

**LICEO
PSICO-SOCIO-PEDAGOGICO
DUCA D'AOSTA**

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

**APPUNTI TEORIA
EDUCAZIONE FISICA**

Introduzione

L'immagine del corpo, nella letteratura psicoanalitica, è rappresentata dall'immagine interiore che le persone sviluppano rispetto al loro corpo e che contribuisce a formare la rappresentazione del sé. Se si tenta di capire qualcosa del nostro corpo ci accorgiamo che la sua "interezza" ci sfugge. Potremmo dire che l'esperienza umana è un'altalena tra la percezione di avere il corpo e quella di essere corpo.

Il corpo comunica attraverso il linguaggio non verbale: la mimica, la postura, l'abbigliamento, lo sguardo, tutto ciò può confermare o contraddire in una frazione di secondo l'azione che si sta svolgendo. Infatti è molto difficile mentire attraverso il linguaggio del corpo, poiché la comunicazione non verbale è quasi completamente inconscia.

Fin dai tempi più remoti l'uomo ha agito sul corpo artificialmente, trasformandolo, marchiandolo, dipingendolo.

Modificare il proprio corpo è una delle pratiche più diffuse di adornamento, compiute attraverso tecniche antichissime come i tatuaggi, i piercing, o tramite tecniche più nuove nate dalle subculture giovanili negli ambienti punk-underground come il branding, o l'implants, divenute negli anni un vero e proprio fashion-business, che rendono il proprio corpo il più possibile simile a come lo desideriamo noi, a come lo vogliamo...a come siamo. In tutte le culture, anche nella nostra, le modificazioni permanenti segnano importanti momenti della vita di un individuo riti di passaggio, che fanno sentire una persona più forte, più sicura, più cosciente del proprio corpo, è una vittoria dello spirito sul dolore fisico, della mente sul corpo.

Nella nostra società occidentale, il rapporto mente-corpo è caratterizzato da profonda equivocità. Infatti vi è un "iperinvestimento" sul corpo, sull'immagine, sul reale; si ha quindi la tendenza a ricostruire la propria identità a partire dal corpo e dall'immagine esteriore. Oggi è soprattutto il corpo femminile al centro dell'attenzione attraverso modalità esasperate che trascendono a volte nel fanatismo e nella ricerca quasi ossessiva della perfezione.

La società domanda moltissimo alle donne, in termini di efficienza, di bellezza, professionalità, maternità...

Il disagio anoressico-bulimico, si manifesta attraverso il corpo; quest'ultimo fa da medium per comunicare il dolore, la sofferenza, la tristezza, la rabbia del soggetto ed è anche utilizzato per chiedere aiuto.

Il corpo ha quindi, la funzione di dire senza parole, attraverso il linguaggio soggettivo dell'anoressia e della bulimia.

È nell'adolescenza che si riscontra maggiormente l'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione, poiché il corpo in questo periodo subisce molteplici cambiamenti. Le donne percepiscono il proprio corpo sempre incline a brusche e profonde trasformazioni, che non possono essere né fermate né controllate. Non ci si riconosce più in quel corpo nuovo, è come se non ci appartenesse più. Quindi dal momento in cui si diviene biologicamente donna c'è un incalzante susseguirsi di trasformazioni dense di risvolti psicologici.

La pubertà è anche un momento cruciale per quanto riguarda la tematica della separazione dalle figure parentali. C'è chi esprime questo disagio non mangiando e riproponendo un modello premestruale con l'anoressia, cercando così di rinnegare la femminilità che avanza prepotentemente. Durante questa battaglia tra infanzia e maturità chi ne fa le spese è anche il corpo.

Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare (DCA)

I disturbi del comportamento alimentare sono patologie caratterizzate da un'alterazione del rapporto che una persona ha con il cibo e il proprio corpo.

Colpiscono prevalentemente gli adolescenti, in particolare di sesso femminile e sono caratterizzati dalla presenza di comportamenti patologici finalizzati alla perdita di peso, da anomale attitudini nei confronti del peso e delle forme corporee e da severe complicanze fisiche e psichiche.

Dal punto di vista diagnostico vengono distinti due principali disturbi dell'alimentazione: anoressia nervosa e bulimia nervosa. Accanto a queste è stata descritta un'ampia categoria di "disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati" che si riferisce a disturbi alimentari clinicamente significativi ma che non corrispondono a tutti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa. In particolare di recente concettualizzazione è il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder).

L'anoressia o anoressia nervosa

L'anoressia può dunque, essere vista come una lotta quotidiana tra un bisogno fisiologico essenziale e un desiderio psicologico di magrezza per affermare se stesse.

Attorno a questo scontro ruota tutto il comportamento della paziente: da quando si sveglia alla mattina, per tutto il giorno e anche di notte ha fame, una fame che si fa sempre più intensa e irresistibile quanto più la ragazza si presenta emancipata.

La risposta a questo forte bisogno naturale, che si manifesta con continui pensieri di cibo e sogni ad occhi aperti di dolciumi, deve essere seguita da un ipercontrollo altrettanto forte, ossessivo, altrimenti la fame può avere il sopravvento.

Ecco alcuni comportamenti che deve mettere in atto chi ha deciso deliberatamente di "restringere" la propria alimentazione:

