

**Associazione Disturbi Alimentari e Obesità
A.D.A.O. Friuli ONLUS**

**Anoressia, Bulimia & Co.
Fuori dal tunnel**

A cura di Gian Luigi Luxardi e Carla Tisiot

Indice

Prefazione	pag. 5
Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare Gian Luigi Luxardi, Roberto Ostuzzi	pag. 9
Un approccio multidisciplinare Antonella Besa	pag. 21
Trattamento ambulatoriale o ricovero? Luana Moro	pag. 23
La difficoltà di chiedere aiuto e di accettare la cura Gian Luigi Luxardi, Roberto Ostuzzi	pag. 27
Psicoterapia: come e quando Michela Sfreddo	pag. 31
La Riabilitazione Nutrizionale Adelina Zanella	pag. 34
La guarigione Chiara Prenassi	pag. 38
La famiglia e i disturbi alimentari Patrizia Todisco	pag. 41
Chi aiuta la famiglia. L'esperienza dell'auto mutuo aiuto Orietta Costella	pag. 45
Come gestire la denutrizione Adelina Zanella, Francesco Lotito	pag. 51

Come affrontare abbuffate e iperalimentazione Adelina Zanella, Elena Collini	pag. 59
Parlare con una persona che ha un disturbo alimentare Anna Tammaro	pag. 62
Cosa possono fare gli amici Marina Moro	pag. 64
Cosa possono fare gli insegnanti Francesco Lotito	pag. 66
Cosa possono fare allenatori e istruttori di sport Federica Imelio	pag. 69
Cosa può fare il medico di medicina generale Liliana Giust	pag. 72
Cos'è l'A.D.A.O. Friuli ONLUS	pag. 77
Associazione Consult@noi	pag. 80
I centri per i disturbi alimentari nella nostra zona e le altre risorse	pag. 83
Glossario sintetico	pag. 84

Prefazione

Quando ci rendiamo conto è già tardi.

Non riusciamo a capire.

Vediamo solo che non mangia e perde peso.

A volte sembra apatica e abulica, completamente estranea a tutto ciò che la circonda, e continuiamo a non capire.

Personalmente sono quasi certo di possedere cognizioni, status culturale e forze fisiche sufficienti per far fronte alla situazione, ma ogni volta che tento di intervenire vado a sbattere contro una realtà sconosciuta che non mi aspettavo.

Poi, al manifestarsi delle prime alterazioni comportamentali più serie, vado nel panico.

“Certe cose non possono succedere in una famiglia normale; abbiamo fatto sempre tutto assieme, siamo sempre stati calmi, tranquilli e mai litigiosi. Non siamo proprio come quelli del mulino bianco, perché non abitiamo in campagna, ma non abbiamo mai avuto problemi e siamo sempre andati tutti d'amore e d'accordo! Allora, quelli che sono divorziati? Oppure quelle famiglie dove la madre è alcolizzata ed il padre un desaparecido?”

Mia moglie, proprio perché moglie, madre e donna, e con tutte le caratteristiche di sensibilità proprie della specie, è già arrivata a focalizzare il problema.

Arrivano così i primi calci sotto il tavolo ed improvvise occhiate di rimprovero.

Sono sempre più perso e confuso.

Cerco di chiarirmi le idee leggendo e frequentando incontri per genitori persi come me, ma la confusione aumenta e non capisco più niente.

Mi guardo dentro chiedendomi dove ho sbagliato, ma non trovo risposte.

Intanto lei diventa la protagonista assoluta di ogni momento della mia esistenza; ogni cosa che faccio, ogni pensiero, ogni immagine, mi riporta a lei.

Ho la testa piena di lei, ma nello stesso tempo mi sento impotente, troppo confuso per poterle essere utile.

Col senso di impotenza e la concreta incapacità di migliorare le cose, anche l'autostima se ne va al tal paese.

Riesco ad imparare, ma molto lentamente, a contare fino a dieci prima di aprire bocca, a non parlare più di cibo e di mangiare in genere, a “non farci caso”, a “lasciarla fare”; sono costretto ad assumere un autocontrollo che non fa parte del mio carattere e piano piano, giorno dopo giorno, arrivo a non riconoscermi. Non mi sento più me stesso.

Non devo parlare, non devo vedere, non devo sentire!

Per fortuna sono libero di scrivere e posso raccogliere per iscritto qualche considerazione spicciola, qualche pensiero, sulla situazione che sto vivendo.

A sera sono così “sereno” che, coricandomi, mi auguro di rivederla anche il mattino seguente: si va a dormire nella speranza di rivederla viva anche il giorno dopo!

Tutto il mondo ruota attorno a lei, di giorno, quando sono sveglio, e di notte, perché spesso non dormo.

E man mano che la situazione peggiora per lei, peggiora di riflesso anche per tutti quelli che le stanno attorno.

Mi sembra di avere a che fare con un matto che ragiona, perché ad una condizione di buio totale si alternano inattesi lampi di lucidità disarmante. Ma dato che lei non è più se stessa, i nostri comportamenti nei suoi riguardi non possono più essere quelli di prima; disponibilità, gentilezza, fermezza, severità non hanno senso per un soggetto che non vive la realtà!

Questa “fuga dal reale” pian piano coinvolge l'intera famiglia.

Come lei giunge ad isolarsi dal mondo esterno, indifferente a tutti e a tutto, così noi, coinvolti con anima e corpo nello sforzo di portarle aiuto e spesso afflitti da inutili sensi di colpa, rischiamo la medesima fine.

Non c'è più tempo per i parenti, che non sono in grado di capire; non c'è più tempo per amici e conoscenti, che ancor di più non sono in grado di capire; non c'è più tempo per noi stessi che crediamo di capire tutto, ma in ogni caso non capiamo niente!

L'altra figlia, povera, diventa una comparsa costretta a subire, suo malgrado, gli umori che la situazione comporta.

Le giornate, le serate, le domeniche, le ferie vengono subordinate “al problema”, ma nulla vale a risolverlo.

A noi sembra di essere essenziali, fondamentali; riteniamo la nostra “amorosa presenza” la chiave di volta per la risoluzione della sua crisi; non ci rendiamo conto invece che così stiamo cadendo anche noi tutti in piena crisi.

Attorno a lei vorremmo un alone di serenità assoluta, invece il clima familiare è sempre più avvolto da una tensione pesante ed incombente che impedisce un dialogo aperto, costruttivo.

Lo sconvolgimento che travolge la famiglia porta anche allo sconvolgimento della coppia che finisce col non esistere più come tale. Ruoli, regole, abitudini e certezze che si ritenevano ferme, incrollabili, vengono spazzate via o, nella migliore delle ipotesi, rimesse in discussione.

E se è vero che amore e sesso partono dal cuore e dal cervello, in simili situazioni non c'è più spazio né per l'uno, né per l'altro. Cuore e cervello sono sovraffollati, impegnati in occupazioni e pensieri che prendono il sopravvento su tutto il resto.....

Il rapporto di coppia viene messo a durissima prova ed anche le situazioni più stabili e consolidate faticano a reggersi.

Tutti gli equilibri vengono meno.

Per non soccombere agli eventi e per una forma di autodifesa ci rifugiamo nel nostro “sano egoismo”, perdendo però di vista l'obiettivo dell’“uniti si vince”.

Sarebbe invece importante essere solidali ed univoci nei comportamenti e sereni nello spirito, nonostante tutto, per poter offrire un aiuto, in caso di aperta richiesta. Senza un'adeguata corrispondenza di intenti con il partner, si rischia di andare chi da una parte e chi dall'altra,

stravolgendo i normali tempi e momenti vissuti in comune.

Ma i fenomeni depressivi prendono il sopravvento.

Le mamme, tendenzialmente più inclini a questa patologia, in qualche caso complicata da problemi ormonali, ricorrono all'impiego di adeguati farmaci; i babbi, invece, ugualmente inclini e altrettanto vacillanti sul piano umorale, ma meno propensi a riconoscerlo, si tuffano in altre terapie, non farmacologiche, ma altrettanto efficaci e tutte riconducibili a qualsiasi tipo di iperattività compensativa.

Se il conflitto ci travolge, la depressione ci vince, la speranza ci abbandona non saremo mai sufficientemente lucidi ed obbiettivi per poter intervenire in caso di bisogno, con il rischio di contribuire involontariamente anche alla cronicizzazione della malattia.

Ma i genitori non possono permettersi il lusso di lasciarsi travolgere dalle vicende di casa; devono imparare ad incassare anche colpi bassi e a reagire come materassi, assorbendo anche le provocazioni più spudorate senza reagire.

Ed è facile a dirsi.

Sotto il profilo pratico la cosa è estremamente difficile da attuare; la soluzione da noi sperimentata è stata quella di abbandonare, quasi subito, il tentativo di autogestione del problema e di affidarsi a personale specializzato.

Se una figlia deve effettuare il proprio percorso per riprendere pieno contatto con la realtà, anche i genitori devono seguire un loro cammino, quasi parallelo, per poter "seguire" passo dopo passo i diversi aspetti evolutivi del problema.

La terapia familiare e la terapia di coppia costituiscono un supporto ed un aiuto basilare per chi si trova a dover affrontare un disturbo alimentare.

Di malattia si tratta e come tale deve essere affrontata ed essendo una patologia a coinvolgimento psichico, solo da psicologi e psichiatri può venir trattata.

Non è possibile parlare di "pudore", nell'affrontare questo tema, ma solo di paura di guardare in faccia una scomoda realtà.

Da queste situazioni è quasi impossibile uscirne senza un aiuto, ma sappiamo anche quanto sia difficile rassegnarsi ed abbassarsi a chiedere aiuto.

E l'egoismo, il menefreghismo possono portare a meccanismi di difesa perversi che ci aiutano solo a non vedere e a minimizzare.

Quando si viene coinvolti nel profondo, la sola via per riemergere è quella di affidarsi singolarmente, in coppia o come nucleo familiare, a chi ha le competenze e le capacità per riportarci a galla.

Certo tutto questo, se arriva a risolversi definitivamente, non passa senza lasciare segni.

Ci si ritrova tutti, anche per effetto del tempo che scorre, profondamente cambiati.

Certo più vecchi, visto che a volte le cose si trascinano piuttosto a lungo, ma anche diversi nel modo di vedere e di affrontare la vita e nello stesso stile condurre la vita.

Anche questo tipo di esperienza, pur con tutte le sofferenze che è in grado di produrre, può lasciare qualche segno positivo. Ci si ritrova mutati nel carattere che viene a subire un generale rafforzamento, mentre nello stesso tempo vengono smussati gli spigoli più acuti. Arriviamo,

infatti, a scoprire in noi doti che forse non sapevamo proprio di possedere e oltre a pazienza, costanza, caparbia, si può anche giungere a smettere di fumare, a parlare alla radio, ad affrontare un "pubblico" di sconosciuti, a tollerare persino un cane alla propria corte casalinga. In sintesi si finisce col diventare più tolleranti nei confronti di tutto ciò che non richiede una giustificata rigidità.

E poi, sull'onda dei lenti e progressivi successi, torniamo a riacquistare serenità e fiducia nella vita, a riappropriarci degli spazi prima persi, a ricreare e scoprire nuove attività.

Per trovare poi in noi stessi uno stimolo a non mollare, non dobbiamo mai dimenticare, quando ci troviamo in piena difficoltà, che c'è comunque chi sta sempre peggio di noi che al peggio non c'è mai limite. E' una conclusione magra e semplicistica, ma profondamente reale.

