



Dipartimento di Salute Mentale di Trieste



UN OPUSCOLO INFORMATIVO SUI
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

vorrei non mangiare

COME FARE QUANDO IL CIBO DIVENTA UN NEMICO

ASS n°1 Triestina
Dipartimento di Salute Mentale di Trieste
www.triestesalutementale.it

**UN OPUSCOLO INFORMATIVO SUI
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)**

vorrei non mangiare

COME FARE QUANDO IL CIBO DIVENTA UN NEMICO

a cura di Gemma Cannata e Roberta Situlin.
Coordinamento di Peppe Dell'Acqua.

Un particolare ringraziamento
va a Mara Cerri, per aver arricchito
con i suoi disegni il volume.

Finito di stampare Maggio 2009
PDF rivisto il 27 febbraio 2013

Grafica e videoimpaginazione:
Ilaria Ericani per
Confini Impresa Sociale, Trieste
Stampa: Stella Arti Grafiche

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

| | |
|---|----|
| Introduzione “Magre a ogni costo” | 5 |
| Chi colpiscono? | 11 |
| Come si chiamano e che cosa sono? | 11 |
| Anoressia nervosa ovvero “Voglio essere superiore al cibo” | 11 |
| Bulimia nervosa ovvero “Anche oggi ho vomitato e non sono ingrassata” | 16 |
| Disturbi del Comportamento Alimentare non altrimenti specificati | 19 |
| Perché colpiscono? | 21 |
| Fattori favorenti o predisponenti | 22 |
| Fattori precipitanti e di mantenimento | 27 |
| Come cogliere i segnali di allarme? | 31 |
| Come uscirne? | 32 |
| Che cosa si raccomanda di fare | 34 |
| Dove e come | 35 |
| Che cosa possono fare amici, genitori, partners, insegnanti e medici | 35 |
| L'offerta dell'ASS n°1 Triestina | 37 |
| Dove andare | 37 |
| Referenti e rete dei servizi | 37 |
| Chi può accedere | 38 |
| Risposte possibili | 38 |
| Lecture consigliate | 39 |
| Bibliografia | 41 |

M A G R E A O G N I C O S T O

Dimmi, vuoi digiunare? Il tuo stomaco è troppo giovane, e l'astinenza fa ammalare.

William Shakespeare, 1560

«A 13 anni ho cominciato a dimagrire. A 15 pesavo trentadue chili e l'idea di ingrassare cinque grammi mi disgustava a morte. Il cibo è l'incarnazione del male nelle fantasie di un'anoressica e preferisci la morte piuttosto che far entrare il male dentro di te. Capisci che è un rischio, perché hai un'estrema lucidità. Ti trasformi in uno scheletro, ti cadono i capelli a ciocche, hai dolori abominevoli a tutte le ossa, non ti tieni in piedi. Nello stesso tempo hai una forza sovrumana perché ti senti una creatura divina, che non ha più bisogno della materia. Poi, però, ti accorgi che non sei più niente, svuotata di ogni energia vitale. E allora, se non vuoi morire, ti chiedi: "Come farò ad accettare l'idea di mangiare, di riprendere peso"? È una malattia in cui scivoli senza accorgertene. Quando finalmente acquisti coscienza, credi che sarà un'esperienza. Ma non è così. Perché la sensazione che segue è che non ne uscirai mai. È una prigione in cui si muore. Cerchi i mezzi intellettuali per liberartene, ma non vedi alcuna via d'uscita. È spaventoso. La mia guarigione è stata un miracolo. Un giorno il mio corpo ha detto no e si è ribellato alla testa. È cominciata una lotta che è durata anni. Ho scritto a una ragazza che quando ero in fondo a quel tunnel, avevo desiderato che qualcuno mi giurasse che si poteva guarire. Io l'ho giurato a lei: "Mi chiamo Amélie Nothomb, e sono la prova vivente che quella malattia devastante si può sconfiggere".»

Così in un'intervista racconta la scrittrice belga Amélie Nothomb, oggi quarantenne, famosa in tutto il mondo per aver pubblicato in 16 anni oltre 20 romanzi tradotti in 37 lingue che hanno venduto più di 6 milioni di copie. Tra questi, "Biografia della fame", testimonianza della sua personale guerra con il cibo, con l'ossessione della magrezza, durata anni. Anni che Amélie dice di non aver mai recuperato, anni perduti per sempre, perché una cosa è certa: il moto del tempo non si può

invertire. Nessuno nella vita può tornare indietro sui propri passi. Così come è certo che se Amélie fosse stata messa in guardia per tempo, quegli anni non li avrebbe buttati via a salire e scendere dalla bilancia e

**“Quella malattia
in cui scivoli senza
accorgertene”**

per un grammo in più sentirsi grassa, una piuma di 32 chili per 165 cm di altezza incredibilmente grassa, così grassa da voler volare via per non tornare più.

Di storie come quella di Amélie oggi se ne sentono sempre di più. La cultura dominante, aiutata dai Media, non fa che ripetere lo stesso ritornello: chi è magra è bella. Chi è magra ha successo. Chi è magra è invincibile. Sentirsi inadeguate, incapaci, incompetenti e perdenti, quando non si è magre o si è convinte di non esserlo mai abbastanza, diventa allora “naturale”. Una reazione spontanea a qualche cosa che non solo spontaneo e naturale non è, ma che ci costringe, nostro malgrado, a mangiare sempre meno, fino ad ammalarci. Proprio come è successo ad Amélie.

Numerosi studi hanno dimostrato che queste sensazioni e comportamenti sono molto diffusi nella società attuale. Già nelle prime classi elementari per esempio, circa il 40% delle bambine vorrebbero essere più magre.

Trieste non fa eccezione. In un'indagine svolta nella Scuola media inferiore (classi II, 2002-2003) il 54% delle ragazze erano insoddisfatte del proprio corpo e avrebbero voluto essere più magre. È diffuso poi il fenomeno della sovrastima del proprio peso. Tra le ragazze con un peso normale il 50% hanno paura di avere qualche chilo di troppo e il 30% pensano di essere «decisamente troppo grasse».

Dall'insoddisfazione alla dieta, anche quando non serve, il passo è breve. A 9-10 anni il 50% delle ragazzine desiderano, almeno qualche volta, mettersi a dieta e nell'adolescenza il 75% delle ragazze sentono il bisogno irresistibile di dimagrire.

Talvolta quel fatidico “mi sento grassa” si risolve in una semplice sensazione di inadeguatezza passeggera, ma può anche indurre comportamenti che sfociano in un vero e proprio problema. Quella «malattia in cui scivoli senza accorgertene».

Alcune ragazze infatti restano letteralmente intrappolate nel meccanismo, continuando a mangiare troppo poco e/o a fare molta attività fisica per perdere peso, anche quando raggiungono una magrezza tale da mettere a rischio la salute o la loro stessa vita. *Questa condizione si chiama anoressia nervosa.*

In altri casi, la dieta dà origine a una fame incontrollabile che porta ad abbuffarsi fino a stare male, per eliminare poi il cibo introdotto in eccesso con il vomito. *Qui invece il problema si chiama bulimia nervosa.*

Riassumendo i passaggi: prima si prova un crescente senso di inadeguatezza e di insoddisfazione fisica, poi ci si mette a dieta ferrea - comportamento molto diffuso tra le donne giovani e meno giovani - e infine, per chi è più sensibile e vulnerabile, si ripiega su comportamenti sempre più esasperati ed estremi.

In quel momento scatta il primo forte segnale di allarme: ciò che poteva sembrare un passaggio critico della crescita, un momento di difficoltà temporanea che nessuno può evitare, non lo è più e si comincia a parlare di DISTURBO del COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA). Visibile nel caso dell'anoressia nervosa poiché fa sbucare le ossa dalla pelle, e per lo più invisibile nella bulimia nervosa. Il questo caso infatti il peso corporeo si mantiene entro la normalità, sia pure a costo di digiuni e abbuffate segrete.

Alcune caratteristiche dell'anoressia nervosa erano state già descritte nel 1600 e nel 1800. Qualche studioso suggerisce che di questo disturbo

“Alcune ragazze restano letteralmente intrappolate nel meccanismo”

soffrissero anche le sante digiunatrici del Medioevo. Tuttavia, il terrore di ingrassare e il “vedersi grasse”, benché sottopeso, sono stati definiti esplicitamente come anoressia nervosa soltanto a partire dal 1900, di pari passo al

cambiamento dei ruoli sociali delle donne e dei modelli di bellezza femminile che esaltavano un corpo più magro rispetto al passato. La bulimia nervosa invece è stata descritta per la prima volta soltanto nel 1979, da uno psichiatra di Londra, dopo un'inaspettata conferma dell'esistenza del problema attraverso le risposte inviategli da moltis-

sime ragazze e donne a un suo breve questionario sulla rivista femminile “Vogue”.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono caratteristici del sesso femminile in quanto il problema del corpo è vissuto dalle ragazze con maggior intensità rispetto ai maschi. Insorgono soprattutto in età adolescenziale, fase della vita in cui i cambiamenti fisici si sovrappongono alla ricerca di una nuova propria identità adulta.

Questi disturbi non sono tuttavia da considerarsi come una ricerca di perfezione estetica ma rappresentano piuttosto un modo, coerente con le preoccupazioni dei nostri tempi, di esprimere un disagio psicologico profondo. In poche parole, i Disturbi del Comportamento Alimentare potrebbero dirsi mali dell’anima che si esprimono attraverso il corpo.