1. Per combattere la fame durante i pasti (ridotti in realtà a modesti spuntini) mangia il più lentamente possibile, interrompe i pasti non appena sente un senso di gonfiore anche minimo, spesso li consuma nello stesso orario, nello stesso posto e possibilmente da sola. A volte anche la disposizione dei bicchieri e della posateria deve avere un preciso ordine, per evitare di perdere il controllo e di mangiare più di quanto stabilito in partenza.
2. Per combattere la fame tra un pasto e l'altro assume bevande molto calde che, in effetti, calmano un po' la fame. Inoltre, anche l'uso di spezie può servire allo scopo.
3. Mette in atto quella che si chiama "alimentazione vicaria", cioè sviluppa il desiderio di veder mangiare gli altri. Forte è quindi la voglia che i genitori, i fratelli, gli amici, mangino proprio ciò che lei si è proibita. È frequente, inoltre, che tali pazienti collezionino ricette di cucina o preparino da mangiare agli altri. Tutto ciò provoca in loro piacere e sollievo.
4. Nei momenti in cui la fame si fa più intensa compie delle vere e proprie "abbuffate virtuali", cioè immagina di mangiare grandi quantità di cibo, magari osservando per ore la vetrina di un negozio alimentare o guardando i cibi disegnati sulle ricette di cucina. I sogni tipici di un'anoressica riguardano sostanzialmente il cibo.
5. Per superare il senso di colpa per aver mangiato, conta minuziosamente le calorie ingerite o che avrebbe dovuto ingerire. Subito dopo i pasti intraprende una frequente attività fisica (corre, cammina, balla) col preciso intento di smaltire quanto ingerito. Ciò fa diminuire enormemente il senso di colpa.
6. Se ritiene di aver mangiato troppo, ricorre a mezzi di compenso come sputare il cibo, indursi il vomito, usare lassativi e diuretici in quantità.
7. Per evitare di aumentare di qualche chilo attua un autentico controllo sul proprio corpo e sulle proprie forme. Si guarda spesso allo specchio, si prova vestiti della propria taglia, controlla il peso sulla bilancia, si tocca il corpo per sentire le ossa.
8. Per evitare le critiche e la disapprovazione dei familiari tende a nascondere il più possibile il proprio comportamento. Questa è un'ulteriore lotta in quanto i genitori, primo o poi, insospettiti dall'atteggiamento della figlia, inizieranno a spiarla e controllarla in ogni

momento. Lei usa per lo più vestiti larghi, con l'intento di nascondere la propria condizione fisica, racconta bugie su quanto ha mangiato e su quanto pesa.

9. Per evitare le critiche di chi le sta accanto evita il più possibile i contatti sociali, sia per non dover mangiare con loro, sia per eludere le considerazioni sul suo aspetto.

Infine la grande fonte di soddisfazione di ogni ragazza anoressica è mantenere il proprio peso o calare un po' ogni giorno. Se qualcosa va bene, se riceve un complimento, tutto viene attribuito al suo corpo magro. L'umore pertanto è direttamente proporzionale al peso e al controllo sul corpo. Diversamente diventa triste e ipercritica e si considera un fallimento se aumenta di un etto.

Una persona è affetta da Anoressia Nervosa se manifesta tutte e quattro le seguenti caratteristiche:

- Perdita di peso rilevante (più del 15% del peso considerato normale per età, sesso e altezza).
- Paura intensa di ingrassare, anche quando si è in sottopeso.
- Alterazione nel modo di vivere: il peso, la taglia e le forme corporee. Le persone affette da anoressia nervosa sono insoddisfatte del proprio peso e aspetto fisico, considerano brutte e grasse alcune parti del loro corpo. Basano inoltre la propria autostima principalmente su quello che dice la bilancia: un aumento di peso può determinare frustrazione e autosvalutazione; al contrario un calo di peso può aumentare il senso di autocontrollo e autostima.
- Scomparsa delle mestruazioni (nelle donne assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi).

La caratteristica principale dell'anoressia nervosa è il rifiuto del cibo, ma chi soffre di tale disturbo ha sempre una intensa fame e appetito. Il rifiuto di mangiare nasce dalla forte paura di ingrassare e dalla necessità di controllare l'alimentazione. Per evitare di ingrassare chi soffre di anoressia nervosa mette in atto una serie di comportamenti tipici del disturbo quali seguire una dieta ferrea, fare esercizio fisico in maniera eccessiva, indursi il vomito dopo aver mangiato anche piccole quantità di cibo.

Si distinguono due forme di anoressia nervosa: l'*anoressia restrittiva*, forma in cui il dimagrimento è causato dal digiuno e dall'intensa attività fisica, e l'*anoressia con bulimia*, forma in cui la persona mette in atto comportamenti che insieme al digiuno servono a diminuire il peso corporeo (abuso di lassativi e/o diuretici, vomito).

Le abbuffate, cioè episodi in cui il soggetto mangia grandi quantità di cibo, senza riuscire a controllarsi o fermarsi, spesso insorgono a causa dell'intensa fame dopo un primo periodo di forte restrizione che produce inizialmente, nelle persone con problemi alimentari, un forte aumento dell'autostima e un forte senso di autocontrollo legato all'attribuzione di valore estremamente positivo alla dieta e alla magrezza. Con il passare del tempo lo stato di benessere iniziale viene sostituito da una vera e propria ossessione per il cibo che porta l'individuo a seguire rituali stereotipati (contare le calorie, mangiare lentamente, sminuzzare il cibo, cucinare per gli altri) e a pensare al cibo in continuazione. L'ossessione per il cibo scompare solo nella fase finale della malattia caratterizzata da una profonda depressione e una marcata astenia con incapacità di muoversi e reagire. Questa fase di solito precede la morte.

Fortunatamente alcune persone affette da anoressia nervosa non arrivano al termine dell'intero processo che caratterizza la malattia perché vengono intrapresi trattamenti terapeutici adeguati o perché il disturbo si presenta in forma meno grave.

Dismorfofobie

I disturbi del comportamento alimentare sono spesso associati alle dismorfofobie, anche se non è ancora chiaro il rapporto di causa-effetto tra i due fenomeni, ovvero non è chiaro se sia la dismorfofobia a causare il disturbo del comportamento o viceversa.

Il termine dismorfofobia compare per la prima volta nel 1886 sul Bollettino dell'Accademia delle Scienze Mediche di Genova, per indicare una sensazione soggettiva di deformità o di difetto fisico, per la quale il paziente ritiene di essere notato dagli altri, nonostante il suo aspetto rientri nei limiti della norma.

Molte persone sono insoddisfatte del loro aspetto fisico, e ovviamente questo di per sé non rappresenta un sintomo di interesse psichiatrico. La semplice insoddisfazione per il proprio aspetto, diviene patologica quando i pazienti dismorfofobici ritengono che gli altri siano consapevoli della loro deformità fino al punto che l'ansia e la preoccupazione portano ad un disturbo della funzionalità sociale. L'intera vita del paziente può essere sconvolta fino ad arrivare ad un isolamento sociale estremo e, in rari casi, a suicidi o tentati suicidi.

La preoccupazione è così esclusivamente concentrata su un aspetto del corpo, vissuto come deformato, ripugnante, inaccettabile e ridicolo, tanto che l'intera esistenza di un individuo è dominata da questa preoccupazione e nient'altro ha più significato.