Un padre

Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare.

Gian Luigi Luxardi - psicologo, psicoterapeuta

Roberto Ostuzzi – medico nutrizionista, psicoterapeuta

I disturbi del comportamento alimentare sono una gamma di disturbi caratterizzati dalla presenza di una grossolana alterazione del comportamento alimentare in grado di compromettere la qualità di vita della persona. Con ciò si vuole intendere che, nel quadro della grande variabilità di abitudini alimentari e stili di vita che caratterizza la nostra società, ciò che caratterizza la patologia è il peggioramento della qualità di vita, non semplicemente il distanziamento da una norma.

Si tratta di patologie caratterizzate da un'alterazione del rapporto con il cibo e con il corpo, chi ne è affetto non riesce ad alimentarsi con sufficiente serenità ed ha una percezione alterata del proprio corpo. Insorgono prevalentemente nel corso dell'adolescenza e sono diffusi soprattutto nel sesso femminile, ma i clinici notano un'età di insorgenza sempre più bassa, fino alla preadolescenza e talvolta all'infanzia, e non sono rari i casi che compaiono in età adulta. Anche per quanto riguarda il genere, se la prevalenza è femminile, sempre più si osserva che i disturbi nei maschi non sono più l'eccezione che conferma la regola, ma appaiono strutturati in forme non incoerenti con l'identità maschile.

Sono riconoscibili per la presenza di particolari comportamenti quali: il rifiuto del cibo, le abbuffate, il vomito, l'uso improprio di lassativi e diuretici, l'intensa attività fisica allo scopo di dimagrire

In base a quanto descritto nei manuali di psicopatologia, parliamo di anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi non altrimenti specificati (nella terminologia inglese definiti come EDNOS: Eating Disorders Not Otherwise Specified). Stime prudenti inducono a ritenere che la frequenza di queste malattie, tra le giovani donne, sia dello 0,5% per l'anoressia, tra l'1% e il 2 % per la bulimia e circa del 3-4% per ciò che riguarda i disturbi EDNOS. In sostanza si può affermare che circa il 5-6% della popolazione femminile, in età compresa tra i 12 e i 25 anni, soffre di un alterato e patologico rapporto con l'alimentazione e il corpo. Questa percentuale si quantifica, in Italia, in circa 250.000 persone che ogni anno si ammalano di disturbi alimentari nella fascia giovanile. Non sono comprese in questo conteggio le forme nuove e non codificate e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder – BED, nella dizione inglese) presente negli adulti con problemi di obesità.

ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa è un disturbo caratterizzato da una restrizione dell'alimentazione dovuta ad un'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. Per fare una diagnosi di anoressia si considerano i seguenti criteri:

1. la ragazza rifiuta di mantenere il peso corporeo almeno al livello minimo considerato normale in rapporto all'età e alla statura.
2. Benché sia sottopeso, mostra un'intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare. Paradossalmente questa paura tende ad aumentare quanto più il peso diminuisce.
3. la percezione del peso e delle forme del corpo è alterata e diventa il fondamento per la valutazione del proprio valore come persona. Quasi sempre viene negata la gravità della perdita di peso.
4. Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Si considera una donna amenorroica se i suoi cicli avvengono solo in seguito a somministrazione di ormoni, per esempio di estrogeni). L'anoressia viene distinta in due sottotipi:
Tipo restrittivo: la persona non presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi (per esempio vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi o diuretici).
Tipo bulimico purgativo: la persona presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o comportamenti purgativi.

Non dobbiamo tuttavia pensare che si tratti unicamente di un disordine del comportamento alimentare, tutta la vita mentale della ragazza viene alterata. I pensieri nei riguardi del cibo e del suo controllo divengono così “pervasivi”, così fortemente presenti nella nostra mente, da assumere la forma di una sorta di rimuginio instancabile che non lascia spazio ad altro.

La storia tipica nell'anoressia nervosa è quella di una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilogrammo superfluo per migliorare il proprio aspetto fisico o di correggere le proprie abitudini alimentari ritenute sbagliate. Con questo obiettivo, in principio spesso condiviso dai familiari, si inizia a ridurre le quantità di cibo e/o ad eliminare alcuni cibi ritenuti dannosi e troppo calorici. Altre volte la dieta viene intrapresa per combattere una modesta acne o per altri piccoli problemi per i quali viene ritenuto utile eliminare alcuni cibi giudicati nocivi. A ciò si accompagna frequentemente anche un aumento dell'attività fisica sempre con lo scopo di dimagrire. A poco a poco la sorveglianza sul cibo tende a farsi sempre più rigida e allo stesso tempo cresce la paura di perdere il controllo; il desiderio di controllarsi diventa ancora più forte sino al punto di eliminare gran parte degli alimenti che prima venivano assunti e che ora sono ritenuti pericolosi e ipercalorici. Ci si limita al solo consumo di frutta e verdura, i carboidrati e proteine vengono assunti in quantità molto limitate, si tende ad aumentare il consumo di bevande calde per contrastare il freddo, lo stimolo della fame e aumentare la sensazione di sazietà.

Vengono messe in atto strategie finalizzate ad evitare il pasto, come ad esempio assumere impegni per l'ora del pranzo, rinviare a più tardi il momento del pasto, preparare solo pietanze poco gradite. Questi comportamenti favoriscono la perdita della capacità di

riconoscere gli stimoli della fame e della sazietà. Le ragazze spesso sono consapevoli che la dieta ha preso loro la mano e non sono più in grado di controllare la situazione. Si innesca in questo modo un circolo vizioso determinato dal pensiero: “devo mangiare il meno possibile per non ingrassare” sostenuto anche da un senso di sfida verso se stesse e dalla paura di perdere il controllo.

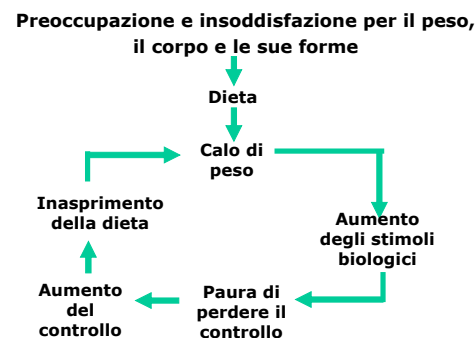


Figura 1: circolo vizioso di automantenimento dell'anoressia nervosa
 (da Ostuzzi, Luxardi, Figlie in lotta con l cibo, 2003)

La maggior parte delle ragazze anoressiche sperimenta una fame intensa e investe sempre più energie per riuscire a mantenere il controllo. La fame viene spesso negata e “ingannata” attraverso l'assunzione di molti liquidi o l'uso di cibi ipocalorici. A volte il controllo viene “favorito” dalla sensazione di pancia gonfia, di digestione lenta, di nausea.

La fame sempre più potente può generare nel tempo una spinta compulsiva verso il cibo. Le abbuffate sono favorite dal fatto che le ragazze si negano proprio i cibi più graditi (ritenuti ipercalorici) per cui, quando trasgrediscono anche di un'inezia, pensano “ormai che ho sgarrato tanto vale che continui e poi rimedierò”. In questi casi la quantità di cibo che viene ingerita può essere oggettivamente esagerata (questo è però più tipico della bulimia nervosa), ma spesso viene solo percepita come tale. Al mancato controllo sull'assunzione del cibo possono fare seguito condotte atte a limitare l'introito calorico come il vomito o l'abuso di lassativi e/o diuretici.

Si parla di due tipi di anoressia: l'**anoressia di tipo restrittivo**, che usa solo il controllo del cibo e l'iperattività, e l'**anoressia di tipo bulimico** che presenta accanto alla restrizione perdite di controllo (abbuffata) e conseguente utilizzo di sistemi per eliminare il cibo assunto. La forma bulimica dell'anoressia può rappresentare una evoluzione della forma restrittiva, dato che spesso compare dopo alcuni anni dall'inizio della malattia. Le due forme di anoressia sono presenti con la stessa percentuale (50%) nelle ragazze anoressiche. In alcune ragazze, infine, il controllo del peso e del dimagrimento viene ottenuto soprattutto

attraverso una attività fisica intensa e esasperata, difficilmente controllabile (compulsiva), spesso utile anche per scaricare l'ansia del pasto. In questo caso viene utilizzato, in modo più o meno consapevole, qualsiasi pretesto per bruciare calorie impegnandosi in ogni attività anche domestica o ingaggiandosi in pratiche sportive faticose come lunghe camminate e corse. In questi casi parliamo di anoressia da iperattività, quadro più spesso presente nelle ragazze che praticano uno sport agonistico. Può non essere presente un forte controllo sull'assunzione di alimenti. In verità l'iperattività assume anche la funzione di metodo per scaricare l'ansia del pasto, per tenere la mente occupata, per rispondere al proprio perfezionismo, per arginare la spinta biologica della fame facendo altro.

La fase iniziale della anoressia nervosa è quasi sempre caratterizzata dalla negazione della malattia, con l'assenza di consapevolezza dei propri comportamenti disturbati e delle proprie difficoltà. Le ragazze anoressiche non ritengono di avere problemi e anzi considerano il proprio comportamento logico e coerente. Sostengono di stare bene e di non avere nulla di cui preoccuparsi. Il timore di essere costrette a mangiare e di recuperare peso le porta a contrastare le richieste dei familiari e a mascherare le difficoltà. In questa fase è probabile che abbiano ricevuto rinforzi positivi per la loro capacità di perdere peso e di controllare il cibo. L'idea di fare una dieta è oggi così diffusa e "normale" che viene spesso incoraggiata dalla famiglia e dagli amici ogniqualvolta vi sia una seppur minima tendenza ad avere un peso superiore ai canoni stereotipati di bellezza che la nostra società propone in modo forte e categorico.

La negazione della propria magrezza può divenire nel tempo così estrema da configurarsi come un disturbo dell'immagine corporea per cui, nonostante la perdita di peso consistente, alcune ragazze continuano a vedersi o meglio a sentirsi normali o addirittura grasse. La ossessiva paura di ingrassare è ancora più forte quando vi sia stato nella storia della ragazza uno stato di deciso sovrappeso; la presenza di un precedente stato di obesità rende assai più difficile il superamento dello stato di anoressia e rappresenta un fattore prognostico negativo. Un elemento cruciale nello sviluppo e nel perpetuarsi dell'anoressia nervosa è rappresentato dalla comparsa dei cosiddetti sintomi da digiuno. Si tratta di una serie di conseguenze sul piano psicologico e fisico della restrizione alimentare e della conseguente perdita di peso. Le conoscenze a questo proposito derivano da un filone di studi che data ormai da cinquant'anni, iniziato presso l'Università del Minnesota. È utile notare che l'interesse per questo argomento, alla fine degli anni '40, non aveva nulla a che fare con lo studio dell'anoressia, che era allora una malattia rara, ma con ciò che era avvenuto durante la guerra ed in particolare con i campi di concentramento. Tant'è vero che nell'esperimento originario vennero inseriti solo soggetti maschi, in buone condizioni di salute psicofisica. Lo studio doveva verificare cosa succede ad una persona sana che si trova ad essere esposta ad una alimentazione insufficiente. Si vide che le persone sottoposte ad una alimentazione ridotta, dopo una prima fase caratterizzata da euforia e iperattività, sviluppano una complessa serie di sintomi e segni che coinvolgono aspetti organici, comportamentali e psichici, che costituiscono la cosiddetta "sindrome da digiuno".

