

INTRODUZIONE

Come si evince dalle più recenti pubblicazioni, da cinquanta anni a questa parte, in tutti i paesi sviluppati, quindi anche in Italia, si contano decine di migliaia di bambini e giovani che soffrono di disturbi dell'alimentazione, cioè che hanno un rapporto complicato con il cibo.

I conflitti in campo alimentare ci hanno ormai abituati a un linguaggio comune: mangiare troppo, pentirsi, troppo poco, mai abbastanza, poco, attraverso il quale si esprimono malessere, felicità o fatica di vivere. Sono già alcuni milioni i bambini e i giovani italiani in sovrappeso e obesi. E si contano in varie decine di migliaia quelli che soffrono di anoressia nervosa, di bulimia nervosa o di qualche sintomo preoccupante. Ancora più numerose sono poi le giovani donne (e i giovani uomini) insoddisfatte del loro aspetto e pronte a seguire diete non necessarie e a sottoporsi ad esercizi fisici estenuanti o a terapie estetiche più o meno inutili, nella speranza di migliorare il rapporto con se stesse, con gli altri, con la vita.

I disturbi del comportamento alimentare raccolgono tre quadri clinici di interesse psicologico-psichiatrico:

- ▶ anoressia nervosa;
- ▶ bulimia nervosa;
- ▶ disturbi del comportamento alimentare atipici.

Data la vastità dell'argomento, concentreremo il nostro interesse sulle prime due patologie alimentari sia perché ci permettono di riflettere sul tema dei valori-disvalori nella nostra società sia perché hanno avuto un incremento tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale per quanto riguarda gli adolescenti di entrambi i sessi.

Ci sembra opportuno iniziare il nostro lavoro di approfondimento individuando le tappe principali della scoperta scientifica e dello studio di anoressia e bulimia nel corso del 1900, quindi estenderemo la ricerca alle caratteristiche di tali patologie, al contesto storico-culturale in cui si sono sviluppate, all'individuazione dei fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento, alle terapie, alle problematiche della guarigione, per concludere con un breve resoconto della situazione attuale in Friuli Venezia-Giulia.

Per sviluppare il tema scelto faremo riferimento a varie fonti: i contributi storico-critici di alcuni studiosi del settore, articoli di giornale, articoli di riviste, siti Internet.

Procederemo, quindi, confrontando i risultati della nostra ricerca con gli esiti di un'indagine che verrà effettuata dagli studenti della classe 2 C OSS su un piccolo campione di studenti delle classi seconde del corso OSS del nostro Istituto.

Le riflessioni nate all'interno del gruppo o nelle occasioni di incontro con le altre classi ci daranno infine la possibilità di concludere il nostro lavoro facendo un bilancio di questa esperienza che, ci auguriamo, sarà per noi profonda e significativa.

1. UN PO' DI STORIA

Quando si è iniziato a parlare di anoressie e bulimie?

Per rispondere a tale quesito abbiamo letto con interesse due contributi storico-critici che individuano le tappe principali della scoperta scientifica e dello studio di anoressia e bulimia.

Mentre il testo di Cuzzolaro presenta le principali teorie relative alle cause e alla sintomatologia di tali disturbi, quello della MacSween sottolinea in modo particolare lo stretto collegamento tra il contesto socio-culturale del secolo scorso e la comparsa delle patologie alimentari.

1.1. BREVE STORIA DELL'ANORESSIA MENTALE

La medicina ha prestato sempre particolare attenzione agli effetti dei regimi alimentari, ma solo recentemente alle psicopatologie legate al rapporto dell'uomo con il cibo.

Anche se la prima descrizione medica dell'anoressia nervosa risale a circa tre secoli fa, infatti, dobbiamo attendere il 1874 per l'attribuzione di un nome preciso a questa patologia. Fu William Gull (1819-1890), medico della regina Vittoria, a battezzarla con il nome di "anorexia nervosa". Gull non prescriveva farmaci, ma raccomandava abiti caldi, un letto caldo, cibo nutriente, ogni due ore, con un cucchiaino di brandy; riteneva anche necessario il cosiddetto "trattamento morale", ossia un controllo totale del comportamento e delle abitudini del malato allo scopo di aumentarne l'autocontrollo e favorirne l'equilibrio mentale.

Nei medesimi anni il neurologo francese Ernest Lasègue (1816-1833) catalogava l'anoressia nervosa tra i disturbi isterici¹. Per distinguere la malattia da altri disturbi isterici, Lasègue sottolineava alcune caratteristiche distintive che sono rilevate anche dalla psichiatria odierna: emaciazione² in assenza di cause organiche, distribuzione specifica per età e genere, negazione della malattia da parte delle pazienti. Secondo Morag McSween³ si trovano analogie anche nel trattamento dell'anoressia: la riabilitazione nutritiva e il trattamento "morale" hanno il medesimo scopo della riabilitazione nutritiva e della psicoterapia di oggi: il controllo medico dell'ambiente e del comportamento della paziente.

Dopo la pubblicazione dei primi articoli di Gull e Lasegue, l'interpretazione della patologia rimase inalterata in altri studiosi come Charcot, Huchard e Janet fino al 1914, quando Morris Simmonds descrisse un caso che presentava una disfunzione endocrina⁴ e quindi una forma di inedia⁵; i casi piuttosto rari di anoressia furono così ribattezzati Morbo di Simmonds.

Verso la fine degli anni '30 venne riproposta la distinzione tra morbo di Simmonds (inedia dovuta a cause organiche) e anoressia (inedia come scelta), finchè, nel 1949, la controversia ebbe termine con la pubblicazione dello studio di Sheean e Summers, che dimostrarono la mancanza di un nesso causale tra anoressia e disfunzione dell'ipofisi.

Fino agli '60 l'anoressia continuò ad essere considerata un disturbo relativamente raro.

Ma, negli anni '70, la psichiatra Hilde Bruch iniziò a puntare il dito sulle pressioni esercitate sulle adolescenti in lotta per la conquista dell'identità e dell'individualità da parte

¹ Isteria: affezione nevrotica, caratterizzata da disturbi psichici di tipo ansioso che si manifestano in forma somatica (paralisi, disturbi sensoriali, spasmi ecc).

² Emaciazione: estrema magrezza.

³ Morag MacSween, *Corpi anoressici*, pag. 19.

⁴ Disfunzione endocrina: cattivo funzionamento delle ghiandole a secrezione interna, in questo caso dell'ipofisi nell'ipotalamo.

⁵ Inedia: lungo digiuno con conseguente deperimento.

dei mass-media circa l'importanza di avere un aspetto snello e Arthur Crisp (1974) sostenne che la fuga dalla "sfida esistenziale" della pubertà, sempre più precoce a causa di una alimentazione migliore, unita all'incertezza morale di una società permissiva, priva di valori, tipica del '900, poteva essere ritenuta una delle cause dell'anoressia.

Secondo la McSween il contributo dato dalla psicoanalista Mara Selvini Palazzoli è originale rispetto a quello della Bruch perché cerca di capire come possa essere vissuta in modo traumatico, durante la pubertà, la trasformazione del corpo femminile infantile "asessuato" in un corpo femminile adulto sessuato e vissuto come inferiore, in quanto oggetto "passivo-recettivo". È discutibile, invece, che la causa vada ricercata, come per Bruch, in una madre "inadeguata", la quale non sa insegnare alla figlia che è un individuo separato e autonomo, destinato a diventare una persona adulta indipendente.

Tutte queste teorie, infatti, "hanno in comune un taglio individualistico che vede l'anoressia come un problema di devianza o di carenza individuali (...); questo, dal punto di vista sociologico (...) costituisce un grave difetto soprattutto in quanto sminuisce l'importanza dei fattori culturali".⁶

Tale importanza viene rilevata, negli ultimi trenta anni, da varie interpretazioni di tipo sociologico e confermate dai dati epidemiologici, secondo i quali l'anoressia è un fenomeno tipico del contesto socio-culturale dell'Occidente del xx secolo.

1.2. BREVE STORIA DELLA BULIMIA NERVOSA

Stili alimentari bulimici erano stati segnalati fin dall'antichità. Bulimia, del resto, è una parola che deriva direttamente dal termine greco βουλιμία, usato dal medico Ippocrate (V secolo a.C.) e ripreso più tardi dal medico Galeno (II secolo d.C.), con il significato di fame enorme, smisurata.

Nel corso dei secoli, la definizione del termine "bulimia" ha subito vari cambiamenti che corrispondono ai caratteri nuovi del fenomeno.

La prima descrizione medica di casi che oggi definiremmo di bulimia nervosa è il saggio presentato alla Società psicoanalitica tedesca dallo psicanalista russo tedesco Mosche Wuff il 12 aprile 1932. Il lavoro descriveva quattro donne depresse e con disturbi dell'immagine del corpo soggette a crisi di ingordigia incontrollabile. In tutti i casi le abbuffate erano seguite da fasi di digiuno ed era stata riscontrata l'abitudine di procurarsi il vomito dopo le crisi bulimiche. L'autore metteva in evidenza le affinità di questa patologia con la tossicodipendenza: la ricerca incontrollabile del cibo nella bulimia somiglia molto a quello delle droghe e dell'alcool nelle dipendenze da queste sostanze.

La bulimia nervosa è, però, un quadro clinico proposto solamente nel 1979 dallo psichiatra Gerald Russel in un famoso articolo pubblicato sulla rivista "Psychological Medicine": *La bulimia nervosa, una pericolosa variante dell'anoressia nervosa*. Russell definiva tale patologia: l'evoluzione della fase precedente di anoressia, in cui compaiono crisi di fame accompagnate da tentativi di compenso di vario genere.

⁶ Morag McSween, op. cit., pag. 55

2. DATI EPIDEMIOLOGICI⁷

Oggi sappiamo, attraverso le ricerche in questo settore, che i disturbi del comportamento alimentare insorgono prevalentemente nell'adolescenza, anche se tali patologie tendono ad essere sempre più precoci⁸, e riguardano per lo più il sesso femminile.

Nei Paesi industrializzati, compresa l'Italia, su ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni) 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare, con una prevalenza della bulimia sull'anoressia (1% contro lo 0,3-0,5%).

Negli ultimi due decenni tutti i disturbi del comportamento alimentare sono equamente diffusi nei vari strati sociali.

Anche tra i maschi l'incidenza⁹ e la prevalenza¹⁰ dell'anoressia sono in aumento negli ultimi decenni, forse nella stessa proporzione del sesso femminile.