Il paziente dismorfofobico passa, infatti, intere ore a controllare il proprio aspetto fisico allo specchio (molti invece evitano per diminuire la propria angoscia), mette in atto comportamenti esagerati e, al limite, compulsivi, come il pettinarsi in continuazione o l'eliminazione di peli superflui, tenta in ogni modo di camuffare il proprio difetto fisico con cosmetici o vestiti, spesso arriva persino a richiedere interventi di chirurgia estetica.

Sicuramente la dismorfofobia è connessa al cambiamento fisico e rimanda al travaglio dell'identità: può essere, cioè, considerata come una simbolizzazione attraverso il corpo dei conflitti legati al processo di separazione-individuazione e come travaglio verso una progressiva accettazione delle nuove caratteristiche acquisite dal corpo.

Di fondamentale importanza sono, quindi i processi attraverso i quali il soggetto giunge ad acquisire l'identità personale, cioè il vissuto della propria immagine globale e la corrispondenza di questa con il corpo che si ha in mente.

Una distorsione dell'immagine corporea è di esperienza comune quando l'immagine che si vede riflessa nello specchio è profondamente diversa da quella mentale e di solito non corrisponde in modo frustrante. Questo è vero per gli adulti, ma accade particolarmente nell'adolescente che non ha ancora trovato un'immagine di sé definita. L'adolescenza rappresenta un periodo di grandi trasformazioni sia dal punto di vista psicologico sia dal punto di vista fisico, un periodo di continuo destrutturarsi e nuovo strutturarsi dell'identità. Il corpo diventa, quindi il luogo e lo specchio di questo processo in evoluzione sia per l'accrescimento somatico che, soprattutto per il manifestarsi e il definirsi delle caratteristiche sessuali secondarie (pubertà).

Associazione tra dismorfofobia e caratteristiche di personalità

Lo sviluppo e il mantenimento di un disturbo di dismorfismo corporeo in un adolescente sono favoriti, secondo alcuni autori, da una personalità premorbosa con tratti ossessivi, schizoidi o narcisisti, o anche da fattori socioculturali esterni (basti pensare in tal senso alla pressione della cultura del "bello" della società moderna). Altri autori hanno ipotizzato invece una connessione di questo disturbo con la nevrosi ossessiva-compulsiva.

Sebbene sia generalmente accettato che il disturbo di dismorfismo corporeo rappresenti un disturbo psichiatrico di per sé, alcuni autori hanno ipotizzato che esso possa essere anche un disturbo aspecifico di altre sindromi psichiatriche, in relazione a ciò è stata fatta una distinzione tra dismorfofobia primaria e secondaria o sintomatica: la prima è equivalente al disturbo di dismorfismo corporeo, in assenza di altre patologie psichiatriche, la dismorfofobia secondaria rappresenta invece un sintomo aspecifico nell'ambito di altri disturbi come la schizofrenia, la depressione, le nevrosi gravi e l'anoressia nervosa.

Dimorfofobie e disturbi dell'alimentazione

I disturbi dell'alimentazione possono essere secondari alla dismorfofobia come conseguenza di un'alterata percezione del corpo. E' possibile ipotizzare due diversi "percorsi" che associano l'anoressia nervosa al dismorfismo. Da un lato è infatti ragionevole pensare che l'anoressia sia una conseguenza del dismorfismo, come tentativo di controllare il proprio peso corporeo al fine di rendere il corpo adeguato al proprio ideale. Dall'altro lato è possibile ipotizzare il percorso diametralmente opposto, ovvero della dismorfofobia come conseguenza dell'anoressia. Oggi la dismorfofobia è comunque considerata un "criterio diagnostico" dell'anoressia nervosa.

Il vissuto emotivo delle dismorfofobie

Il vissuto di una paziente anoressica affetta da dismorfofobia, è un'esperienza panica di personalizzazione ed irrealtà, che si concretizza nel vedere il proprio corpo mutare rapidamente aspetto, dilatandosi e restringendosi a vista d'occhio. Ciò può a volte giungere a livelli deliranti, e sfociare persino in episodi di dissociazione con autolesionismo. La percezione allucinatoria del cambiamento del corpo può, infatti, generare un terrore tale da ricorrere all'automutilazione come unica "soluzione" per arrestarne il processo.

L'autolesionismo nell'anoressia nervosa

Un corpo odiato, vissuto come deforme, un corpo da distruggere, assottigliare, offendere, annullare; un corpo erroneamente percepito, che diviene il bersaglio di ogni insoddisfazione e senso di colpa. Un corpo che diviene lo strumento di comunicazione di ogni sofferto disagio e di ogni paralizzante bisogno di attenzione, mai dichiarato, mai chiesto, ma sempre agognato nel silenzio.

Questo, ormai lo sappiamo, è il quotidiano tormento vissuto da ogni ragazza anoressica.

Non è purtroppo lungo il passo da qui all'autolesionismo, ed anzi è indispensabile far notare come spesso la prima costituisca un richiamo irresistibile per il secondo.

Nelle prime descrizioni della sofferenza anoressica veniva sottolineato il "silenzioso" assottigliamento attraverso cui il corpo viene martoriato, annullato, semplicemente lasciandolo morire. Gli studi più recenti, condotti attraverso una purtroppo sempre più ampia casistica, hanno invece mostrato come spesso il raggiungimento dell'obiettivo possa subire in certi casi un acceleramento perseguendo ulteriori strade alternative, in particolare quando il disturbo sfocia verso un polo psicotico.

Ferire il proprio corpo significa agire, con cruenta volontà distruttiva, verso il raggiungimento dell'obiettivo primario, a volte persino compulsivo, dell'autopunizione.

L'autolesionismo può presentarsi sia come una conseguenza dell'angosciante vissuto dismorfofobico spesso presente nell'anoressia, sia come uno dei mezzi più efficaci per proseguire verso la distruzione del proprio corpo.

La dinamica che sottende questa pratica non è sostanzialmente dissimile da quella che sottende il vomito che si presenta tanto come pratica compensatoria, quanto come ulteriore momento in cui si infierisce contro sé stessi. Il valore simbolico del rivolgimento contro se stessi, è persino più pregnante di quello del vomito, e la sua maggiore "visibilità", pur in contrasto con il mito dell'invisibilità, lo rende persino più soddisfacente per la ragazza anoressica accanita contro se stessa.

