperienze corporee inducono cambiamenti nell'umore, ad esempio la sensazione di sentirsi pieni può essere correlata al disagio di sentirsi violati; così una emozione negativa può essere immediatamente traslata nella sensazione di sentirsi ingrassati. Sfortunatamente, chi soffre di bulimia ha una scarsa consapevolezza della connessione metaforica tra i sintomi fisici e le sottostanti emozioni e il senso di sé.

Questo fenomeno è stato descritto da vari autori con nomi differenti (concretismo, atteggiamento concreto, equivalenza fisica, metafora concretizzata) e alla base presenta una ridotta capacità di usare le metafore in modo funzionale. Si verifica un appiattimento dello spazio simbolico tra corpo, pensiero ed emozione. Il "come se" della metafora viene perduto e il significato si riduce all'esperienza concreta.

Alcuni autori fanno risalire questo problema ad un disturbo di quella che viene definita la *funzione riflessiva* della mente umana. Il disturbo alimentare, in questo senso, sembra essere una reazione a una distorta o vulnerabile organizzazione del sé. La funzione riflessiva è un concetto che si riferisce ai processi psicologici alla base della capacità di costruire rappresentazioni mentali. Questo concetto è stato descritto sia in ambito psicanalitico (Fonagy, 2002) che cognitivo (Morton & Frith, 1995). La *mentalizzazione* è un aspetto della funzione riflessiva definibile come la capacità di vedere un comportamento, proprio o altrui, come la

conseguenza di un pensiero, di un'emozione, di una convinzione (Gunderson, 2004).

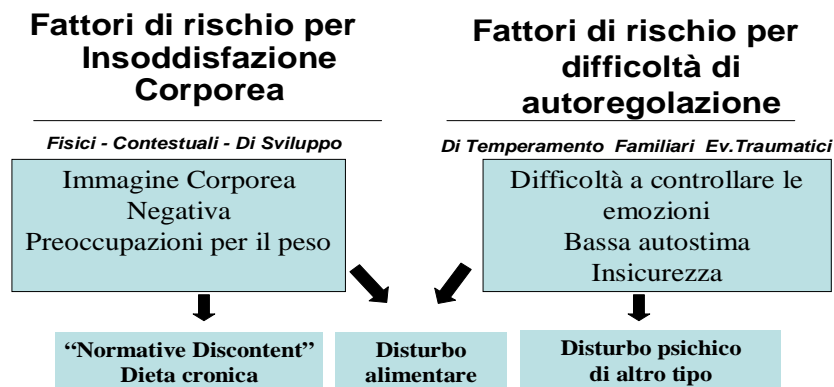
Sulla base di osservazioni empiriche, Fonagy e Target (1997) hanno argomentato che la capacità di comprendere il comportamento interpersonale in termini di stati mentali è la chiave di volta dell'organizzazione del sé e della regolazione affettiva. Questo processo si realizza nel contesto delle prime relazioni di attaccamento, nel rapporto di rispecchiamento tra il bambino e la madre. Un attaccamento sicuro promuove la capacità di mentalizzare, un attaccamento insicuro o la presenza di traumi rendono problematico il suo sviluppo.

La Bruch (1973) aveva già osservato, nel corso del suo lavoro pionieristico, che le pazienti anoressiche manifestavano problemi nella percezione e nell'interpretazione dei segnali corporei, come fame e sazietà, ma anche fatica e debolezza, facendo risalire tutto ciò ad una difficoltà della regolazione tra madre e bambino. Cibo e corpo diventano una rappresentazione polivalente delle correnti affettive che non vengono decifrate (Ostuzzi, Luxardi, 2007).

Fonagy si è riferito ai disturbi alimentari solo marginalmente, tuttavia non ha mancato di notare che, quando la realtà psichica è poco integrata, il corpo prende su di sé un ruolo eccessivamente centrale per garantire la continuità del senso di sé (2002, 2004). Ciò può accadere in adolescenza, quando i cambiamenti corporei comportano un aggiustamento dell'identità ancora più rilevante.

Uno sguardo d'insieme

È possibile trarre da queste considerazioni sparse un modello coerente? La Connors (1993) propone un interessante modello a due componenti: quelle relative al disagio corporeo e quelle relative alle difficoltà di autoregolazione.



Il pregio di questo modello è di mettere in relazione il disagio corporeo, cronicamente diffuso nella nostra società, con il malessere individuale della persona, dovuto alla sua costituzione psichica e alle esperienze di vita.

