

In: *Regazzo LD (ed)*

Bulimici e obesi immancabilmente! Padova: Cleup, 65-88

UNA VISIONE ESISTENZIALE DELLA BULIMIA: TEORIA E TERAPIA

Alfried Längle e Silvia Müller¹

Abstract

Il modello terapeutico dell'analisi esistenziale, centrato sulla persona, conduce allo studio della Bulimia da un punto di vista fenomenologico basandosi sulle conoscenze acquisite sul piano del vissuto soggettivo. La Bulimia si presenta come sintomo di una doppia carenza esistenziale: da una parte manca la cura verso la propria vita (che corrisponde alla "seconda motivazione fondamentale dell'esistenza"), dall'altra sembra esservi una difficoltà a trovare e mantenere il sé e l'identificazione di sé delineando i propri confini. Per questo, secondo la "terza motivazione fondamentale dell'esistenza", è reso più difficile l'accesso a ciò che è proprio (l'essere se stessi in quanto persona). Dopo una descrizione del significato psicologico del cibarsi sarà trattato il tema dell'utilizzo del mangiare (e del vomito) per placare la caratteristica patologia bulimica.

In questo contesto, la Bulimia è la manifestazione di personali e specifici blocchi di un processo.

Osservata alla luce della genetica psicopatologica, la Bulimia insorge in un quadro di relazioni diffuse, deludenti, nella quale *il rifiuto camuffato da attenzioni rivolte alla persona* è visto come causa specifica della sofferenza. Conclude l'articolo una panoramica sulle possibili terapie da applicare.

¹ In collaborazione con Barbara Jöbstl, Ruth Kathan-Windisch, Claudia Klun, Silvia Längle, Christa Lopatka, Christian Probst, Michaela Probst †, Daniel Trobisch, Paul Wyckoff, Hans Zeiringer.

Introduzione

In una psicoterapia a indirizzo esistenziale, l'approccio fenomenologico gioca un ruolo chiave per la comprensione dell'uomo e dei suoi disturbi e da questa comprensione deriva successivamente la prassi specifica. La metodologia fenomenologica possiede, quindi, un significato centrale poiché apre la via all'essenza dell'uomo e al suo essere persona. L'analisi esistenziale richiede la fenomenologia perché essa procede attraverso la mobilitazione di risorse personali (come ad esempio la comprensione, la presa di posizione, la decisione) per giungere a un'esistenza autentica.

Un mezzo importante per giungere alle risorse personali è comprendere il vissuto soggettivo del paziente. La comprensione dell'essenza del disturbo precede comunque, nel processo terapeutico, la comprensione del singolo individuo. Questa conoscenza riguardo al tema del disturbo - nel nostro caso la Bulimia - consente al terapeuta di porsi in modo empatico ed efficace nei confronti del paziente e della sua sofferenza.

Nell'ambito di un procedimento analitico esistenziale, presentiamo l'aspetto fenomenologico della Bulimia che fa da pendant al rilevamento empirico dei sintomi nelle psicoterapie a orientamento scientifico naturale. Le informazioni rilevate dal vissuto del paziente e dall'empatia del terapeuta sono intese come sguardo profondo sui processi e i significati che stanno alla base della sofferenza del soggetto. Da questa conoscenza derivano le linee fondamentali per il trattamento.

Fenomenologia della Bulimia

Osservata dal punto di vista fenomenologico, la Bulimia sembra caratterizzata da due aspetti del proprio vissuto:

1. *riempimento*; riempirsi (nel gergo bulimico "ingozzarsi") fino a stare male, e tuttavia rimanere con una sensazione di *fame* e insoddisfazione di fondo;
2. *alleggerimento*; raggiungimento *del sollievo* attraverso il vomito che rappresenta un'esperienza di liberazione da qualcosa che non fa bene e che è metaforicamente rappresentato dal cibo eccessivo.

L'attacco bulimico è preceduto da tensione, malessere, spesso derivanti dalla solitudine e dalla mancanza di relazioni, vuoto, noia. Su questo sfondo il cibo è assunto con avidità, fretta, rapidità e sfrenatezza. Il mangiare non porta a una gradevole sazietà, ma a un sovraccarico doloroso: è un sintomo di una dipendenza che come tutte le dipendenze, non conosce e non rispetta limiti. Lo stato fisico così raggiunto corrisponde a un dolore psichico non avvertito che ormai è diventato tangibile in maniera somatica e che sul piano somatico spinge a un alleggerimento. Si arriva alla stimolazione del vomito per liberarsi da ciò che non fa bene. L'evento a livello corporeo non può naturalmente risolvere la situazione psichica problematica e dunque l'alleggerimento può essere solo momentaneo e il rituale si ripeterà in modo ossessivo. Dietro questo comportamento inibito e disturbato si possono riconoscere due *cause a livello psichico interiore*:

- a) una mancanza di relazione con se stessi sul piano dell'esperienza di sé: il paziente non sente e non ha, in una continua e vicina presenza, il proprio corpo, i propri sentimenti nonché gli affetti e le emozioni;
- b) questa mancanza è legata a un sentimento di vuoto interiore ed estraneità; essenzialmente si tratta della mancanza di autenticità.

Deficit nel rapporto con se stessi

Il deficit nel *rapporto con se stessi* insorge, dal punto di vista dinamico, dalla mancanza di una relazione significativa e di accudimento verso di sé: i pazienti non arrivano a sperimentare modalità introspettive e non riescono ad avere una sensazione piena di sé; il sentire e il percepire è ovattato e impalpabile. Questa mancanza si riflette sia sul proprio corpo, sia sul proprio mondo interiore psichico. Non si sentono a proprio agio con se stessi e hanno il senso di non vivere serenamente e di essere solo in grado di sopravvivere. Poiché la capacità interiore di attenzione verso se stessi è bloccata, è stata trascurata o per qualsiasi motivo non è mai riuscita, viene riscoperto il cibo come mezzo sostitutivo di autocura. Il mangiare, per il fatto di incorporare cibo, crea un'esperienza di maggiore vicinanza con sé, produce un'esperienza affettiva e rafforza l'autopercezione corporea.

L'intensità di questo importante *deficit* psichico aumenta in proporzione alla sua durata e non si riduce con il mangiare. Il desiderio di compensazione diventa più forte, incontrollabile e infine si trasforma

in bisogno compulsivo di cibo. Ciò permette di comprendere la veemenza che trasforma l'atto dell'alimentarsi in un'assunzione autolesiva di alimenti (fame compulsiva), che va oltre i confini del bisogno fisiologico, danneggiando l'organismo; il sollievo iniziale è accompagnato dalla sofferenza dell'insaziabilità. In un certo senso, ingannato e deluso, il comportamento si converte contro la propria persona. L'intensità dell'assunzione del cibo è unita a una spinta auto aggressiva e irosa, avvolta da un'esperienza di piacere. L'autoaggressione è conseguenza della tensione interna e di un malessere emotivo che crea uno stimolo incontrollabile ad abbuffarsi fino a sentire un doloroso gonfiore che interrompe l'assunzione compulsiva di cibo.