Le loro cause pertanto vanno oltre il desiderio di esibire un corpo magro, secondo i canoni attuali di bellezza esaltati dalla società e dalle industrie dell’estetica, del fitness, degli integratori e delle mode in generale. Il perché alcune ragazze tra le tante che si mettono a dieta sviluppino un Disturbo del Comportamento Alimentare va ricercato nella loro personale storia di vita e di sviluppo psicologico e relazionale. Il Disturbo del Comportamento Alimentare è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori individuali, familiari, sociali e ambientali. In ogni caso, in un’ottica di prevenzione, è importante e di grande aiuto cercare di uscire da quegli schemi e, talvolta, dogmi estetici, per cui tutti dovremmo entrare in un’unica piccola taglia indipendentemente dalle nostre caratteristiche biologiche, ereditarie e costituzionali, incoraggiando nel contempo un’alimentazione equilibrata necessaria a mantenere uno stato di salute ottimale.

Oggi i Disturbi del Comportamento Alimentare non sono più sconosciuti. Se ne parla moltissimo e le storie di chi li ha attraversati o li attraversa sono oggetto di grande interesse da parte dei Media, soprattutto quando colpiscono attrici, cantanti, principesse o modelle di grido. Lady Diana, l’attrice Keira Knightley, eroina della saga cinematografica dei “Pirati dei Caraibi”, la modella Kate Moss, ma anche, più indietro nel tempo, la principessa Sissi, imperatrice d’Austria e

Ungheria (uno dei più noti esempi storici di anoressia nervosa, benché il suo ritratto scultoreo nel giardino davanti alla stazione di Trieste non lo metta in evidenza) sono soltanto alcuni nomi. Inoltre, questo colpire le persone di fama ha contribuito ad assegnare ai Disturbi del Comportamento Alimentare una certa “fascinazione”, oltremodo

rischiosa.

“Le informazioni sono tuttora incomplete o distorte”

Eppure, per quanto se ne parli, le informazioni sono tuttora incomplete o distorte e non di rado strumentalizzate dalla società dei consumi

che obbedisce alle regole del mercato. Tant’è che termini quali anoressia o bulimia vengono oggi impropriamente utilizzati per indicare chi mangia poco oppure in eccesso, mentre poco si sa delle reali cause e conseguenze di questi disturbi.

Imparare a riconoscere e a conoscere i Disturbi del Comportamento Alimentare e le possibili strategie per fronteggiarli è lo scopo di questo opuscolo. Senza la pretesa di spiegare tutto, l’intento è di fornire informazioni pertinenti e specifiche su questi disturbi e sui trattamenti disponibili e agevolare la ricerca di un supporto adeguato per sé, o per chi ci sta a cuore, nell’ambito dell’offerta sanitaria locale, avviata a metà degli anni ’90 dall’allora Centro Donna Salute Mentale e successivamente estesa al Dipartimento di Salute Mentale e ai Distretti Socio-sanitari dell’ASS n°1 Triestina.

Come per tutte le altre problematiche legate alla salute, l’approccio triestino privilegia un lavoro in rete, multidisciplinare, improntato alla territorialità, iniziata qui 30 anni fa con il lavoro di Franco Basaglia, alla riforma della salute mentale e al profondo cambiamento culturale che ne è derivato. Secondo questo approccio, per poter garantire continuità ed efficacia ai percorsi di cura e di guarigione, le persone vengono prese in carico nei loro singolari contesti di vita. In tal modo, e l’esperienza lo ha comprovato, si può contare su molteplici risorse, a partire da quelle della stessa persona, passando per la comunità nel suo insieme fino ai servizi sanitari in senso stretto. Valorizzando il protagonismo, ossia l’essere soggetti anziché oggetti della propria esistenza, si evitano la cronicizzazione e l’istituzionaliz-

zazione dei problemi, con vantaggi in termini di salute e qualità della vita per il singolo come per la collettività.

Ultimo e non secondario obiettivo dell'opuscolo è fornire un agile strumento alla portata di chiunque: conoscere per prevenire. Arrivare prima che la bilancia si mangi quelli che si dicono i nostri anni più belli, in cambio di un'illusione che dura un istante ma che può compromettere una vita intera.

Chi colpiscono?

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si sviluppano prevalentemente nell'adolescenza, tra i 14 e i 25 anni. A volte l'inizio è più precoce o più tardivo. I DCA sono presenti anche in persone di età più matura. In questi casi il problema o è cronico o rappresenta una ricaduta dopo un periodo, più o meno lungo, di remissione. I DCA interessano con grande prevalenza il sesso femminile con un rapporto di 10 femmine per 1 maschio. Questo probabilmente perché le femmine sono oggetto di maggiori pressioni da parte di una società che insiste sull'importanza della magrezza. Le donne poi sono più sensibili al loro corpo perché da sempre la loro autostima è fondata fortemente anche sull'aspetto fisico.

Tuttavia neppure i maschi sono immuni e si ipotizza che la diffusione del problema possa aumentare. Nei maschi l'insoddisfazione corporea più che centrarsi sul rifiuto del grasso sembra rivolgersi alla ricerca del fitness ovvero di una muscolatura ben sviluppata.

Come si chiamano e che cosa sono?

I Disturbi del Comportamento Alimentare vengono classificati sulla base del peso corporeo e dei comportamenti alimentari anomali prevalenti.

Vediamo qui di seguito quali sono i DCA e come si presentano.

ANORESSIA NERVOSA **ovvero «voglio essere superiore al cibo»**

«Solo quando non mangio nulla, non tocco cibo, quando lo stomaco si ritorce in spasmi dolorosi, e la testa è un po' vuota, allora so di essere stata forte e mi sento felice. Ma dura poco, finisco per mangiare una mela o un cracker; allora penso di aver tradito me stessa, mi sento priva di dignità e del tutto sconfitta. Precipito in un baratro di angoscia e ho paura di non farcela. Senza questa certezza di essere superiore al cibo tutto il resto vacilla e mi sento capace di niente. Non ho voglia di



incontrare i miei amici. Alcuni mi guardano con una certa ammirazione, altri non capiscono proprio. In ogni caso mi sento osservata e giudicata e mi vergogno del mezzo chilo in più che la bilancia registra senza pietà. E poi mi irrita la loro allegria, la loro superficialità e sono stanca. Nessuno comunque mi convincerà a salire di peso».

Leila, 17 anni

L'anoressia nervosa è un Disturbo del Comportamento Alimentare che si sviluppa prevalentemente nell'**adolescenza, soprattutto in ragazze tra i 14 e i 18 anni**. Oggi sono in aumento anche i casi molto precoci, nelle bambine delle scuole elementari.

Anoressia nervosa significa:

*** Rifiuto di mantenere il peso corporeo nei limiti della norma associato a paura di ingrassare o di essere grassa, anche se sottopeso**

L'anoressia nervosa è il risultato di un dimagrimento, indotto tramite una dieta restrittiva e/o iperattività fisica, che porta a perdere peso, più o meno rapidamente, fino a raggiungere un **indice di massa corporea** al di sotto di 17,5 kg/m². (Per il significato dell'indice di massa corporea vedasi la Tabella 1.) Il calo di peso inizialmente più o meno giustificato, non soddisfa mai abbastanza. Si può arrivare a una condizione di sottopeso anche grave, spesso tenuta nascosta da abiti larghi. **La dieta si fa sempre più rigida**, si saltano i pasti, si scelgono porzioni di cibo sempre più piccole, si escludono numerosi cibi, che vengono accuratamente banditi. Vengono ridotte o evitate anche le situazioni in cui si mangia o si potrebbe mangiare: dai pasti in famiglia all'andare al cinema con gli amici, «*perché poi gli altri mangiano un gelato, una pizza o un kebab*». In questo modo diminuiscono le tentazioni o i possibili cedimenti, inoltre si evita di rendere noto il proprio problema e di essere criticate o etichettate come "diverse" o rimproverate e spinte alla cura. I pasti sono spesso solitari.

Il cibo diventa un'ossessione, un chiodo fisso. Tenere a bada la fame è un segno di vittoria e della propria capacità di essere superiori ai bisogni corporei e di riuscire a controllare la propria vita. La fame di

fatto diviene un tormento segreto che costringe a una vigilanza estenuante e faticosa. **La fame costante** porta a elaborare varie strategie di “autoinganno”: dal bere molta acqua, al consumare caffè e tè bollenti, al cuocere molto la pasta per aumentare il volume del cibo che ci si concede, al masticare gomme, al tagliare i bocconi in piccolissimi pezzi per far durare il più a lungo possibile i pasti e così via. La fame costante accentua poi l'irritabilità, la paura di cedere, l'ansia e l'angoscia di non sapersi frenare e cadere preda del cibo. Infine, talvolta porta a mangiare di più di quello che si vorrebbe.

Questa **perdita di controllo**, anche modesta, o modestissima (per esempio un unico biscotto) è vissuta come una **pericolosa abbuffata** e può dare il via a comportamenti di eliminazione tra cui il vomito autoprovocato, o anche l'uso di diuretici e lassativi, sostanze che di fatto fanno perdere solo acqua, ma che rassicurano facendo scendere l'ago della bilancia. In questi casi, che sono i più frequenti, si parla di anoressia con bulimia.