Da un lato abbiamo quindi un fattore socialmente determinato. Chi nasce in una società occidentale viene precocemente socializzato ad un ideale estetico del corpo magro. Questo processo è in gran parte inconsapevole, governato com'è da influenze mediatiche a cui di norma non prestiamo molta attenzione. Vero è che sempre più persone sono scontente del loro aspetto e tante di loro, senza avere un disturbo alimentare, sono disposte a sottoporsi a pratiche stressanti e non salutari per dimagrire, pur senza avere alcuna indicazione medica a perdere peso. La magrezza è un simbolo di successo. Lo è nel nostro immaginario collettivo ma anche nei fatti, visto che è dimostrato che le persone magre trovano più facilmente lavoro.

Ciò detto, possiamo pensare che la spinta sociale alla magrezza, veicolata magari dal prestigio di qualche modella, sia un fattore determinante per sviluppare un disturbo alimentare?

Probabilmente no. Può essere causa di una bassa autostima corporea che andrà a influenzare negativamente i rapporti sociali; può determinare una insoddisfazione così diffusa da diventare strutturale, ciò che gli anglosassoni chiamano *normative discontent*; può indurre comportamenti stressanti come quelli di dieta cronica.

Ma cosa fa la differenza che porta allo sviluppo di un disturbo alimentare? Come abbiamo già affermato, molte sono le persone che si mettono a dieta, per fortuna solo una minima parte di loro sviluppano un disturbo alimentare. Allo stesso modo potremmo dire che molte persone sono abituate a bere vino, ma solo una minoranza diventa alcolista. È evidente che il passaggio da un comportamento normale ad uno patologico è determinato da ulteriori elementi.

Nella parte destra del modello vengono indicati fattori di rischio che hanno a che fare con difficoltà di regolazione emotiva, dei rapporti interpersonali, dell'autostima. Questi sono in relazione con gli aspetti temperamentali, con i processi di attaccamento, con gli eventi di vita traumatici che un individuo può incontrare nel corso del suo sviluppo. In assenza di un ambiente che favorisca un iperinvestimento sul corpo è presumibile che gli elementi citati produrrebbero comunque uno stato di malessere, ma con ogni probabilità non un disturbo alimentare. Nell'ipotesi, per esempio, di una società dove venga valorizzato l'uomo che regge bene l'alcol, un ragazzo in difficoltà correrebbe facilmente il rischio di sviluppare un problema di alcolismo.

Ciò che determina la possibilità di intraprendere la strada di un'anoressia è il fatto che ci sia un ambiente sociale che funge da incubatrice del disturbo. La nostra società, così turbata dai problemi dell'immagine corporea, fornisce probabilmente la forma al malessere delle persone. Il disturbo alimentare è una delle identità a disposizione di una ragazza in difficoltà, nel corso della sua crescita.

Resta un problema: quali sono le persone che prenderanno questa strada? Possiamo immaginare qualcosa del funzionamento mentale che favorirà lo sviluppo di un disturbo alimentare, piuttosto che di un altro tipo di disagio mentale? Ci auguriamo che gli argomenti esposti fin qui forniscano elementi al riguardo. Possiamo aggiungere qualcosa facendo riferimento al principio di incorporazione, visto in senso estensivo, dal piano psicologico a quello antropologico. Fischler (1990) fa notare come mangiare significa incorporare, fare proprie le qualità dell'alimento. Ciò è vero, almeno in parte, dal punto di vista biologico (gli aminoacidi diventano parte del corpo di colui che mangia) ma è forte l'estensione simbolica. Il pensiero magico porta a presumere di acquisire le qualità morali di ciò di cui ci si nutre (Frazer, citato in Poulain, 2005). Sul versante psicologico, nell'atto di mangiare l'uomo incorpora sé stesso (Poulain, 2005), si integra in uno spazio culturale. Che ciò venga percepito in modo positivo o negativo, l'atto di mangiare inserisce e mantiene il consumatore in un sistema di significati. Sull'altro fronte, il rifiuto o il rigetto del cibo rappresenta il rifiuto di questo mondo.

Possiamo, in conclusione, ipotizzare il rapporto con il cibo ed il corpo come mediatore di un sistema di significati molto più ampio, che ha a che fare con l'integrazione della persona nel suo sistema di relazioni sociali, ma anche con l'integrazione del sistema cognitivo-affettivo ad essa interno, e alla capacità che la persona ha di utilizzare il pensiero astratto e metaforico per attribuire un senso agli eventi della propria vita.

La bulimia, e più in generale il disturbo alimentare, appare un corto circuito in questo sistema. Il lavoro di cura va quindi considerato nel senso di un recupero, o della acquisizione, della capacità di costruire e attribuire significati al proprio mondo.