D'altra parte, le zone più "battute" sono in genere braccia e gambe, per la loro minore visibilità all'esterno. Lo scopo delle ferite non è, infatti, quello di "essere viste" dagli altri; al contrario questo genera un senso di vergogna elevatissimo, perché impone se stesse all'attenzione dell'altro, il che per una ragazza anoressica rappresenta un'ulteriore colpa da spiare. Il senso simbolico delle ferite non è, infatti, mai rivolto all'esterno, ma sempre e soltanto all'interno.

Bulimia

La bulimia, o con un termine più tecnico la bulimia nervosa, è un disturbo alimentare caratterizzato da episodi di abbuffate seguiti di solito da comportamenti compensatori.

Le abbuffate consistono tipicamente nel mangiare grandi quantità di cibo, spesso ad alto contenuto calorico. In genere questo è fatto in segreto e può continuare per anni senza che gli altri se ne accorgano. Il comportamento compensatorio utilizzato più frequentemente è il vomito autoindotto, ma possono esservi anche abuso di lassativi e di diuretici, digiuno e attività fisica eccessiva.

Lo scopo di questo comportamento è di “neutralizzare” le abbuffate. E’ un tentativo di alleviare il senso di colpa provocato dall’abbuffata e di minimizzare ogni aumento di peso che si potrebbe verificare di conseguenza. Il comportamento compensatorio probabilmente è più distruttivo dell’abbuffata per due ragioni. In primo luogo ha un maggior numero di pericoli fisici e medici. In secondo luogo, tale comportamento aiuta a legittimare l’abbuffata; cioè il comportamento compensatorio, neutralizzando l’abbuffata, aumenta la probabilità che questa in futuro si verifichi di nuovo.

La gamma dei comportamenti può variare di molto da persona a persona. Mentre alcune delle pazienti si abbuffano e ricorrono a questi comportamenti di compenso parecchie volte al giorno, altre lo fanno solo saltuariamente. Varia anche ciò che si intende per abbuffata. Per una persona l’abbuffata potrebbe equivalere a cinquemila calorie di cibi dolci, mentre per l’altra potrebbe voler dire mangiare qualsiasi cibo che non sia a basso contenuto calorico. Allo stesso modo anche il comportamento compensatorio può presentarsi sotto parecchie forme. Sebbene la maggior parte delle persone bulimiche si autoinduca il vomito, alcune vomitano raramente o non vomitano mai. Altre possono combinare più metodi di compenso, il vomito e l’abuso di lassativi o il digiuno, l’attività fisica eccessiva e l’abuso di diuretici.

Una persona affetta da Bulimia Nervosa presenta le seguenti caratteristiche:

- Abbuffate ricorrenti caratterizzate dal consumo di grandi quantità di cibo e dalla sensazione di perdere il controllo sull'atto di mangiare
- Comportamenti di compenso. Le abbuffate nelle persone affette da bulimia nervosa sono seguite da condotte compensatorie finalizzate a prevenire l'aumento di peso. Il vomito autoindotto è il meccanismo di compenso più frequentemente utilizzato, molte persone utilizzano lassativi e diuretici impropriamente, altre fanno esercizio fisico in modo eccessivo
- Le abbuffate e le condotte compensatorie devono verificarsi almeno 2 volte a settimana per tre mesi
- Preoccupazione estrema per il peso e le forme corporee. Come le persone affette da anoressia nervosa, quelle affette da bulimia nervosa si preoccupano molto del peso e dell'aspetto fisico e la loro autostima varia in base a questi due fattori

Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa. Ad una persona che si abbuffa e vomita ma ha un peso basso verrà diagnosticata l'anoressia nervosa, una persona che presenta gli stessi comportamenti ma ha un peso al di sopra dell'85% di quello standard avrà una diagnosi di bulimia nervosa.

La caratteristica principale della bulimia nervosa è un circolo autopertuante di preoccupazione per il peso e le forme corporee dieta ferrea abbuffate vomito autoindotto.

La diretta conseguenza dell'intensa preoccupazione per le forme e il peso in soggetti che basano l'autovalutazione personale sulla magrezza è cercare di dimagrire seguendo una dieta caratterizzata da regole molto rigide.

La dieta ferrea è la principale responsabile della comparsa delle abbuffate.

Seguire una dieta rigida in modo perfezionistico porta prima o poi inevitabilmente a compiere piccole trasgressioni che vengono vissute da chi soffre di problemi dell'alimentazione come una irrimediabile perdita di controllo.

Le abbuffate in una prima fase possono dare piacere perché allentano la tensione del dover seguire in modo ferreo la dieta, col passare del tempo determinano però emozioni negative (paura di ingrassare, senso di colpa, vergogna, disgusto) che a loro volta possono innescare nuove abbuffate.

Col passare del tempo la qualità della vita delle persone affette da bulimia nervosa ne risente enormemente: si sentono depresse, demoralizzate, prive di valore, senza speranza. Nei casi gravi vengono intaccati tutti gli ambiti della vita, alcune persone diventano così disperate che arrivano a togliersi la vita.

Che differenza c'è tra bulimia e gli altri problemi alimentari?

I tre problemi alimentari più comuni sono l'anoressia nervosa, la bulimia e la sovralimentazione compulsiva. La bulimia è simile e allo stesso tempo diversa dagli altri disturbi. Nonostante al profano sembri più simile alla sovralimentazione compulsiva, in realtà assomiglia di più all'anoressia. Le somiglianze tra l'anoressia e la bulimia comprendono la preoccupazione per la dieta, il cibo, il peso e la taglia; il disagio quando si è a tavola con gli altri e la ricerca dell'approvazione. Inoltre, molte bulimiche in precedenza sono state anoressiche, e molte di quelle che non lo sono state desiderano poterle essere, cioè riuscire a non mangiare.

Per quanto simili, l'anoressia e la bulimia sono comunque diverse.

- Una delle differenze riguarda la negazione del problema: l'anoressica nega a sé e agli altri che esista un qualsiasi problema o comportamento alimentare anormale, mentre la bulimia di solito nega l'esistenza del problema con gli altri ma riconosce che la sua alimentazione è anormale.