In questo modo non vi è piacere né tempo per assaporare ciò che si mangia; non si stabiliscono relazioni con sé e con gli altri; l'abbuffata provoca malessere fisico e psichico e non sazia la vera fame: il vuoto interiore rimane.

Nella teoria dell'analisi esistenziale, questa prima causa è messa in relazione a un *deficit strutturale nel rapporto con la vita*: la cosiddetta *seconda motivazione fondamentale dell'esistenza*.

La prima struttura dell'esistenza (Längle 2008) si riferisce, invece, al rapporto con i fatti, le condizioni e le opportunità della realtà.

Nella Bulimia non assistiamo a una lotta a livello di questa prima dimensione dell'esistenza; sullo sfondo non c'è un'insicurezza del poter-essere o un deficit della percezione e della paura. La Bulimia coinvolge la seconda struttura dell'esistenza consistente nel confronto inevitabile con il dato che l'*esserci* deve compiersi *come vita*. Ma vita significa *relazioni* con gli altri e con se stessi, significa provare *sentimenti* che hanno una dinamica interiore; ma se il funzionamento dei pazienti bulimici si svolge regolarmente, viceversa il rapporto con se stessi e con le altre persone è disturbato.

Sentimento di vuoto interiore

Anche la *terza motivazione fondamentale dell'esistenza* è pregiudicata. È pregiudicata quindi la possibilità di essere-se-stessi e di essere egosintonici. Il soggetto si crea un interlocutore interiore con il quale può avere un dialogo fra sé e sé. Se riesce a sperimentare o se vive questa interiorità, egli sarà autentico e responsabile nella propria libertà. I pazienti bulimici presentano una debolezza anche in questa

struttura, mentre nella quarta struttura esistenziale, sul piano del contesto e del senso, presentano prestazioni discrete.

Vista la mancanza di relazioni interiori, i deficit della III MF (domanda del sé: io *sono* me stesso, ma mi sento libero nell'essere me stesso?) vengono avvertiti in modo piuttosto sensibile. La solitudine esteriore diventa insopportabile, lo stare da soli diventa difficile poiché non esiste alcun interlocutore interiore, non c'è un vero "stare con se stessi". Il dialogo interiore cessa o viene sostituito da rimproveri; i pazienti si sentono degli estranei, interiormente vuoti e non riescono a vivere ciò che è *loro proprio*, perdendo così l'autenticità. Patiscono il continuo *travalicamento dei propri confini* da parte degli altri e di loro stessi; non sono in grado di mantenere ciò che è loro proprio e di proteggere i confini dell'io. Per fare questo ci vorrebbe la capacità di accedere ai sentimenti e di mantenerli persistenti.

In questo stato deficitario non è più possibile elaborare le esperienze spiacevoli: queste vengono rimosse o eliminate. Il deficit della II MF è superato soprattutto con il *mangiare*, quello della III MF viene equilibrato con il *vomito*. Esso ha il significato di tracciare un nuovo confine e l'intento di conservarlo e proteggerlo.

Genesi esistenziale degli attacchi bulimici

La difficoltà dei pazienti bulimici a sentirsi, associata ai disturbi dell'essere se stessi (III MF), conduce anche alla difficoltà nel potersi delimitare. Ciò accade non solo in molti rapporti quotidiani o nel lavoro, ma rappresenta anche una difficoltà nel rapporto con il cibo: riuscire a comprendere quando è fisiologicamente sufficiente. In modo analogo i pazienti già prima dell'insorgere del Disturbo della Condotta Alimentare trovavano difficoltà a separarsi dallo stress e a sentire quanto le situazioni fossero stressanti. Così si perviene inevitabilmente a un superamento del limite anche con l'assunzione di cibo. In ogni attacco bulimico si sperimenta che mangiare troppo non fa bene; ogni volta, con l'aumento del riempimento, cresce una sensazione corporea che corrisponde a ciò che i pazienti portano con sé: un malessere persistente. Nel tentativo di superare il malessere psichico, questo viene trasferito al livello corporeo. È come una rappresentazione scenica che riproduce in forma corporea ciò che è già presente in forma psichica. Così la condizione interiore (psichica) repressa, difficilmente afferrabile e comprensibile diventa comprensibile, perché sentita nel corpo

sotto forma di eccessiva alimentazione che provoca dolore. Tuttavia la scena contiene un paradosso: inizialmente il mangiare viene avvertito come (apparente) attenzione verso di sé. Attraverso il precipitoso riempimento e il doloroso superamento del limite di saturazione, cresce sempre più la propria disapprovazione e rappresenta il voltare le spalle a se stessi. Il divenire fisicamente sensibile alla mancanza e al dolore psichico rafforza la dinamica della disapprovazione. Questa disapprovazione è tragicamente presente sin dall'inizio poiché, sebbene mangiare possa significare cura di sé, quantità e velocità (mangiare così tanto e così in fretta) sicuramente non rappresentano più alcuna cura effettiva. L'apparente cura si è rivolta contro se stessi. E qui s'instaura un circolo vizioso: la ricerca di sollievo dal malessere e dalle tensioni attraverso il cibo porta a un allontanamento, sperimentato fisicamente, che viene inflitto a se stessi.

Con il prevalere dei disturbi del II e III MF, Bulimia e Disturbo Borderline di Personalità diventano affini dal punto di vista psicopatologico. Per questo a differenza di altri Disturbi Alimentari, la Bulimia si potrebbe definire come una patologia di tipo Borderline nel campo dei DCA. Il disturbo borderline e la Bulimia hanno, infatti, come temi esistenziali fondamentali la *perdita di sé attraverso una insufficiente intimità*². Le pazienti bulimiche hanno una carenza di buone relazioni esterne e soffrono di un'insufficiente sensibilità per il proprio stato d'animo. In altre parole i pazienti bulimici *hanno scarsa sensibilità* e non hanno la percezione di sé come *se stessi*.

Anche Bräutigam (1997, 300) indica che molte pazienti bulimiche mostrano tratti isterici.

Dal punto di vista dell'analisi esistenziale, il disturbo nella II e III MF inquadra la Bulimia nei disturbi psicosomatici, nella quale proprio queste due dimensioni dell'esistenza sono disturbate (Längle 2009; Bauer 2006).

² Nella visione esistenziale, il disturbo borderline della personalità è principalmente un disturbo dell'essere se stessi (III MF) che tenta di compensare il deficit con l'aiuto di sentimenti e relazioni (II MF).

Nella Bulimia entrambe le motivazioni fondamentali dell'esistenza (seconda e terza) potrebbero essere interessate in ugual misura, forse a volte addirittura la II MF più della III MF. Mentre i pazienti borderline impiegano relazioni e forti stimoli come le autolesioni, i pazienti bulimici impiegano il cibo che per loro ha un'importanza paragonabile a quella associata dai pazienti borderline alla loro sintomatologia.