Sintomi da digiuno	
Atteggiamenti nei confronti del cibo <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 	Modificazioni cognitive <ul style="list-style-type: none"> • Diminuita capacità di concentrazione • Diminuita capacità di pensiero astratto • Apatia
Modificazioni emotive e sociali <ul style="list-style-type: none"> • Depressione • Ansia • Irritabilità e rabbia • Labilità emotiva • Episodi psicotici • Cambiamenti di personalità evidenziati dai test psicologici • Isolamento sociale 	Modificazioni fisiche <ul style="list-style-type: none"> • Disturbi del sonno • Debolezza • Disturbi gastrointestinali • Ipersensibilità al rumore e alla luce • Edema • Ipotermia • Parestesie • Diminuzione del metabolismo basale • Diminuzione dell'interesse sessuale
Da: A. Keys et al., <i>The Biology of Human Starvation</i> . Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950	

Tabella 1: I sintomi da digiuno

Sul piano fisico compaiono disturbi legati al ritmo del sonno (la fame spesso impedisce di dormire), alla bassa temperatura corporea (difesa delle residue energie e risparmio energetico) da cui la sensazione costante di freddo sofferta dalle anoressiche. I sintomi digestivi (nausea, senso di pienezza gastrica, tensione addominale) sono a volte così importanti che spesso dolori, spasmi, gonfiori, sensazioni di difficoltà digestive sono segnalati come motivo del rifiuto del cibo. Sul piano psicologico si riscontra un'attenzione completamente polarizzata sul cibo, che porta il soggetto a impennare tutta la sua quotidianità sull'alimentazione, talvolta con comportamenti bizzarri, ritualistici e spesso caratteristici in particolare dell'anoressia restrittiva. Si assiste spesso a modificazioni importanti sul piano emotivo, emergono stati depressivi, ansiosi e di irritabilità; talvolta si possono riscontrare manifestazioni psichiatriche anche di maggiore gravità. Spesso risulta evidente una tendenza all'isolamento sociale, amplificata dalle oggettive difficoltà che la ragazza anoressica incontra nel frequentare altre persone. Gli amici, dopo un primo momento in cui hanno a volte incoraggiato la sua dieta per la linea, divengono perplessi di fronte all'eccessivo dimagrimento e non condividono le sue preoccupazioni per il cibo. Inoltre, lo stare insieme spesso prevede momenti conviviali quali mangiare la pizza o il gelato; in queste occasioni chi soffre di anoressia sperimenta solo ansia, imbarazzo, voglia di evitamento e di autoesclusione.

Rituali alimentari nell'anoressia Nervosa	
•	Mangiare molto lentamente, mangiare di nascosto
•	fare piccoli bocconi, sminuzzare e spezzettare i cibi
•	Pulire i cibi dal grasso visibile, asciugare il condimento
•	Usare le posate in modo anomalo (mangiare con una piccola forchetta)
•	Nascondere il cibo, fare scarti elevati, lasciare sempre qualcosa nel piatto
•	Usare spezie ed aromi in quantità eccessive
•	Mischiare i cibi in modo inadeguato
•	Bere quantità eccessive di liquidi fuori pasto o al contrario non bere
•	Selezionare mentalmente e fisicamente la dose da mangiare
•	Conteggiare le calorie di tutto quello che si mangia
•	Controllare cosa e quanto mangia chi è a tavola con loro
•	Assumere sempre gli stessi cibi e pietanze

Tabella 2: rituali nell'anoressia nervosa
(da Ostuzzi, Luxardi, Figlie in lotta con l cibo, 2003)

BULIMIA NERVOSA

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

Proprio per la caratteristica di avere un peso nei limiti della norma non è facile identificare la ragazze affette da bulimia, che a loro volta tendono a tenere nascosto il problema. Analogamente all'anoressia nervosa la bulimia è diffusa soprattutto nei paesi industrializzati e riguarda nella grande maggioranza dei casi il sesso femminile. Colpisce come l'anoressia ragazze in età compresa tra i 12 e i 25 anni ma ha un picco di insorgenza verso i 18-19 anni. Pertanto, mentre l'anoressia si presenta tipicamente all'inizio della adolescenza, la bulimia compare più frequentemente in un'età che coincide con la fine degli studi liceali, quando si verificano i primi cambiamenti verso l'autonomia e l'indipendenza con l'accesso all'università o l'inizio del lavoro. L'insorgenza della bulimia è spesso preceduta, più che nell'anoressia, da ripetuti tentativi di dieta (comportamento definito come "dieting") che solitamente falliscono entro breve tempo. Sono ragazze molto insoddisfatte del proprio corpo e del peso, con alle spalle già alcuni tentativi di dimagrire.

Il comportamento più caratteristico della bulimia nervosa è l'**abbuffata**, cioè un'assunzione alimentare esagerata, che spesso avviene molto rapidamente quasi che l'eliminazione del cibo possa portare un conforto. In genere vengono utilizzati gli alimenti maggiormente disponibili, che non richiedono una lunga preparazione, spesso mescolando sapori anche

molto diversi fra loro. Altre volte vengono privilegiati quelli più "proibiti", che vanno fuori dalle regole auto-imposte. Durante l'abbuffata la ragazza vive la sensazione di perdere l'autocontrollo nei confronti del cibo, talvolta anche con specie di alterazione della coscienza. Ci sono situazioni in cui l'abbuffata viene programmata, scegliendo con cura il momento adatto e predisponendo gli alimenti necessari, quasi come un atto consolatorio. Questi casi si riscontrano in genere in una fase avanzata della malattia.

In molti casi le crisi bulimiche si presentano anche più volte al giorno, fino a sostituire completamente l'alimentazione normale. In alcuni casi l'alimentazione diviene così caotica da non permettere un ritmo di vita accettabile; a volte la crisi bulimica può anche durare alcune ore o occupare tutta la serata o la notte con un continuo ingurgitare cibo e vomitare.

Agli episodi di perdita del controllo sul cibo fanno seguito contromisure di compenso rispetto all'eccessiva ingestione di alimenti. Ha così inizio il circolo vizioso della bulimia nervosa che alterna abbuffate e comportamenti eliminativi e di restrizione in un crescendo di senso di colpa, vergogna e insoddisfazione personale.

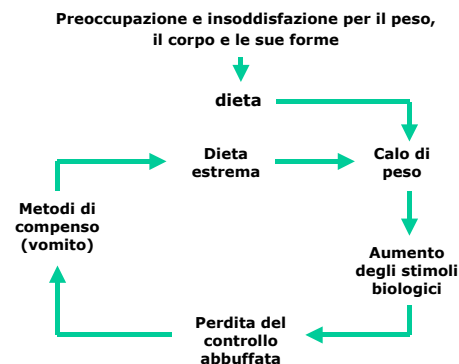


Figura 2. Circolo vizioso della Bulimia Nervosa
(da Ostuzzi, Luxardi, Figlie in lotta con l cibo, 2003)

Le modalità compensatorie tipiche sono rappresentate dai comportamenti di eliminazione o purgativi, rappresentati in primo luogo dal vomito autoindotto. Questa condotta può dare l'impressione di poter rimediare alla perdita di controllo, ma gli effetti reali sono diversi da quelli attesi. Anche se una buona parte delle calorie assunte viene eliminata, ne viene pur tuttavia assorbita una quantità normalmente superiore al 50%. La convinzione di aver trovato il modo per potersi liberare dalla sensazione di pesantezza e dal timore di aumentare di peso, elimina ogni remora all'incorrere in successive abbuffate. In questo modo il circolo della bulimia (mangiare e vomitare) si perpetua. Per facilitare il vomito le ragazze assumono elevate quantità di liquidi e cercano di utilizzare cibi non troppo

consistenti. A volte procurarsi il vomito diviene faticoso e la ragazza deve ricorrere a tecniche assai disagiati come l'utilizzo di uno spazzolino o altro. In altri casi invece la tecnica del vomito diviene così sofisticata che per la ragazza è sufficiente contrarre i muscoli addominali, piegarsi per vomitare "spontaneamente".

Analoga situazione è quella in cui al posto del vomito si utilizza il digiuno, oppure ci si impegna per più ore al giorno in estenuanti attività fisiche o si abusa di lassativi e diuretici. Oltre a ricordare i danni che queste condotte possono arrecare all'organismo, è necessario sottolineare che questi comportamenti non hanno alcuna efficacia sul peso corporeo poiché non favoriscono l'eliminazione delle calorie. I lassativi agiscono sulla parte terminale dell'intestino e non intervengono sull'assimilazione dei nutrienti. L'effetto di "sentirsi sgonfia", tanto apprezzato, è dovuto ad una perdita di liquidi che viene poi rapidamente recuperata. Un discorso analogo può essere fatto per i diuretici che in verità sono molto meno usati.

Sulla base dei comportamenti prima descritti nella bulimia nervosa si possono differenziare due sottotipi: la **bulimia di tipo purgativo** in cui il controllo del peso viene mantenuto per mezzo dei comportamenti purgativi e si accompagna ad una sintomatologia che comprende più spesso depressione, ansia e comportamenti impulsivi (difficoltà a controllare le proprie emozioni, atti autolesivi, talvolta furti); la **bulimia non purgativa** in cui i mezzi di compenso utilizzati sono il digiuno o l'attività fisica eccessiva. Le persone che fanno parte di questo ultimo gruppo sembrano presentare prevalenti caratteristiche ossessive. Nel primo gruppo invece vi è una forte somiglianza con le ragazze che soffrono di anoressia di tipo bulimico; la differenza sta nel peso che nella bulimia è superiore a 17.5 punti di BMI.¹

I Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati

I disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS nella terminologia inglese), comprendono da un lato situazioni simili all'anoressia o alla bulimia alle quali manca tuttavia uno dei criteri richiesti per la diagnosi e vengono perciò definite anche sindromi parziali o disturbi sotto soglia, dall'altro una serie di disturbi ancora non completamente definiti e delineati.

Tra le anoressie sottosoglia ve ne è una forma che non presenta, almeno in apparenza, un disturbo dell'immagine corporea. Questo quadro è caratterizzato da una difficoltà a mangiare causata da difficoltà digestive. Le persone che ne soffrono affermano che vorrebbero mangiare ed aumentare di peso, ma non riescono perché, non appena introducono del cibo, compaiono sintomi dolorosi nel tratto gastrointestinale e una fastidiosa sensazione di "avere la pancia gonfia".

Nella categoria dei disturbi non altrimenti specificati o atipici rientra la sindrome "**mastica**

¹ l'acronimo di Body Mass Index e si calcola come rapporto tra peso in kg e altezza in metri; il BMI normale è compreso tra 18.5 e 25.

e sputa" (chewing and spitting): i soggetti che presentano questo disturbo passano parte del loro tempo a masticare grandi quantità di cibo che poi non viene deglutito. Nella nostra esperienza questa situazione è stata riscontrata nel 2-3% circa dei casi giunti alla nostra osservazione. Bisogna considerare che questo disturbo non sempre viene riferito dalla ragazza che prova un senso di colpa e vergogna.