Bibliografia

1. Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (1984), *Structure of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*, Hillsdale, NJ: Analytic Press
2. Bateman, A., Fonagy, P. (eds.), (2004), *Psychoterapy for borderline personality disorder: Mentalisation-based treatment* (pp.v-vii), Oxford: Oxford University Press (trad. It.: *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Milano: Raffaello Cortina, 2006)
3. Bauman, Z. (2000), *Liquid Modernity*, Cambridge: Polity Press (trad. it.: *Modernità liquida*, Bari: Laterza, 2002)
4. Bauman, Z. (2005), *Liquid Life*, Cambridge: Polity Press (trad. it.: *Vita liquida*, Bari: Laterza, 2006)
5. Bruch, H. (1973), *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, New York: Basic Books (trad. It: *Patologia del comportamento alimentare*, Milano: Feltrinelli, 1977)
6. Connors M.E., Morse W. (1993) "Sexual abuse and eating disorders: a review", *Int J Eat Disord.*, Jan;13(1):1-11.
7. Cuzzolaro, M., (1988), "Bulimia nervosa: definizione diagnostica e terapia psicanalitica", *Psicobiettivo*, anno ottavo, 2, 9-24.
8. Cuzzolaro, M., (2004), *Anoressie e bulimie*, Bologna: Il Mulino
9. Dalle Grave, R., De Luca, L. (1999), *Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione*, Verona: Positive Press.
10. De Giacomo, Renna, Santoni Rugiu (2005), *Manuale sui disturbi dell'alimentazione*, Torino: Franco Angeli.
11. Devereux, G. (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma: Armando.
12. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003) "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment", *Behaviour Research and Therapy*, Volume 41, 5, May, 509-528
13. Fischler, C., (1990) *L'omnivore*, Paris: O. Jacob (trad. It.: *L'onnivoro*, Milano: Mondadori, 1992)
14. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002), *Affect regulation, Mentalisation and the Development of the Self*, London: Other Press (trad. It.: *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sè*, Milano: Raffaello Cortina, 2005)

15. Fonagy, P., Target, M. (1997), "Attachment and reflective function. Their role in self-organization", *Development and psychopathology*, 9, 679-700.
16. Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M., (1980) "The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as distinct subgroup", *Arch. Gen. Psychiatry*, 317, 1036-1040.
17. Giovanni Liotti (2001), *Le opere della coscienza*, Milano, Raffaello Cortina.
18. Gordon, R.A., (1990) *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*, Oxford: Basil Blackwell Ltd. (trad. It.: *Anorexia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*, Milano: Raffaello Cortina 1991)
19. Gunderson, J. (2004), Foreword. In Bateman, A., Fonagy, P. (eds.), *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisation-based treatment* (pp.v-vii), Oxford: Oxford University Press (trad. It.: *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Milano: Raffaello Cortina, 2006)
20. Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago & London: University of Chicago Press.
21. Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books.
22. Lipovetsky, G. (2006), *Le bonheur paradoxal*, Paris: Gallimard (trad. it.: *Una felicità paradossale*, Milano: Raffaello Cortina, 2007)
23. Morton, J., Frith, U. (1995), "Causal modelling: A structural approach to developmental psychology" in Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds.), *Developmental psychopathology, Vol. I, Theory and methods* (pp. 357-390). New York: John Wiley.
24. Ostuzzi R., Luxardi G.L. (2003), *Figlie in lotta con il cibo*, Milano: Baldini Castoldi Dalai.
25. Ostuzzi R., Luxardi G.L. (2007), *Un boccone dopo l'altro*, Milano: Baldini Castoldi Dalai.
26. Poulain, J.P., (2005) *Sociologies de l'alimentation*, Paris: Presses Universitaires de France, (trad. it.: *Alimentazione, cultura e società*, Bologna: Il Mulino, 2008).
27. Rizzuto, A.M. (2001), "Metaphores of bodily mind", *Journal of American Psychoanalytic Association*, 10, 22-49.
28. Russel, G.F.M. (1979), "Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa", *Psychol. Med.*, 9, 429-448.

29. Skårderud, F. (2007 a). "Eating one's words, Part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa", *European Eating Disorders Review*, 15, 163-174.
30. Skårderud, F. (2007 b). "Eating one's words, Part II. The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—Theory", *European Eating Disorders Review*, 15, 243-252.
31. Skårderud, F. (2007 c). "Eating one's words, Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual", *European Eating Disorders Review*, 15, 323-339.
32. Sontag, S. (2002) *Malattia come metafora. Cancro e AIDS*, Milano: Mondadori.

Roberto Ostuzzi, medico psicoterapeuta, responsabile Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Casa di Cura Villa Margherita –via Costacolonna 20, Arcugnano (VI)
roberto.ostuzzi@casadicuravillamargherita.it cell. 3483304335

Gian Luigi Luxardi, psicologo psicoterapeuta, responsabile Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare ASL n°6 Pordenone – Ospedale di S.Vito al Tagliamento, via Savorgnano 2, S.Vito al Tagliamento (PN)
gianluigi.luxardi@ass6.sanita.fvg.it cell. 3386044317