- L'anoressica, inoltre, è sempre sottopeso, (almeno il 15% al di sotto del peso corporeo consigliato), mentre la bulimia può essere sottopeso, normapeso, o soprappeso.

- Nonostante sia l'anoressica che la bulimia presentino una distorsione dell'immagine corporea (il corpo è erroneamente percepito più grosso di quanto in realtà non sia), la distorsione dell'anoressica è in genere più grave di quella della bulimia.

- Infine, l'obiettivo dell'anoressica è di perdere più peso, mentre l'obiettivo della bulimia è di raggiungere un peso o una forma ideali, spesso irrealistici.

Altri problemi alimentari abnormi (per esempio la sovralimentazione compulsiva) sono in realtà problemi per molti individui, ma non sono considerati disturbi alimentari dalla classificazione dei manuali diagnostici professionali. Alla stesso modo, l'obesità non è considerata un disturbo psichiatrico ma piuttosto un disturbo fisico. Può capitare che la bulimica a volte mangi moltissimo, come chi mangia in modo compulsivo. Tuttavia, le dinamiche implicate e spesso le personalità dei soggetti tendono ad essere diverse. Di conseguenza, le cure che sono efficaci per chi mangia molto e compulsivamente tendono a non essere utili alle bulimiche.

La discussione dei problemi alimentari non sarebbe completa se mancasse il confronto con l'alimentazione normale. Ciascuno di questi problemi ovviamente si differenzia dall'alimentazione normale. Si dovrebbe tuttavia notare che con l'alimentazione normale si intende alimentazione "perfetta".

La maggior parte delle persone commette errori quando mangia; vale a dire che a volte può mangiare troppo, troppo poco, o cibi non particolarmente nutrienti. Può seguire una dieta ragionevole per brevi periodi di tempo, o cambiare le proprie abitudini alimentari nello sforzo di stabilire un regime alimentare più sano.

La differenza fondamentale, tra chi si alimenta normalmente e le bulimiche, riguarda l'intensità delle risposte emotive che la persona bulimica dà prima, durante e dopo l'alimentazione. Cioè, chi mangia normalmente di regola non si sente oltremodo ansioso, spaventato, colpevole o privo di controllo nei confronti dell'alimentazione. Tra le altre differenze ci sono la frequenza e l'intensità degli errori alimentari. Più specificatamente, molti di quelli che mangiano in maniera normale di solito non di sovralimentano con sistematicità né ingeriscono grandi quantità di cibo, come è tipico delle abbuffate della persona bulimica. Infine, la maggior parte degli individui con alimentazione normale non ricorre regolarmente a comportamenti compensatori. Può controbilanciare la sovralimentazione limitando il cibo o aumentando l'esercizio fisico. Qualcuno può saltuariamente prendere un lassativo o un diuretico perché si sente costipato o gonfio per aver mangiato troppo.

Pochi si inducono il vomito. I più riescono a vivere tranquillamente con i loro errori alimentari senza sentirsi costretti ad eliminarli.

Quante persone soffrono di bulimia?

Le stime variano, e per molti motivi è difficile ottenere delle cifre precise. Sembra che la prevalenza della bulimia tra le ragazze adolescenti e le donne giovani sia approssimativamente dell'1-3 per cento, mentre la prevalenza tra i maschi sia di circa un decimo di quello delle femmine (APA, 2000)

Certi gruppi o tipi di persone hanno più probabilità di sviluppare la bulimia?

Si. Ogni gruppo che esiga un peso corporeo basso, o una forma fisica magra, espone i propri membri ad un rischio maggiore. E' il caso di ballerine e modelle (Garner e Garfinkel, 1980) e anche di atleti (Thompson e Sherman, 1993).

Inoltre, sembrano essere a rischio elevato le persone che hanno subito abusi sessuali.

Quali sono alcune delle difficoltà psicologiche della bulimia?

Forte preoccupazione per il cibo:

Molte bulimiche riferiscono che passano fino al 95 per cento delle ore in cui sono sveglie a pensare cosa mangiare, quando mangiare, dove mangiare, come abbuffarsi senza farsi scoprire, dove vomitare, come e se usare diuretici, lassativi o pillole dimagranti, quando fare attività fisica e quando digiunare o stare a dieta. Di solito questa preoccupazione per il cibo e i comportamenti legati all'alimentazione è una conseguenza della dieta. Con la dieta, la bulimia rende il cibo e il mangiare più importanti. Più specificatamente, più si priva del cibo, più forte diventa la spinta fisiologica e psicologica ad abbuffarsi.

Ricerca continua di una forma e di un peso ideali:

Purtroppo la bulimia attribuisce in maniera molto riduttiva al termine "ideale" il significato di magro e perfetto. E' convinta di poter essere felice soltanto se è magra a sufficienza da raggiungere la forma perfetta. Questa ricerca, già di per sé illusoria, è ulteriormente complicata dal fatto che non può diventare magra (perfetta) "a sufficienza". Inoltre, questo concentrarsi su una forma fisica irrealistica le impedisce di vivere la sua vita (per esempio cercare un lavoro, frequentare gente, fare amicizie).

Bassa autostima:

Tra le bulimiche è diffuso un senso generale di scarsa autostima. La bulimia vede poche cose in cui è brava e poi svaluta le poche abilità, capacità o attitudini che è disposta ad ammettere di possedere. Le qualità o i risultati positivi vengono attribuiti alla fortuna o a qualche altra forza esterna. La scarsa autostima contribuisce alla bulimia che, a sua volta, conferma ulteriormente il basso senso di autostima della bulimia.

Scarso senso di autocontrollo:

Uno dei problemi di cui soffrono molte bulimiche è quello definito come mancanza di controllo degli impulsi. Cioè, per loro è difficile controllare gli impulsi o i bisogni. In parte questo è dovuto ad una limitata tolleranza alla frustrazione e all'ansia. L'abbuffarsi è soltanto un altro impulso che hanno difficoltà a controllare.

Depressione, rabbia e ansia:

Ci sono molti sentimenti, nascosti e non, che la bulimia può sperimentare. In genere il più comune è la depressione, ma può trattarsi di rabbia, ansia o altri sentimenti spiacevoli o di una combinazione qualsiasi di emozioni.