Molte ragazze associano alla dieta un'attività fisica intensa e senza tregua, allo scopo di perdere peso o di evitare di ingrassare.

La paura di ingrassare fa desiderare un peso sempre più basso e fissare dei limiti che non devono essere a nessun costo superati.

Tabella 1

.....

L'indice di massa corporea (IMC) è dato dal rapporto tra il peso e l'altezza di una persona e permette una valutazione della normalità o meno del peso corporeo.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} : \text{altezza}^2 \text{ (metri}^2\text{)}$$

Esempio: Peso kg 56, Altezza m 1,65

$$\text{IMC} = 56 : (1,65 \times 1,65) = 56 : 2,72 = 20,58 \text{ kg/m}^2$$

Interpretazione dei valori di IMC

- Sottopeso:** inferiore a 18,5 kg/m²
- Normopeso:** tra 18,5 e 24,9 kg/m²
- Sovrappeso:** superiore a 25 kg/m²

.....



* **Eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee. Peso e forme determinano la stima di sé**

L'insoddisfazione corporea, cioè la discrepanza tra il proprio aspetto fisico **reale** e quello **desiderato**, è un tratto costante dei DCA. Oltre alla fame e al cibo, anche **la bilancia diviene un'ossessione**, così come il guardarsi allo specchio o il confrontarsi con il corpo delle altre. Alcune si pesano continuamente, altre invece evitano la bilancia per sfuggire all'ansia tremenda della verifica del peso.

Spesso sono presenti anche delle **distorsioni delle dimensioni corporee** nel senso che è alterata la capacità di stimare realisticamente le proprie misure. Ad esempio pancia, fianchi o cosce vengono "sentiti grassi" anche se di fatto non lo sono. E questo naturalmente aggrava l'insoddisfazione corporea.

Sono frequenti anche alterazioni del pensiero per cui il "sentirsi grasse", dopo aver mangiato anche una piccola quantità di cibo, viene percepito come realtà piuttosto che come conseguenza della paura "mentale" di ingrassare.

Il corpo, ritenuto sempre troppo "grasso" e testimonianza visibile del mancato controllo sul cibo, deprime l'umore, **crea sentimenti di vergogna** e porta a evitare di mostrarsi agli altri "grasse e fallite", fino a isolarsi sempre di più.

* **Blocco del ciclo mestruale (amenorrea)**

Amenorrea e osteoporosi. La perdita di peso ha le sue conseguenze. Le funzioni riproduttive sono regolate dalla massa adiposa. Se il grasso corporeo si assottiglia troppo, vengono meno i segnali ormonali che attivano le ovaie, mantenendo il ciclo mestruale e la fertilità.

In termini medici, l'arresto del ciclo mestruale si dice amenorrea.

In ragazze non ancora sviluppate al momento dell'inizio del DCA, la prima mestruazione viene ritardata fino al recupero di un peso adeguato.

Il momento della cessazione del ciclo nelle ragazze anoressiche non è uguale per tutte: in alcune l'amenorrea compare precocemente rispetto alla perdita di peso, in altre più tardivamente. In ogni caso **la scomparsa del ciclo mestruale indica che il calo di peso è stato eccessivo.**

Quando il disturbo alimentare si sviluppa in ragazze che prendono la pillola anticoncezionale, è più difficile accorgersi dell'arresto dei flussi mensili e viene quindi a mancare un segnale importante di "perdita di salute".

Le ossa, non più stimolate dagli ormoni sessuali (estrogeni) e da altri ormoni, perdono massa. Questo processo degenerativo, chiamato **osteoporosi**, tipico delle donne in menopausa e delle anziane, aumenta notevolmente il rischio di **fratture ossee dolorose**, spontanee o a seguito di piccoli traumi. Fratture a livello delle vertebre della spina dorsale possono portare a una riduzione dell'altezza. Nell'anoressia l'osteoporosi si sviluppa precocemente, tanto che gli esperti suggeriscono di attuare una verifica della densità ossea già dopo 6 mesi dalla scomparsa del ciclo mestruale.

L'assunzione della pillola non rappresenta una cura adeguata all'osteoporosi proprio perché nei DCA non è dovuta solo alla mancanza di estrogeni ma anche di altri ormoni sensibili allo stato di nutrizione. **L'unica modalità terapeutica efficace è quindi un recupero del peso sufficiente alla ripresa del ciclo mestruale.**

* **Conseguenze**

L'anoressia nervosa coinvolge la maggior parte degli organi e apparati. Oltre all'amenorrea e alla conseguente infertilità, e all'osteoporosi, i problemi più comuni sono: **sensazione continua di freddo, stipsi, gonfiore addominale e difficoltà digestive, alterazione dei meccanismi di fame e sazietà, anemia, pressione arteriosa bassa, battito cardiaco lento fino al rischio di svenimento, altri problemi cardiaci, stanchezza e irritabilità, riduzione delle difese immunitarie e maggior rischio di infezioni.**

Molta preoccupazione creano la stipsi e la ritenzione idrica interpretate erroneamente non come effetto della denutrizione ma come riscontro di un cattivo controllo del corpo.

Altre conseguenze importanti sono la tendenza ai pensieri ossessivi sul corpo e sul cibo e la difficoltà a concentrarsi e a far fronte agli impegni della giornata.

Anche la capacità di capire ed elaborare i propri problemi psicologici

e relazionali può essere compromessa fino a rendere inefficace lo stesso supporto psicologico. Perdite di peso molto importanti possono causare una **diminuzione del volume della massa cerebrale con riduzione di capacità cognitive**, come per esempio lo svolgere problemi complessi. Un calo di peso eccessivo può essere incompatibile con la vita.

Ai problemi della malnutrizione possono aggiungersi quelli legati a eventuali comportamenti bulimici e di eliminazione. Anche queste conseguenze possono essere molto gravi.

BULIMIA NERVOSA **ovvero «anche oggi ho vomitato e non sono ingrassata»**

«Mi dico ogni giorno che da domani non toccherò mai più i cibi “proibiti”. Passa l'ora della colazione e quella del pranzo, e tutto va bene, mangio poco o nulla, ma alle 17, appena torno a casa, non riesco a resistere e mi butto sul cibo, senza controllo. È come se la mia volontà non contasse più nulla. Mangio di tutto senza fermarmi, ignorando il senso di vergogna e la paura di ingrassare. So che tanto poi vomiterò, ormai riesco a farlo senza sforzo alcuno. Alla fine mi sento vuota, un po' sfinita, ma anche un po' in pace. Per consolarmi mi dico che anche oggi non sono ingrassata: questo proprio non lo sopporterei.

Il giorno dopo la storia si ripete, anche se ogni volta giuro che è l'ultima. Dopo 10 anni di questa vita e due ricoveri urgenti in ospedale, perché ero svenuta per strada, mi detesto, sono stanca, comincio a pensare che sarà così per sempre».

Maura, 24 anni

La bulimia nervosa è un Disturbo del Comportamento Alimentare caratterizzato da abbuffate alimentari e da comportamenti eliminativi. Spesso è l'evoluzione di una **precedente fase di anoressia nervosa**, più o meno intensa e duratura e con un calo di peso più o meno grave. Dopo una fase di controllo alimentare stretto e di dominio sulla fame si sviluppano i comportamenti tipici della bulimia con un recupero di peso.

Bulimia nervosa significa:

* **Abbuffate con sensazione di perdita di controllo**

Nella bulimia nervosa il comportamento alimentare è caratterizzato da restrizione alimentare cui seguono delle abbuffate, più o meno frequenti. **Le abbuffate consistono in:** mangiare in eccesso, cioè grandi quantità di cibo o anche piccole quantità, ritenute comunque troppo abbondanti (abbuffate soggettive), e perdita di controllo. Le abbuffate sono la conseguenza della fame indotta dalle fasi di alimentazione scarsa o comunque insufficiente a creare sazietà. Il consumo incontrollato di cibo, una volta messo in atto, è difficile o impossibile da bloccare.

L'abbuffata può rappresentare anche un modo per sfuggire alla consapevolezza di situazioni o emozioni negative considerate intollerabili o troppo difficili da gestire e in questo senso può venir vissuta anche come liberatoria.

* **Condotte di compenso alle abbuffate**

In genere **le abbuffate sono seguite da condotte eliminative**, tra cui il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi o diuretici, o l'eccesso di attività fisica. Queste hanno lo scopo di evitare le conseguenze degli eccessi alimentari sul peso e ridurre l'ansia per aver mangiato troppo, la paura di ingrassare e i sensi di colpa. L'abbuffata viene però vissuta anche come conferma di essere facilmente preda del cibo e di avere una **scarsa capacità di autocontrollo** (considerata causa principale delle abbuffate) sull'alimentazione e sul peso corporeo. Seguono quindi **fasi di dieta o di semidigiuno** che tuttavia riconducono all'abbuffata. Questi **circoli viziosi** e ripetitivi di restrizione - con esclusione di alcuni pasti o scelta di porzioni piccole o di alimenti dietetici - seguiti da abbuffata possono essere quotidiani, oppure riguardare alcuni giorni della settimana o alcuni periodi particolarmente stressanti per il lavoro, lo studio o le relazioni. La sofferenza è alta, mantenuta dall'ossessione senza tregua per il cibo e il corpo che sottrae energie vitali per dedicarsi agli altri aspetti della propria vita.