È interessante rivelare che, negli anni Sessanta, prevalevano le anoressie restrittive¹¹, mentre nei decenni successivi sono diventate sempre più frequenti le forme bulimiche.

Anoressie e bulimie sono frequenti nei Paesi industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Sudafrica e Giappone, mentre sono molto rare nei paesi poveri d'Africa, d'Asia e dell'America Latina, dove si presentano con il progredire dello sviluppo economico e con l'occidentalizzazione della cultura.

È sempre più evidente, quindi, che "Anoressie e bulimie appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale, connessi, in particolare, alla costruzione dell'identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna".¹²

3. COSA SONO I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Con la dicitura "Disturbi del comportamento alimentare" (DCA) si fa abitualmente riferimento a un disturbo o a un disagio caratterizzato da un alterato rapporto con il cibo e con il proprio corpo che compromette la qualità della nostra vita e dei nostri rapporti sociali e influenza la nostra autostima.

Quando poi le caratteristiche del disturbo alimentare coincidono con i criteri diagnostici di uno stato patologico specifico allora possiamo parlare di una malattia.

3.1. DEFINIZIONI DIAGNOSTICHE ATTUALI E CLASSIFICAZIONE

Attualmente la psicopatologia dell'alimentazione è divisa tra anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, detti atipici.

Tali categorie diagnostiche sono state stabilite dai criteri di classificazione attualmente in uso: il DSM IV¹³ del 1994 e il capitolo quinto dell'Icd-10¹⁴ pubblicato nel 1992-1993. Anoressia nervosa e bulimia nervosa vengono tenute distinte in quanto, nonostante condividano molti caratteri e benché una persona possa passare, da un momento all'altro della vita, da un disturbo all'altro, vi è un sintomo principale di distinzione: l'amenorrea¹⁵.

⁷ Dati epidemiologici: che riguardano l'epidemiologia, cioè il settore della medicina che studia le cause e le leggi di diffusione delle malattie.

⁸ L'età d'esordio è tra i 10 e i 30 anni; l'età media di insorgenza è di 17 anni. (Massimo Cuzzolaro, *Anoressie e bulimie*, pag. 49.)

⁹ Incidenza: casi nuovi per anno

¹⁰ Prevalenza: casi attivi

¹¹ Anoressia restrittiva: che non presenta episodi di abbuffata o di svuotamento improprio mediante vomito, lassativi.

¹² Massimo Cuzzolaro, op.cit., pag. 50.

¹³ DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

¹⁴ ICD: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità, della salute

¹⁵ Amenorrea: interruzione del ciclo mestruale da almeno tre mesi.

Così Ostuzzi e Luxardi definiscono l'anoressia: "L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da una restrizione dell'alimentazione dovuta a una eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee, che si esprime in una continua e ossessiva paura di ingrassare e nella ricerca della magrezza."¹⁶

Secondo il DSM IV occorrono tre sintomi per fare una diagnosi di anoressia:

- una paura morbosa di ingrassare con tendenza a sentirsi grassi
- una perdita di peso grave
- un'interruzione del ciclo mestruale da almeno tre mesi

La bulimia nervosa è per certi aspetti simile all'anoressia in quanto è un disturbo "costituito da una paura morbosa di ingrassare e di essere sovrappeso, il peso e la forma del corpo influenzano in modo eccessivo e inadeguato la valutazione della stima di sé"¹⁷.

Il DSM IV stabilisce che, per fare una diagnosi di bulimia, sono necessari i seguenti tre sintomi:

- un'attenzione ossessiva al peso e alle forme del corpo
- abbuffate compulsive¹⁸ frequenti
- seguite da contromisure, la più frequente delle quali è il vomito autoindotto¹⁹

3.2. COME CI SI AMMALA DI ANORESSIA

Le storie di anoressia, come si può rilevare da alcuni esempi riportati in appendice, hanno, in genere, il comune denominatore di un disagio che si esprime nella difficoltà di accettare il proprio aspetto fisico e nella ricerca di un suo possibile miglioramento attraverso la correzione di abitudini alimentari ritenute dannose.

In principio si riduce la quantità di cibo e si eliminano gli alimenti "calorici", ma, a poco a poco, la dieta diventa più rigida e cresce la paura di perdere il controllo; per questo si cerca di evitare il pasto rinviandolo, prendendo impegni ecc. finché la situazione diventa incontrollabile: "Devo mangiare il meno possibile per non ingrassare" è la tipica frase pronunciata in questi casi (Figura 1)²⁰.

¹⁶ Roberto Ostuzzi, Gian Luigi Luxardi, *Figlie in lotta con il cibo*, pag. 34

¹⁷ R. Ostuzzi, G.L.Luxardi, op. cit. pag. 45

¹⁸ Atto compulsivo: atto che la persona si sente costretta a fare in modo ripetitivo e rituale, pur riconoscendo che è assurdo o fastidioso.

¹⁹ Autoindotto: provocato volontariamente dalla persona stessa.

²⁰ R. Ostuzzi, G.L.Luxardi, op. cit. pag. 39

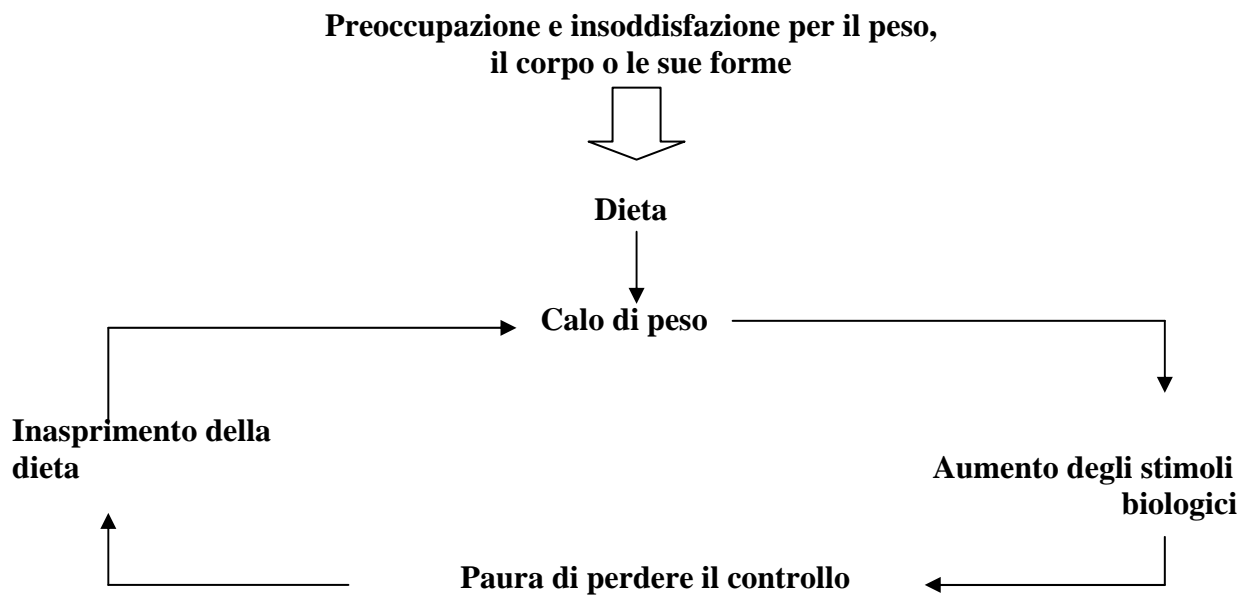


Figura 1: *circolo vizioso di automantenimento dell'anoressia nervosa*

Si tratta di una sfida che richiede sempre più energie per mantenere l'autocontrollo in quanto la restrizione alimentare innesca meccanismi biologici di protezione per la sopravvivenza che consistono in un aumento della fame, dell'appetito e della preoccupazione relativa all'alimentazione. In questo senso, come sottolineano Ostuzzi e Luxardi, il termine "anoressia" (dal greco *an*, prefisso negativo e *orekteo*, "ho appetito") può trarre in inganno perché in realtà la sensazione di fame è forte.

La fame sempre più potente può condurre a due diverse situazioni:

- ✦ **l'anoressia di tipo bulimico** che presenta, oltre alla restrizione, perdite di controllo (abbuffate) e metodi di compenso come vomito o lassativi per eliminare il cibo assunto
- ✦ **l'anoressia di tipo restrittivo** che usa solamente controllo del cibo e iperattività

In alcuni soggetti, infine, si presenta

- ✦ **l'anoressia da iperattività** caratterizzata da un'attività fisica intensa e difficilmente controllabile, utile per dominare l'ansia del pasto, per cui può non esserci un forte controllo sull'assunzione del cibo

La fase iniziale del disturbo è quasi sempre caratterizzata dalla negazione della malattia e delle proprie difficoltà e magari incoraggiata dalla famiglia o dagli amici in quanto la dieta è vista come un mezzo per eliminare qualche chilo di troppo e per conformarsi, così, ai canoni estetici proposti dalla nostra società.

3.3. LE COMPLICAZIONI DI TIPO MEDICO

Dal momento che, in molti casi, l'anoressia non è riconosciuta come un "problema" da parte del soggetto che ne è affetto o dai suoi familiari, la consultazione di un medico viene effettuata spesso per il trattamento di disturbi che non sembrano in relazione con l'anoressia e che, in realtà, ne sono conseguenti.

Ostuzzi e Luxardi²¹ descrivono con precisione tutte le complicazioni della patologia a livello medico. Le riportiamo in forma sintetica nella tabella sottostante:

Complicanze cardiovascolari	<ul style="list-style-type: none">▪ Rallentamento cardiaco fino a 40 battiti al minuto con rischio di arresti cardiaci▪ Abbassamento della pressione arteriosa▪ L'ipotensione²² arteriosa può causare cadute e perdita di coscienza
Alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico	<ul style="list-style-type: none">▪ La carenza di potassio può essere causa di gravi alterazioni del ritmo cardiaco
Alterazioni ematologiche	<ul style="list-style-type: none">▪ Anemia²³ e leucopenia²⁴
Complicanze gastro-intestinali	<ul style="list-style-type: none">▪ Rallentamento della funzione digestiva con presenza di gonfiori, dolori, sensazioni dolorose e stipsi
Complicanze a livello osseo	<ul style="list-style-type: none">▪ Osteoporosi²⁵ dovuta alla scomparsa del ciclo mestruale
Complicanze a livello neurologico	<ul style="list-style-type: none">▪ Pseudo-atrofia²⁶ cerebrale e allargamento dei ventricoli
Complicanze dermatologiche	<ul style="list-style-type: none">▪ Frequente comparsa di un colorito giallastro delle estremità dovuto all'aumentato deposito cutaneo di carotenoidi²⁷, aumento della peluria, pelle secca e disidratata, perdita dei capelli

3.4. COME CI SI AMMALA DI BULIMIA NERVOSA

La bulimia insorge, in genere, in soggetti che presentano un peso nella norma, ma anche in individui eccessivamente dimagriti come conseguenza di diete molto ristrette e protratte nel tempo.