Relazione con se stessi nelle pazienti bulimiche

Alla luce delle motivazioni fondamentali dell'esistenza è stato possibile fare delle osservazioni relative al rapporto delle pazienti bulimiche con il loro mondo emozionale, osservazioni che rappresentano la base che porta a capire l'evoluzione della Bulimia in dipendenza e che descriviamo di seguito:

- 1 - nella loro *evoluzione* biografica spesso le pazienti hanno sperimentato di non essere quasi mai state *interpellate*, in famiglia, riguardo ai loro sentimenti. I commenti spontanei sono stati ignorati, non trovavano spazio oppure non erano di alcuna importanza per gli altri membri della famiglia (III e II MF);
- 2 - svalorizzazioni, superamento dei limiti, abuso, immaturità e pretese eccessive, esperienze di fallimento e altre esperienze negative portano fondamentalmente alla *perdita di attenzioni verso se stessi* (II MF);
- 3 - su questa base le pazienti si convincono di non avere effettivamente alcun *diritto* a provare sentimenti (III e II MF);
- 4 - se i sentimenti vengono considerati privi d'importanza e se si ha l'impressione di non aver diritto a dar seguito alle proprie emozioni, risulta che i propri *sentimenti non vengono vissuti*. Non vengono tenuti in considerazione (II MF). Al loro posto subentra un *agire attraverso automatismi* dietro ai quali svanisce la capacità di provare un sentimento come proprio (III MF);
- 5 - infine si arriva a una *ribellione* contro l'incapacità di poter dare vita al proprio sentimento: la sintomatologia della Bulimia viene intesa come ribellione contro lo svuotamento interiore.

La conseguenza di queste perdite all'interno della seconda e terza motivazione fondamentale è che i pazienti non trovano più sicurezza affettiva (Geborgenheit) dentro di sé; sono sempre emotivamente vuoti senza capacità di compensazione e minacciando gioia di vivere e la forza vitale. In questa situazione di emergenza, la vitalità si rivolge con tutte le proprie forze nello sviluppo di sintomi bulimici per poter sopravvivere psicicamente almeno un po'. Le pazienti hanno bisogno della Bulimia come superamento della loro difficoltà interiore. Poiché questa è così insopportabile, e poiché l'azione di compensazione non

elimina la causa del deficit, la paziente diventa insaziabile e ciò contribuisce alla sintomatologia dell'Abbuffata Compulsiva. Il desiderio diventa inappagabile; richiede sempre di più per essere gratificato: inizia la spirale della *dipendenza*.

Joachim Bauer (2006) indica la causa della Bulimia nelle esperienze relazionali interpersonali negative, soprattutto quando il riconoscimento interpersonale, l'apprezzamento, l'attenzione o l'affetto vengono violati, trascurati o non vissuti, insorgono disturbi o malattie, come appunto quelli legati al comportamento alimentare.

Ricerche neurobiologiche hanno evidenziato che con il cibo (e con l'abuso di esso) i circuiti della ricompensa vengono attivati nello stesso modo in cui vengono attivati quando una persona si sente bene, è amata, innamorata o pratica dello sport. I sentimenti sgradevoli vengono bloccati, si produce l'effetto di riduzione della paura e ciò ha come conseguenza un senso di felicità – come dire un senso di surrogato di vita. Ciò serve a compensare molti sentimenti non vissuti, sgradevoli (Bauer, 2006).

Cenni di una fenomenologia dell'alimentazione

Una domanda interessante da porsi è come mai proprio il cibarsi riceva una tale importanza dalle pazienti bulimiche e perché diventi il sintomo guida nella psicopatologia bulimica. Un contributo alla comprensione di quest'aspetto lo fornisce l'osservazione fenomenologica dell'assunzione di alimenti. Si è visto che alimentarsi è il mezzo più adeguato, per le persone con questo specifico deficit, perché il suo significato psichico si avvicina più di altri comportamenti al senso di vuoto avvertito. Mangiare equivale a incorporare in quanto il cibo viene introdotto all'interno del corpo. Dal punto di vista fenomenologico ciò significa avvicinarsi quanto più possibile a un oggetto (|| MF): assaporarlo e prenderlo "con sé". A ogni boccone viene superato un *limite* del proprio Io, un confine oltre il quale non si può più esercitare alcuna influenza intenzionale sul cibo. Questo passare il limite corrisponde alla || MF: essere se stessi distinguendosi dagli altri.

Come atto di realizzazione di vicinanza il mangiare assume grande rilevanza per le relazioni in generale (|| MF). Mangiando, da una parte si vive una *relazione con se stessi* e ci si dedica a inserire qualcosa che immediatamente riempie il corpo. In questo è contenuta la *cura per se stessi*, che viene completata con l'atto di ingoiare. Molte perso-

ne hanno iniziato a mangiare in modo indiscriminato dopo che le relazioni importanti o il rapporto fondamentale con la vita (II MF-valore fondamentale) erano state disturbate. Ma anche il contrario è generalmente risaputo: non si ha voglia di mangiare, ad esempio, quando si soffre per questioni di amore, perché si vuole smettere di esistere o la relazione con se stessi è disturbata.

“Il cibo tiene uniti anima e corpo” recita un detto popolare tedesco; ma la cura va oltre, comprende una cura nei confronti della vita. Mangiando l’uomo assume “viveri” (“Lebens-Mittel” cioè “mezzi per vivere”). Mangiare serve alla diretta conservazione della vita: per questo mangiare è un’espressione di accettazione della vita.

Oltre a questo significato intrapersonale si aggiunge, d’altra parte, un valore interpersonale del mangiare. Lo stesso è considerato un *mezzo per rinforzare le relazioni* e così riceve il carattere di *festa della comunità*. Le buone relazioni vengono curate e suggellate da una cena consumata insieme; prendono forma con essa. Si ha tempo per sé e per gli altri. In ogni festa si mangia e mangiando insieme si entra in intimità perché ci si nutre dello stesso alimento. Qui emerge un significato arcaico del mangiare, ovvero la coesione e il legame degli uomini nella conservazione della vita. Così viene attribuito non solo all’“alimento” ma anche alla relazione un significato per la conservazione della vita. Mangiare, per questo significato, può assumere un carattere di sacralità; si pensi alla festa cristiana dell’eucarestia che oltre ad essere una festa della comunità, è simbolo di accoglienza della vita eterna.

La dimensione interpersonale del mangiare si manifesta anche nel *cucinare*. Preparare le pietanze per qualcuno significa predisporre qualcosa che poi l’altro assumerà al suo interno. Dunque, il mangiare è un mezzo di relazione, che diventa particolarmente importante quando si vuole entrare in intimità con qualcuno. La combinazione tra vicinanza, relazione e mangiare viene espressa efficacemente dall’*allattamento*. È un prototipo dell’alimentazione: qualcosa d’altro (nel caso dei cibi cucinati, qualcosa di preparato da altre mani) viene inserito nel proprio interno.