* **Eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee**

Come nell'anoressia nervosa, il peso e le forme fisiche, insieme alla capacità o meno di controllare l'alimentazione, determinano la stima di sé e incanalano i comportamenti verso il raggiungimento di obiettivi centrati sul corpo.

Il peso rimane in genere nella norma, benché talvolta più basso o più alto rispetto a prima della comparsa del disturbo. Si riesce spesso a mantenere **segreto** il problema perché manca l'allarme provocato dall'eccessiva magrezza. Il disturbo inoltre è vissuto con maggior senso di **vergogna** e questo impedisce di confidarsi e di chiedere aiuto. Come nell'anoressia, anche nella bulimia l'insoddisfazione corporea è parte integrante del problema, concorre al suo mantenimento e può essere di ostacolo alla guarigione.

* **Conseguenze**

Nella bulimia nervosa i rischi per la salute sono legati soprattutto alle condotte di eliminazione. Il vomito comporta tutta una serie di problemi tra cui: **erosioni e carie dei denti, lesioni e infiammazione dell'esofago (esofagiti) o dello stomaco (gastriti) e delle ghiandole salivari. Le parotidi si gonfiano, irritate dall'acido in bocca e possono dare al viso un aspetto "a criceto"**.

Improvvisi cali di pressione con rischio di perdere la coscienza, possono essere causati da alterazioni dell'equilibrio dell'acqua e dei sali corporei conseguenti al vomito ma anche all'abuso di diuretici e lassativi e/o a una idratazione inadeguata.

È particolarmente problematico lo sviluppo di ipopotassiemia (bassi livelli di potassio nel sangue), responsabile di stanchezza e **crampi muscolari, stipsi e gonfiore addominale, alterazioni del ritmo del battito del cuore, arresto cardiaco e morte improvvisa**.

Alcune complicanze possono essere così gravi da mettere a rischio la vita della persona. Sono particolarmente pericolose le situazioni in cui ai comportamenti eliminativi si associano altri fattori che aumentano le perdite di liquidi e sali tra cui temperature elevate, iperattività fisica, febbre, etc.

Altri problemi sono il costo dell'acquisto di cibo in quantità cospicua,

l'impiego considerevole di tempo sottratto ad altri impegni e attività lavorative, familiari e ricreative, per le abbuffate o le condotte eliminative, la necessità di segretezza e le difficoltà nella vita di relazione.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE non altrimenti specificati

Con questa denominazione vengono indicate le **forme incomplete di anoressia e bulimia nervosa**, dove sono presenti solo alcuni dei sintomi già descritti, e i **disturbi di alimentazione incontrollata** (Binge Eating Disorders, BED) caratterizzati da abbuffate in assenza di condotte eliminative e, nella maggior parte dei casi, da sovrappeso o obesità. Anche queste forme possono determinare livelli molto alti di disagio, interferire con la qualità di vita della persona e richiedere terapie adeguate.

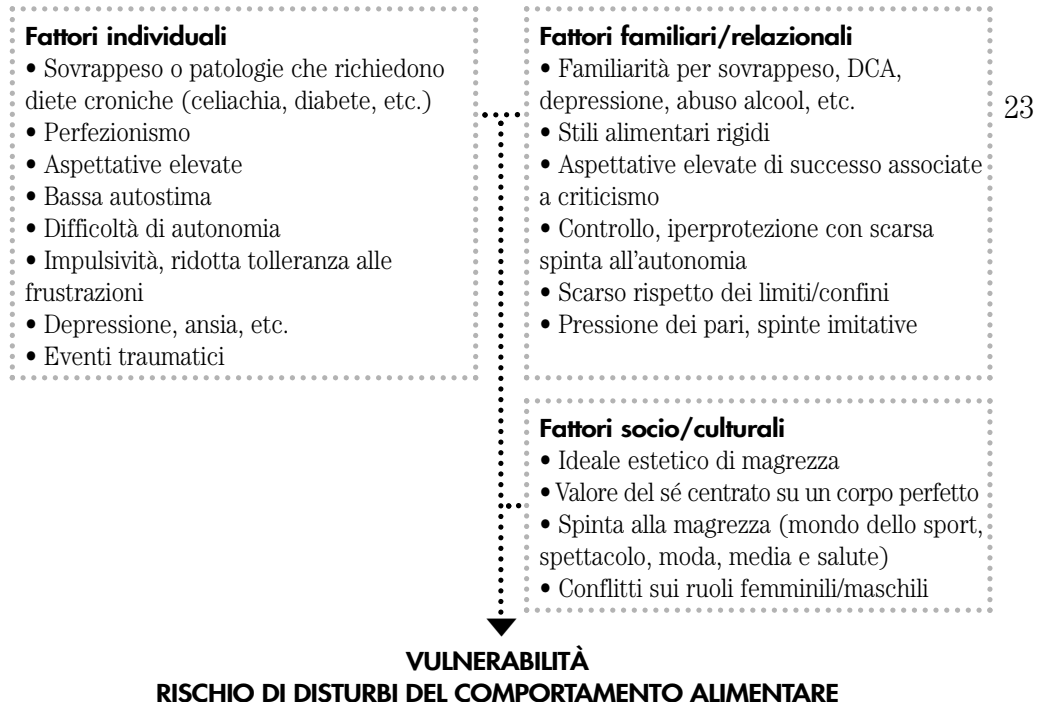
Perché colpiscono?

Oggi si ritiene che i Disturbi del Comportamento Alimentare siano **la conseguenza dell'interazione tra più cause**: genetiche, biologiche, individuali, familiari e socio-culturali.

Alcuni di questi fattori vengono considerati **predisponenti o favorenti**, vale a dire che aumentano il rischio ad acquisire il disturbo (Figura 1).

Vengono invece definiti **scatenanti** quei fattori che precedono l'insorgenza del disagio e sembrano quindi averlo provocato in modo diretto. Infine, intervengono i **meccanismi di mantenimento** responsabili del persistere dei DCA.

Figura 1. **Principali fattori che aumentano il rischio di sviluppare un DCA**



FATTORI FAVORENTI o predisponenti

Fattori familiari

Il rischio di sviluppare un Disturbo del Comportamento Alimentare aumenta in particolare se tra i familiari ci sono stati o ci sono problemi di DCA o di obesità. Questo sia per motivi di ereditarietà, sia perché la famiglia può offrire dei modelli di rapporto difficile con il corpo e il cibo: dagli eccessi, alle restrizioni, alla sregolatezza alimentare.

Genitori a dieta o che impongono ai figli diete o stili alimentari troppo rigidi o che presentano atteggiamenti critici verso l'alimentazione o il corpo o che sopravvalutano l'esteriorità e l'apparire possono favorire lo sviluppo di un disagio alimentare. La presa in giro, anche benevola, sull'aspetto fisico può essere particolarmente dannosa in soggetti sensibili e in adolescenti che hanno difficoltà ad accettare i cambiamenti del corpo legati allo sviluppo sessuale.

Talvolta le ragazze con DCA piuttosto che adeguarsi ai modelli familiari cercano di rifiutarli soprattutto se considerano l'alimentazione della famiglia o di un suo componente eccessiva o insalubre o quando dispreziano il sovrappeso dei familiari come indicativo di mancanza di valori o di incapacità di autoregolazione.

Oltre agli aspetti fisici legati allo stile di vita, sono importanti gli aspetti relazionali. In passato lo sviluppo dei disturbi alimentari veniva attribuito a un difficile rapporto tra madre e figlia, che ostacolava l'autonomia della ragazza.

Oggi questo è stato in parte ridimensionato, dando importanza a più fattori relativi all'intero nucleo familiare tra cui l'attuale crisi dei valori, le difficoltà generazionali, i rapporti conflittuali e i modelli educativi rigidi. Spesso i genitori, ed effettivamente più spesso la madre, faticano a riconoscere la necessità di indipendenza dei figli.

Un'altra componente importante può essere anche la presenza di elevate aspettative dei genitori sulla realizzazione dei figli in vari campi: dal comportamento, alle relazioni, al successo personale. Quando l'accettazione dei figli è troppo condizionata dalla realizzazione di tali



aspettative e quando gli insuccessi vengono sottolineati da continue critiche, si può creare un terreno di particolare fragilità. In queste circostanze i figli tendono ad adottare atteggiamenti di perfezionismo caratterizzati dalla continua paura di sbagliare e da ansia.

Il DCA può essere un modo per manifestare il disagio di fronte alla mancanza di un'accettazione incondizionata da parte dei familiari, indipendente dai successi o insuccessi personali. Oppure il DCA può esprimere una protesta verso varie difficoltà relazionali (per esempio la paura della separazione dei genitori, la presenza di una malattia o di un lutto). I DCA possono essere infine più frequenti in famiglie in cui l'espressione delle emozioni o dei bisogni è difficile o al contrario eccessiva. Il corpo diventa allora strumento di espressione di quello che non si può o non si deve far emergere altrimenti.

Talvolta è difficile distinguere i problemi familiari di base da quelli che si sviluppano in seguito alla scoperta della presenza di un DCA nei figli. Questa scoperta crea infatti preoccupazione, sensi di colpa e di impotenza, conflitti su come affrontare la crisi, accuse reciproche, atteggiamenti di iperprotezione o al contrario di rifiuto. Ciò può esasperare il problema o bloccare il percorso di guarigione.

Per questi motivi è fondamentale, specie nei soggetti più giovani e ancora dipendenti, affrontare nel nucleo familiare le difficoltà vecchie e nuove che il disturbo scatena.