L'insorgere della patologia può essere simile a quello dell'anoressia: una forte insoddisfazione per il proprio corpo e la ferrea volontà di perdere peso.

Il quadro psicologico rivela un'eccessiva attenzione per la forma fisica, disturbi d'ansia, scarsa capacità di controllo dei propri impulsi, instabilità affettiva. La necessità di ingerire grandi quantità di cibo²⁸, infatti, sembra correlata al desiderio di placare stati ansiosi e solitudine.

²¹ Roberto Ostuzzi, Gian Luigi Luxardi, op. cit., pgg. 43-45 e 53-54.

²² Ipotensione: diminuzione della pressione arteriosa

²³ Anemia: diminuzione nel sangue di emoglobina o di globuli rossi

²⁴ Leucopenia: riduzione dei globuli bianchi nel sangue

²⁵ Osteoporosi: processo di rarefazione e indebolimento delle ossa

²⁶ Atrofia: riduzione di volume

²⁷ Carotene: idrocarburo giallo contenuto nelle carote e trasformato dal fegato in vitamina A

²⁸ Per fare una diagnosi di bulimia la frequenza delle abbuffate deve essere di due episodi alla settimana per tre mesi consecutivi

Il decorso del disturbo, invece, è diverso rispetto a quello dell'anoressia: la persona bulimica mantiene un peso abbastanza normale, alternando tentativi di dimagrire con abbuffate e "condotte di compenso" come il vomito autoindotto e l'uso di lassativi.

Questi compaiono dopo l'eccessiva introduzione di calorie, per il desiderio di mantenere il peso corporeo, ma probabilmente anche per nascondere agli altri l'ingrassamento (e quindi il proprio disturbo) e probabilmente per la disistima derivante dagli episodi bulimici. In breve tempo, però, l'appagamento apportato da queste condotte determina il bisogno di nuovi pasti che vengono effettuati isolandosi dagli altri per non essere osservati nei propri eccessi alimentari.

Si è osservato che, in soggetti sottoposti a diete molto ristrette per lungo tempo, si manifesta la tendenza bulimica a ingerire molto più cibo del necessario anche dopo il ritorno a un regime alimentare normale. Questo accade perché il metabolismo si adatta al ciclo di bulimia- assunzione, di lassativi-vomito, rallentando e in tal modo aumentando il rischio che vi sia un aumento di peso anche solo attraverso l'ingestione di una quantità normale di calorie.

Inoltre la continua assunzione di lassativi e l'introduzione dello stimolo del vomito possono stimolare a livello cerebrale la produzione di sostanze di tipo oppiaceo²⁹, come le endorfine³⁰, che hanno un effetto sedativo sul metabolismo³¹.

Quando il soggetto si trova in fase anoressica, invece, manifesta facile irritabilità e la tendenza a sviluppare stati depressivi. Questi disturbi psicologici scompaiono aumentando la quantità di cibo introdotto; il paziente entra di conseguenza in una nuova fase bulimica; in particolare, privilegia alimenti dolci, dato che stimolano la produzione di serotonina³² e migliorano indirettamente l'umore.

Si perpetua, così, il circolo vizioso della bulimia nervosa che alterna abbuffate e comportamenti eliminativi e di restrizione (Figura 2)³³

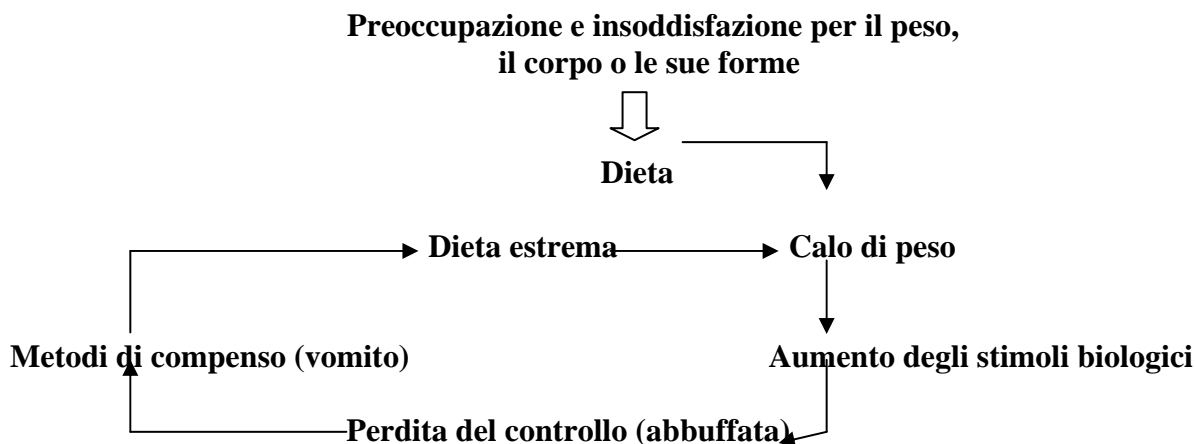


Figura 2: *Circolo vizioso della bulimia nervosa*

²⁹ Oppiaceo: che contiene oppio o un suo derivato

³⁰ Endorfina: sostanza secreta dall'ipofisi che ha un'azione simile alla morfina

³¹ Metabolismo: insieme dei processi che determinano la trasformazione degli alimenti in tessuti, calore corporeo, lavoro meccanico e l'eliminazione delle sostanze residue

³² Serotonina: sostanza dotata di azione antiemorragica e protettiva sui capillari

³³ R.Ostuzzi, G.L. Luxardi, op. cit. pag. 49

3.5. LE COMPLICAZIONI DI TIPO MEDICO




L'abbuffata e l'utilizzo dei metodi purgativi causano una serie di problemi di tipo organico che riportiamo nella tabella sottostante.

Complicanze di tipo odontoiatrico	▪ il vomito autoindotto procura un'erosione dello smalto soprattutto nella parete interna dei denti frontali
Complicanze relative al cavo oro-faringeo	▪ rigonfiamento delle ghiandole salivari
Complicanze del tratto gastro-esofageo	▪ infiammazioni all'esofago e allo stomaco, esofagite e gastrite producono difficoltà digestive, bruciori, dolori, rigurgito, sensazione di digestione lenta e difficoltosa
Alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico	▪ la carenza di potassio può dare luogo a gravi alterazioni del battito cardiaco; possono presentarsi vertigini, sete, ritenzione idrica, dolori muscolari vaghi, spasmi nervosi, apatia, disidratazione

3.6. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ATIPICI

Sono un gruppo di patologie in cui si riscontrano sia forme parziali, cioè quadri simili all'anoressia o alla bulimia ai quali manca, però, uno dei criteri richiesti per la diagnosi sia forme sotto soglia in cui la frequenza dei comportamenti è inferiore a quella richiesta per diagnosticare il disturbo maggiore.

Rientrano nei comportamenti alimentari atipici una serie di disturbi ancora non completamente definiti e delineati come, ad esempio:

-  **la sindrome "mastica e sputa"** (chewing and spitting) che consiste nel passare parte del tempo a masticare grandi quantità di cibo che poi non viene deglutito.
-  **la dieta cronica (dieting)** caratterizzata da una costante attenzione alla dieta, da un controllo esasperato del peso e da angoscia per eventuali alterazioni, anche minime, di questo.
-  **il disturbo da alimentazione incontrollata**, caratterizzato da abbuffate compulsive. Ha in comune con la bulimia l'abbuffata, non seguita però da tentativi di compenso.

3.7. LE COMPLICAZIONI DI TIPO MEDICO

Le complicanze sono legate all'aumento significativo del peso corporeo e sono quelle tipiche dell'obesità. Le riportiamo nella tabella sottostante.

Diabete	Si riscontra in misura tre volte maggiore rispetto alla persone normopeso
Ipercolesterolemia	L'aumento del colesterolo aumenta il rischio di problemi cardiovascolari
Ipertensione arteriosa	I rischi sono: infarto, ictus, malattie renali
Malattia coronarica	Causa infarto
Alterazioni della funzione respiratoria	Causa apnee ³⁴ notturne e colpi di sonno diurni
Tumori	Un eccesso di peso del 40% rispetto al peso ideale comporta un aumento del rischio del 33% negli uomini e del 55% nelle donne
Aspettativa e qualità della vita	Fortemente compromesse

3.8. I RAPPORTI TRA I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Come si può constatare dalla precedente rassegna dei principali disturbi alimentari, essi non sono in contrapposizione tra loro, ma presentano una continuità sul piano clinico rappresentata dal peso corporeo, dalle condotte purgative e dalla presenza dell'abbuffata (Figura 3)³⁵.

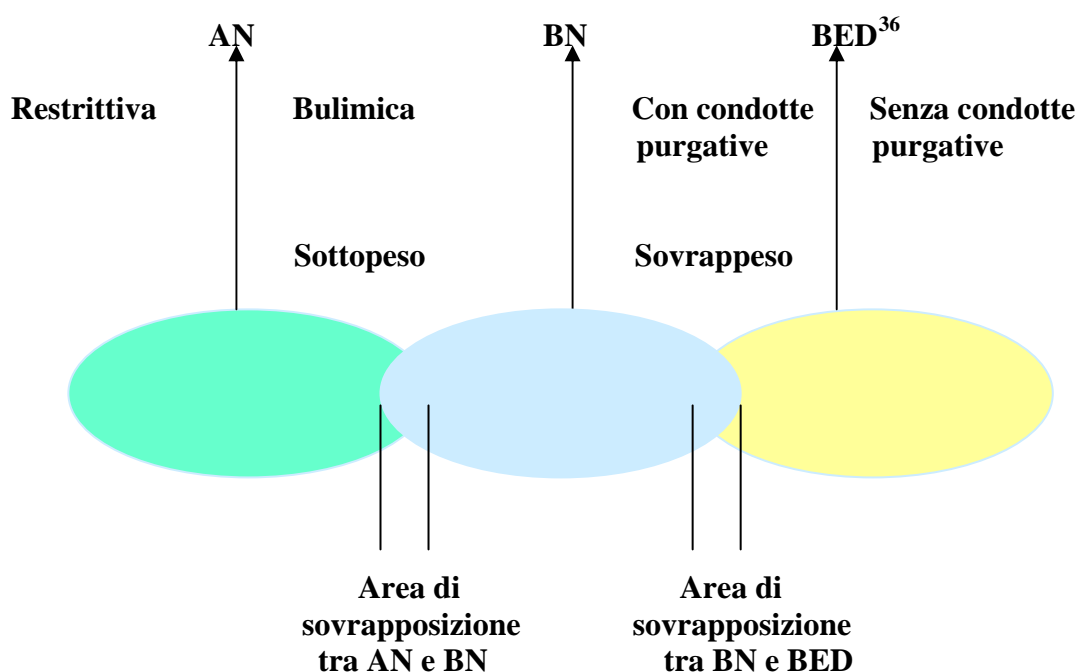


Figura 3: Continuità dei quadri clinici dei disturbi del comportamento alimentare

³⁴ apnea: sospensione naturale o patologica, come in questo caso, dei movimenti respiratori

³⁵ R.Ostuzzi, G.L. Luxardi, op. cit. pag. 61

³⁶ BED: Binge Eating Disorder, in italiano: Disturbo da alimentazione incontrollata

Non dobbiamo dimenticare, quindi, che tutti i disturbi del comportamento alimentare, pur essendo considerati patologie psichiche, comportano conseguenze talmente gravi sul piano organico che spesso richiedono interventi medico internistici di urgenza e presentano una mortalità elevata (0,5% annuo).