La sofferenza specifica di coloro che sono soggetti alla Bulimia sta nell’analogia dei contenuti rispetto a questo significato del cibo. Così il cibo nella Bulimia assume una doppia funzione.

Da una parte, con il mangiare si deve compensare la costante e ripetuta mancanza di *sentimento vitale*.

Se, ad esempio, abbiamo lavorato e siamo stati efficienti per tutta la settimana, tutto scorre in ordine e dentro i binari, ma se non abbia-

mo la sensazione di aver fatto qualcosa di buono o se ciò che abbiamo fatto e vissuto non porta con sé gioia; psichicamente ci sentiamo insoddisfatti.

Prevale un vuoto che per se medesimo, in presenza d'insufficiente relazione con i sentimenti e scarsa relazione con se stessi, non può essere compensato.

In questi casi, ad esempio, la previsione di rimanere a casa da soli nel fine settimana rappresenta il deserto assoluto. La mancanza diventa minacciosa perché non siamo più distratti da altre cose. È necessario un riempimento compensatorio che dopo tanta fatica viene considerato anche dovuto.

Per contrastare il vuoto incombente, si attivano comportamenti bulimici per riuscire a superare, bene o male, la solitudine del week-end.

Mangiare per combattere la tensione

Un'altra funzione specifica dell'alimentarsi consiste nell'*anestetizzare* o *alleviare il dolore* che spesso è collegato alle relazioni, come le sofferenze per un abuso sessuale. Il mangiare stesso dà sollievo in situazioni di tensione.

Con la tensione si mangia in modo precipitoso, ma l'atto di divorare e il superamento del limite di saturazione produce nuova tensione.

Questa nuova tensione richiede il vomito per essere rimossa. Così, l'atto di ingozzarsi e il successivo bisogno di vomitare possono essere di aiuto per alleviare il dolore, che al momento non può essere vinto in nessun altro modo.

Ad esempio, una donna di ventitre anni soffre di attacchi bulimici da due anni perché tradisce spesso il compagno.

Sempre, quando se ne rende conto, viene colta da una serie di attacchi di fame compulsiva e condotte di eliminazione.

Non riesce ad ammettere il dolore perché poi dovrebbe subirne le conseguenze e separarsi dal compagno. E questo non riesce a farlo.

Allo stesso tempo, però, si vergogna per il proprio comportamento e non riesce a tenere lo sguardo alto. Come valvola di sfogo le resta quindi la Bulimia.

Riassumendo le cause degli attacchi bulimici possono essere raggruppate nel modo seguente:

riempimento	rimozione
della mancata cura verso di sè = insufficiente = sentimento di vita	della tensione del dolore (per alcuni pazienti é in primo piano)

Tabella 1. Le due cause principali per l'impiego del comportamento bulimico.

Il desiderio di rimuovere la tensione conduce alla Bulimia soprattutto se questo insorge in combinazione con una sorta di *fame di attenzioni*. Altrimenti si arriva piuttosto ad altri sintomi come l'alcolismo o un Disturbo Evitante di Personalità. In linea di massima però, diversi fenomeni possono creare tensione: perdita di sostegno (I MF); perdita di relazione (II MF); violazione dei limiti come l'abuso, distruzione dell'autostima, incapacità a confrontarsi con gli altri (III MF); perdita del senso come nel contesto di cattive relazioni con gli altri (IV MF).

Fame e sazietà nelle pazienti bulimiche non seguono il corpo. Spesso la sensazione di fame si sovrappone ad altre necessità e a diffuse sensazioni di carenza. Una paziente con tendenze suicidarie, sofferente di attacchi bulimici riferiva: "ciò che spaventa è la fame *dopo* aver mangiato".

Collegava sempre agli attacchi bulimici la speranza di poter saziare questa fame di vita e poiché ciò non accadeva, faceva uso di alcol. Le serviva nella sua ricerca di vita e contemporaneamente nell'attenuazione del dolore. Ne aveva abbastanza della vita, voleva liberarsene, si stordiva: in lei convivevano tendenze contrapposte. Per quanto riguarda la *sazietà*: i pazienti che soffrono di Bulimia non sono in grado di *smettere* di mangiare:

- a) perché non si tratta di *placare la fame del corpo*, bensì un dolore che perdura pur avendo mangiato abbastanza;
- b) perché *non sono capaci di sentire se stessi*, e quindi non riescono ad avvertire la sensazione di sazietà e mangiano fino a stare male. Solo con questo dolore percepiscono finalmente un'emozione più intensa e per giunta un'emozione che corrisponde al loro umore.

Nell'attacco bulimico non si raggiunge mai la sazietà, solo riempimento, gonfiore, che a volte fa male. Ci si riempie ma non si è sazi, saturi (cioè appagati, con una sensazione gradevole). Al contrario, si

crea solo la sensazione di “*sacco pieno*”. I pazienti bulimici già non conoscono più, perché perduta nel tempo, la sensazione di essere sazi. Essi mangiano grandi quantità di cibo guidati dall’impulso, non da sensazioni propriocettive. Probabilmente la sazietà non viene mai realmente avvertita, ma stabilita piuttosto sulla base di esperienze pregresse e sostituita da un tentativo di controllo razionale.

Cibo e femminilità

Nella relazione con il cibo si riscontrano delle *differenze anche legate al sesso*. Procurare il cibo (allattare) o acquistarlo sembra essere più caratteristico del genere femminile che di quello maschile. Per le donne, mangiare sembra essere maggiormente accettato dalla società rispetto all’assumere e abusare di alcolici.

Da un’osservazione fenomenologica il mondo femminile sembra più vicino alla *cura della vita* (II MF), il che si rispecchia nella conformazione sessuale del corpo (Längle 2011). La parte femminile dell’essere umano, naturalmente le donne, ma anche gli uomini con caratteristiche spiccatamente femminili, sembra maggiormente propensa a voler dare vita ai sentimenti, aspira di più a trattare con i sentimenti, vive in genere più per le relazioni; cerca la vicinanza. Con il mangiare queste aspirazioni vengono realizzate meglio.

Questa potrebbe essere una delle motivazione che stanno alla base del fatto che le donne sono maggiormente soggette alla Bulimia. L’uomo, ovvero la parte maschile dell’essere umano, non sembra cercare tanto la “vita” quanto lo spazio, il poter-esserci, il potere, l’influenza (I MF).

Per ridurre i problemi, le paure, i sentimenti negativi, l’alcol potrebbe essere un mezzo più collaudato del cibo. Sotto l’effetto dell’alcol emerge meglio il sentimento: posso *esserci* meglio.