Fattori individuali

L'adolescenza è caratterizzata da **grandi cambiamenti corporei** cui si affiancano nuove responsabilità e aspettative relazionali, di crescita intellettuale e di scelte di vita. Lo sviluppo sessuale nelle femmine è legato in particolare all'aumento del tessuto adiposo che a sua volta determina un'amplificata consapevolezza del proprio corpo. Questi cambiamenti sono vissuti alle volte in modo positivo («*Sto diventando adulta*», «*Sono più attraente*», «*Mi piaccio e piaccio agli altri*» e «*Anche se ho qualche difetto chi se ne frega...*»), ma altre volte in modo negativo («*Non sono bella come le mie amiche*», o «*come vorrei*» o «*come mi vorrebbero gli altri*», o «*non verrò accettata, rimarrò sola*»).



Essere sovrappeso può acuire ulteriormente l'insoddisfazione corporea. Fattori favorevoli sono comunque tutte quelle condizioni quali sovrappeso, diabete o celiachia che richiedono un controllo sull'alimentazione. Aumentano il rischio anche le attività centrate sul corpo, tra cui per esempio la danza o varie discipline sportive o professioni afferenti al mondo della moda, dell'estetica o dello spettacolo, che richiedono una particolare forma fisica o di rientrare in definite categorie di peso. Maestri, docenti, allenatori, datori di lavoro, etc. possono rafforzare comportamenti di **dieta** o di **eccesso di attività fisica**.

Il confronto con gli altri e le richieste di omologazione al gruppo dei pari (essere come le amiche, come i ragazzi della Tv, etc.) inoltre possono aumentare il disagio specie se sono presenti vissuti di difficoltà a essere accettati dagli altri, se non di presa in giro, rifiuto e isolamento.

Alcune caratteristiche individuali vengono considerate particolarmente predisponenti: soprattutto una **bassa autostima**, la paura di crescere, le difficoltà di autonomia e di progettualità e la tendenza al perfezionismo. Il **perfezionismo**, presente soprattutto nell'anoressia nervosa, crea uno stato continuo di tensione e paura di sbagliare o di essere rifiutati dagli altri.

Impulsività, difficoltà a gestire lo stress, emotività e **scarsa tolleranza alle frustrazioni** sembrano favorire i comportamenti bulimici.

Infine un ruolo importante hanno gli **eventi di vita traumatici** o difficili (lutti, separazioni, incidenti, abusi, etc.) passati o recenti. Questi aumentano fortemente la vulnerabilità in quanto mantengono una drammatica sensazione di mancanza di controllo e di perdita di fiducia che può riemergere a distanza di anni, o manifestarsi in tempi brevi.

Fattori socio-culturali ed economici

Tra i fattori predisponenti ai DCA si è molto parlato delle **influenze culturali**. Pubblicità, cinema, moda propongono modelli di estrema magrezza, tanto che recentemente alcuni paesi europei hanno posto il divieto di esporre abiti di taglia troppo bassa (per esempio inferiore alla 38) e di far sfilare modelle particolarmente sottopeso.

Questi **ideali di magrezza**, equiparati dai Media al successo personale

in vari campi della vita, sarebbero responsabili della **bassa autostima fisica** e generale di molte ragazze. Ciò potrebbe favorire (ma non determinare) il desiderio di imitare questi modelli, cercando la propria realizzazione attraverso il calo di peso e la magrezza.

Esaminando l'evoluzione storica recente degli ideali di bellezza è possibile distinguere più ipotesi di sviluppo di DCA:

*** Ipotesi dell'emancipazione femminile**

Forme abbondanti nella donna hanno simboleggiato in passato la maternità, il suo ruolo di nutrice e di supporto alla famiglia. Forme asciutte, fianchi più stretti e spalle più larghe, evidenziate anche dall'abbigliamento, sono diventate invece simbolo dell'affermarsi della donna al di fuori delle mura domestiche, attraverso la rivendicazione dei diritti all'autonomia economica, lo studio, il lavoro e l'espressione della propria volontà politica.

Negli anni '20 del secolo scorso si ebbe una prima inversione di tendenza verso forme snelle. Un'ulteriore spinta alla magrezza si è verificata negli anni '60 e '70, periodo in cui i movimenti femministi andavano rivendicando maggiore parità con i maschi anche in merito alla propria sessualità. Atteggiamenti di indipendenza e di disinibizione nei comportamenti hanno portato con sé la necessità di esibire un corpo senza imperfezioni.

Essere delle donne "liberate" e autonome ha portato poi a stringere la donna in una morsa di molteplici responsabilità e richieste non sempre conciliabili: non solo essere compagne, madri, ma anche lavoratrici efficienti e in grado di reggere la competizione e di difendere i propri diritti. L'essere magre sarebbe quindi un modo per nutrire la propria autostima e la "conferma" di aver raggiunto una posizione di affermazione e di potere a fronte di una discriminazione che tuttora nega alle donne alcuni diritti o che ne blocca comunque l'avanzamento professionale e la carriera.

Negli ultimi decenni alcuni gruppi di femministe vedono nella ricerca della magrezza l'opposto dell'emancipazione femminile, sostenendo un'ipotesi che si aggancia alla competizione tra maschi e femmine per

il lavoro e il potere.

L'ossessione per la cura del corpo servirebbe a tenere le donne lontane dalla competizione economica, sociale e politica, a vantaggio del sesso maschile. Quindi le donne liberate dalla schiavitù dell'essere solo casalinghe sarebbero finite, oggi, prigioniere della cura del corpo a scapito della realizzazione personale.

*** Ipotesi di magrezza come benessere e salute e come via al successo personale**

Negli anni '80 attività fisica e dieta divennero pratiche diffuse per modellare e scolpire il corpo. Del resto, la magrezza veniva equiparata anche a salute, mentre il sovrappeso veniva indicato come portatore di rischio di molte patologie, cosiddette del "benessere".

La "dieta" divenne, ed è, uno strumento alla portata di tutti e i rischi a essa associati vengono raramente presi in considerazione mentre i benefici vengono continuamente esaltati. Tra i rischi sono da prendere in considerazione la perdita di massa magra muscolare e la riduzione del metabolismo (che può favorire il recupero del peso) e la possibile comparsa di comportamenti di abbuffata alimentare indotti da restrizioni troppo rigide.

Gli attuali sviluppi dell'industria della dieta, del fitness, della cosmesi e più recentemente degli interventi estetici (liposuzione, chirurgia plastica, etc.) e i Media hanno contribuito a creare un senso di onnipotenza sulle possibilità di cambiare il corpo anche contro i suoi limiti fisiologici. Il corpo è diventato un oggetto che può e deve essere perfezionato e si è diffusa l'idea che tutte le donne hanno bisogno di miglioramenti fisici perché "difettose".

Ma l'enfatizzazione di presunti problemi fisici contribuisce a un diffuso aumento di disagio corporeo. Tutto questo ha finito per intrappolare le donne, a partire da un'età sempre più giovane, nel desiderio di un corpo magro conforme ai modelli. Il fenomeno sta interessando sempre più anche i maschi ai quali viene richiesto un fisico asciutto e muscoloso.

I mondi della pubblicità e dello spettacolo hanno contribuito infine ad aumentare la desiderabilità della magrezza equiparandola a valori

quali successo, potere, sicurezza, affermazione personale, controllo della propria vita, etc.

*Pur non rappresentando fattori causali di DCA, i meccanismi descritti **possono contribuire alla loro insorgenza** in modo indiretto, per esempio creando nella famiglia o nella rete sociale di docenti, amici e compagni atteggiamenti che centrano l'attenzione sul corpo, o direttamente favorendo in persone predisposte e vulnerabili la ricerca estrema della magrezza.*

Uscire dai disturbi richiede invece lo sviluppo di un'immagine di sé e del proprio valore indipendente dalle dimensioni corporee.

FATTORI PRECIPITANTI e di mantenimento

Fattori precipitanti

Comprendono eventi o situazioni che di per sé non sono in grado di causare un Disturbo del Comportamento Alimentare, ma che possono indurlo in persone vulnerabili e predisposte.

Il DCA può essere innescato dai più svariati eventi, tra cui **fallimenti scolastici, lavorativi e affettivi (delusioni amorose o difficoltà di relazione con partner, amici e genitori), conflitti o separazione dei genitori, lutti, separazioni in genere, cambiamenti di vita, di città, di scuola o casa, malattie dei familiari, episodi di critica o presa in giro anche apparentemente giocose da parte dei familiari o compagni, di violenze e di prevaricazioni** che possono sfociare nell'allontanamento dal gruppo dei pari o in sensazioni di non valore, di vergogna, di depressione.

Talvolta possono non esserci episodi evidenti di difficoltà, ma lo stress o il carico di impegni vissuti come insostenibili, possono portare a un senso di inadeguatezza scatenante. Allora anche eventi apparentemente positivi come la fine della scuola, l'inizio di un nuovo lavoro o di una nuova relazione o un viaggio all'estero, possono funzionare da innesco a causa della paura di non raggiungere risultati gratificanti per sé o per gli altri o di non essere all'altezza o sufficientemente autonomi.



Infine episodi di vita traumatici possono essere sia favorenti, sia precipitanti.