4. COME RICONOSCERE I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I disturbi del comportamento alimentare sono spesso difficili da riconoscere perché si confondono, in particolare negli stadi iniziali, con comportamenti spesso abitualmente presenti nel contesto sociale e in persone normali. La persona che sviluppa un disturbo alimentare spesso non ne ha consapevolezza perché nella fase iniziale si sente bene; altre volte tende a negarlo per la paura di perdere i “vantaggiosi” risultati raggiunti.

I familiari possono trovarsi in difficoltà a comprendere e “vedere” il disturbo alimentare perché, inizialmente i sintomi possono essere sottovalutati o scambiati per comportamenti comunque normali. Altre volte può esserci un rifiuto inconsapevole di tipo emotivo a prendere in considerazione il fatto che la figlia o il figlio stiano male.

Vi è una serie di segni facilmente osservabili che possono aiutare a individuare la presenza di un disturbo. I più comuni, citati da Ostuzzi e Luxardi³⁷, sono:

- ◆ perdita di peso rivelante, superiore al 15% del peso di riferimento;
- ◆ rifiuto di ammettere la gravità del sottopeso;
- ◆ tendenza a dare un giudizio di sé in base a peso e forme corporee;
- ◆ amenorrea;
- ◆ perfezionismo esasperato;
- ◆ comportamenti ossessivi nei riguardi del cibo, della pulizia, dell'ordine;
- ◆ evitamento delle situazioni conviviali, di ogni imprevisto, con tendenza all'isolamento;
- ◆ attività fisica intensa e ripetitiva;
- ◆ abbuffate e comportamenti di eliminazione, in particolare il vomito;
- ◆ evidenza di un'alimentazione eccessiva senza aumento di peso;
- ◆ aumento dei sintomi riconducibili a problemi digestivi che vengono segnalati per giustificare la ridotta alimentazione;
- ◆ abuso di lassativi o altri farmaci usati per il controllo del peso.

Alcuni segni di emergenza, ossia comportamenti o segnali particolarmente gravi richiedono, invece, un intervento tempestivo:

- tono dell'umore instabile, pianto frequente, rabbia elevata
- insonnia
- pensieri suicidari
- comportamenti autolesivi (ferite, ustioni, graffi, bruciate e simili)
- aritmie cardiache o dolori al torace, forti dolori addominali
- perdita di coscienza, svenimenti
- difficoltà respiratorie, stanchezza
- gonfiore alle gambe, sensazioni di formicolio
- vomito continuato durante il giorno o presenza di vomito con sangue

Il quadro classico dei disturbi del comportamento alimentare può essere complicato dalla compresenza di un'altra patologia psichiatrica che comporta livelli di gravità ancora superiori.

³⁷ R.Ostuzzi, G.L. Luxardi, op. cit. pag. 79

5. ALLA RICERCA DELLE CAUSE DEI DISTURBI ALIMENTARI

Oggi la comunità scientifica tende a proporre, per i disturbi del comportamento alimentare, modelli multifattoriali di tipo bio-psico-sociale che affermano la necessità di un intreccio di più fattori perché si sviluppi un disturbo. (Figura 4)³⁸

Vengono pertanto presi in considerazione:

- **i fattori predisponenti**, che determinano la vulnerabilità di una persona a sviluppare una patologia, ma che da soli non possono provocarla;
- **i fattori scatenanti**, rappresentati da eventi di diversa natura in grado di far comparire un disturbo in una persona predisposta;
- **i fattori di mantenimento**, determinanti da situazioni conseguenti all'insorgenza della malattia, in grado di creare circoli viziosi che impediscono un'evoluzione positiva.

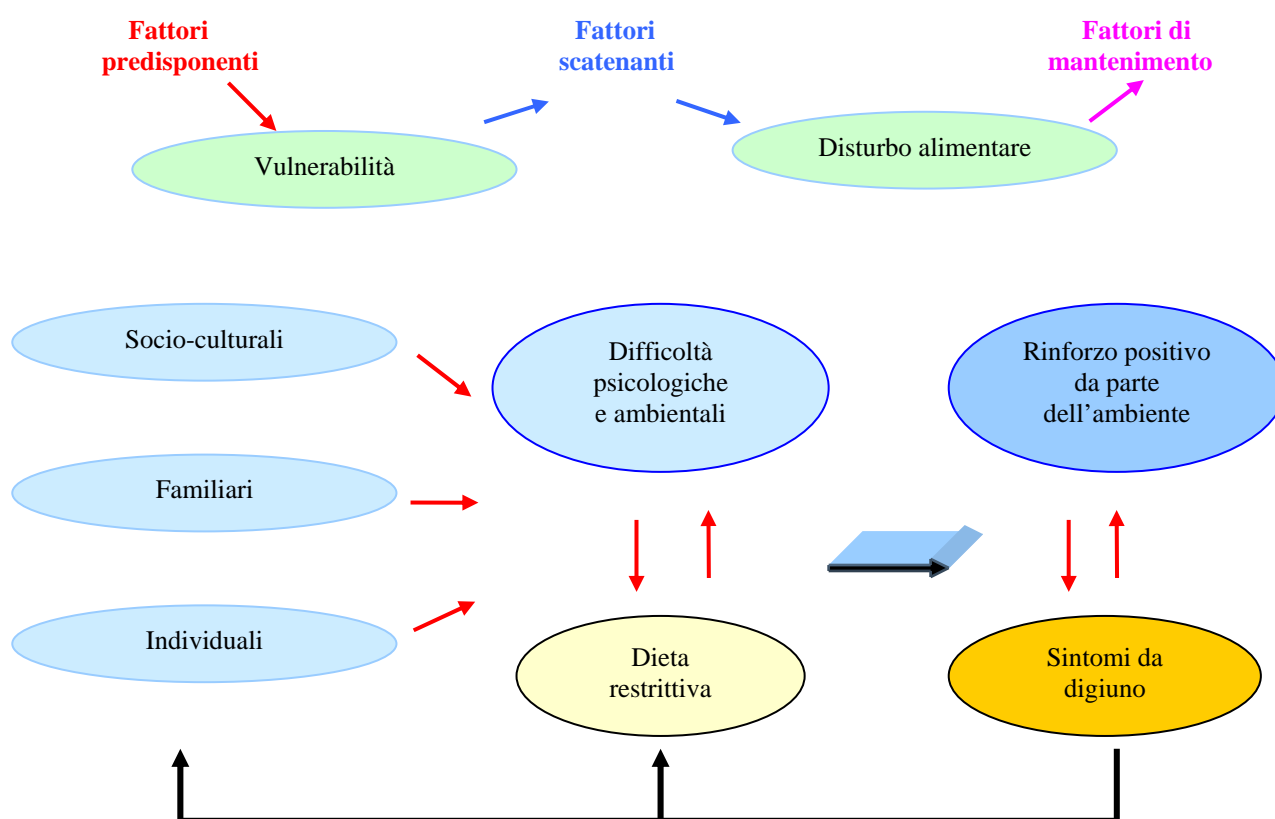


Figura 4: La natura multifattoriale dei disturbi del comportamento alimentare.

³⁸ R.Ostuzzi, G.L. Luxardi, op. cit. pag. 82

5.1. I FATTORI PREDISPONENTI

Tra i **fattori predisponenti** si individuano:

- una struttura psicologica caratterizzata da: bassa autostima, perfezionismo, difficoltà nel rapporto con gli altri, paura dell'autonomia
- disturbi preesistenti come: ansia³⁹, depressione⁴⁰, ossessioni⁴¹
- sul piano relazionale-familiare attualmente non si ritiene esista una famiglia tipo che favorisca tali patologie
- fattori di tipo socio-culturale: esaltazione della magrezza, diffusione dei comportamenti di dieta

5.1.1. Caratteristiche individuali

Le persone che soffrono di anoressia e bulimia presentano alcune caratteristiche individuali comuni:

- ✓ la vulnerabilità tipica dell'adolescenza nel delicato passaggio tra infanzia ed età adulta. La paura di far fronte alla maturità e alle nuove responsabilità richieste può spiegare la volontà di una regressione all'infanzia per restare in una condizione protetta sul piano fisico, affettivo, cognitivo e sociale. In questo quadro psicologico si inserisce
- ✓ l'idealizzazione della magrezza, rinforzata dai mass media
- ✓ il perfezionismo. La dedizione, il sacrificio nell'affrontare impegni e responsabilità nascondono una bassa autostima e una profonda insicurezza che esprime il timore di non essere accettati per quello che si è. La paura di fallire e di deludere è grande perché si teme di non essere amati. Legato al perfezionismo è un particolare tipo di pensiero
- ✓ il pensiero "tutto o niente" per cui i risultati ottenuti sono positivi o del tutto negativi. Prima che la malattia diventi evidente in molte ragazze si ritrovano
- ✓ tratti di ossessività, ansia e depressione. Se ansia e depressione possono essere anche considerati una conseguenza della patologia, il pensiero ossessivo può essere ritrovato prima del suo insorgere, nel bisogno di mettere ordine e di avere un controllo elevato su tutti gli aspetti della vita.