Questa potrebbe essere un motivo del perché gli uomini, per la loro predisposizione legata al sesso, sono maggiormente soggetti all’alcol.

Il vomito autoindotto

Il vomito autoindotto dalle pazienti bulimiche ha molte funzioni. Esso *alleggerisce* dalla tensione (dolorosa) e dalla sensazione di pesantezza.

Il vomito soddisfa una funzione depurativa: ciò che è stato assunto in eccesso e smisuratamente, ciò che non fa più bene a causa della quantità, velocità e mancanza di cura verso se stessi, viene rigettato da sé.

In questo modo viene ristabilita una condizione di benessere (II MF). Il vomito può servire allo stesso tempo da *punizione* per la precedente abbuffata e l'illecita ingordigia.

In questo modo esso rappresenta una sorta di risarcimento (III MF). Inoltre, il vomito ha una funzione *protettiva e curativa*: serve a evitare che questa contaminazione dall'esterno, questo insoddisfacente surrogato di sensazioni ed emozioni venga assunto e trattenuto.

Questo riempimento del corpo, inizialmente avvertito come benefico, ma poi rivelatosi errato, deludente e doloroso, non deve diventare parte di sé.

L'assunzione di lassativi ha lo stesso scopo: non deve rimanere all'interno di sé ciò che "è di troppo". "Non posso ingerire qualcosa che io fondamentalmente rifiuto. Non fa per me, me ne vergogno." (III MF).

Questa debolezza e il cibo eccessivo non devono inoltre essere visibili pubblicamente; per questo si previene l'aumento di peso. Si vuole continuare a essere pubblicamente piacevoli, si vuole potersi far vedere (III MF).

Sul piano del processo (Längle 2000), il vomito rappresenta un blocco, l'interruzione dell'elaborazione che porta a un accumulo d'informazioni non elaborate.

L'integrazione naturale del vissuto e la sua connessione con i contenuti personali non riesce; il ripristino del proprio sé, sotto l'effetto delle impressioni degli altri, rimane lacunoso.

Schematicamente, nel modello dell'analisi esistenziale personale (AEP-Längle 2000) i blocchi si trovano in due punti:

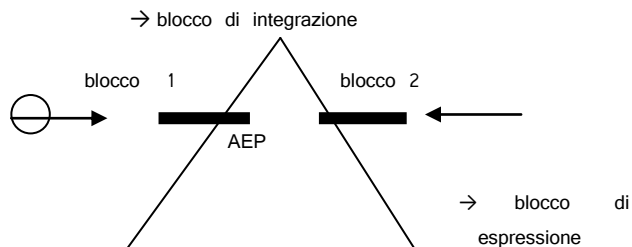


Figura 1. Blocchi nel processo di elaborazione personale – schematizzazione attraverso il modello dell'analisi esistenziale (AEP).

1. un blocco consiste nel fatto che *il proprio sentimento* non riesce a trovare una collocazione e non può trasformarsi in comprensione e decisione. Questo blocco insorge, principalmente, a causa di esperienze che contengono una svalutazione dei propri sentimenti. Le pazienti hanno imparato, o vengono abituate dall'esterno, a non dare ascolto alle proprie emozioni, oppure hanno ricevuto giudizi negativi o critiche riguardo a esse. Se questo vissuto viene trasferito al mangiare, ciò significa che quello che viene ingerito deve essere "rigettato". Se non si vomitasse, s'immagazzinerebbe qualcosa di estraneo, si andrebbe incontro *all'Obesità*: un altro Disturbo del Comportamento Alimentare nel quale non è più possibile tracciare un limite. Le persone che tendono all'Obesità psicogena hanno minore forza, hanno un carattere più rassegnato, oppongono meno resistenza, risultano indifferenti a ciò che è loro proprio;
2. l'altro blocco è un *comportamento inadeguato*, non armonizzato con la persona. Non è espressione di sé, non è qualcosa che viene creato dal proprio interno bensì qualcosa che rimane a livello di reazione, dipende dagli stimoli esterni. La persona non perviene alla propria realizzazione.

Come si giunge ai diversi blocchi? In linea di principio sono le esperienze sopra descritte a condurre alla stagnazione dei processi di elaborazione. Focalizzandoci sull'insorgenza dell'inibizione, si può affermare quanto segue nell'elenco.

a) Evoluzione del blocco dell'integrazione

Le pazienti hanno avuto continue esperienze in cui veniva loro trasmesso il messaggio: "quello che tu provi è sciocco, sbagliato!". Tutto inizia nell'infanzia con continue critiche (ad es. ti vesti sempre troppo poco!) ed ha naturalmente come punto centrale la messa in questione dei sentimenti interpersonali. Il rifiuto che viene avvertito si presenta sotto forma di attenzione alla persona, premura. Eppure rimane l'ambivalenza e la paradosalità del messaggio, che produce un sentimento indefinito, non elaborato: "c'è qualcosa che non va". Un'altra esperienza che porta a tralasciare i sentimenti consiste nel dover troppo spesso provare che "quello che io provo/sento non può venire alla luce in questo momento". Con la negazione del proprio sentimento nascono insicurezza, alienazione ed anche paura, ricordo di punizioni e altro.

In questo modo si giunge a un sovraccarico dell'emozione primaria che, a causa di tendenze contrastanti, non può essere sottoposta a ulteriore elaborazione. Il processo s'interrompe, la stasi dei sentimenti (“sentimenti otturati”) produce solo un sentimento di “disagio”.

Soggettivamente questo disagio viene inteso come se qualcosa in sé non andasse bene, il che conduce a un'autoaccusa e auto-svalutazione. La *tensione* interna cresce. Come uscire da tutto ciò? Serve un aiuto dall'esterno, da parte di qualcosa che si faccia vicino. Mangiare crea questa sensazione. Ma il modo di mangiare viene sentito come conferma della svalutazione. Ha inizio il circolo vizioso.

b) Evoluzione del blocco della capacità espressiva

Si sente/avverte che in queste condizioni non si può raggiungere una vita.

Così la paziente sente ad esempio, con precisione cosa non va in famiglia, ma non le è possibile parlarne in quel contesto. La sua capacità espressiva è paralizzata.

Non sa come affrontare la questione e se vi sia affatto una possibilità di essere ascoltata. Prevale un senso di soggezione, che non di rado può trasformarsi nel diventare estranei a se stessi.

Al posto dello spostamento di quanto provato, anche se vago, in un'espressione adeguata, si arriva perciò alle autoaccuse, a ulteriori svalutazioni (“in me c'è qualcosa di non corretto: ho sbagliato”). Chiusa in se stessa con questi sentimenti, la paziente sente crescere la tensione perché trova un ostacolo nel più profondo del suo essere: nell'essere persona e nel dialogo.

Sarebbe necessario un aiuto dall'esterno, qualcuno con il quale parlare, che mostri comprensione, che sia aperto e che si renda partecipe.