Pensiero assolutistico:

Il pensiero assolutistico è a volte chiamato pensiero tutto-o-nulla, oppure bianco-o-nero. Si tratta del modo in cui la bulimia concettualizza il suo mondo, vede i comportamenti, i fatti e le circostanze come tutti buoni o tutti cattivi e soprattutto, vede se stessa come grassa o magra, di solito grassa. Per la bulimia non esiste una via di mezzo.

Difficoltà ad esprimere le emozioni in modo diretto:

La maggior parte delle bulimiche non ha mai imparato come esprimere direttamente le proprie emozioni. Inoltre, molte temono che queste possano sfuggire al controllo o dispiacere a persone che per loro sono importanti. Le bulimiche usano il mangiare come mezzo per distrarsi (proteggersi) dai sentimenti.

Abitudini e comportamenti alimentari insoliti:

Abbuffarsi e vomitare sono certamente comportamenti insoliti legati all'alimentazione. Ma la bulimica può avere anche molte altre abitudini alimentari che non rientrano nella norma. Le ore in cui mangia, il modo in cui prepara (o non prepara) il cibo e le persone con cui mangia o non mangia possono essere tutte situazioni con caratteristiche inconsuete. E' possibile che ogni cosa debba essere mangiata "semplice" (senza alcuna aggiunta), oppure che vengano eliminate intere categorie di cibo, come carne o latticini.

Nonostante molte persone non bulimiche debbano affrontare una o più delle otto difficoltà citate sopra, la bulimica deve lottare con la gran parte di queste, se non con tutte. Un modo di pensare a tali difficoltà psicologiche è di considerarle fattori di rischio. Pertanto, maggiore è il numero di questi problemi psicologici, maggiore è il rischio di sviluppare la bulimia.

Ci sono problemi medici o effetti collaterali della bulimia?

Ci sono parecchi problemi medici che possono derivare dalla bulimia. Perciò si sollecita chi ha un disturbo alimentare a consultare un medico. Tra i problemi medici più comuni ci sono:

Ciclo mestruale irregolare: benché irregolarità mestruali o addirittura la perdita del ciclo mestruale (amenorrea) si verificano più spesso quando il soggetto è sottopeso, problemi analoghi si verificano anche con persone bulimiche normopeso.

Problemi gastrici e intestinali: ci possono essere dolori causati dal trauma fisico del vomito, spasmi dovuti all'abuso di lassativi o dilatazione notevole dello stomaco per le grandi abbuffate. Sono problemi frequenti anche la stitichezza e la diarrea.

Secchezza della cute: questo stato è conseguente alla disidratazione o perdita d'acqua dovuta al vomito e all'abuso di lassativi o diuretici.

Problemi ai denti e alle gengive, compresi l'erosione dello smalto dentale e l'aumento delle carie: questi problemi sono causati dall'acido gastrico presente in bocca durante il vomito autoindotto.

Squilibrio elettrolitico: potenzialmente questo è il problema o effetto collaterale più grave. La condotta di eliminazione determina la fuoriuscita degli elettroliti di potassio, cloruro e sodio. Questi elettroliti in realtà sono ioni con cariche elettriche, necessari al funzionamento corretto di tutti i maggiori apparati del corpo. Da uno squilibrio elettrolitico possono derivare problemi, ma i più seri sono le aritmie cardiache e addirittura la morte.

Ingrossamento e gonfiore (edema): il gonfiore è causato dalla disidratazione dovuta alla condotta di eliminazione, che viene seguita dalla ritenzione idrica "da rebound". Di solito il gonfiore peggiora dopo il che comportamento purgativo è cessato.

Disturbi alla gola e all'esofago: anche questi problemi sono causati dal trauma fisico del vomito autoindotto.

Ingrassamento della ghiandola paratoidea (sottomandibolare): questo ingrossamento, che a volte assomiglia agli orecchioni o richiama l'aspetto di un roditore, è causato dal vomito.

Ad eccezione dell'erosione dello smalto dentale, la maggior parte di questi problemi può essere corretta ed è reversibile una volta che i comportamenti bulimici cessano.

L'alimentazione incontrollata

Una persona affetta da Alimentazione Incontrollata presenta le seguenti caratteristiche:

- Ricorrenti episodi di alimentazione incontrollata. Le abbuffate sono caratterizzate dal mangiare con una sensazione di perdita di controllo grandi quantitativi di cibo in un arco di tempo limitato
- Gli episodi di alimentazione incontrollata sono caratterizzati da sintomi caratteristici: mangiare velocemente, mangiare in solitudine, mangiare per altri motivi rispetto alla fame fisica, provare sentimenti di vergogna, depressione e colpa dopo essersi abbuffati
- È presente un marcato disagio riguardo il mangiare in modo incontrollato
- Le abbuffate si verificano almeno due volte a settimana per almeno due mesi

Le caratteristiche cliniche del disturbo da Alimentazione Incontrollata sono molto simili a quelle della bulimia. Non è presente la dieta ferrea ma sono presenti le abbuffate anche se è difficile individuare la conclusione perché non c'è un comportamento, come il vomito autoindotto, che ponga termine all'episodio bulimico. Le persone affette sono molto preoccupate per il loro comportamento, se ne vergognano e lo giudicano un grave problema, sia per la sensazione di perdita di controllo, sia per le conseguenze che le abbuffate hanno sul peso corporeo e sulla salute.