5.1.2. Caratteristiche familiari

Le teorie che si sono occupate del ruolo della famiglia nell'insorgere di un disturbo alimentare hanno spesso evidenziato a sproposito un rapporto disturbato nel rapporto madre-figlia che presenterebbe una madre dominante, iperprotettiva, invadente e, per contro, un padre assente. In realtà è impossibile sapere se un certo clima familiare sia causa o conseguenza del disturbo e, per questo motivo, oggi non viene più accettata l'idea che vi sia una famiglia "tipica" che favorisca l'insorgere dell'anoressia.

³⁹ Ansia: stato doloroso di attesa e allerta, senza che ci sia un motivo ragionevole per individuare una situazione di pericolo e si presenta per tempi molto lunghi. Essa si manifesta con una serie di disturbi fisici (tachicardia, sudorazione, accelerazione del ritmo respiratorio ecc.).

⁴⁰ Depressione: disturbo del tono dell'umore che presenta un'associazione di sintomi di tipo fisico e psicologico

⁴¹ Ossessione: bisogno irrazionale e invincibile di pensare a qualcosa di specifico

5.1.3. Il contesto socio-culturale

In merito all'attuale contesto socio-culturale Roberto Ostuzzi e Gian Luigi Luxardi evidenziano la diffusa difficoltà che esiste nella nostra società occidentale benestante rispetto all'atto dell'alimentarsi e al cibo, che può essere assunto in misura eccessiva e sregolata, rifiutato o considerato minaccioso in quanto inquinato e manipolato.

L'assunzione di cibi "giusti" da contrapporre a quelli "sbagliati", entrambi reclamizzati dai messaggi pubblicitari o, viceversa, la volontà di trasgredire ingurgitando cibo è favorita dal cambiamento di significato del pasto, che, in conseguenza della nuova organizzazione sociale e dei ritmi di vita, non è più un rituale aggregante la famiglia, ma un momento per consumare dove capita, in modo solitario e disordinato, le proprie pietanze specifiche e adatte.

La dieta dimagrante intrapresa senza controllo medico e accompagnata da un esercizio fisico ossessivo è molto diffusa ed è considerata una dimostrazione di buona volontà che serve a mantenere in buona salute.

Essa, inoltre, è legittimata, in particolare negli ultimi 50 anni, da un'estrema valorizzazione dell'ideale estetico legato a un corpo sempre più magro.

Nella nostra società, in cui la bellezza sottintende le qualità della persona, la donna magra rappresenta l'ideale di donna potente, ricca, di successo, sessualmente attraente, vincente, mentre una donna con problemi di peso in eccesso finisce per sentirsi incapace, debole, povera, non desiderabile, rifiutata, perdente, brutta.

Non meraviglia, pertanto, che il tentativo di raggiungere il modello ideale finisca per condurre a una pratica della restrizione alimentare controllata e ossessiva estremamente pericolosa, ma di forte attrazione.

Anoressia e bulimia, infatti, vengono spesso mitizzate da rotocalchi che le presentano come malattie tipiche di ragazze di classe sociale elevata, belle, intelligenti, che riescono così ad affascinare molte giovani alla ricerca di una propria identità. Del resto questo non è un fenomeno nuovo: ricordiamo l'esaltazione delle ragazze malate di tisi nella letteratura dell'Ottocento e l'idealizzazione della figura del tossicomane negli anni Sessanta e Settanta del Novecento nel famoso libro *I ragazzi dello zoo di Berlino*.

Un altro fenomeno sociale tipico degli ultimi 50 anni è rappresentato dall'idealizzazione dei disturbi del comportamento alimentare che si manifesta nei siti "pro anoressia" nei quali si promuovono gare per la perdita di peso, si presentano fotografie di ragazze scheletriche, si insegna come vomitare, purgarsi, esaltando la "nostra creatrice e distruttrice: non malattia, la libera scelta" anche attraverso preghiere come questa: "Credo nella perdita di peso, nel castigo dei peccati, nell'abnegazione del corpo, in una vita di digiuno e nel controllo, solo forza che possa portare ordine nel caos del mio mondo. Amen".

Sappiamo da varie ricerche del settore che vi sono contesti lavorativi particolarmente pericolosi per l'insorgere di disturbi alimentari, come quelli di sportive o modelle.

Elena Faccio riporta una ricerca da lei condotta su tre gruppi di giovani donne con disturbi alimentari: tutte indistintamente hanno rivelato di percepire l'altro come una presenza ostile critica e di considerarne il giudizio come potenziale fonte di minaccia. Tutte hanno riferito vissuti di inadeguatezza e di insicurezza rispetto al proprio corpo. Ma dalla ricerca è emerso anche che le donne dei tre gruppi, pur praticando tutte qualche forma di controllo e restrizione alimentare, attribuiscono significati diversi alla dieta, per l'effetto del giudizio pubblico.

Le atlete e le modelle, in particolare, sembrano avere interiorizzato le "norme" di autocontrollo alimentare proprie dei contesti professionali in cui operano. "Una modella che dica di sè: "In autocontrollo 10 e lode" ci svela l'orgoglio per una condotta che, incontrando il consenso del suo promotore di immagini e dello stilista che a lei affida il

proprio prodotto, diventa la conferma della propria dedizione professionale”⁴² e ciò la solleva dai sensi di colpa e dai pregiudizi.

La pericolosità dei fenomeni descritti è dovuta in gran parte alla scarsa consapevolezza con cui le persone li fanno propri. Per questo, secondo Ostuzzi e Luxardi, è importante stimolare una sensibilità critica nei confronti di ciò che la società ci propone, attraverso la messa in discussione dei modelli femminili e dei valori imperanti.

Le varie associazioni di consumatori e di genitori possono avere in tal senso una forte influenza sulle istituzioni che possono promuovere interventi di prevenzione.

5.2. I FATTORI SCATENANTI

I **fattori scatenanti** comprendono:

- inizio di una dieta
- trasferimento di residenza
- lutto o molestie

Si ritiene che, in presenza di una predisposizione al disturbo alimentare, un fattore scatenante possa essere l'intraprendere una dieta dimagrante, influenzati dai commenti di coetanei e genitori sull'aspetto fisico.

A volte, invece, l'inizio del calo di peso si associa al distacco dalla famiglia, all'inizio e alla conclusione di una relazione affettiva, al cambio di residenza e di scuola con perdita di amici, a molestie fisiche o psicologiche. Altre volte si tratta di momenti difficili o negativi della vita come la morte di un congiunto, di un amico, una malattia o una crisi familiare.

5.3. I FATTORI DI MANTENIMENTO

I **fattori di mantenimento** riguardano i circoli viziosi che creano tali disturbi:

- approvazione del dimagrimento iniziale
- i condizionamenti psicologici e fisici creati dai sistemi di digiuno
- mantenimento tramite il vomito del ciclo abbuffata-eliminazione
- conseguenze di alcuni atteggiamenti della famiglia
- evitamento di situazioni ansiogene

Se i complimenti fatti a una ragazza che si mette a dieta possono funzionare come rinforzo esterno iniziale, i sintomi da digiuno diventano, con il tempo, il fattore di mantenimento principale.

Si tratta di sintomi e segni organici, comportamentali e psichici che vengono sviluppati dopo la prima fase di euforia e iperattività e che rendono difficoltoso il ritorno a un comportamento alimentare regolare.

⁴² Elena Faccio, “Nel corpo sbagliato”, in *Psicologia contemporanea*, pag. 42

SINTOMI DA DIGIUNO			
Atteggiamenti nei confronti del cibo	Modificazioni emotive e sociali	Modificazioni cognitive	Modificazioni fisiche
<ul style="list-style-type: none"> • preoccupazione per il cibo • collezione di ricette e libri di cucina • inusuali abitudini alimentari • incremento del consumo di caffè, tè, spezie • occasionale ingestione esagerata di cibo 	<ul style="list-style-type: none"> • depressione • ansia • irritabilità e rabbia • episodi psicotici • cambiamenti di personalità evidenziati dai test psicologici • isolamento sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • diminuita capacità di concentrazione • diminuita capacità di pensiero astratto • apatia 	<ul style="list-style-type: none"> • disturbi del sonno • debolezza • disturbi gastro-intestinali • ipersensibilità al rumore e alla luce • edema⁴³ • ipotermia • parestesie⁴⁴ • diminuzione del metabolismo basale • diminuzione dell'interesse sessuale
<p>R.Ostuzzi. Gina Luigi Luxardi, op. cit, pag. 91 Tratto da A. Keys et al, The Biology of Human Starvation, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950</p>			

Per quanto riguarda la bulimia, è accertato che il vomito auto indotto facilita le successive abbuffate e diviene spesso più gestibile e accettabile rispetto alle crisi di ansia e depressione.

Un altro fattore di mantenimento importante è costituito da alcuni atteggiamenti assunti dalla famiglia in seguito alla malattia:

- ☞ il centro di interesse di tutta la famiglia diventa il disturbo alimentare
- ☞ il nucleo familiare tende a chiudersi, a isolarsi
- ☞ aumenta l'iperprotettività che rinforza la paura di crescere e di responsabilizzarsi, cioè di acquisire autonomia
- ☞ vengono meno i conflitti intergenerazionali, per cui viene ricercata la complicità di un genitore a scapito dell'altro. Questo può portare a forti conflitti derivati da reciproche accuse rispetto alla mancanza di responsabilità o all'eccessivo coinvolgimento rispetto al problema
- ☞ vengono sopiti alcuni conflitti familiari che, in tal modo, sembrano superati
- ☞ in particolare rispetto alla bulimia, i genitori fanno fatica ad accettare e a comprendere i comportamenti assunti in seguito alla malattia come se dipendessero da mancanza di volontà. I commenti critici e l'ostilità non solo aumentano il senso di fallimento della persona malata, ma la caricano anche di sensi di colpa per le difficoltà e le tensioni familiari. Si viene così a creare un circolo vizioso che accresce le sofferenze e riduce le risorse della famiglia, fino alla sua disgregazione.