Il comportamento iniziale di fronte alle situazioni precipitanti è la restrizione dietetica. Talora la dieta è di per sé fattore scatenante, indipendentemente da altri eventi. L'inizio della restrizione dietetica non crea in genere allarme. Una dieta viene spesso iniziata per motivi apparentemente validi e anche più che validi: perché si è sovrappeso e si cerca di migliorare il proprio aspetto fisico o perché si è costretti da una gastrite, un'influenza intestinale, un'allergia o un'intolleranza alimentare, o su spinta diretta o indiretta da parte di persone "autorevoli" quali allenatori sportivi, maestri di danza o di recitazione o perché si vuole seguire una dieta vegetariana per motivi etici o imitativi.

L'approvazione per i risultati di calo di peso ottenuti, almeno inizialmente, può contribuire a rafforzare i comportamenti di restrizione.

Fattori di mantenimento

Una volta che i comportamenti di DCA sono innescati è difficile abbandonarli. Sono infatti strettamente concatenati l'uno all'altro, e la risoluzione dei sintomi richiede l'interruzione della catena al suo primo anello: la restrizione alimentare (Figura 2).

Il circolo è il seguente: la restrizione, comportamento ritenuto altamente desiderabile e sintomo d'avvio, porta all'abbuffata, l'abbuffata all'eliminazione e poi di nuovo alla restrizione, chiudendo il cerchio. La paura di ingrassare tiene incollati a questi comportamenti.

Questi circoli comportamentali viziosi, le alterazioni della fame e della sazietà, il gonfiore addominale (causato dalle perdite di sali minerali e/o dalla malnutrizione, o dall'abuso di diuretici o lassativi, etc.), vissuto come segno di aumento di peso, i pensieri e le emozioni negative che accompagnano le abbuffate o le eliminazioni, contribuiscono ulteriormente a bloccare la ripresa di un'alimentazione normale anche quando i fattori favorenti e scatenanti si siano modificati o risolti.

Il desiderio di controllare il corpo prevale su tutto, nonostante i

danni fisici più o meno gravi causati dai DCA. Si impara insomma a convivere con il disagio, il dolore fisico, la paura, la necessità di organizzarsi e di stare soli, il rischio di compromettere relazioni e progetti di vita pur ritenuti importanti e il pericolo di complicanze gravi anche mortali.

Figura 2. **Disturbi del Comportamento Alimentare: dal disagio ai meccanismi automatici di mantenimento dei sintomi (circoli viziosi)**



Come cogliere i segnali di allarme?

Poiché gli interventi precoci sono più efficaci nel risolvere questi problemi, è molto importante da parte dei familiari, partners, amici, compagni, colleghi, insegnanti e medici, cogliere **al più presto i segnali di allarme** che possono indicare la presenza di un DCA.

Riportiamo un breve elenco di sintomi, richieste o atteggiamenti che possono essere indicativi. Alcuni di questi possono dipendere anche da cause diverse dai DCA, o sono parte dei normali comportamenti della fase adolescenziale, o possono essere così passeggeri da non rappresentare un problema. In ogni caso conoscerli può essere importante. Spesso di fronte ai sintomi le persone con DCA si rivolgono ad alcuni specialisti (ginecologo, endocrinologo, dietologo, dietiste, dentista, etc.) cercando risposte parziali al problema e riferendo quindi solo i sintomi secondari (le carie, la mancanza di ciclo mestruale, la pressione bassa) per **imbarazzo o vergogna, difficoltà a chiedere aiuto, scarsa consapevolezza delle conseguenze della perdita di peso o delle condotte di eliminazione, paura di essere indotti a mangiare o a salire di peso.**

Possono essere segnali di DCA:

- dieta troppo rigida o variazioni importanti dello stile alimentare
- eccessiva attenzione alle calorie e al tipo di cibi consumati, passaggio ad abitudini vegetariane, rifiuto di molti alimenti anche prima graditi, o di partecipare ai pasti comuni e ad altre riunioni conviviali
- richiesta insistente di mangiare in modo diverso dal resto della famiglia (tipo di cibi, orari o quantità)
- consumo di biscotti, merendine o altro cibo in eccesso, cibo che viene nascosto o che scompare
- attività fisica eccessiva
- lunghe permanenze in bagno
- dimagrimento rapido ed eccessivo



- rifiuto di rivelare il peso o di mostrare il corpo svestito
- assenza del ciclo mestruale
- sviluppo di carie dentarie, rigonfiamento delle ghiandole parotidi, stanchezza, vedere “buio”
- isolamento, abbandono di attività prima gradite
- irritabilità, depressione o ansia
- richiesta di rassicurazione rispetto al corpo o a quanto si è mangiato
- richiesta di rivolgersi a specialisti (dietologi, endocrinologi, ginecologi) anche in assenza di problemi apparenti
- cucinare per gli altri e/o pretendere che mangino; controllare quanto e cosa mangino gli altri
- condizioni di salute che richiedono diete (obesità, diabete mellito, celiachia, etc.) o disturbi anche vaghi (intolleranze, difficoltà digestive, gonfiore addominale, etc.), affrontati con prescrizioni alimentari
- attività che richiedono determinate caratteristiche fisiche (danza, ginnastica artistica, etc.) o categorie di peso (judò, karate, etc.)

Qualora si abbiano forti sospetti della presenza di DCA **è meglio parlarne con calma evitando confronti diretti o critiche ai comportamenti**. Infatti poiché questi disturbi sono un modo di affrontare un disagio profondo **spesso il desiderio di cura è ambivalente**. Da un lato si vorrebbe stare meglio, evitando le complicanze, specie quelle gravi e disabilitanti, dall'altro non si vuole rinunciare al controllo sul corpo e l'alimentazione. Questo anche perché **il controllo è vissuto come assoluto: qualsiasi cedimento benché minimo è inaccettabile**. Nei DCA tuttavia il controllo è comunque instabile e precario, e spesso viene perso del tutto.

Prevale quindi la paura di abbandonare i sintomi. Questi, per quanto dolorosi e problematici, appaiono l'unica risposta possibile.

Come uscirne?

Leila: «So che i miei genitori e i miei amici sono preoccupati per me. Mi dicono che ora sono troppo magra e che ho perso troppo peso. Mia mamma a volte mi sgrida e mi spinge a mangiare di più, a volte mi guarda in silenzio, ma mi rimprovera con gli occhi. Io invece penso che potrei perdere ancora qualche

chilo. Ma ora succede che spesso perdo il controllo sul mangiare. Mi ritrovo ad andare in cerca di biscotti e di cioccolata. Non credo di aver bisogno di aiuto. Anzi immagino con orrore che mi costringano a mangiare».

L'amica di Leila: *«Dapprima noi amiche ci complimentavamo con Leila del suo dimagrimento, eravamo invidiose di come riusciva a stare a dieta senza mai cedere. Da un po' però ha cominciato a esagerare. Ora non vuole più uscire con noi il sabato a mangiare la pizza o il gelato, trova sempre scuse, a ricreazione non tocca mai nulla. Non vuole più prendere l'autobus per tornare a casa e va a piedi anche se diluvia. Anche il suo umore è cambiato, è nervosa e meno interessata ai nostri discorsi, continua ad andare bene a scuola ma è stressata dai compiti e angosciata dalle interrogazioni. Adesso è veramente troppo magra. Ma lei dice di stare bene, di non avere problemi, vuole solo essere lasciata in pace. Non so proprio come aiutarla».*

Spesso **la proposta di cercare aiuto viene rifiutata, talvolta non ci si rende nemmeno conto del problema o non si sa che cosa significhi la cura e come avvenga.**

Innanzitutto c'è una grande **paura di affrontare i cambiamenti.** Il disturbo può essere vissuto come una soluzione a eventi di vita che hanno scosso profondamente la persona, o serve ad affrontare un senso del sé frammentato e indefinito o difficoltà di realizzazione e/o nel rapporto con gli altri. E ancora l'ossessione per il cibo, il peso e la paura di ingrassare tolgono "spazio" alla possibilità di affrontare il disturbo e risolvere in altro modo i propri disagi.

Infine **il disturbo può servire a ottenere l'attenzione degli altri,** a mostrare in modo indiretto la propria ribellione all'ambiente che non capisce o non apprezza. **A volte il rifiuto è la difesa** contro le spinte a venirne fuori, le sgridate o le accuse e in tal senso può rappresentare **un presunto vantaggio.** Tuttavia è importante considerare gli **svantaggi:** le difficoltà di relazione, l'interferenza con i progetti futuri, la depressione, i pensieri ossessivi, l'isolamento, il rischio di problemi seri per la salute e di cronicizzazione del disturbo.

Come già detto, i fattori di mantenimento fanno sì che sia difficile uscire



dai DCA da soli anche quando alcuni fattori favorenti o precipitanti siano risolti o migliorati.

Quantunque il percorso di guarigione non sia quasi mai breve e immediato, **uscire si può**. L'importante è sapere che sarà un percorso a piccole tappe, con miglioramenti ma anche possibili ricadute.

Fondamentale è non avere, né fare fretta. Bisogna tener conto che **non è mai una questione soltanto di buona o cattiva volontà o di capricci, ma di problemi complessi** e talvolta profondamente radicati, che non si risolvono dall'oggi al domani.