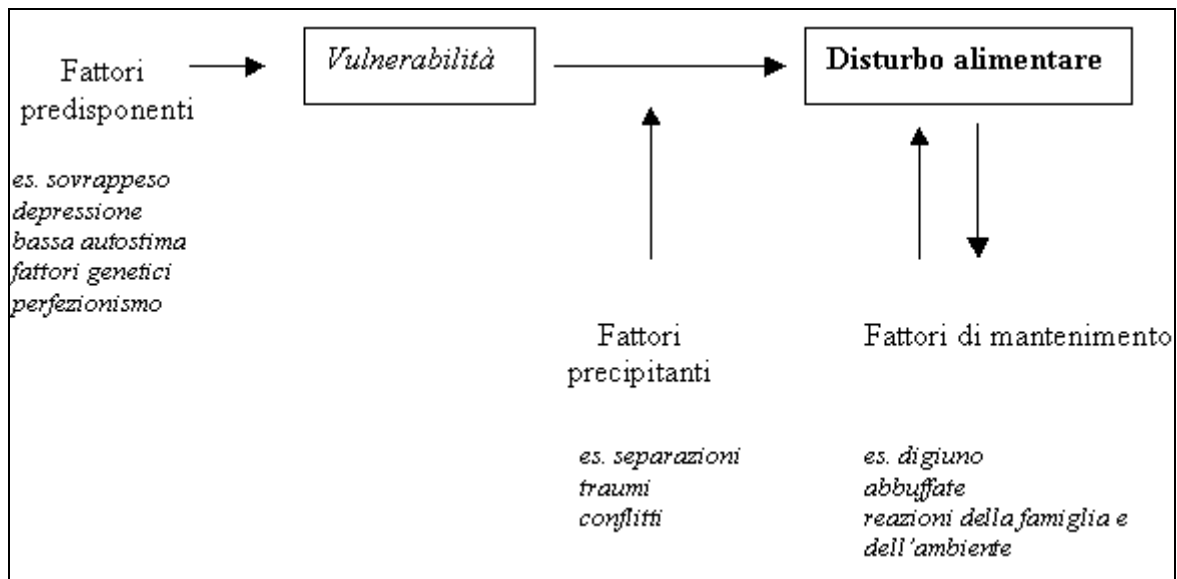
Il 20-30% dei soggetti che richiedono un trattamento per l'obesità e il 5-8% degli obesi in genere soffre di un disturbo da alimentazione incontrollata.

Le cause dei disturbi alimentari

Non esiste una causa specifica per spiegare la natura e l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione, tutti gli studiosi concordano nell'affermare che per spiegare l'origine del disturbo sia necessario ricorrere ad una ottica "multifattoriale", cioè ricercare un insieme di fattori che concorrono all'instaurarsi e al mantenersi del disturbo.

Si evidenziano tre tipi di fattori:

- *Fattori predisponenti:* quei fattori che se presenti possono favorire l'influenza delle altre cause. (Possono essere individuali, familiari, ambientali, socioculturali)
- *Fattori scatenanti:* quegli eventi che possono provocare l'insorgenza del disturbo in persone predisposte.
- *Fattori perpetuanti:* quei fattori che permettono al disturbo di continuare ad automantenersi nel tempo, fino, talvolta a cronicizzare.



E' possibile riassumere lo sviluppo ed il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione in tre fasi principali.

Nella prima fase il soggetto sviluppa una "vulnerabilità", cioè una predisposizione allo sviluppo di un disturbo alimentare, nella maggior parte dei casi attraverso l'attuazione di comportamenti "precursori" dei disturbi alimentari, come il mettersi a dieta o l'iperattività. Fattori che possono influenzare questa prima fase sono: la presenza di alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, scarsa autostima), la presenza di sovrappeso e quindi il ricorso frequente alle diete, la presenza di disturbi psicologici (abuso di sostanze, depressione), l'isolamento sociale, una predisposizione familiare allo sviluppo di disturbi alimentari.

Nella seconda fase insorge il disturbo alimentare, in seguito ad uno o più fattori precipitanti, che possono essere: una malattia o la perdita di un genitore o di una persona cara, una separazione, la presenza di conflitti familiari, una esperienza traumatica, o semplicemente il verificarsi di eventi comuni nell'adolescenza come la separazione dai genitori, l'inizio di nuove relazioni interpersonali e affettive, il sentirsi presi in giro o non accettati dal gruppo.

Nella terza fase il disturbo può mantenersi e stabilizzarsi oppure risolversi. Alcuni fattori possono intervenire nel favorire il mantenimento tra questi sono particolarmente importanti il ruolo della famiglia e dell'ambiente esterno all'insorgenza della malattia, l'isolamento sociale, le caratteristiche psicologiche del soggetto.

Segnali d'allarme

I seguenti segnali di allarme sono tutti indicatori della possibile presenza di un disturbo alimentare. Questa lista può essere d'aiuto a genitori, amici, insegnanti, allenatori sportivi per riconoscere la necessità di un intervento specifico anche se la persona non ha ancora sviluppato un disturbo alimentare.

Segnali d'allarme generali

Segnali d'allarme generali DCA - Fisici-Medici
Perdita di peso rapida
Riferire nausea o dolori epigastrici dopo aver mangiato anche poco
Problemi dentali frequenti e non comuni (erosione dello smalto causata dall'acido del vomito)
Ritenzione di liquidi o edema
Stipsi e perdita della regolarità intestinale

Ingrassamento delle ghiandole salivari
Anomalie del ritmo cardiaco
Anomalie o perdita del ciclo mestruale
Crampi muscolari
Problemi renali
Problemi urinari
Pallore
Osteoporosi

Segnali d'allarme generali DCA - Personalità - Emozioni
Perfezionismo e pensiero dicotomico (tutto o nulla)
Isolamento sociale
Irritabilità, umore depresso
Organizzazione della giornata secondo rituali precisi e stereotipati
Bassa autostima

Segnali d'allarme generali DCA - Attitudini nei confronti del peso e delle forme corporee
Isolamento sociale ed evitamento di numerose attività per la preoccupazione per il cibo il peso e le forme corporee
Difficoltà di concentrazione e nel provare piacere nelle abituali attività giornaliere per la preoccupazione per il cibo, il peso e le forme corporee
Sensi di colpa dopo aver mangiato un pasto normale
Ansia di fronte ad un piatto normale
Costante preoccupazione per il cibo, il peso e le forme corporee
Mostrare particolare interesse per tutti gli argomenti che trattano di cibo, peso e forme del corpo
Eccessiva attività fisica
Induzione del vomito in segreto
Rubare, nascondere il cibo
Collezionare ricette e libri di cucina
Evidenza d'uso di lassativi, diuretici, clisteri
Modificazione del comportamento alimentare (rallentare il tempo di assunzione di cibi, sminuzzare, aumentare l'uso di spezie e cibi "salutari")

Segnali d'allarme specifici per l'anoressia
Perdere peso in modo notevole
Ridurre la quantità e la qualità dei cibi e la frequenza dei pasti
La restrizione diviene il centro delle discussioni con familiari e amici
Senso di benessere e piacere nel fare la dieta