⁴³ Edema: accumulo di liquido nello spazio interstiziale dei tessuti che, perciò, appaiono tumefatti

⁴⁴ Parestesia: sensazione patologica spontanea quale formicolio

Negli schemi sottostanti vengono illustrati rispettivamente il ruolo dei fattori familiari nel mantenimento dei DCA (disturbi comportamento alimentare) e il circolo vizioso del criticismo. (Figure 5 e 6)⁴⁵

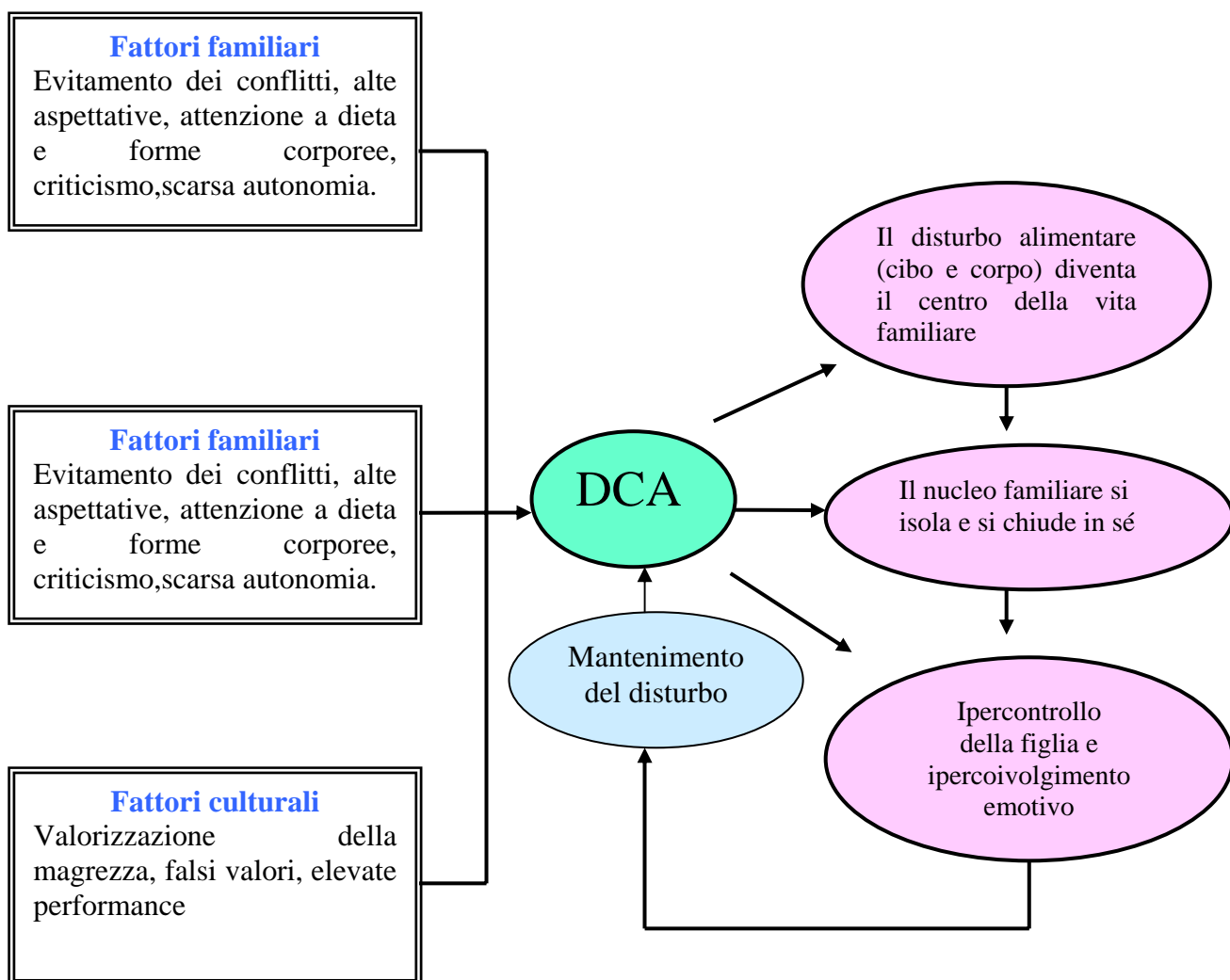


Figura 5: i fattori familiari di mantenimento del DCA

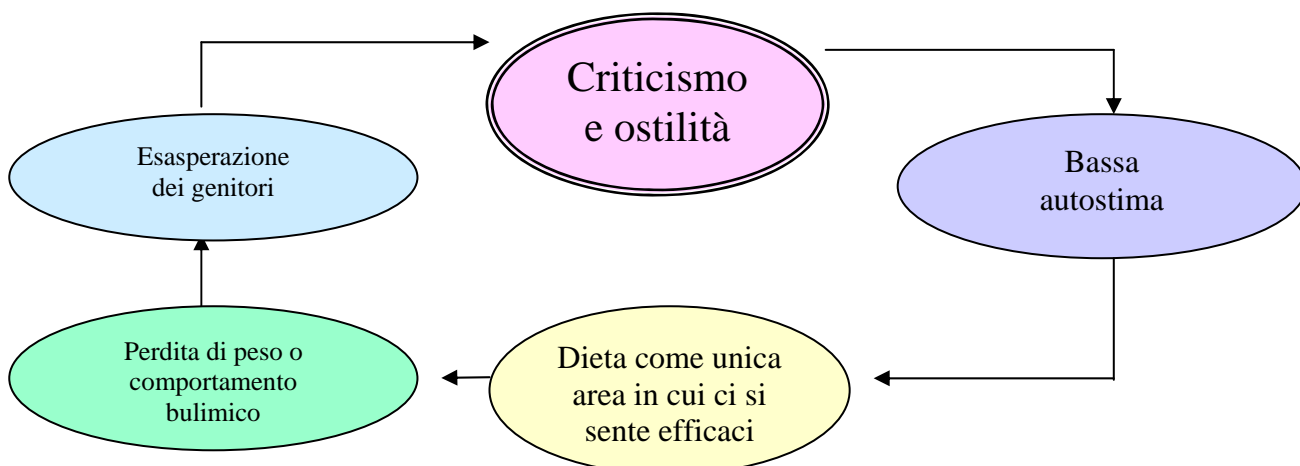


Figura 6: il circolo vizioso del criticismo

⁴⁵ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op. cit. pag 106 e 108

6. ACCETTARE DI CURARSI È DIFFICILE

Per la persona che soffre di disturbi alimentari la patologia diventa una forma di difesa nei confronti delle difficoltà della vita e quindi parte costitutiva della propria identità.

Per questo, dopo una prima fase di rifiuto del cibo e di dimagrimento perseguito per superare insicurezze e difficoltà, pur rendendosi conto del danno che sta subendo, teme di perdere il controllo e di dichiarare il proprio fallimento.

Solamente nella fase finale, di fronte all'aggravarsi delle condizioni psicofisiche, la richiesta di aiuto diventa forte e chiara.

7. LA TERAPIA

Nelle situazioni meno gravi è possibile integrare le terapie ambulatoriali con quelle psicologiche mediante un lavoro effettuato da un'equipe costituita da: psicoterapeuta, dietista, medico, terapeuta familiare.

Nelle situazioni più complesse le cure possono essere costituite da:

↳ **interventi informativi** per rendere consapevoli le persone delle caratteristiche della patologia

↳ **terapie motivazionali** per ottenere collaborazione

↳ **riabilitazione nutrizionale** per il recupero del peso, la riduzione dei sintomi da digiuno e il miglioramento dell'insoddisfazione per il proprio corpo. Il soggetto impara a nutrirsi tre volte al giorno e a includere alimenti di ogni genere e deve prendere nota degli episodi di vomito o dell'impiego di lassativi, allo scopo di divenire maggiormente consapevole del suo comportamento. La terapia può coinvolgere anche i familiari, dato che i disturbi alimentari hanno spesso origine da situazioni conflittuali nell'ambito della famiglia.

↳ **psicoterapie individuali, familiari o di gruppo⁴⁶**, che prevedono interventi nutrizionali, farmacologici e pedagogici, per lavorare su autostima, abilità sociali e relazionali, capacità di gestire traumi e conflitti. Secondo Ostuzzi e Luxardi, per aiutare la famiglia a prevenire e a contrastare il disturbo alimentare, è necessario:

✂ rafforzare la coppia genitoriale

✂ fare comprendere che la malattia non deve diventare l'argomento centrale di ogni discorso

✂ insegnare strategie e interventi efficaci come rinforzare i comportamenti sani, contrastare non il figlio o la figlia, ma la malattia, evitare l'isolamento sociale, rendere il momento del pasto il più sereno possibile

✂ offrire strumenti per migliorare la comunicazione

⁴⁶Psicoterapia: cura dei disturbi psichici e delle condizioni di disadattamento attraverso tecniche psicologiche che utilizzano l'interazione verbale.

- ✂ insegnare a riconoscere, accettare ed esprimere le proprie ed altrui emozioni in modo adeguato
- ↳ **gruppi di auto-aiuto per genitori e pazienti** per una condivisione dei propri problemi con altre persone che li hanno vissuti e superati
- ↳ **terapia farmacologica** se integrata con gli altri interventi
- ↳ **ospedalizzazioni** se le condizioni fisiche sono critiche, il disagio psicologico compromette la collaborazione e il contesto di vita non può garantire l'adeguato supporto
- ↳ **comunità protette** se si verificano le seguenti condizioni:
 - ↳ ripetute ricadute nel proprio contesto sociale e familiare
 - ↳ lunga durata della malattia
 - ↳ problemi psichiatrici
 - ↳ grave isolamento sociale
 - ↳ scarsità di aiuti sociali e familiari
 - ↳ perdita di abilità individuali, sociali, relazionali

Di recente sono stati attivati servizi come quello denominato "TELEFONO AMICO" che possono sostenere psicologicamente la persona malata, mantenendo il suo bisogno di riservatezza.

8. GUARIGIONE E RICADUTE

Ostuzzi e Luxardi forniscono i seguenti dati in merito alla guarigione e alle possibili ricadute :

- ❖ Il 70% circa dei casi di anoressia e bulimia guarisce nella maggior parte dei casi entro i primi tre anni dell'esordio.
- ❖ La guarigione è un processo lento e graduale.
- ❖ Il superamento del disturbo alimentare solitamente coincide con quello che Ostuzzi e Luxardi definiscono il superamento del ruolo di "figlia perfetta".
- ❖ Il percorso verso la guarigione può essere segnato da una o più ricadute.
- ❖ Il 30% dei casi cronicizza.
- ❖ Una parte delle persone che cronicizzano muore per denutrizione, vomito o suicidio nell'ordine dello 0,5% annuo.
- ❖ Sono stati riscontrati, comunque, casi di completa guarigione anche dopo 15 anni di malattia.