* **Che cosa si raccomanda di fare**

Gli interventi per affrontare il problema sono descritti in numerose linee guida scientifiche internazionali fondate sugli esiti delle cure e sull'esperienza di chi ha trattato a lungo questi problemi. Trattandosi di problemi che riconoscono una molteplicità di cause, si raccomanda un **supporto multidisciplinare** che permetta di affrontare i DCA nei loro vari aspetti: fisici, nutrizionali, psicologici e di mantenimento.

Innanzitutto è importante valutare le condizioni cliniche di base (calo di peso, alterazioni del ciclo mestruale e/o degli esami di laboratorio, presenza di altre malattie, etc.) e la situazione psicologica. Nel caso le condizioni cliniche siano gravi, sono chiaramente necessarie cure mediche/psichiatriche, in certi casi anche in regime di ricovero.

Altrimenti la terapia consiste in un supporto sia psicologico, sia nutrizionale che non necessita l'ospedalizzazione o l'accoglienza in centri di cura residenziali.

Il supporto psicologico affronta il disagio di base e quello che accompagna il disturbo: le ansie, le paure, la bassa motivazione al cambiamento e l'ambivalenza tra il desiderio di cambiare e quello di mantenere i sintomi, che assicurano comunque dei "vantaggi". Il supporto psicologico dovrebbe procedere in parallelo a quello nutrizionale, con ampio spazio alla flessibilità e alle esigenze delle singole persone nella loro unicità.

Il supporto nutrizionale affronta invece in modo graduale la regolarizzazione dei pasti, il recupero delle normali sensazioni di fame e

sazietà e l'abbandono delle condotte eliminative. L'obiettivo è quello di uscire dai meccanismi automatici di mantenimento (Figura 2), evitare le complicanze mediche, talvolta anche gravissime, e recuperare le funzioni perse o alterate, tra cui il ciclo mestruale, i normali valori di pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e l'equilibrio idrico e salino. Il raggiungimento di questi obiettivi, così fondamentali, può alimentare la paura di perdere il controllo sul corpo o di provare emozioni negative (ansia, tristezza, etc.). In ogni caso l'ansia verso il cibo, il peso e la bilancia sono comunque presenti e fanno parte integrante dei disturbi. Affrontare i fattori di mantenimento è fondamentale per liberare energie, risorse e spazi mentali necessari a elaborare i problemi psicologici che hanno innescato il DCA.

Il coinvolgimento dei familiari va valutato caso per caso. Spesso i genitori o i partner hanno bisogno di spiegazioni e sostegno e di essere aiutati a contenere l'ansia e la preoccupazione.

*** Dove e come**

Innanzitutto bisogna distinguere le situazioni caratterizzate da malnutrizione e complicanze mediche e/o psichiatriche gravi, da quelle non acute. Le prime richiedono ricoveri in strutture ospedaliere o territoriali adatte a risolvere la fase critica, le altre vengono in genere affrontate con una terapia prevalentemente ambulatoriale.

La scelta di rivolgersi a Centri dedicati specificatamente ai DCA con soggiorni prolungati, di alcuni mesi, è controversa. Il ricorrere a Servizi prossimi al territorio di appartenenza invece, offre alle persone il vantaggio di non essere sradicate dal proprio ambiente e dalle proprie attività abituali e soprattutto di non essere allontanate dalle rete amicale e familiare durante il percorso di cura.

Questa modalità di intervento permette inoltre un diretto coinvolgimento di tutta la RETE dei Servizi Sanitari, offrendo risposte multidisciplinari più tempestive, idonee ed efficaci, e assicura continuità nelle diverse fasi della cura.

*** Che cosa possono fare amici, genitori, partners, insegnanti e medici**

Una situazione frequente è la frustrazione di **vedere rifiutato l'invito**

a cercare aiuto. Le forzature e le imposizioni sono in genere poco produttive. **Chi sta vicino alla persona in difficoltà dovrebbe evitare confronti diretti, rimproveri, accuse di mancanza di volontà o giudizi negativi, mantenendo in ogni caso un atteggiamento di disponibilità e vicinanza.**

Una volta che il percorso di cura è iniziato, il supporto dei familiari, degli amici, dei partners e dei medici di famiglia può essere molto importante. Il clima dovrebbe essere di **fiducia e di pazienza evitando per quanto possibile critiche, aspettative elevate, atteggiamenti svalutativi, ricatti o conflitti.**

Nulla è scontato, perché talvolta manipolazioni, richieste di conferma, fasi di ricaduta possono mettere tutti a dura prova ed è inoltre difficile identificare i limiti tra il giusto coinvolgimento, materiale o affettivo, e il favorire l'autonomia di chi ha un DCA ed è in cerca di una propria identità.

Non va sottovalutato che i conflitti di chi soffre di un Disturbo del Comportamento Alimentare sono spesso in buona parte anche i conflitti dell'età adolescenziale o giovane adulta, ed è perciò molto importante anche un atteggiamento di "normalizzazione" piuttosto che rimarcare gli elementi di malattia o di diversità.

Non dimenticare che:

- **Chiedere aiuto può portare un grande sollievo** alle emozioni negative di vergogna, colpa, paura, disagio, scarsa autostima, difficoltà relazionali.
- **Chiedere aiuto tempestivamente**, prima che passi troppo tempo, **aumenta le possibilità di recupero.**
- **Se il problema ti accompagna per molti anni** ne possono derivare problemi fisici anche gravi, difficoltà nelle relazioni e nel lavoro fino a **compromettere la qualità generale della vita.**
- **Chiedere aiuto non significa essere "forzati" a curarsi**, ma può servire a capire meglio che cosa è successo, o che cosa si desidera veramente per sé.

L'offerta dell'ASS n°1 Triestina

Referenti

- Dott.ssa Gemma Cannata, psicologa, psicoterapeuta, si occupa da diverso tempo di Disturbi del Comportamento Alimentare presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS n°1 Triestina.

Rete di Servizi dell'ASS n°1 Triestina

- Centri di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale che possono accogliere la domanda, sviluppare un percorso di cura condiviso, affrontare alcuni aspetti specifici della terapia tra cui: day hospital, ricovero, supporto psicoterapico e farmacologico e interventi riabilitativi in senso lato (associazionismo, protagonismo, attività ricreative, inserimento lavorativo, etc.) e curare l'eventuale invio ai referenti del progetto sui DCA.

- UOBA (Unità Operative Bambini e Adolescenti) e Consultori Familiari dei Distretti Sociosanitari. In alcuni casi sono gli operatori di questi servizi ad accogliere le persone, il DCA infatti può essere parte di un disagio più complesso in ambito fisico, psicologico, familiare e socioambientale.

- Dipartimento delle Dipendenze.

- Medici di Medicina Generale che possono segnalare il problema, chiedere pareri, seguire i problemi medici, coordinare le visite specialistiche, sostenere nei momenti di difficoltà, rispondere alle famiglie.

- Specialisti, tra cui ginecologi, endocrinologi e altri.

- Dipartimento di Prevenzione.

Chi può accedere

Possono essere accolte **persone di età superiore ai 16 anni**.

Le consulenze sono gratuite e non è richiesta l'impegnativa da parte del Medico di Medicina Generale.

Nei casi di età inferiore ai 16 anni è opportuno rivolgersi in prima istanza alle strutture sia territoriali, sia ospedaliere competenti per

l'utenza pediatrica (UOBA e Ospedale Infantile Burlo Garofalo).

Risposte possibili

La presa in cura varia a seconda dell'età, della durata del problema e della gravità dei sintomi e può comprendere diversi tipi di supporto.

- **Supporto psicologico individuale.** Aiuta la persona ad affrontare il disagio di base che ha provocato il problema, i meccanismi che mantengono il DCA e la paura di affrontarli.
- **Educazione e supporto nutrizionale individuale.** Sostiene la persona nel recupero e nel mantenimento di un'alimentazione equilibrata e del benessere fisico e psicologico.
- **Sostegno di gruppo.** Offre informazioni, chiarisce dubbi e aiuta a trovare soluzioni ai problemi.
- **Supporto alle famiglie.** Informa e sostiene il nucleo familiare della persona in cura.
- **Supporto farmacologico.**
- **Ricovero** presso strutture ospedaliere o territoriali.