Un altro comportamento che rientra in questa categoria è quello della "**dieta cronica" (dieting)**, caratterizzato da un controllo esasperato del peso, da una costante attenzione alla dieta e da sentimenti di angoscia ogni volta che questo varia. Le persone che controllano in questo modo il loro peso svolgono apparentemente una vita normale, che tuttavia risulta polarizzata verso questo unico interesse e viene limitata dalle esigenze della dieta; può risultare molto problematico ad esempio uscire a cena con amici e condurre una vita sociale accettabile. Ovviamente la differenza da comportamenti piuttosto diffusi nella nostra società è data, come sottolineavamo all'inizio, dall'impatto che questo stile alimentare ha sulla qualità della vita.

Tra i disturbi atipici il più rilevante è il cosiddetto **disturbo da alimentazione incontrollata (DAI)**, che sta sempre più assumendo le caratteristiche di un quadro clinico ben definito ed autonomo.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Questo disturbo è caratterizzato dalla presenza di "abbuffate" non accompagnate però da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso. Le persone che manifestano questo disturbo assumono, in un tempo limitato, quantità di cibo esagerate, con la sensazione di perdere il controllo dell'atto del mangiare. Queste situazioni si ripetono anche più volte la settimana anche in momenti in cui non si ha una sensazione fisica di fame. A differenza dalla bulimia non si riscontra il circolo vizioso tra i tentativi di restrizione, l'abbuffata e i comportamenti eliminativi. Il problema principale sembra consistere in una difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi. Le persone che ne soffrono presentano almeno alcuni di questi comportamenti:

- Mangiare molto più rapidamente del normale;
- Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno;
- Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
- Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
- Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.

Talvolta l'abbuffata non è rappresentata da un episodio isolato e riconoscibile, ma si traduce in un'assunzione alimentare continua durante la giornata, definito anche "atteggiamento pascolare" o grignotage, in francese.

Il disturbo da alimentazione incontrollata è correlato all'obesità, anche se tale caratteristica non è necessaria per la diagnosi di DAI. Il DAI è presente nel 30% circa dei casi di soggetti obesi che richiedono una cura per la loro situazione e nel 2-3% di tutti i soggetti

obesi. È stato inoltre documentato che la presenza del DAI è più elevata con il crescere del BMI, in particolare nei soggetti con valori superiori a 40 è quasi sempre presente. La difficoltà ad inquadrare questa situazione è legata alla definizione di abbuffata e ai fattori che possono favorirne la persistenza. L'abbuffata, così come avviene nella bulimia nervosa, viene definita dalla sensazione di perdita di controllo, dal senso di colpa e dai pensieri negativi che la accompagnano. Nei soggetti DAI è frequente la presenza di un quadro psicologico problematico caratterizzato dalla depressione, dall'insoddisfazione corporea e da un comportamento alimentare variamente disturbato. Negli obesi DAI i disturbi dell'umore e altri quadri psicopatologici sembrano essere presenti in circa l'80% dei casi.

Nuove forme di disturbo alimentare

Le forme patologiche evolvono e finiscono per presentare sfaccettature sempre nuove, così da più parti vengono segnalati quadri nosografici nuovi. Non neghiamo la nostra perplessità rispetto al proliferare di etichette diagnostiche, che talvolta sottendono una qualche forma di "marketing sanitario". Nuove patologie, quindi nuove terapie da commercializzare. Vi sono tuttavia una serie di situazioni di cui vale la pena parlare.

Ortoressia: letteralmente è l'ossessione per il mangiare sano. Nel tentativo di realizzare un'alimentazione salutistica, gli ortoressici sviluppano proprie regole alimentari sempre più rigide, con la conseguenza di creare una sorta di "isolamento alimentare" che rende problematica la partecipazione a momenti conviviali, fino alla perdita del piacere del cibo. Lo stile di vita che ne consegue comporta una frazione sempre maggiore di tempo da dedicare alla ricerca e alla preparazione del cibo corretto. La preparazione di un pasto può richiedere una pianificazione di alcuni giorni. Non è possibile pensare di muoversi senza avere con sé il proprio "kit di sopravvivenza", né si può concepire di accettare cibo preparato da altri per timore di essere contaminati da grasso, sostanze chimiche o altri elementi. Come succede per chi è affetto da anoressia, il fatto di seguire un regime alimentare così difficoltoso comporta una buona autostima per l'ortoressico, che si sente superiore a chi non ha un autocontrollo come il suo. D'altra parte, la perdita di controllo o il cedimento ad un desiderio fa sentire colpevoli e impuri, e va compensata con un aumento della severità delle regole. In sostanza, la persona che soffre di ortoressia mangia per dovere, non per piacere. Deve rispondere a determinate necessità che sente prioritarie: prevenire la stipsi, il tumore, più in generale mantenersi in salute. Quando i toni diventano quelli dell'ossessione abbiamo una persona insicura, che vive nel timore dell'ambiente in cui vive e anche delle emozioni che prova. Dovrà quindi essere aiutata da questo punto di vista.

Reverse anoressia: anoressia a rovescio, si tratta di un quadro sempre più consolidato che interessa la popolazione maschile e più in generale le persone che sono affascinate dal conseguimento di un "fisico perfetto". L'anoressia è a rovescio perché al posto della paura di essere troppo grassi c'è la paura di essere troppo magri. La persona che ne

soffre desidera un corpo muscoloso, da body builder, è perseguitata ossessivamente questo obiettivo attraverso sedute interminabili in palestra. Spesso vengono utilizzati farmaci anabolizzanti. Accanto a ciò permane la paura di accumulare tessuto adiposo, per cui è necessario mettersi a dieta in maniera ferrea. Nonostante gli sforzi l'individuo non è soddisfatto dei risultati, si vede gracile, smunto, anche se gli altri cercano di convincerlo del contrario, e sviluppa un disturbo dell'immagine corporea come nell'anoressia. Non di rado vengono utilizzati metodi di compenso propri della bulimia (vomito, abuso di lassativi, digiuno). Paradossalmente, l'effetto di questa pratica sportiva esasperata unita ad una dieta insufficiente e generalmente iper-proteica, porta al risultato opposto a quello desiderato: viene demolita la massa muscolare fino a ridurre il corpo, in alcuni casi, in condizioni non dissimili da quelle di una normale anoressia.

Night Eating Syndrome – NES: definibile anche Sindrome dell'Alimentazione Notturna, è un disturbo codificato. Si tratta di una particolare combinazione di tre disturbi psicologici, ovvero di un disturbo dell'alimentazione, di un disturbo del sonno e di un disturbo dell'umore. Non è un disturbo dell'età adolescenziale, solitamente la NES ha il suo esordio tra i trenta e i quaranta anni, anche se può avere inizio in altri periodi della vita. In genere gli individui afflitti da tale disturbo ed aventi un peso normale sono di età minore rispetto a quelli obesi. Ciò indica che questo disturbo dell'alimentazione possa partecipare allo sviluppo dell'obesità. La persona afflitta da NES spesso si alimenta scarsamente a colazione e a pranzo, fa una cena normale, ma poi tende a mangiare abbondantemente e in modo compulsivo, mediante ripetute abbuffate (fino ad un terzo delle calorie giornaliere) nel periodo serale ed in quello notturno (le abbuffate sono costituite da quantità di cibo minori rispetto al disturbo da alimentazione incontrollata). La conseguenza è la presenza di seri disturbi nella qualità e nella quantità del sonno con difficoltà nell'addormentamento, raggiunto solo dopo ripetute abbuffate di cibo. Vi sono continui risvegli durante la notte, già dopo una o due ore dopo l'addormentamento, durante i quali viene assunto nuovamente del cibo. In specifico i principali sintomi sono:

- scarso appetito la mattina (certe volte fino al tardo pomeriggio);
- eccessiva e compulsiva alimentazione nel periodo serale e notturno;
- difficoltà ad addormentarsi e necessità di mangiare prima dell'addormentamento;
- frequenti risvegli notturni contraddistinti dalla necessità di mangiare per riuscire a riprendere sonno;
- presenza di depressione o stress diffuso.

Queste dinamiche suggeriscono il fatto che l'alimentazione incontrollata notturna, con le sue ripetute abbuffate, abbia come uno dei suoi fini quello di cercare di ristabilire (evidentemente senza successo) il sonno disturbato.

Siti pro-anoressia: pur non costituendo una patologia, meritano un cenno perché comportano un salto di qualità rispetto al disturbo vissuto individualmente. Come è noto esistono nel web siti che incoraggiano alle pratiche anoressiche. In essi si possono trovare le cose più diverse, dai consigli su come dimagrire velocemente o su come vomitare, ai

bandi di gare per chi arriva prima ai trenta chili, ai suggerimenti su come dissimulare la malattia perché i familiari non se ne accorgano. Talvolta vi si incontrano esempi di cinismo intollerabili (un commento alla foto di una ragazza scheletrica diceva: “Uhm, veramente intrigante ... non so però quanto possa andare avanti”) ma se si naviga un po’, superando lo sconcerto iniziale, ci si rende conto che la ragazze in questi blog trovano sostegno, comprensione e complicità. Il sito diventa ideologia, quando non religione, come possiamo verificare leggendo il cosiddetto credo di Ana:

Credo nel CONTROLLO, unica forza ordinatrice del caos che altrimenti sarebbe la mia vita. Credo che fino a quando sarò grassa resterò l'essere più disgustoso e inutile a questo mondo e non meriterò il tempo e l'attenzione di nessuno. Credo negli sforzi, nei doveri e nelle autoimposizioni come assolute e infrangibili leggi per determinare il mio comportamento quotidiano. Credo nella PERFEZIONE, mia unica meta verso la quale rivolgere tutti i miei sforzi. Credo nella bilancia come unico indicatore di successi e fallimenti.

Nella sua ingenuità questo testo mette in luce le reali difficoltà della ragazza, che non riguardano lo stato di forma per fare la modella, bensì l'incapacità di trovare un ordine nella propria vita. Il credo di Ana fornisce regole semplici ad una ragazza in difficoltà, che si sente quindi compresa e aiutata. Se da un lato questo ci fa pensare a quanto pericolosa possa essere questa trappola – la ragazza si sente compresa ma anche indotta a proseguire – dall'altro è necessaria una riflessione sulla necessità di strumenti di sostegno positivi. Segnaliamo un ottimo blog di auto-aiuto in appendice. Di fatto però questi siti, illegali ma difficilmente perseguibili, comportano un salto di qualità nella condizione di malattia. Dal disturbo della persona si passa al gruppo patologico. L'insidia di questo passaggio, che legittima il comportamento problematico in quanto condiviso, è ben comprensibile se consideriamo esempi analoghi, dai satanisti ai pedofili.

Un approccio multidisciplinare

Antonella Besa – psicologa, psicoterapeuta

L'approccio terapeutico multidisciplinare è un tentativo di risposta alla complessità e alla multifattorialità dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e prevede un' équipe di lavoro dove siano presenti diverse professionalità (psichiatra, psicologo, dietista, medico). La condivisione delle competenze e degli strumenti appartenenti alle differenti professioni, nonché un adeguato investimento di tempo e di energie nella discussione d'équipe, consentono di formulare valutazioni multifattoriali, mettendo insieme, con un movimento di integrazione le osservazioni provenienti da distinti punti di vista.

La messa in campo delle varie professionalità fa sì che tutti i versanti coinvolti (organico, psicologico, nutrizionale, sociale) siano valutati e trattati in modo specialistico e professionalmente qualificato.

Ricordiamo che i vari piani possono presentare gradi di compromissione differenti. È quanto si osserva in particolare nelle situazioni di lieve - media gravità. Una paziente che ha avuto un calo ponderale significativo può essere ancora in grado di avere una buona vita di relazione, o di converso una condizione organica ancora piuttosto compensata può accompagnarsi ad un tono dell'umore marcatamente depresso. Pertanto nessuna delle distinte osservazioni, per quanto specializzata e attuata da professionisti di elevato livello, è di per sé sufficiente.