CIÒ CHE È IMPORTANTE PER SENTIRSI GUARITI⁴⁷

- Aumentata fiducia in sé
- Non valutarsi in base al peso
- Avere meno paura di perdere il controllo
- Miglioramento della percezione del proprio corpo
- Stare bene con il corpo
- Darsi i propri tempi
- Miglioramento delle relazioni interpersonali
- Imparare a esprimere le proprie emozioni
- Accettare le emozioni negative
- Imparare a risolvere i conflitti
- Non sentirsi colpevole dopo i conflitti
- Individuazione di che cosa è importante per sé
- Distinguere ciò che è importante per sé da ciò che lo è per gli altri
- Essere meno dipendente dagli altri
- Essere più assertivi⁴⁸
- Prendere più iniziative
- Avere una maggiore capacità di individuare i problemi sottostanti



9. I DISTURBI ALIMENTARI IN FRIULI VENEZIA GIULIA

L'insorgere dei disturbi alimentari gravi come anoressia e bulimia sta riguardando sempre più adolescenti e sempre più in età precoce.

Il fenomeno sta assumendo da noi risultati assai preoccupanti, come è dimostrato dal fatto che sono state ricoverate d'urgenza in strutture ospedaliere cinque minorenni friulane dagli 11 ai 17 anni. Una di queste ha compiuto 11 anni in una camera di ospedale.

Più di 380 pazienti l'anno sono seguiti dal Dipartimento di Salute mentale dell'Azienda Sanitaria del Medio Friuli, mentre attualmente la neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza sta curando quarantacinque minori con problemi alimentari. Soltanto due di questi sono maschi. Per una ventina di essi il percorso prevede anche la terapia di gruppo.

La Dott.ssa Silvana Cremaschi, referente della Neuropsichiatria infantile del Gervasutta spiega: " Chi avverte questi problemi attorno 16-17 anni manifesta disturbi misti, dalla anoressia alla bulimia; diversamente, più si abbassa l'età, più si manifesta un qualcosa di fortemente restrittivo che provoca un calo verticale di peso".⁴⁹

Per questo il Dipartimento di Salute mentale dell'ASS chiede urgentemente l'istituzione di un centro diurno con psicologi e dietisti.

Finora, infatti, per l'inadeguatezza della rete di servizi della regione, molte donne friulane affette da disturbi dell'alimentazione, sono costrette a cercare le cure di cui necessitano in Veneto, Emilia Romagna o in Lombardia.

La presidente del comitato pari opportunità della Provincia, Michela Gasparutti, sostiene che "manca un vero e proprio punto di riferimento per queste patologie (...) L'unico centro che fornisce un servizio residenziale ai pazienti più gravi, sotto forma di comunità è l'associazione cividalese "Cibo & Benessere" la quale, però, non è stata ancora ufficialmente riconosciuta a livello regionale e dispone per ora di soli tre posti letto".

⁴⁷ R.Ostuzzi, G.L. Luxardi, op. cit, pp. 192-193

⁴⁸ Assertivo: chi è in grado di fare valere le proprie opinioni e i propri diritti, pur rispettando quelli degli altri.

⁴⁹ "Anoressia, 5 ricoverate in un mese", Messaggero Veneto, 12.04.2005

Secondo il direttore del Dipartimento di Salute mentale dell'ASS, invece, "il problema non è la mancanza di strutture, ma la necessità di rafforzare i servizi esistenti e, soprattutto, di mettere in comune le rispettive conoscenze creando una rete adeguata ad accogliere i pazienti in tutti gli stadi della terapia".⁵⁰

Riportiamo l'elenco dei principali Centri Regionali per i Disturbi alimentari presenti nella nostra Regione che hanno collaborato efficacemente, nell'ultimo anno, costituendo la sezione friulana della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA) e organizzando due convegni, a Pordenone e Udine.

CENTRI REGIONALI PER I DISTURBI ALIMENTARI IN FRIULI VENEZIA-GIULIA	
S.VITO AL TAGLIAMENTO	Centro per i disturbi alimentari presso l'ospedale
UDINE	Il Dipartimento di salute mentale presso la Clinica psichiatrica dell'Università, il reparto di Nutrizione Clinica dell'Ospedale, il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza al Gervasutta
MONFALCONE	Centro per i disturbi alimentari presso l'Ospedale
TOLMEZZO	Centro di Salute mentale
TRIESTE	Centro Donna e Unità di Nutrizione presso la Clinica Medica Cattinara
CIVIDALE	Struttura privata con possibilità di intervento riabilitativo residenziale

10. UN CONFRONTO TRA I RISULTATI DEL NOSTRO LAVORO DI RICERCA E GLI ESITI DELL'INDAGINE EFFETTUATA PRESSO LE CLASSI 2 A e 2 B DEL CORSO O.S.S.

Dal piccolo campione oggetto di indagine⁵¹ sui disturbi alimentari è emerso che le patologie più conosciute sono anoressia e bulimia (91,3%); le informazioni su di esse vengono date soprattutto dai mass media (47,8%), ma conta anche l'esperienza personale (30,4%), mentre la famiglia e la scuola sono relegate ad un ruolo marginale (rispettivamente 8,6% e 4,3%).

I fattori che possono influire sull'insorgere dell'anoressia e che noi abbiamo definito "predisponenti" sono in prevalenza socio-culturali. Infatti il 74,7% degli studenti ritiene che i mass media (39%) e i giudizi del gruppo (34,7%) abbiano un peso di gran lunga maggiore rispetto a quello della famiglia, segnalata solo dal 13%.

Proseguendo nell'analisi dei dati rilevati, si reputa che i disturbi alimentari influiscano sui soggetti interessati sia a livello organico sia psicologico (91,3%) e che le conseguenze più gravi di tali patologie siano i disturbi psicologici (47,8%), seguiti da quelli organici (30,4%) e sociali (l'emarginazione è indicata dal 21,7%).

Solamente al 13% è capitato di utilizzare il vomito per dimagrire.

L'82,6% ha fiducia nella possibilità di guarigione della patologia, soprattutto mediante un aiuto psicologico (43,4%), mentre solamente il 26% ha indicato la famiglia, meno adatta, secondo un altro 17,3%, a un aiuto esterno.

Infine l'82,6% si è dichiarato pessimista rispetto alle possibilità di non ricadere in tali disturbi dopo la guarigione.

⁵⁰ "Dieta giusta? Fuori regione", *La Vita Cattolica*, 30 aprile 2005.

⁵¹ L'indagine è stata effettuata dagli allievi della classe 2 C O.S.S.

Confrontando tali dati con gli esiti della nostra ricerca emerge che il campione risulta in generale ben informato sulle patologie considerate. Due dati, però ci colpiscono: una sottovalutazione delle conseguenze organiche delle patologie, che, invece, sono devastanti e del contributo che la famiglia e la scuola potrebbero dare nella prevenzione e nella cura dei disturbi dell'alimentazione.

CONCLUSIONE

LE NOSTRE RIFLESSIONI

A conclusione del lavoro svolto, che ci ha permesso di conoscere più approfonditamente questo argomento e di condividerlo con i nostri compagni, ci sembra opportuno esporre alcune riflessioni che sono emerse nel nostro gruppo di lavoro e nei momenti di confronto con le altre classi.



Tra le cause di queste patologie ci hanno colpito in particolare i fattori scatenanti sui quali, secondo noi, è possibile effettuare un lavoro di prevenzione o di cura tempestiva.



Concordiamo con Ostuzzi e Luxardi quando affermano che la pericolosità dei fenomeni socio-culturali descritti sia dovuta alla scarsa consapevolezza e sensibilità critica nei confronti dei modelli che la società ci propone.



Riteniamo che questi dovrebbero essere messi in discussione mediante interventi di prevenzione delle istituzioni, sollecitate dalle associazioni dei genitori e dei consumatori.



Anche la scuola ha un compito molto importante nello sviluppare il senso critico, aiutando i giovani a mettere in discussione i modelli femminili proposti, coinvolgendo, se possibile, le famiglie.



Secondo noi è fondamentale poterne discutere tra coetanei, uscendo dalla solitudine dei nostri pensieri che, spesso, non sappiamo con chi condividere senza imbarazzo o vergogna.



Questo progetto ci ha offerto l'opportunità di capire meglio questi fenomeni così diffusi e preoccupanti e di confrontarci anche con gli adulti che ci hanno incoraggiato e aiutato in questo percorso ai quali vanno i nostri più sinceri ringraziamenti!

APPENDICE

STORIE DI ANORESSIA E BULIMIA

FATTORI PREDISPONENTI...

- Agnese, 16 anni, racconta così la sua esperienza⁵²: Frequentavo ancora la terza media quando **ho cominciato a pensare che dovevo essere perfetta**, ancora oggi è difficile non pensarci. Il mio corpo era cambiato, sicuramente non ero grassa, ma mi vedevo sgraziata, diversa dalle mie compagne, orribile. Dovevo fare qualcosa per risolvere il problema. Quando andai in prima superiore le cose divennero ancora più difficili, mi sentivi disorientata, temevo il giudizio dei miei nuovi compagni, avevo la sensazione che ogni passo falso avrebbe comportato la rovina. Sentivo che dovevo assolutamente essere come gli altri si aspettavano che fossi... nei risultati scolastici come nel mio corpo. Cominciai a mettermi a dieta e questo mi diede un aiuto. Mi accorgevo che riuscivo a controllare il cibo, avevo eliminato i dolci e gli snack dei quali vedevo gli altri abbuffarsi... mi sentivo brava, forte. Poi ho cominciato ad aver paura che quello che stavo facendo non bastasse. Mi accorgevo di vedere in modo inquietante cibi che fino a poco tempo prima avevo mangiato tranquillamente: il pane, la pasta, la carne mi sembrava piena di grasso, i condimenti mi sembravano disgustosi. Ho cercato di eliminare quanto potevo. In effetti non sembrava faticoso: non sentivo fame, il che mi dava una grande soddisfazione, mi faceva sentire più forte del mio corpo. Anche quando mangiavo, mi bastava pochissimo e mi pareva di essere piena. Avevo l'impressione che mi riempissero i piatti a dismisura, mi sembravano enormi. Un giorno ricordo che ero arrabbiata con mia mamma perché riempiva troppo il mio piatto... mia mamma lo prese e lo sostituì con il suo. Ebbi l'impressione che il piatto si ingigantisse man mano che si avvicinava a me. Questo mi fece venire dei dubbi, forse ne avevo già, ma avevo tanta paura. Come sarei diventata se avessi ricominciato a mangiare? Avevo l'impressione che anche una briciola mi facesse ingrassare... e potesse rovinare tutto quello che sino ad allora ero riuscita a fare.”
- Ivana, 24 anni, soffre di bulimia da quando ne aveva 16. Nel corso di un incontro di gruppo si esprime in questo modo⁵³: “Io lo so che mi faccio del male cercando a tutti i costi di vomitare ma **devo essere magra indipendentemente da come mi accontentare di essere perché, quando vado in giro con il mio ragazzo, lui guarda le altre e fa commenti sul loro aspetto fisico, io mi sento sotto esame**. Anche nella nostra compagnia, tutti guardano l'aspetto fisico: se nel gruppo c'è una che è più magra di me oppure è vestita più alla moda è terribile, non lo sopporto. Io devo assolutamente andare a comprarmi qualcosa di nuovo anche se non vorrei. So che è una specie di ossessione sbagliata, ma quando la gente si accorge dei miei sforzi e mi fa i complimenti io mi sento ricompensata di tutte le fatiche. Insomma, mi sento bene!”