L E T T U R E C O N S I G L I A T E

- Arachi Alessandra. BRICIOLE - STORIA DI UN'ANORESSIA. (Feltrinelli, 1994)
- Aviano Fabio. TRA GOLLA E CUORE. (Nuovi Autori, 2008)
- Bruni Aurora. MANGIA CHE TI PASSA. DIARIO DI UNA RAGAZZA IN LOTTA CONTRO L'ANORESSIA. (Positive Press, 2000)
- De Clercq Fabiola. FAME D'AMORE. DONNE OLTRE L'ANORESSIA E LA BULIMIA. (Rizzoli, 1998)
- De Clercq Fabiola. TUTTO IL PANE DEL MONDO. CRONACA DI UNA VITA TRA ANORESSIA E BULIMIA. (Bompiani, 2001)
- De Luca Laura. VUOTA PER SEMPRE. APPUNTI DALL'ANORESSIA. (TEA, 1998)
- Göckel Renate. NE HO ABBASTANZA. VINCERE L'OSSESSIONE DEL CIBO. (TEA, 1998)
- Fathallah Judith. SONO BRUTTISSIMA. LA STORIA DI UNA RAGAZZA IN LOTTA CON IL SUO CORPO. (Mondadori, 2007)
- Göckel Renate. DONNE CHE MANGIANO TROPPO. (Universale Economica Feltrinelli, 2005)
- Guizzetti Giuditta. IL CUCCHIAIO È UNA CULLA. DIARIO DELLA BATTAGLIA DI YUYU CONTRO L'ANORESSIA. (Aliberti, 2008)
- Hombacher Marya. SPRECATI. (Tea, 2000)
- Ietri Francesca. DIETRO LO SPECCHIO. (Lampi di Stampa, 2007)
- Lipperini Loredana. ANCORA DALLA PARTE DELLE BAMBINE. (Feltrinelli, Serie bianca, 2007)
- Lupton Deborah. L'ANIMA NEL PIATTO. (Il Mulino, Incontri, 1999)
- Manara Fausto. CON GLI OCCHI DEI FIGLI. ANORESSIA E BULIMIA: QUELLO CHE I GENITORI POSSONO FARE. (Sperling e Kupfer, 2008)
- Nothomb Amélie. BIOGRAFIA DELLA FAME. (Voland, Collana Amazzoni, 2004)
- Nothomb Amélie. DIZIONARIO DEI NOMI PROPRI. (Voland, Collana Amazzoni, 2007)
- Sabbadini Stefania, De Vita Luana. TRENTA CHILI. (Nutrimenti, 2006)
- Salvo Anna. QUESTO CORPO NON È MIO. CAPIRE L'ANORESSIA ATTRAVERSO GLI OCCHI DI CHI SOFFRE. (Mondadori, 2008)
- Gianna. UNA FAME DA MORIRE. BULIMIA, ANORESSIA. DUE STORIE VERE. (Mondadori, 1994)
- Woolf Virginia. UNA STANZA TUTTA PER SÉ. (Einaudi, 2006)
- Yoshimoto Banana. KITCHEN. (Feltrinelli, 1988)

B I B L I O G R A F I A

- Abramson Edward. EMOZIONI E CIBO. COME CONTROLLARE LA FAME NERVOSA. (Positive Press, 2000)
- Basaglia Franco. CORPO, SGUARDO, SILENZIO. L'ENIGMA DELLA SOGGETTIVITÀ IN PSICHIATRIA. Scritti, vol.1, a cura di Franca Ongaro Basaglia. (Einaudi, 1981)
- Bordo Susan. IL PESO DEL CORPO. (Feltrinelli, 1993)
- Braidotti Rosi. SOGGETTO NOMADE. FEMMINISMO E CRISI DELLA MODERNITÀ. (Donzelli, Saggi, Scienza e Filosofia, 1995)
- Braidotti Rosi. NUOVI SOGGETTI NOMADI. TRANSIZIONI E IDENTITÀ POSTNAZIONALISTE. (Luca Sossella Editore, 2003)
- Bruch Hilde. LA GABBIA D'ORO. (Feltrinelli, 1978)
- Bruch Hilde. PATOLOGIA DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. OBESITÀ, ANORESSIA MENTALE E PERSONALITÀ. (Feltrinelli, 2000)
- Buckroyd Julia. ANORESSIA E BULIMIA. COME RISTABILIRE L'EQUILIBRIO TRA NOI ED IL CIBO. (Mondadori, 2000)
- Burbatti Guido, Castoldi Ivana. IN GUERRA CON IL CIBO. COME PERVENIRE L'ANORESSIA. (Mondadori, 1999)
- Burbatti Guido, Castoldi Ivana. S.O.S. ANORESSIA: GUIDA PRATICA PER I GENITORI. (Mondadori, 1998)
- Cazzullo Carlo Lorenzo, Clerici Massimo (a cura di). TRATTAMENTO INTEGRATO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE. (Masson, 2000)
- Cosenza Domenico. IL MURO DELL'ANORESSIA. (Astrolabio, 2008)
- Cuzzolaro Massimo. ANORESSIE E BULIMIE. (Il Mulino, Farsi un'idea, 2004)
- Dalla Ragione Laura. LA CASA DELLE BAMBINE CHE NON MANGIANO. IDENTITÀ E NUOVI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. (Il Pensiero Scientifico, 2005)
- Dalle Grave Riccardo. ALLE MIE PAZIENTI DICO. INFORMAZIONE E AUTO-AIUTO PER SUPERARE I DISTURBI ALIMENTARI. (Positive Press, 2002)
- Dalle Grave Riccardo. ALIMENTAZIONE MECCANICA. IL CIBO COME MEDICINA. (Positive Press, 2002)
- De Beauvoir Simone. IL SECONDO SESSO. (Il Saggiatore, la Cultura, 2002)
- Dell'Acqua Peppe. NON HO L'ARMA CHE UCCIDE IL LEONE. (Nuovi Equilibri, 2007)

- Faccio Elena. IL DISTURBO ALIMENTARE. MODELLI, RICERCHE, E TERAPIE. (Carocci, 2001)
- Foucault Michel. LA CURA DEL SÉ. STORIA DELLA SESSUALITÀ 3. (Feltrinelli, 1985)
- Galimberti Fabio (a cura). CORPO, GRUPPO E ISTITUZIONE. IL TRATTAMENTO DELL'ANORESSIA NERVOSA. (Franco Angeli, 2000)
- Galimberti Umberto. L'OSPITE INQUIETANTE - IL NICHILISMO E I GIOVANI. (Feltrinelli, 2007)
- Galimberti Umberto. IL CORPO. (Feltrinelli, 2003)
- Göckel Renate. FINALMENTE LIBERI DAL CIBO. (Universale Economica Feltrinelli, 2008)
- Gull William, Lasègue Ernst C. LA SCOPERTA DELL'ANORESSIA. (Mondadori, 1998)
- Ladogana Silvia. LO SPECCHIO DELLE BRAME. MASS MEDIA, IMMAGINE CORPOREA E DISTURBI ALIMENTARI. (Franco Angeli, 2008)
- Lorenzini Roberto, Sassaroli Sandra. LA MENTE PRIGIONIERA. STRATEGIE DI TERAPIA COGNITIVA. (Cortina Raffaello, 2000)
- Mac Sween Morag. CORPI ANORESSICI. (Feltrinelli, 1999)
- Muzzarelli Maria Giuseppina, Tarozzi Fiorenza. DONNE E CIBO. UNA RELAZIONE NELLA STORIA. (Mondadori, 2003)
- Omnis Luigi. IL TEMPO SOSPEO. ANORESSIA E BULIMIA TRA INDIVIDUO, FAMIGLIA E SOCIETÀ. (Franco Angeli, 2007)
- Ostuzzi Roberto, Luxardi Gianluigi. FIGLIE IN LOTTA CON IL CIBO. (Baldini, Castoldi, Dalai, 2003).
- Raimbault Ginette, Eliacheff Caroline. LE INDOMABILI: FIGURE DELL'ANORESSIA: SIMONE WEIL, L'IMPERATRICE SISSI, SANTA CATERINA DA SIENA, ANTIGONE. (Leonardo, 1989)
- Ravasi Bellocchio Lella. DI MADRE IN FIGLIA. STORIA DI UN'ANALISI. (Cortina Raffaello, 1987)
- Recalcati Massimo. CLINICA DEL VUOTO. ANORESSIA, DIPENDENZE, PSICOSI. (Franco Angeli, 2002)
- Recalcati Massimo. L'ULTIMA CENA: ANORESSIA E BULIMIA. (Mondadori, 2007)
- Rotelli Franco. CHE COS'È LA SALUTE MENTALE? (Comunitas n.12. Le apocalissi della mente, 2006)
- Salvo Anna, Giudiceandrea Ethel. ARCIPELAGO ANORESSIA. UNA FAME FREDDA. (La Tartaruga, 2000)

- Schmidt Ulrike, Treasure Jane. MIGLIORARE MORSO DOPO MORSO. UN MANUALE DI SOPRAVVIVENZA PER CHI SOFFRE DI BULIMIA NERVOSA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. (Positive Press, 1994)
- Signorelli Assunta, Ramondino Fabrizia, Siebert Renate. IN DIREZIONE OSTINATA E CONTRARIA. (Pironti, 2008)
- Signorelli Assunta *a cura di*. FATEVI REGINE. (Sensibili alle foglie, 1996)
- Vandereycken Walter, Van Deth Ron. DALLE SANTE ASCETICHE ALLE RAGAZZE ANORESSICHE. IL RIFIUTO DEL CIBO NELLA STORIA. (Cortina Raffaello, 1995)
- Woodman Marion. MALATE DI PERFEZIONE. ANORESSIA, BULIMIA, ALCOLISMO: UNA PERFETTA INFELICITÀ. (Red, 1998)
- Woodward Kathy Bowe. QUANDO IL TUO CORPO NON TI PIACE. (Feltrinelli, 1998)
- Wolf Naomi. IL MITO DELLA BELLEZZA. (Mondadori,1991)

*Ho scritto a una ragazza che quando ero in fondo a quel tunnel, avevo desiderato che qualcuno mi giurasse che si poteva guarire.
Io l'ho giurato a lei: «Mi chiamo Amélie Nothomb, e sono la prova vivente che quella malattia devastante si può sconfiggere».*

Amélie Nothomb, 2004

Gemma Cannata psicologa e psicoterapeuta in medicina psicosomatica, referente per i Disturbi del Comportamento Alimentare per il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS n°1 Triestina.

Roberta Situlin medico, specialista in Scienza dell'Alimentazione, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, consulente per l'ASS n°1 Triestina per i Disturbi del Comportamento Alimentare.