L'esistenza stessa di un' équipe multidisciplinare costringe il paziente con DA a riflettere sui vari aspetti del proprio disagio.

È frequente che all'inizio egli si focalizzi solo su un versante della patologia o, in alternativa, che porti al terapeuta un groviglio estremamente confuso di elementi problematici, senza differenziare le tematiche e i quesiti in base alla professionalità di chi gli sta di fronte, inoltre alcuni pazienti con DCA mettono in atto operazioni di scissione, “migrano” da un servizio all'altro, da un professionista all'altro, talvolta nell'ambito pubblico e in quello privato contemporaneamente, senza di fatto aderire ad alcun contesto terapeutico. L'esistenza di un' équipe multidisciplinare specificamente deputata alla diagnosi e al trattamento dei DCA consente di innalzare la continuità, la coerenza e l'efficacia dell'iter diagnostico, abbreviandone anche i tempi.

Gli interventi non integrati rischiano di essere poco coerenti l'uno rispetto all'altro, ridondanti su certi versanti e magari insufficienti su altri, facilmente si sovrappongono e talvolta arrivano ad essere contrastanti. Ne deriva una notevole dispersione di risorse e di energia sia dei terapeuti sia del paziente (e del suo contesto), con il rischio di rafforzare i meccanismi di scissione e di favorire il mantenimento dello status quo.

Potremmo dire che un modello di trattamento integrato permette al paziente di “riunire” le varie parti della propria sofferenza e di elaborarle in un percorso terapeutico.

Dal punto di vista dei terapeuti, l'integrazione in un'équipe permette di far fronte a quel

senso di impotenza e di inutilità che talvolta può sopraggiungere di fronte a casi molto problematici, rispetto ai quali il singolo terapeuta non sa quale approccio tenere, non per incompetenza professionale, ma perché la situazione appare molto complicata, la famiglia fortemente invischiata, il paziente difficilmente agganciabile.

In queste situazioni, molto spesso, la funzione dell'équipe non si limita alla diagnosi e all'analisi del contesto, ma permette di suddividere tra i diversi membri compiti che non potrebbero essere svolti dal medesimo terapeuta.

Un trattamento multimodulare prevede che si propongano interventi differenziati a seconda della fase della patologia e dallo spazio di manovra che il paziente o la situazione lasciano, considerando che:

1. ciascuna fase è caratterizzata da specifici bisogni, un diverso grado di consapevolezza di malattia, un certo livello motivazionale, determinati meccanismi difensivi, difficoltà, risorse

2. l'adesione al trattamento è una scelta del paziente

Una proposta di intervento che tenga in debito conto la struttura di personalità del paziente e gli elementi situazionali, le resistenze, le risorse, i fattori protettivi e di rischio riduce ma non annulla la possibilità di rifiuto da parte del paziente di partecipare al trattamento proposto. Il presupposto fondamentale è la centralità del paziente nel percorso terapeutico: è improbabile che percorsi di trattamento standardizzati possano avere un elevato tasso di efficacia per patologie multifattoriali e complesse come i DA. L'iter terapeutico dovrebbe essere invece personalizzato e costantemente in evoluzione, in base ai cambiamenti del paziente e del suo contesto, che possono essere anche di ragguardevole entità in direzione negativa o positiva. Scompensi organici che richiedono un ricovero, atti autolesivi, modificazioni importanti del tono dell'umore, cambiamenti nel modo di "leggere" la propria patologia, modificazioni nell'atteggiamento dei familiari e/o degli amici. Tutto ciò implica la capacità dell'équipe di modificare la strategia terapeutica in maniera sinergica e sottintende la possibilità di incontrarsi regolarmente, discutere e rivedere le proprie idee sul problema.

Trattamento ambulatoriale o ricovero?

Luana Moro – psicologa, psicoterapeuta

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare può essere condotto a vari livelli: in contesto ambulatoriale o in situazione di ricovero presso un ospedale generale o in cliniche specializzate.

Per valutare le singole esigenze di cura è necessario avere chiare le condizioni fisiche del paziente, la sua motivazione e capacità di collaborazione, il supporto che la famiglia è in grado di offrire ed eventuali comorbidità psichiatriche.

La maggior parte dei clinici, supportati dalla letteratura disponibile sul tema, sostiene che il **trattamento ambulatoriale** sia il contesto di cura elettivo nelle situazioni di DCA. Tale soluzione consente, infatti, al paziente di mantenere tutte quelle relazioni interpersonali che abitualmente intrattiene, senza interrompere la frequentazione della scuola o l'attività lavorativa, spazi che spesso sono peraltro funzionali al percorso di guarigione.

La condizione essenziale perché possa essere intrapreso un percorso di cura in contesto ambulatoriale è che da parte del paziente vi siano una buona disponibilità a collaborare con il team di professionisti (dietista, psicologo, medico, terapeuta familiare), una sufficiente motivazione ad intraprendere il processo terapeutico, una buona consapevolezza del disturbo e un'adeguata capacità di autogestione nel portare avanti quanto di volta in volta viene concordato tra paziente e professionisti. Non da ultimo, per poter intraprendere con successo un trattamento in contesto ambulatoriale, è necessario poter contare su una famiglia collaborante, in grado di fornire sostegno pratico ed emotivo.

Un trattamento ambulatoriale può dirsi efficace quando si ha risposta positiva ad una serie di indicatori di controllo tra cui:

- Il benessere personale percepito dal paziente;
- La stabilizzazione dell'umore;
- Il recupero di un peso adeguato;
- La ripresa del ciclo mestruale;
- La regolarizzazione dell'alimentazione;
- La riduzione dei pensieri ossessivi;
- La riduzione in frequenza delle abbuffate, delle crisi di vomito, dell'iperattività.

Vi sono tuttavia situazioni nelle quali il paziente non risponde al trattamento ambulatoriale; in tali circostanze spesso diventa necessario cambiare il setting terapeutico in quanto il persistere in un trattamento che non produce risultati, soprattutto se il peso corporeo del paziente è molto basso, può essere pericoloso perché può portare al deterioramento delle condizioni cliniche e condurre alla cronicizzazione del disturbo.

Fortunatamente la maggior parte dei pazienti che soffrono di DCA trae beneficio dal

trattamento ambulatoriale.

Oltre alla situazione sopradescritta, vi sono una serie di altre condizioni che motivano l'equipe a proporre al paziente il ricovero:

- Malnutrizione grave definita con un BMI inferiore a 15 o un peso corporeo inferiore al 75% del peso minimo di riferimento;
- Dimagrimento rapido (5 o 6 kg o più al mese per due mesi);
- Grave destrutturazione del comportamento alimentare (numerose crisi giornaliere di abbuffate e vomito, controllo ossessivo dell'assunzione di liquidi);
- Gravi disordini dell'equilibrio idrosalino;
- Malattia infettiva connessa alla malnutrizione;
- Disturbi gastroenterici importanti (vomito continuo, disturbi dell'alvo...);
- Gravi alterazioni rilevate attraverso gli esami del sangue (grave anemia...);
- Emergenza psichiatrica per grave depressione, tentativi di suicidio, comportamenti autolesivi;
- Elevata conflittualità dell'ambiente socio-familiare;
- Isolamento sociale grave;
- Inadeguata consapevolezza della propria condizione, ridotta capacità critica e di autogestione e mancanza di motivazione alla cura.

In presenza di una o più di queste condizioni, è opportuno che l'equipe valuti con il paziente la possibilità del ricovero. Il **ricovero ospedaliero** è particolarmente indicato nelle situazioni di anoressia nervosa, meno per pazienti con bulimia nervosa.

L'ospedalizzazione nella nostra realtà avviene abitualmente presso il reparto di Medicina dell'ospedale generale o, se l'età del paziente lo richiede, presso il reparto di Pediatria. In presenza di patologie psichiatriche il contesto più idoneo è il reparto di Psichiatria.

Così come avviene in contesto ambulatoriale, anche in regime di ricovero l'intervento è di tipo multidisciplinare, in quanto volto a trattare in maniera integrata sia gli aspetti fisici che psicologici del disturbo. Il ricovero deve essere comunque e sempre pensato come un intervento temporaneo; trattamento ospedaliero e ambulatoriale, inoltre, dovrebbero essere complementari e non escludersi tra loro. Spesso un ricovero riuscito è ciò che consente una terapia ambulatoriale in seconda battuta.

L'ospedalizzazione dovrebbe essere sempre preceduta da una fase motivazionale, più o meno lunga, in quanto, fatta eccezione per situazioni nelle quali vi sia un rischio medico, la piena adesione del paziente al progetto terapeutico è centrale per il buon esito del trattamento. In questa prima fase motivazionale è importante che il trattamento venga spiegato dettagliatamente perché è un diritto del paziente conoscere la durata del ricovero, le procedure terapeutiche che saranno intraprese, l'impegno che verrà richiesto e i risultati che si possono raggiungere. Può essere opportuno anche proporre una visita del paziente al reparto ospedaliero individuato come luogo del possibile ricovero.

L'esperienza del ricovero ospedaliero può dirsi riuscita in presenza dei seguenti indicatori di controllo:

- Recupero del peso o presenza di un trend di recupero accettabile;
- Regolizzazione dell'alimentazione;
- Scomparsa di sintomi quali abbuffate, comportamenti purgativi, iperattività;
- Miglioramento delle capacità relazionali;
- Maggior comprensione e consapevolezza del problema;
- Sviluppo di una motivazione sufficiente ad affrontarlo.

Il primo obiettivo è di particolare rilevanza. Il trattamento psicoterapeutico, infatti, è per lo più inefficace su pazienti anoressiche il cui peso corporeo sia troppo basso. Gli effetti psicologici e fisici del digiuno (la perseveranza e concretezza del pensiero, l'ossessione per il cibo, la depressione...) rendono il soggetto incapace di sostenere adeguatamente la psicoterapia che richiede una capacità di ragionamento ad un livello più astratto ed una sufficiente capacità di analisi introspettiva. Inoltre, dal momento che molti dei sintomi psicologici, un tempo ritenuti causa del disturbo, oggi sono riconosciuti come conseguenza della denutrizione, è assolutamente necessario che il peso corporeo ritorni a livelli accettabili per poter valutare correttamente lo stato emotivo e la personalità del paziente, per poi programmare un progetto psicoterapeutico adeguato. Il recupero del peso corporeo, con conseguente normalizzazione dello stato ormonale e dell'aspetto fisico, inoltre, da vita ad uno stato di emozioni, sentimenti e relazioni non accessibili in una condizione psicobiologicamente regredita.

Per tale ragione, in situazioni particolarmente compromesse dal punto di vista fisico, nel corso del ricovero può rendersi necessario il ricorso alla nutrizione artificiale. Due sono le metodologie utilizzate:

- Nutrizione con sondino naso-gastrico, un piccolo tubo che viene inserito nel naso e attraverso il quale vengono somministrati gli alimenti in forma liquida;
- Nutrizione parenterale, attraverso la somministrazione degli alimenti in forma liquida attraverso una vena periferica o un catetere centrale.