Senza queste opportunità, la paziente può solo dare sfogo alla propria rabbia e ricorrere al vomito per liberarsi di ciò che non si può esprimere.

In questo modo le pazienti ripetono al loro interno ciò che hanno ricevuto dall'esterno: hanno ricevuto attenzioni che si sono rivelate essere un rifiuto: esperienze camuffate da attenzione nei loro confronti; appena risulta evidente che quell'esperienza è in realtà un rifiuto, si chiudono di fronte a queste attenzioni già introdotte in loro stesse e se ne ribellano al loro interno.

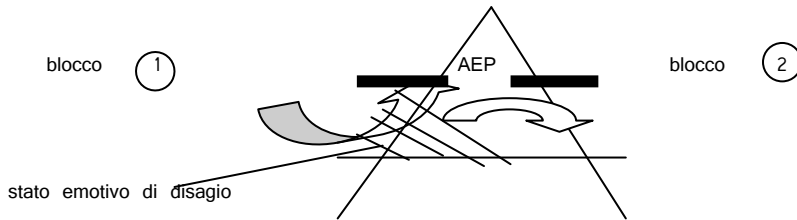


Figura 2. Processo dell'assunzione o interiorizzazione dell'abbandono mascherato da attenzioni verso la persona.

Bulimia: una falsa promessa

Secondo la nostra osservazione, per l'insorgenza della Bulimia è responsabile una forma specifica di violazione della II e III MF.

Le pazienti bulimiche hanno ricevuto promesse che poi non sono state mantenute.

Si sentono tradite, deluse nelle loro speranze, sconfitte dalle apparenze.

A fare da sfondo a tutto ciò sono soprattutto relazioni *confuse*:

1) *significato non chiaro* delle relazioni; *relazioni di facciata* o apparenti, con le quali dall'esterno si vogliono salvare le apparenze sul piano ("famiglie solide", nelle quali ci si "occupa" sufficientemente dei figli, senza però "prendersene veramente cura"); vista dall'interno la situazione è però diversa, contrapposta: manca una reale intimità delle relazioni. Le relazioni vengono rese funzionali, i rapporti con i figli sono strumentalizzati a propri fini e sono percepiti come vuoti. Si viene amati per una determinata funzione (il che rappresenta in fondo una forma di abuso emotivo), domina un abbandono emotivo nell'incapacità di instaurare relazioni personali. Non di rado questo modello si ripete in seguito nella relazione con il partner;

2) *temi non chiari* nelle relazioni; prevalgono ambiti tabù vagamente percepibili ma che non possono avere una consistenza reale. *L'ipocrisia nelle relazioni e le falsità* nei contatti producono un senso di disgusto (le pazienti spesso affermano: "questo è nauseante!"). L'ambiente non permette di essere autentici; si avverte che qualcosa non va: si tratta di una percezione fenomenologica (ad es. traumi nascosti,

problemi segreti come alcol, aspetti sessuali oscuri, incesto, relazioni esterne opprimenti, minacce di suicidio, tentati suicidi da parte di parenti, reati).

In presenza di questi temi relativi a *punizione e colpa*, che rimangono intangibili, attraverso l'identificazione con i parenti si arriva facilmente ad avere un senso del dovere o dei sensi di colpa.

Si crede di essere tenuti a ringraziare, ma per il contemporaneo senso di falsità si avverte della ripugnanza fino quasi alla nausea (la situazione diventa "vomitevole"). Si avverte una certa riluttanza a stare insieme alle persone familiari soprattutto e, cosa ancor più personale, a mangiare con loro perché non c'è una relazione autentica. La Bulimia - e soprattutto il vomito - in questi casi può essere interpretata come il tentativo di rendere tangibile e chiaro qualcosa di confuso e di liberarsene. A rappresentare quel qualcosa di confuso sono i temi non nominati e l'impossibilità, avvertita, di avere con essi un altro rapporto: anche se il discorso venisse portato sui temi oggetto di confusione, essi verrebbero negati alle pazienti. In seguito le pazienti rimarrebbero di nuovo da sole senza entrare in relazione con gli altri ed i propri sentimenti;

3. predomina un clima di *dinamica di abuso emotivo* all'interno della famiglia. Sussistono competenze non chiare per i bisogni sia dei genitori che dei bambini o del partner, dove non è più chiaro chi debba essere di aiuto a chi. L'immagine è quella del "cordone ombelicale all'incontrario". Le relazioni confuse (di doppio legame) s'instaurano con la dipendenza, in parte, impercettibile e sottile.

Ad esempio, una paziente di 26 anni bulimica e poi anoressica, nonostante un buon impiego, non riesce a emanciparsi dalla madre al punto da non riuscire portare fuori dalla propria stanza da letto gli oggetti che le appartengono (capi di abbigliamento, album fotografici, eccetera) sebbene la stanza sia piccola per le sue esigenze e la opprime psicologicamente. Solo al pensiero di discutere dell'argomento con la madre si sente schiacciare da un macigno che riempie l'intero spazio (questa sensazione è più caratteristica nell'Anoressia: diventare insensibile, non avere spazio, dover diventare invisibili, irrigidirsi).

Un'altra paziente ventiquattrenne si sente sempre legata con catene ad un masso di ghiaccio. Le catene sono legate così strette da penetrare sempre più nella carne ad ogni suo movimento (queste sensazioni corrispondono al disturbo bulimico: tagliare, sanguinare, sensazione di dolore ed emozione). Più tardi è emerso da dove provenivano queste sensazioni: dal suo rapporto con il padre. Solo allora

la paziente ha realizzato che suo padre, quando si separava da lei, era sempre “freddo come un iceberg”.

Accade non di rado che la madre, per i propri bisogni, s’insinui continuamente nella vita della figlia e voglia prendersi cura di lei “a fin di bene”. Si presenta con una sorta di promessa: “ho qualcosa per te!”, ma è senza contenuto, arriva a mani vuote, impone la sua presenza. In sostanza ha bisogno di qualcosa per se stessa. Dietro questa attenzione c’è l’aspettativa di un aiuto per la madre, e questo lo si aspetta più dalle figlie che dai figli. Opporre resistenza e mettersi al riparo da queste aspettative risulta più difficile per le figlie che per i figli, perché le figlie si sentono, per propria natura, maggiormente responsabili per la vita e la qualità di vita delle altre persone.

Ad esempio, una paziente bulimica di 27 anni potrebbe vivere benissimo da sola (abita poco distante dalla propria famiglia di origine), ma viene continuamente disturbata perché la madre si insinua nella sua vita e senza chiederlo, appende alla porta di casa sua sacchetti contenenti cibo per lei. La paziente è così abituata a questi insidiosi soprusi da tollerarli anche nel suo rapporto con il partner, approdando infine alla Bulimia.