Non tollerare un aumento di peso
Negare di aver fame e mangiare solo piccole quantità di cibo
Provare ansia nel vedersi sempre grassi pur avendo perso peso
Inventare scuse per evitare situazioni durante le quali gli altri mangiano
Assumere abitudini alimentari atipiche (sminuzzare, mangiare spesso pacchetti di gomme, utilizzare molte spezie)
Collezionare ricette e libri di cucina ma cucinare solo per gli altri
Fare molta attività fisica
Lamentare spesso intenso freddo e vestirsi a strati, con indumenti inappropriati rispetto alla stagione
Perdita di capelli
Presenza di peluria diffusa sul corpo
Palmi delle mani e dei piedi giallo-arancio
Lamentare difficoltà digestive, ripetuti dolori epigastrici o addominali

Segnali d'allarme specifici per la bulimia

Scomparsa di cibo dal frigo, comperare grandi quantità di cibo, rubarlo, nascondere (segnali che possono indicare la presenza di abbuffate)
Andare in bagno dopo i pasti, tracce di vomito nel water, calli o erosione sul dorso delle mani (segnali che possono indicare la presenza del vomito autoindotto)
Alternare periodi di dieta ferrea a periodi di alimentazione eccessiva
Alimentazione eccessiva nei momenti di stress
Mangiare grandi quantità di cibo senza aumentare di peso
Mangiare di nascosto
Gonfiare delle ghiandole salivari ed erosione dei denti
Utilizzo di lassativi
Presenza di atti impulsivi (cleptomania, abuso di alcol o droghe, autolesionismo)
Crampi muscolari e battito cardiaco alterato

Segni di emergenza associati ai DCA

Pensieri suicidi
Tentativi di suicidio
Aritmie cardiache, dolori al petto, parestesie agli arti, svenimenti improvvisi
Abbuffarsi e vomitare molte volte al giorno
Incapacità di mangiare senza indursi il vomito
Presenza di autolesionismo
Dolori addominali severi
Tracce di sangue nel vomito

Come si curano i disturbi alimentari

La cura delle forme più serie di anoressia o bulimia è lunga e faticosa, richiede impegno e motivazione da parte del paziente.

Esiste in primo luogo una cura medica che ha lo scopo di "limitare i danni" prodotti dal digiuno, dalle abbuffate, dal vomito e di riabilitare il paziente dal punto di vista nutrizionale. Esistono delle cure farmacologiche che comprendono farmaci per aiutare il riequilibrio dei valori internistici e psicofarmaci; esistono gli interventi psicoterapeutici ritenuti oggi indispensabili per raggiungere e mantenere lo stato di guarigione.

Oggi in Italia e all'estero la maggior parte degli studiosi sono concordi nell'affermare che l'approccio terapeutico deve essere multidisciplinare (deve coinvolgere figure professionali diverse: medico, psichiatra, psicologo, nutrizionista, internista) e integrato (un trattamento in cui le diverse discipline coinvolte si integrino in un unico progetto terapeutico che tenga conto delle differenze individuali e delle varie fasi della malattia).

Ospedalizzazione e day hospital

Esistono due tipi di ospedalizzazione cui si può ricorrere per la cura di un disturbo dell'alimentazione: il ricovero in un reparto internistico dell'ospedale; il ricovero in reparti specializzati per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Quando il calo di peso è veloce e continuo e quando il peso è così basso da essere pericoloso per la vita il ricovero è l'unico modo per gestire la situazione. Quando è mirata al trattamento delle complicanze mediche, l'ospedalizzazione è un trattamento prioritario e non richiede motivazione da parte della paziente. Come parte del processo di guarigione l'ospedalizzazione mira alla riabilitazione nutrizionale e alla risoluzione delle complicanze fisiche, ma anche alla cura delle problematiche psicologiche che mantengono i disturbi dell'alimentazione. Il ricovero può essere indicato anche in casi in cui i tentativi ambulatoriali non hanno dato esiti positivi ed esiste il rischio della cronicizzazione.

Il trattamento di day hospital può avvenire in seguito l'ospedalizzazione o sostituire il trattamento ambulatoriale. Il trattamento in day hospital consiste nel fornire una supervisione dei pasti e la possibilità di una psicoterapia intensiva, senza che la paziente sia completamente protetta dalle difficoltà quotidiane al di fuori dell'ospedale.

Psicoterapia

La terapia cognitivo comportamentale è divenuta il trattamento standard della bulimia nervosa e costituisce la base teorica per la maggior parte del trattamento dell'anoressia nervosa. Obiettivo della psicoterapia cognitivo comportamentale è quello di modificare i comportamenti patologici legati all'alimentazione e di riorganizzare i processi cognitivi e le convinzioni distorte che influenzano tali comportamenti. Nel trattamento dell'anoressia e della bulimia le aree di intervento si focalizzano sulle assunzioni sottostanti della paziente secondo le quali il peso, le forme corporee o la magrezza possono servire come unico strumento per inferire il valore personale e sulla paura di ingrassare. Componenti della terapia interpersonale e della terapia familiare sono spesso integrate nella terapia cognitivo comportamentale a lungo termine; gli interventi cognitivi sono finalizzati non solo ad affrontare i pensieri disfunzionali che mantengono la dieta estrema o la riduzione cronica del peso, ma anche le assunzioni fondamentali associate ai conflitti interpersonali, ai sentimenti di inefficacia, alle lotte per l'autonomia, alle paure legate allo sviluppo psicosociale.

Farmacoterapia

Spesso l'uso dei farmaci è molto utile, specialmente nei soggetti che soffrono di bulimia. È importante che i farmaci non vengano considerati come la risoluzione dei problemi né come un

"demonio" da evitare a tutti i costi. È stato dimostrato che se usati correttamente possono essere un valido aiuto e supporto alla terapia psicologica. I farmaci più usati nei disturbi dell'alimentazione sono alcuni antidepressivi definiti "serotoninergici" per la loro specifica azione su quel neurotrasmettitore cerebrale detto serotonina che ha una importante funzione di regolazione del meccanismo fame/sazietà oltre che nella regolazione degli impulsi verso il cibo e dell'umore. Questi farmaci avrebbero dunque una azione sia sulla depressione, che è spesso presente in soggetti con dca, sia sull'impulso verso le abbuffate. Sia la depressione che l'ansia possono avere un ruolo importante nel mantenere il disturbo alimentare ed è quindi importante, quando è necessario, agire anche a livello farmacologico.