Entrambe le procedure lasciano poi il passo alla ripresa della totale nutrizione naturale e vengono adottate solo in situazioni nelle quali la persona, nonostante il contesto contenitivo e di supporto, non sia in grado di nutrirsi sufficientemente per via naturale. Abituamente, proprio per il carattere d'urgenza insito nella scelta del ricovero, la degenza ospedaliera non supera i 15-20 giorni.

In situazioni in cui le condizioni generali del paziente siano scadenti ma vi sia una discreta consapevolezza del problema in presenza di una motivazione parziale, si può optare per un **trattamento in day hospital** durante il quale gli obiettivi e gli interventi sono i medesimi di quelli proposti per un ricovero ospedaliero ma la persona, dopo aver trascorso la giornata in reparto, fa rientro a casa per il pernottamento.

Se non sussistono condizioni di emergenza e il paziente non ha né una sufficiente consapevolezza del disturbo né un'adeguata motivazione, può essere attuato un **ricovero riabilitativo residenziale**. Tale possibilità prevede tempi di degenza piuttosto lunghi (dai 3 ai 6 mesi) poiché l'obiettivo è il cambiamento nelle abitudini di vita della persona. Tale situazione è inoltre particolarmente indicata nelle situazioni in cui l'ambiente familiare fatichi a svolgere una funzione di supporto rivelandosi quindi più come fattore di mantenimento del disturbo che come risorsa nel percorso di cura. In questi casi una temporanea separazione della persona dal suo contesto familiare può essere d'aiuto. Il ricovero riabilitativo è infine un'opportunità per quelle persone che vivono in una situazione di isolamento sociale e che nella comunità possono sperimentare, in un contesto protetto, lo stare in relazione.

Il ricovero riabilitativo si mostra più efficace con pazienti anoressiche; chi soffre di bulimia nervosa spesso non risponde a tale proposta di cura in quanto il ricovero viene spesso vissuto come una delega ad altri della propria cura e la struttura viene investita di una funzione di contenimento totale rispetto al rischio delle abbuffate. In tal modo, è frequente che in tali pazienti, dopo la dimissione, vi sia una rapida ricomparsa delle crisi bulimiche.

L'esperienza dice che il disturbo da bulimia nervosa, qualora il contesto ambulatoriale non sia appropriato, può trovare giovamento da trattamenti in day hospital i quali sono caratterizzati da una maggior responsabilizzazione, capacità di autogestione e di autonomia del paziente, senza i rischi di delega di cui sopra.

Il ricovero in casi di bulimia resta un'alternativa valida in situazioni in cui vi sia compresente un disturbo psichiatrico o comportamenti alimentari compulsivi pericolosi per la salute del paziente stesso.

Gli obiettivi di tale progetto sono sostanzialmente i seguenti:

- Il recupero di un peso accettabile;
- La normalizzazione dei comportamenti alimentari;
- Il ripristino di abilità relazionali e sociali
- Il riappropriarsi di un equilibrio psicologico compromesso dalla sindrome da digiuno.

La capacità del team di professionisti di individuare, tra le diverse proposte terapeutiche (trattamento ambulatoriale, ricovero ospedaliero, ricovero riabilitativo), quella più rispondente alla singola situazione ha forti implicazioni non solo nel presente del paziente ma può segnare anche le sue future possibilità di guarigione. Il proporre un trattamento inadatto e quindi inefficace può far maturare nella persona con DCA la convinzione rispetto all'inutilità delle cure e quindi spegnere ogni speranza di guarigione e di cambiamento, favorendo la cronicizzazione del disturbo stesso.

La difficoltà di chiedere aiuto e di accettare la cura

Gian Luigi Luxardi - psicologo, psicoterapeuta

Roberto Ostuzzi – medico nutrizionista, psicoterapeuta

I disturbi del comportamento alimentare vengono anche definiti egosintonici, come abbiamo già ricordato. Con ciò si intende che la persona afflitta li considera una parte di sé, una parte con cui sta bene. Una ragazza che soffre di anoressia può considerare il suo disagio, pur con tutti i problemi che comporta, come un aspetto positivo della propria identità, una sorta di tutela rispetto alle sue difficoltà personali, relazionali e sociali. Per quanto dica di essere decisa ad affrontare la cura, la prospettiva di cambiare la spaventa come se senza il suo disturbo ci fosse il vuoto, potesse perdere la propria identità, temesse il nuovo che l'aspetta; in questo senso si dice che la ragazza si è costruita una "personalità anoressica".

Inizialmente la ragazza si è molto impegnata nel dimagrimento, ha pensato che le sue insicurezze e le sue difficoltà con gli altri sarebbero state superate se fosse stata più magra e quasi certamente ne ha avuto una conferma, anche se parziale. La restrizione alimentare è spesso sinonimo di forza di volontà e di controllo su se stessi. In questi termini la scelta di dimagrire rappresenta inizialmente un tentativo di soluzione dei propri problemi, una auto-cura che permette di sentirsi finalmente efficace e apprezzata dagli altri. Non dobbiamo dimenticare quanto la giovane possa essersi sentita stigmatizzata per un modesto sovrappeso o aver temuto di essere inadeguata rispetto ai canoni sociali, e quanto questo sia stato causa di profonda sofferenza. Ogni apprezzamento per i chili perduti si trasforma in un vero trionfo.

Oltre a questo rinforzo la dieta restrittiva procura anche altre conferme della bontà della via intrapresa. Dopo lo stress iniziale della restrizione alimentare si manifestano le conseguenze positive del digiuno: si avverte una sensazione di benessere diffuso, accompagnata da una straordinaria lucidità e talvolta da euforia. Per la prima volta ci si sente forti e capaci, si percepisce una sensazione di energia inesauribile, si è presi da una sorta di iperattività irrefrenabile che fa pensare di essere finalmente in grado di fare tutto quello che si vuole. Questo effetto è probabilmente dovuto alla massiccia produzione di endorfine che il nostro organismo produce in stato di stress, ed è ben conosciuto da chi ha praticato il digiuno per i motivi più vari (religiosi, politici, ecc.). Questo stato si è rivelato probabilmente molto utile alla specie umana, in passato, nell'attivare le energie necessarie alla ricerca del cibo nei periodi di carestia alimentare. Nella ragazza anoressica questa condizione contribuisce a generare la convinzione di aver trovato la soluzione perfetta e a concentrare tutte le sue energie per mantenerla.

Si può facilmente immaginare come questo sia il momento in cui insorgono le prime incomprensioni con i familiari e l'ambiente circostante. Di fronte alle considerazioni sul suo eccessivo dimagrimento la ragazza si sentirà non capita, criticata in ciò che le sta

dando dei risultati. Gli altri le chiedono di cambiare il suo atteggiamento, ma la giovane non può tollerare un recupero del peso. Teme che questo cambiamento vanificherà il successo ottenuto e si tradurrà in un fallimento. Per questo difenderà strenuamente le scelte compiute anche a prezzo di una sempre più elevata conflittualità familiare. In queste situazioni di forte pressione esterna la ragazza reagirà irrigidendosi e impegnandosi in un severo controllo per non crollare. Al posto del rinforzo sociale, in questo momento, assumono una posizione centrale le conferme che arrivano dall'interno, come il fatto di riuscire a seguire alla perfezione la dieta, il controllo su sé stessi, la vittoria sui propri istinti e infine l'indipendenza dal giudizio degli altri e il sentirsi bene con se stessa.

In questo modo termina la prima fase dell'anoressia, detta anche "luna di miele". In generale una situazione analoga la si riscontra anche nella bulimia, dove il vomito rappresenta la soluzione rispetto a tante paure.

In questo periodo si vengono a consolidare le condotte alimentari di controllo, fino a confondere il mantenimento della dieta restrittiva con il proprio benessere e la propria integrità personale. Accettare la cura in questo momento equivarrebbe a rinunciare e perdere una parte di sé sentita come forte e protettiva. È fondamentale tuttavia che famiglia ed esperti intervengano in questo momento, prima che il disturbo si stabilizzi e le complicità diventino un problema serio.

È importante che chi viene in aiuto della ragazza riconosca la positività del suo sforzo di migliorarsi, mostrando che è la modalità ricercata per la soluzione del problema ad essere inadeguata e inefficace e non lei stessa. È fondamentale far comprendere alla persona che la si accetta in quanto tale ma, nello stesso tempo, si devono mettere in discussione i suoi assunti e le sue certezze, in particolare quello della magrezza.

Il rapporto terapeutico in questa fase precoce deve aiutare la giovane a riconoscere il capovolgimento che si è verificato nel suo sistema di valori: amicizie, scuola, rapporti affettivi passano in secondo piano rispetto alla lotta che conduce contro i suoi istinti naturali per perdere peso. Bisogna aiutarla a comprendere e capire la fatica e l'impegno che mette per il controllo del cibo, renderla consapevole di quanta energia stia impiegando nel suo progetto e a quale prezzo.

È proprio questo che voleva quando tutto è iniziato? Non aveva forse pensato di perdere un po' di peso per riuscire a sentirsi meglio con le altre persone? È utile far comprendere che la contrapposizione non è tra controllo e assenza di controllo, ma tra l'irrigidimento patologico e un sano e normale controllo.

È necessario far emergere il fatto che i pensieri sono solo e sempre orientati al cibo e al peso in una sorta di continuo rimuginio che non lascia spazio mentale per altro. È veramente disposta a rinunciare a tutto ciò che prima era importante per lei? La fase motivazionale del trattamento ha lo scopo di favorire la disponibilità ad esplorare soluzioni diverse da quelle tentate sino a questo momento.

In una fase successiva compaiono comportamenti compulsivi (contare le calorie, fare la spesa, cucinare per i familiari, controllare ciò che mangiano) e i rituali diventano

estenuanti. È evidente che questi comportamenti assumono una funzione vicaria rispetto al grande desiderio di cibo che si tenta di comprimere. La ragazza teme di lasciarsi andare, di perdere il controllo e questa paura è resa ancora più terrificante dall'irrazionalità che caratterizza il suo pensiero: "Se mangio anche un solo boccone di pane il mio corpo ingrasserà a dismisura" e "se perdo il controllo diventerò grassa come una balena". A giustificare questi pensieri vi è la presenza di una fame elevata e un desiderio non controllabile di tutti quei cibi a cui si è da tanto tempo rinunciato.

Se nella prima fase della malattia le difficoltà ad accettare il trattamento erano dovute alla convinzione che il proprio comportamento fosse corretto, ora la difficoltà principale è costituita da un pensiero di tipo ossessivo che conduce a comportamenti obbligati. Al di là di questo circolo vizioso c'è spazio solo per la paura di ciò che potrebbe verificarsi se non si rispettano gli schemi adottati, senza alcuna possibilità di individuare vie alternative. Il pensiero diventa concreto, legato alle piccole contingenze quotidiane, incapace di costruire ipotesi o progetti per il futuro. Nella bulimia il circuito abbuffate-vomito non viene più usato esclusivamente per il controllo del peso, ma anche come un sistema efficace per distrarsi dalle preoccupazioni e ridurre l'ansia, rivelandosi un ausilio a cui diventa difficile rinunciare.

Nella relazione terapeutica, dopo aver stabilito un rapporto di fiducia, viene il momento in cui la paziente si deve affidare a chi la cura, collaborando e accettando i cambiamenti che la riabilitazione psico-nutrizionale implica. Ciò è possibile in quanto si fa faticosamente strada, pur fra le evidenti difficoltà, la consapevolezza della precarietà della propria condizione e si manifesta una autonoma richiesta di aiuto.