La *dipendenza riceve un carattere particolarmente sottile* attraverso il legame interiore che parte dalle pazienti stesse. A causa del grande struggimento e il consistente bisogno delle pazienti, diventa difficile per loro ammettere la realtà: l’anelata attenzione nei propri confronti viene a mancare; si rinchiodano in questa attesa.

A causa della loro aspettativa e della silenziosa speranza di ricevere, forse almeno una volta, ciò che desiderano, contribuiscono loro stesse a creare una confusa relazione. I rapporti come questi, a causa della mancanza di realismo, sono più un “bisogno di relazione” che relazione vera e propria, più un sogno che realtà. Così avviene che queste relazioni siano spesso troppo intense, sublimite a causa dell’idealizzazione delle persone.

Abbiamo esaminato oltre una dozzina di pazienti bulimiche sul tema dell’interazione con le persone importanti della loro vita e svolto un’analisi fenomenologica sul loro essere. Abbiamo riscontrato come forma d’interazione praticamente costante nelle relazioni delle pazienti bulimiche un modello *double bind* che è sembrato *centrale per l’insorgenza* della Bulimia in queste pazienti. Le pazienti credevano di ricevere attenzione, la accettavano, si aprivano a questo rapporto; con questa predisposizione d’animo la successiva delusione era ancora più dolorosa perché fondamentalmente questa attenzione non

è attenzione vera ma si rivela come una svalutazione e una mancanza di rispetto: ferisce la paziente come persona. Ma poiché queste ferite sono camuffate e appaiono sotto forma di attenzione verso la persona, entrano ancora più nel profondo dell'esperienza della paziente. Si può paragonare la situazione a quando si ingerisce un confetto che all'inizio ha un buon sapore ma che poi, una volta sciolto l'involucro esterno, emana un gusto nauseabondo che fa vomitare. Per esprimere questa contraddittorietà, si potrebbe scrivere: *Bulimia – un'esperienza di rifiuto mascherato da interesse e accettazione verso la persona.*

Nella ricerca sui traumi questa configurazione di una ferita inferta con l'inganno da parte delle persone ha una valenza particolarmente dolorosa, come ad esempio un abuso sessuale, e traumatizza in modo più incisivo dei traumi di origine naturale (cfr. tradimento, trauma Freyd, 1996). Dalla somiglianza della genesi del disturbo, si comprende che le pazienti con traumatizzazione siano spesso anche bulimiche (Root M., Fallo P., Friedrich W., 1986; Oppenheimer R., Howells R., Palmer RL., Chalonner DA., 1985). Queste esperienze di tradimento distruggono la fiducia e la relazione, rendono più difficile il potersi-aprire e comunicano il messaggio: "i tuoi sentimenti non sono giusti, quello che provi è sbagliato". Viene commessa un'enorme ingiustizia perché viene tradita una promessa fatta ad una persona e si tratta perlopiù non di un singolo evento ma di ripetuti eventi all'interno di un rapporto. È normalmente la relazione che contiene questa contraddizione strutturale: promettere una relazione però non concederla.

Ad esempio: un uomo di trent'anni soffre a volte di attacchi bulimici. Il fattore scatenante risulta essere un comportamento caratterizzato da attenzioni, nel quale viene vissuto un profondo rifiuto. L'esperienza è amplificata al massimo livello e ne fornisce contemporaneamente il modello quando si verifica durante l'atto sessuale. Accade che la compagna, in quei frangenti, rivolga al paziente frasi o critiche come ad esempio: "non sei ancora pronto, non hai iniziativa...". Ogni volta, dopo questi commenti, il paziente viene colto da attacchi bulimici.

Un altro esempio: una ragazza è in vacanza studio in Gran Bretagna dove subisce più volte abusi sessuali da parte dello zio. In questa situazione di emergenza, la paziente chiama la madre che per altro prova molto affetto per lei. A questa rivelazione però la madre reagisce seccamente e si limita a commentare: "non dire sciocchezze!". Quando poi la paziente ha raccontato di essere andata a comprare un

regalo per “questa madre” assieme a questo zio si sentiva l’impulso di vomitare durante il racconto fatto in terapia.

Il ruolo dei genitori

Di regola per l’insorgenza della Bulimia sono responsabili *entrambi i genitori* oppure alla base c’è una costellazione di situazioni (ad esempio l’assenza del padre) per cui il deficit di un genitore non viene compensato dall’altro.

Da parte della *madre* il contributo all’insorgenza della Bulimia spesso consiste in un rapporto *non protettivo* o invadente, per lo più immaturo, che non è all’altezza delle esigenze di un bambino e che non offre calore e costanza. Inoltre, queste madri simulano grande capacità relazionale perché spesso idealizzano il marito.

Il rapporto con il *padre* per il bambino spesso non è tangibile o anche qui è invadente. Anche in questo caso si tratta principalmente di rapporti immaturi, nei quali le figlie vengono idealizzate ma sempre sotto l’incombente pericolo della rottura del rapporto (spaventa ad esempio che il padre non voglia più dare la paghetta, se ne vada o non voglia avere più nulla a che fare con la figlia se questa non si comporta in modo adeguato con il padre).

Ad esempio, una paziente di 33 anni aveva notato sin dall’età di tre anni di essere responsabile del benessere della madre perché quest’ultima, da sola, non riusciva a mantenere un equilibrio emotivo. Il desiderio della madre era troppo esigente nei confronti della bambina e rappresentava un continuo abuso emotivo. Subito dopo la pubertà la giovane si è rivolta alla cura psichiatrica. La madre non le faceva visita e ha ripreso a parlarle quando la figlia le promise di non sottoporsi più alle cure psichiatriche. L’abuso emotivo ha potuto protrarsi perché la figlia era fortemente dipendente da un’estrema ricerca di una madre e non riusciva ad ammettere a se stessa che questa donna non era e non è una madre per lei.

Quanto la Bulimia dipenda dalla convivenza con altre persone lo dimostra anche l’influsso che la *società* esercita sullo sviluppo della sintomatologia. In particolare il tipo di società occidentale pare abbia un forte influsso sui comportamenti bulimici, come è stato possibile notare da uno studio sulle isole Fidji. In questa zona del Pacifico la Bulimia era sconosciuta fino all’arrivo della televisione nel 1995. Nel corso di tre anni il 12% delle ragazze (63 soggetti) aveva sviluppato sintomi di Bulimia (Becker 1995, 2004).

Interventi terapeutici generali

Il trattamento della Bulimia, nella visione analitico esistenziale, inizia come per le principali forme terapeutiche con la descrizione del comportamento che porta a mangiare e a vomitare.

La metodologia è quella utilizzata in ogni trattamento di dipendenza: chiarimento del percorso, delle modalità ecc. (da quanto tempo sussiste la dipendenza? Quando è insorta? In quali circostanze? ... Quali sono stati i tentativi per superarla? Cosa è stato di aiuto? Quale opinione ha il paziente riguardo la causa della propria dipendenza?).