⁵² R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pp. 37-38.

⁵³ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pag. 16.

FATTORI SCATENANTI...

- “Il caso di Antonella, 13 anni, viene segnalato da un’insegnante⁵⁴. La ragazza, fino alla seconda media, aveva mostrato un andamento scolastico nella norma, con buoni risultati dovuti a un’intelligenza vivace ma anche con qualche trascuratezza non particolarmente preoccupante. Dotata di un carattere aperto, viene descritta come una persona socievole, incline al gioco e alla compagnia. Fisicamente fino ad allora, era una ragazza robusta, senza tuttavia problemi di sovrappeso. **Al termine dell’anno scolastico subisce un grave lutto familiare**, tanto che non frequenta gli ultimi giorni di scuola. A settembre, all’inizio della terza media, l’aspetto è totalmente cambiato: Antonella è emaciata, ha evidentemente perso molto peso e anche il carattere è mutato. Appare silenziosa, evita la compagnia, l’umore è costantemente triste. Sorprendentemente a ciò corrisponde un’impennata nel rendimento scolastico. Fin dai primi giorni i risultati scolastici di Antonella sono impeccabili. La madre riferisce che a casa tutto il tempo viene dedicato allo studio. Paradossalmente, nonostante il miglioramento netto delle prestazioni rispetto all’anno precedente, emerge un’ansia per i risultati che Antonella non aveva mai dimostrato”.
- “Maria aveva 15 anni quando iniziò a mettersi in dieta⁵⁵. Non che non ci avesse mai provato prima, ma si trattava di tentativi che lei definisce “poco convinti”, che duravano poco più di una settimana. Quella volta tuttavia si sentì più determinata, anche perché la sua vita era un po’ cambiata: **c’era stato un trasferimento, ora abitava in un’altra città e frequentava una nuova scuola**: “Provavo una forte necessità di sentirmi a posto con me stessa, di piacermi e di piacere agli altri. Mi sentivo più decisa di prima a dimagrire”. Maria ridusse progressivamente la sua alimentazione per alcuni mesi perdendo 8 kg, ma emerse presto la tendenza a perdere il controllo sul cibo. “La prima volta fu un’esperienza terribile, continuavo a mangiare e non riuscivo a fermarmi. Mi trovavo a ingurgitare proprio quelle cose che ero riuscita a eliminare dalla mia vita. Era come se il cibo mangiasse me”. Dopo le prime abbuffate Maria diventò depressa e impaurita: “Non capivo più nulla, mi sentivo delusa da me stessa, mi facevo schifo. Temevo di diventare obesa. D’altra parte quello dell’abbuffata era l’unico momento in cui la mia mente si svuotava da ogni tipo di ansia e di rabbia”. Inizialmente tentò di compensare gli eccessi alimentari digiunando e facendo quanto possibile attività fisica. Presto tuttavia imparò che ciò che aveva mangiato in eccesso poteva essere eliminato vomitando: “mi sentivo presa dentro a una morsa, dopo ogni abbuffata mi trovavo a pensare a quanto tempo avrei dovuto stare senza mangiare o a quante volte avrei dovuto fare le scale su e giù. Ero sfinita da questa lotta. Poi una mia amica mi ha detto che vomitavo e ho provato anch’io. All’inizio non è stato facile, poi in un certo senso è diventato tranquillizzante. Potevo mangiare quello che volevo ed ero sicura di non ingrassare: avevo trovato per rimediare al mio desiderio non controllabile del cibo”.

⁵⁴ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pag.89.

⁵⁵ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pp. 50-51.

LA REAZIONE DELLA FAMIGLIA...

- “Irene, 16 anni, ha iniziato a ridurre l'alimentazione “per perdere chili”⁵⁶. Nessuno ha manifestato contrarietà in quanto il comportamento della ragazza era sempre stato estremamente responsabile. Dopo essere calata di circa quattro chili, tuttavia, ha abbandonato la dieta senza particolari problemi e anzi ha iniziato a mostrarsi più disinvolta di prima rispetto al cibo. Nonostante ciò non ha recuperato il peso perduto. Il comportamento in generale, a scuola e con gli amici, non è cambiato, se si esclude una maggiore ansia e momenti di umore instabile. Dopo circa un anno la madre, facendo le pulizie, scopre avanzi di cibo in un armadio. Insospettita e meravigliata chiede spiegazioni alla figlia che farfuglia qualche parola ma appare molto imbarazzata. All'episodio non viene dato eccessivo peso, tuttavia qualche tempo dopo Irene viene sorpresa in bagno a procurarsi il vomito. **Al loro arrivo al centro per i disturbi alimentari i genitori, persone di buona cultura, appaiono costernati.** “Tutto quello che accadeva ci sembrava normale, eppure abbiamo avuto mille volte sotto i nostri occhi gli elementi per capire che stava succedendo qualcosa di strano. **Il fatto è che non avremmo mai pensato che potesse succedere a nostra figlia...**”

GUARIGIONE E RICADUTE...

- “Antonio è il padre di Nicoletta, che ha 16 anni e due anni fa ha iniziato a soffrire di anoressia⁵⁷. “Devo dire che ho fatto fatica a capire ciò che accadeva, sin dall'inizio. Mia figlia è sempre stata una ragazzina seria e impegnata. Non abbiamo mai dovuto dirle di fare i compiti perché era estremamente autonoma. Semmai dovevamo stare dietro alla sorella maggiore, che aveva bisogno di essere ripresa continuamente. Nicoletta no, di lei sapevamo che aveva avuto una verifica quando ci portava i voti, sempre positivi. E' sempre stata misurata, attenta, assennata. Quando ha cominciato a non mangiare potevo pensare a tutto, ma non che qualcosa non andasse bene in lei. Devo dire che anche nella malattia è stata brava, nonostante le difficoltà che pian piano anche noi abbiamo imparato a riconoscere e capire. **Quello che mi ha lasciato completamente perplesso e disorientato è stato il fatto che, quando pensavamo che le cose andassero meglio, si è rilevata una persona completamente diversa da quella che conoscevamo.** Aggressiva, maleducata, usava parole che non le avevamo mai sentito dire. Sono andato al centro e mi hanno detto che faceva parte del percorso di guarigione. Insomma, ricordo che mi sono anche arrabbiato con il dottore. Mia figlia non era quella lì, era peggio di prima. **Poi ho cominciato a capire. Adesso va meglio**, ma ci sono ancora litigate alle quali io e mia moglie non eravamo abituati. Abbiamo capito che ci devono essere”.

⁵⁶ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pag.70.

⁵⁷ R.Ostuzzi, G.L.Luxardi, op.cit, pag.195.

FONTI

DIZIONARI

- ☞ Gorfryd Michel, *Dizionario di Psicologia e Psichiatria*, Roma, Newton Compton, 1994

SAGGI

- ☞ Cuzzolaro Massimo, *Anoressie e bulimie*, Bologna, Il Mulino, 2004
- ☞ MacSween Morag, *Corpi anoressici*, Milano, Feltrinelli, 1999
- ☞ Ostuzzi Roberto, Luxardi Gian Luigi, *Figlie in lotta con il cibo*, Milano, Baldini Castoldi Dalai, 2003

ARTICOLI DI RIVISTA

- ☞ Faccio Elena, "Nel corpo sbagliato", *Psicologia contemporanea*, 188, marzo-aprile 2005, pp. 38-45.

ARTICOLI DI GIORNALE

- ☞ Leonarduzzi Paola, "Anoressia, 5 ricoverate in un mese", *Messaggero Veneto*, 12 aprile 2005
- ☞ Zanella Valentina, "Dieta giusta? Fuori regione", *La Vita Cattolica*, 30 aprile 2005

FONTI MULTIMEDIALI

- ☞ *Bulimia*, Microsoft Corporation, 2001

SITOLOGIA

- ☞ www.disturbidell'alimentazione.it
- ☞ www.anoressia.it
- ☞ www.bulimia.it

INDICE

Introduzione	pag. 1
1. Un po' di storia	pag. 2
1.1. Breve storia dell'anoressia mentale	pag. 2
1.2. Breve storia della bulimia nervosa	pag. 3
2. Dati epidemiologici	pag. 4
3. Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare	pag. 4
3.1. Definizioni diagnostiche attuali e classificazione	pag. 4
3.2. Come ci sia ammala di anoressia	pag. 5
3.3. Le complicazioni di tipo medico	pag. 7
3.4. Come ci si ammala di bulimia nervosa	pag. 7
3.5. Le complicazioni di tipo medico	pag. 9
3.6. I disturbi del comportamento alimentare atipici	pag. 9
3.7. Le complicazioni di tipo medico	pag. 10
3.8. I rapporti tra i disturbi dell'alimentazione	pag. 10
4. Come riconoscere i disturbi del comportamento alimentare	pag. 11
5. Alla ricerca delle cause dei disturbi alimentari	pag. 12
5.1. I fattori predisponenti	pag. 13
5.1.1. Caratteristiche individuali	pag. 13
5.1.2. Caratteristiche familiari	pag. 13
5.1.3. Contesto socio-culturale	pag. 14
5.2. I fattori scatenanti	pag. 15
5.3. I fattori di mantenimento	pag. 15
6. Accettare di curarsi è difficile	pag. 18

7.	La terapia	pag. 18
8.	Guarigione e ricadute	pag. 19
9.	I disturbi alimentari in Friuli Venezia-Giulia	pag. 20
10.	Un confronto tra i risultati del nostro lavoro di ricerca e gli esiti dell'indagine effettuata presso le classi 2 A e 2 B del corso O.S.S.	pag. 21
	Conclusione	pag. 22
	Appendice	pag. 23
	Bibliografia	pag. 26