Nella fase finale del disturbo c'è una presa di distanza dalla malattia: gli sforzi e i sacrifici sopportati così a lungo appaiono senza scopo e ci si confronta con le limitazioni imposte alla propria vita. Non è passata la paura del peso e gli atteggiamenti di controllo ci hanno reso schiavi; il problema è aggravato dal fatto che i disturbi a carico del tratto gastrointestinale cronicizzano e rendono ancora più difficile il ritorno ad una alimentazione regolare. La ridotta capacità critica, il rimuginio di pensiero, la confusione portano ad una situazione in cui la ragazza non è più consapevole delle proprie difficoltà. Non è più in grado di distinguere gli stimoli biologici di fame e sazietà e spesso non sa neppure descrivere e comprendere le emozioni che vive.

Tuttavia il disturbo alimentare diventa l'unica cosa certa a cui aggrapparsi. In questa situazione le cure che tanto paiono necessarie al tempo stesso spaventano: cosa farai e come ti sentirai quando non avrai più il tuo disturbo alimentare? Come gestirai il tuo tempo? Gli altri come ti giudicheranno? Quanto "costerà" in termini generali rispetto alle tue certezze e paure? Tanto più i comportamenti disturbati hanno potuto stabilizzarsi e tanto più difficile sarà trovare la motivazione a ricercare un cambiamento.

Affrontare il disturbo alimentare dopo anni di malattia è oggettivamente difficile per la presenza di complicità stabilizzate, per le conseguenze dell'isolamento sociale e di altri aspetti già segnalati. Bisogna però ricordare che anche dopo quindici o più anni

di comportamenti anoressici e bulimici si può ottenere una remissione con il recupero di una qualità di vita accettabile. Un'esperienza interessante per la cronicità è quella dei gruppi di auto-aiuto tra pazienti. In essi si realizza un sostegno reciproco e si crea la possibilità, per le persone che vivono una situazione di privazione sociale e relazionale, di ricostruire un tessuto di relazioni accettabili e solidali. È importante non perdere mai la speranza, bisogna saper individuare e proporre obiettivi di cura ragionevoli e non troppo elevati, considerando sempre che il cammino verso la guarigione è un cambiamento in una direzione non conosciuta. In questa strada la persona va accompagnata e sostenuta.

Psicoterapia: come e quando

Michela Sfreddo – psicologa, psicoterapeuta

L'offerta di tecniche psicoterapiche è piuttosto variegata e negli ultimi anni le opzioni relative al trattamento dei disturbi alimentari sono aumentate. Talvolta questa abbondanza crea confusione e dubbi sulla correttezza della scelta fatta. La domanda più diffusa è: sarà davvero utile per me questo tipo di intervento? Meglio una terapia individuale o un gruppo di auto-aiuto?

Cerchiamo di mettere un po' di ordine rispetto agli interventi più diffusi e in quali casi risultano più efficaci. Teniamo ben presente che l'opinione oramai condivisa dagli operatori delle varie correnti è che l'approccio più efficace è quello multidisciplinare, che integra interventi diversi in momenti diversi del percorso di guarigione.

Le terapie individuali

Esistono vari tipi di terapie individuali, la cui indicazione va valutata in base al disturbo da cui la persona è affetta, all'età e più in generale al momento che sta vivendo nel suo percorso di guarigione. Le indicazioni di validità si riferiscono a studi sperimentali convalidati, ciò non significa che non ci sia un'efficacia delle diverse tecniche anche in altre condizioni.

La terapia **cognitivo-comportamentale** si pone come obiettivo la modifica delle concezioni errate rispetto alla propria immagine corporea e psichica, al proprio peso ideale e all'interpretazione delle proprie condizioni di vita. Per questo mira a sviluppare le abilità e i comportamenti più adatti ad affrontare i cambiamenti necessari e ad aumentare l'autostima. Questo approccio risulta efficace soprattutto nel trattamento della bulimia nervosa e del DAI, anche se in questo caso più per la riduzione delle abbuffate che per la diminuzione del peso corporeo.

La terapia **interpersonale** si focalizza sui problemi relativi alla gestione delle relazioni interpersonali e alle strategie per migliorarle. Anche questo approccio, come il precedente, si è rivelato utile per bulimia e DAI.

La terapia **psicoanalitica** è quella che di solito viene alla mente quando si parla di psicoterapia. Lavora sull'intrapsichico, cioè sui conflitti interiori delle persone. Attraverso la loro analisi si cerca di far procedere verso una crescita interiore la persona, senza lavorare troppo sul sintomo che viene considerato una difesa e quindi non viene toccato se non quando si ritiene che la persona sia in grado di farne a meno. Questo tipo di approccio ha di solito una durata molto lunga e, trascurando il lavoro sul sintomo, è poco adatto alle urgenze. Perciò è più adatto ad una seconda fase del trattamento in una condizione fisicamente stabilizzata. Ha il vantaggio di offrire dei risultati decisamente duraturi.

Una menzione a parte va fatta per la **terapia familiare** che non è individuale, ma si rivolge all'intera famiglia. Anche in questo caso l'attenzione non è rivolta al sintomo,

ma all'organizzazione familiare. Mira ad analizzare l'equilibrio relazionale originario e le circostanze che hanno causato la sua rottura, per focalizzarsi poi sui nuovi equilibri possibili. Si lavora insieme alla famiglia per individuare e modificare gli schemi relazionali che mantengono il disturbo. Il concetto alla base è che il sintomo regredisce nel momento in cui cambia l'equilibrio interno. La terapia familiare è considerata l'intervento di elezione quando la paziente è giovane. Si tratta di un approccio compatibile con altri interventi di tipo individuale o di gruppo.

Le terapie di gruppo

Si dividono in gruppi clinici e di auto-aiuto. Questi ultimi in particolare possono essere indirizzati ai diretti interessati o ai genitori.

I **gruppi clinici** hanno di solito un conduttore, che è un operatore con una formazione professionale specifica. Il suo compito è di facilitare le dinamiche relazionali e di portare alla luce gli argomenti da approfondire assieme ai partecipanti.

I gruppi possono essere aperti, in questo caso ci si può inserire in qualsiasi momento e si frequentano fino a quando si ritiene necessario. Perseguono differenti obiettivi: aiutano ad acquisire consapevolezza rispetto al proprio problema; permettono di capire che altre persone vivono la stessa situazione e che c'è una via di uscita; aiutano a esprimere l'emozione e a migliorare la comunicazione. Spesso i disturbi alimentari creano solitudine, ritiro sociale e una sorta di involuzione comunicativa che gradualmente porta a perdere efficacia nei rapporti interpersonali. Riappropriarsi di queste capacità non è di secondaria importanza. Nel gruppo è più facile perché il rischio di esporsi è minore rispetto al "mondo di fuori". Il gruppo è formato da persone che condividono le stesse paure e problemi e proprio per questo sono in grado di sostenersi.

Gli interventi di gruppo possono anche avere un solo obiettivo specifico. In questo caso sono gruppi chiusi che iniziano e terminano con lo stesso piccolo gruppo di partecipanti, con una durata predefinita (in genere dai quattro agli otto incontri). Possiamo dividerli in diverse categorie.

1) **Interventi informativi:** hanno lo scopo di rendere più consapevole la persona del proprio problema e di portare alla luce i circoli viziosi, creati dagli atteggiamenti psicologici e dalla fisiologia, che creano e mantengono la situazione di disagio. Servono a capire che il problema non dipende dalla volontà del soggetto e ad attenuare i sensi di colpa. Una corretta informazione aiuta a contrastare il senso di incapacità e a migliorare l'autostima.

2) **Interventi motivazionali:** non sempre la situazione di sofferenza è sufficiente a fare in modo che la persona si impegni per lavorare con convinzione. Spesso capita che chi chiede aiuto non sia ben conscio del fatto che per ottenere dei risultati sono necessari cambiamenti radicali dello stile di vita, e non sempre è disposto ad accettarli. Questo tipo di intervento ha come obiettivo quello di focalizzare le mete da raggiungere,

i percorsi per arrivarci e rendere consapevoli le persone dei cambiamenti che si devono affrontare. Trascurare il lavoro motivazionale espone la persona, spaventata da quello che deve affrontare, all'abbandono del trattamento, che viene vissuto come un fallimento e come conferma della propria inadeguatezza.

3) **Interventi psico-educativi:** sono volti a dare informazioni sul tipo di disturbo e ai modi che solitamente si utilizzano per contrastarlo. In questo modo si cerca di cambiare gli atteggiamenti e i comportamenti ad esso legati.

4) **Gruppi di assertività:** spesso chi soffre di disturbi alimentari non è abituato a far sentire la propria voce, per queste persone è difficile esprimere desideri e bisogni, di solito per paura di deludere gli altri. In questi gruppi si cerca di promuovere un comportamento assertivo, cioè non influenzato dalla volontà di compiacere gli altri e con uno stile comunicativo chiaro e diretto.

I **gruppi di auto-aiuto** possono essere o meno guidati da un facilitatore, non necessariamente un professionista, ma comunque addestrato a condurre il gruppo. Spesso si tratta di persone che hanno sofferto di un disturbo alimentare o che hanno avuto familiari con questo tipo di problema. La loro esperienza passata diventa fondamentale per dare speranza e motivazione e dimostra che si può trovare una via di uscita.

Attraverso la conoscenza del proprio problema e ai modi di affrontarlo, si promuove il sostegno reciproco. È importante che le persone non si sentano più sole, ma sappiano che esiste qualcuno che comprende quello che stanno passando. Insieme si riduce la percezione della propria inadeguatezza e si aumenta quella della propria autoefficacia, di quello che da soli si può fare, della forza che si possiede, in modo da diventare più attivi rispetto alle cure.

I gruppi di auto-aiuto possono essere rivolti anche ai genitori, per sostenerli e farli riflettere sui propri comportamenti, a condividere i loro vissuti e scambiarsi esperienze. Anche per loro la consapevolezza che c'è qualcuno che può capire il loro dramma è molto importante.

In genere questo tipo di gruppi non ha una durata predefinita, le entrate sono continue e fanno parte della routine degli incontri. Deve essere precisato che i gruppi di auto-aiuto hanno una propria utilità e non sono un sostituto della terapia familiare, più focalizzata sulla situazione della singola famiglia e adatta a promuovere cambiamenti profondi.

Per quanto ci siano terapie la cui efficacia è accertata sperimentalmente (la psicoterapia cognitivo-comportamentale e quella interpersonale nella bulimia e nel DAI; la terapia familiare con pazienti giovani), è opinione condivisa che ciascun tipo di intervento può essere efficace nel momento in cui si crea una buona alleanza tra paziente e terapeuta. Se questo non avviene, difficilmente ci saranno risultati concreti e duraturi. Va precisato che il lavoro del terapeuta è quello di costruire un progetto terapeutico su misura per le esigenze del paziente. Non si ha la stessa efficacia se la persona è inserita in un programma

di cura perché è l'unico disponibile.

Nella comunità scientifica si riscontra un'ampia convergenza sull'utilità di un approccio multidisciplinare che integri la riabilitazione nutrizionale, la terapia individuale, il sostegno alla famiglia e, quando necessario, l'intervento farmacologico. L'intervento integrato è maggiore della somma degli interventi singoli e ha maggiori probabilità di portare a buoni risultati.