Segue poi una riflessione sul rapporto con il mangiare e si discute insieme alla paziente sulle misure comportamentali concordando un programma per ridurre il pericolo di dipendenza.

Viene, inoltre consigliato un chiarimento a livello psichiatrico con l'eventuale prescrizione di medicinali o un trattamento con ricovero.

Dopo questa gestione generale della malattia si prosegue con un'analisi delle relazioni, con specifica corrispondenza alla II MF:

- a) quali *relazioni esterne* ha il paziente? Quali relazioni fanno bene, quali sono problematiche? Quale sostegno viene dimostrato al paziente? Eventuale coinvolgimento della famiglia o del partner;
- b) quali *relazioni interne* ha il paziente? È in grado di prestare attenzione a se stesso? Che cosa lo aiuta in questo? In che modo?

In seguito si tiene un approfondimento della II MF, nel quale viene trattato il *senso della vita*. Da dove il paziente crede di ricevere un senso della vita? Dove trova riposo, cosa gli fa bene, cosa fa volentieri, con che frequenza lo fa? Cosa gli dà forza?

Parallelamente a ciò, o anche in conseguenza a ciò, si lavora sulla III MF, sulla tensione e sul dolore: viene svolto un lavoro sulla identificazione e autonomia, sui traumi e il rinforzo dell'autonomia personale (con domande del tipo: cosa fa male nella propria vita? Dove insorgono tensioni? Come è possibile affrontare tutto ciò meglio di come è stato fatto fino a d'ora?).

Appartiene a questa fase la descrizione precisa degli attacchi bulimici e di vomito che deve essere accompagnata da un lavoro sull'auto-accettazione, in quanto la descrizione degli attacchi è in genere appesantita da un senso di vergogna.

Per l'elaborazione dei temi emersi viene impiegata l'AEP (Analisi Esistenziale Personale). Essa farà ripartire i processi inceppati integrando dolore e tensioni. Anche i valori e i contenuti dovranno dive-

nire tangibili, mentre verranno mobilizzate le reazioni di coping (ad es. la tensione diffusa può essere portata allo stato di aggressione per poter comprendere meglio se stessi e per rendere comprensibile cosa sia la fame e cosa sia il dolore che viene anestetizzato mangiando).

Dopo l'elaborazione del dolore diventa chiaro da dove provenga questo rifiuto (abbandono) e l'aggressione presentati come attenzione alla persona. In questo modo si raggiunge il punto più profondo della sofferenza causando la Bulimia. Con vere prese di posizione si giunge alla ristrutturazione e al consolidamento della propria esistenza.

Per la Bulimia sintomatica è sufficiente l'elaborazione dei problemi che ne stanno alla base. Non serve più che i sintomi siano il tema centrale dell'incontro terapeutico.

Nei casi più rari in cui si impone un carattere di dipendenza, sono necessari, come ulteriori misure di accompagnamento, tutti gli elementi della terapia della dipendenza come una struttura di accoglienza diurna, misure di profilassi, elementi di auto-distanziamento, un lavoro sull'approvazione dei limiti reali del non-potere.

La comprensione della Bulimia segnala una sofferenza che ha una affinità specifica con il corpo - il mangiare - per la sua struttura di base psicosomatica radicata nella II e III MF. È questa la forma caratteristica per la quale le pazienti lottano contro la propria sofferenza dovuta alla mancata relazione con se stessi e l'incapacità di delimitare e proteggere i propri confini. Questa attività si muove parallelamente con la esperienza interna e va ad amplificarla. Per questo motivo si ha come risultato un ulteriore sentimento di estraneità da sé o addirittura un danno psichico che rende inevitabile una sua liberazione con il vomito.

Trattando la Bulimia su questa base psicopatogenetica, diventa necessario un trattamento sulle *cause*. Se si riesce a ridurre queste tensioni la dipendenza al circolo vizioso bulimico svanisce normalmente. Il compito, nel trattamento delle pazienti bulimiche, è di dare loro aiuto rispetto alla propria chiusura al sentimento di vita e all'essere se stessi in modo autenticamente sentito. Così le pazienti possono guidare la propria vita al di fuori delle compulsioni e a portarla ad un livello superiore di una esistenza corrispondente alle loro capacità personali (veder anche Fleisch 2012).

Bibliografia

- Balogh C. (2012) Gefühle töten nicht. Strukturbezogene existenzanalytische Therapie einer Bulimie-Patientin. In: Existenzanalyse 29, 1. 61–64
- Bauer J. (2006) Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper.
- Becker AE. (1995) *Body, Self, and Society: The View from Fiji*. Philadelphia: Univ of Pennsylvania Press.
- Becker AE. (2004) Television, disordered eating, and young women in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28:533–59.
- Bräutigam W., Christian P. (1997) *Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Thieme, 6. Aufl.
- Fleisch S. (2012) Resoconto di un intervento di gruppo analitico esistenziale per soggetti con DCA. (capitolo in questo libro)
- Freyd JJ. (1996) *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Längle A. (2000) (Ed) *Die Personale Existenzanalyse (PEA)*. Wien: Facultas.
- Längle A. (2007) Trauma und Existenz. In: *Psychotherapie Forum* 15, 3, 109–116.
- Längle A. (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: UTB (Facultas), 29–180.
- Längle A. (2009) Das eingefeischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: *Existenzanalyse* 26,2, 13–34.
- Längle A. (2011) Sexualität – die Lust am Leben. Was in der Sexualität gesucht und gefunden werden kann. In: Bach D, Böhmer F (Hrsg) *Intimität – Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien: Böhlau, 13–36.
- Oppenheimer R., Howells R., Palmer RL., Chaloner DA. (1985) Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *J Psychiat Res*, 357–361.
- Root M., Fallo P., Friedrich W. (1986) *Bulimia: system approach to treatment*, New York: Norton.

Alfried Längle

Fondatore con Viktor Frankl della prima organizzazione internazionale di Analisi Esistenziale e Logoterapia (GLE). Dirige l'Organizzazione GLE - international dall'atto della sua fondazione.

Laureato in Medicina ed in Psicologia a Vienna, è autore di più di 300 pubblicazioni e di numerose relazioni a congressi Internazionali. Ha coordinato e coordina il gruppo di studiosi che ha sviluppato le idee di V. Frankl nell'elaborare la moderna AE, distanziandosi dalla Logoterapia che questo gruppo non considera come psicoterapia ma come una tecnica di counselling.

Silvia Müller

Laureata in Fisica teorica e scienza delle teorie scientifiche a Vienna.
Training formativo in Analisi Esistenziale e Logoterapia dal 1987 al 1994.

Dal 1994 attività di libera professione come psicoterapeuta. Relatrice a diversi congressi nazionali ed internazionali. Dal 1995 redattrice capo della rivista internazionale scientifica "Analisi Esistenziale". Attività didattica e di supervisione nel Training di formazione in Analisi Esistenziale. Membro del Consiglio direttivo della GLE-internazional.