La Riabilitazione Nutrizionale

Adelina Zanella - dietista

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi alimentari (DA) si propone di ristabilire le funzioni biologiche di regolazione dell'alimentazione, aiutando le persone a riconoscere e ad affidarsi ai segnali interni (fame e sazietà) sospendendo diete inadeguate qualitativamente e quantitativamente, nonché i comportamenti dettati dalle regole del disturbo.

La Riabilitazione Psico-Nutrizionale (RPN)

Rappresenta l'evoluzione nell'intervento nutrizionale in pazienti affetti da disturbi alimentari. Negli ultimi vent'anni si è progressivamente abbandonato il modello che vedeva la psicoterapia da un lato e un intervento nutrizionale basato sull'alimentazione "forzata" o prescrizione dietetica, dall'altro.

L'intervento è attuato da un'équipe interdisciplinare, che agisce in modo integrato, portando avanti i differenti trattamenti, con pari dignità, e rispettando le necessità della paziente nelle diverse fasi del percorso terapeutico.

La RPN è quindi parte integrante del trattamento, ne rappresenta l'approccio per la prima fase (in particolare nei pazienti con AN) e ha i seguenti obiettivi:

- interrompere gli effetti fisici e psicologici del digiuno;
- raggiungere e mantenere uno stato nutrizionale accettabile;
- ristabilire un comportamento alimentare "sufficientemente buono";
- far assumere un atteggiamento accettabile nei confronti del cibo;
- far recuperare capacità di risposte normali agli stimoli della fame e della sazietà;
- raggiungere e mantenere un peso corporeo accettabile.

L'approccio nutrizionale nel trattamento di pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN) e da Bulimia Nervosa (BN) non presenta differenze sostanziali, data la comune caratteristica di un comportamento alimentare disordinato e ridotto negli apporti alimentari sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo.

Alcuni autori propongono approcci apparentemente diversi per attuare la riabilitazione nutrizionale: a mio parere tutti si basano su un intervento nutrizionale che affronti anche le difficoltà cognitive della paziente, smantellando le sue credenze e paure attraverso l'educazione, la ristrutturazione cognitiva, l'analisi dei pensieri disfunzionali, il problem solving, la desensibilizzazione sistematica e così via, dando la preferenza ad una tecnica piuttosto che ad un'altra in base alla gravità e compliance della paziente.

Un terapeuta specializzato nei DA dovrebbe conoscere differenti metodiche di intervento e saperle applicare, in base alle caratteristiche della paziente, per poter rispondere in modo appropriato ai suoi bisogni. La RPN si avvale di molti strumenti; mi soffermerò di seguito su quelli principali.

Psico-educazione

L'approccio educativo è una procedura cognitiva e trova il suo razionale nel presupposto che le pazienti possono essere meno convinte a continuare nel loro comportamento lesivo, se sono ben informate sul disturbo e maggiormente consapevoli della responsabilità che si assumono nell'accettare o meno un cambiamento.

E' utilizzato anche come tecnica motivazionale e ha il vantaggio di integrarsi facilmente con altre metodiche terapeutiche. Alcuni autori riportano esperienze in cui pazienti (generalmente affette da bulimia in forma poco severa) rispondono molto favorevolmente a questo intervento.

Il percorso psicoeducazionale consente di fornire nuove informazioni dettagliate e scientificamente corrette, evidenti ed oggettive al fine di modificare le convinzioni distorte delle pazienti e costituire una base comune di conoscenze e di linguaggio.

Questa modalità, utilizzata sempre durante gli incontri con la paziente, è molto efficace nell'approccio grupppale, non solo per esigenze economiche: la dimensione collettiva, oltre ad ottimizzare i tempi e i contenuti informativi, ha la funzione di preparare le pazienti a lavorare in gruppo e ad entrare nel clima del servizio prendendo contatto con le varie figure professionali dell'équipe (dietista, medico, psicologo).

Anche per familiari delle pazienti, la partecipazione a gruppi per loro organizzati sarà l'occasione per ricevere le medesime informazioni utili anche per modificare le credenze distorte su alimentazione e DA, presenti nella famiglia.

Piano alimentare

La riabilitazione nutrizionale prevede una ristrutturazione del comportamento alimentare nei suoi molteplici aspetti: quantità, qualità, modalità (tabella A). Il piano alimentare prevede il numero dei pasti (3 principali e 2-3 spuntini a seconda della capacità della paziente di accettare pasti più o meno copiosi), l'inserimento di cibi dei vari gruppi alimentari e l'esclusione, per quanto possibile, di prodotti speciali, un contenuto energetico che aumenta progressivamente (da uno schema "salvavita" concordato di 800-1000 KCal iniziali a una razione ipercalorica che garantisca il recupero ponderale).

Tab. A – Dove agisce la Riabilitazione Nutrizionale

<ul style="list-style-type: none">• frequenza pasti• tempo di consumo pasti• variazione dieta (alimenti fobici)• perdita di controllo• uso della bilancia (pesapersona)• ripristino sensazioni di fame e sazietà• attività fisica• abitudini alimentari inusuali	<ul style="list-style-type: none">• abitudini alimentari inusuali:- spezzettare il cibo- usare molte spezie- temperatura degli alimenti- nascondere il cibo- bere molta acqua- mangiare molte verdure- pesare gli alimenti- contare le calorie
---	--

La stesura del piano nutrizionale e le tecniche di attuazione dipendono dalle caratteristiche specifiche della paziente. Dalla nostra esperienza risulta che, già nella prima fase di trattamento, è possibile intraprendere un percorso riabilitativo che si basi sulla sperimentazione e desensibilizzazione. Per alcune pazienti invece (con forti pensieri ossessivi) è più proficuo stabilire il piano alimentare affidandosi al dietista: questi addestrerà i familiari sulla preparazione dei cibi e sull'atteggiamento da tenere con la figlia che sarà invitata a consumare i pasti in modo automatico, cercando di spostare i pensieri dal cibo/peso/forme ad altro più neutro o piacevole.

In ogni caso l'attuazione del piano alimentare viene accompagnata dall'utilizzo del Diario Alimentare, che permette di individuare i comportamenti problematici e i pensieri disfunzionali che li sostengono.

Desensibilizzazione sistematica

È una tecnica utile in quelle pazienti in cui è presente un atteggiamento fobico nei confronti dei cibi, gruppi alimentari o situazioni che hanno una relazione con la nutrizione (tabella B).

Tabella B – Fobie frequenti nei DA

<ul style="list-style-type: none">• paura di alcuni cibi• paura della dieta e della non dieta• paura della bilancia (pesarsi)• fobie sociali (feste, mangiare al ristorante, davanti agli altri)	<ul style="list-style-type: none">• paura della perdita di controllo (cibo, peso)• paura della inattività fisica• dismorfofobie• paure dei genitori
---	--

Consiste nell'educazione a riconoscere l'ansia anche nelle sue manifestazioni fisiche (tabella C), e nel ricorso ad una graduale esposizione nei confronti degli oggetti alimentari normalmente evitati, al fine di interrompere i collegamenti tra una situazione (p.e. cibo, peso corporeo, ristorante) e le reazioni che essa scatena. Affrontare le situazioni "fobiche" permette alle pazienti di conoscere che è possibile apprendere nuovi comportamenti se le loro conseguenze sono positive, sperimentare che nulla di ciò che è temuto accade realmente e verificare che l'ansia attribuita è oggettivamente eccessiva e può progressivamente decrescere. Il superamento di ansie e paure è indispensabile per rendere "sufficientemente normale" il comportamento alimentare.

Tabella C – Riconoscere l'ansia

<ul style="list-style-type: none">• tachicardia• iperventilazione• irrigidimento muscolare• pelle, mani fredde, brividi	<ul style="list-style-type: none">• aumento sudorazione• silenzio• nausea, gastralgie• poliuria, diarrea
--	---

Intervento sul peso e immagine corporea

Nei colloqui individuali delle pazienti con il medico e con il dietista, viene effettuato anche il controllo del peso. Questa pratica non costituisce solamente un monitoraggio dello stato nutrizionale, ma diventa occasione di confronto, motivazione, educazione e ristrutturazione cognitiva della disturbata percezione del peso e dell'immagine corporea, caratteristica dei DA. Altri interventi più specifici sull'immagine corporea possono essere effettuati individualmente o in gruppo con l'aiuto dello psicologo.

Diario alimentare

La traccia del percorso terapeutico è costituita da uno strumento di auto osservazione, chiamato abitualmente Diario Alimentare ma custode di molteplici informazioni quali: la composizione dei pasti (qualità, quantità e frequenza), l'ambiente fisico, sociale ed emozionale dove questi si svolgono, i segnali biologici di fame e sazietà e i sintomi organici, l'attività fisica o altri metodi compensatori, i pattern alimentari, le tecniche terapeutiche utilizzate (p.e. analisi dei pensieri disfunzionali, problem solving, desensibilizzazione sistematica, attività alternative ecc.).

Il Diario Alimentare è lo strumento della sperimentazione che la paziente effettua e registra di giorno in giorno nel cammino del cambiamento; può essere utilizzato contemporaneamente con professionisti diversi (p.e. medico, dietista, psicologo) per le parti di specifica competenza.

Come tutta la terapia, è collocato nel presente e guarda al futuro: alla successiva giornata e settimana dove concretizzare i nuovi passi concordati con il terapeuta, ma anche più lontano, al mantenimento dei risultati raggiunti e all'uscita dal disturbo.

Il ricovero ospedaliero come tappa di un percorso difficile.

Esistono alcune situazioni in cui non è possibile realizzare da subito un percorso di RPN e c'è la necessità di un intervento che permetta da un lato di intervenire sulla malnutrizione e dall'altro di porre le basi per un approccio riabilitativo vero e proprio. Ciò avviene generalmente in regime di ricovero ordinario, in reparti internistici (medicina o pediatria), cercando di concordare il più possibile modalità di cura, obiettivi e tempi.

Il miglioramento dello stato nutrizionale consentirà di ravvivare lo stato emotivo e organico, rendendo accessibile la sfera relazionale. Questo favorirà l'utilizzo di tecniche riabilitative, prima impossibili.

La guarigione

Chiara Prenassi – psicologa, psicoterapeuta

Si può guarire da un disturbo del comportamento alimentare? Quanto tempo ci vuole? Molto probabilmente sono queste le domande cui vorrebbero trovare una risposta le persone che soffrono di tali disturbi, i genitori, gli amici e tutti quelli che, in qualche modo, ne vengono a contatto. Si può guarire da tali disturbi, ma non è possibile fornire delle risposte definitive sulla percentuale di successi e sulla durata del trattamento. E' molto più probabile guarire se il DCA è di breve durata, se la persona che ne soffre è giovane e motivata, se è seguita in un centro specializzato, in cui un'équipe multidisciplinare si occupa di lei e se c'è la collaborazione dei familiari (soprattutto nel caso di un'adolescente anoressica). Il percorso riabilitativo non è di breve durata, solitamente sono necessari degli anni per dichiarare una ragazza "guarita" ed è possibile che durante il trattamento ci siano delle ricadute.

Che cosa significa guarire da un DCA? Si tratta di recuperare un peso nella norma e buone condizioni fisiche, attraverso la scomparsa delle scorrette abitudini alimentari e dei comportamenti inadeguati verso il cibo e l'alimentazione? Oppure il processo è molto più complesso?

Guarire da un disturbo del comportamento alimentare significa adottare una nuova immagine di sé, un nuovo modo di percepire il mondo e di viverci in esso. La persona deve trovare una propria identità, congrua a ciò che è realmente (non a ciò che crede di dover-essere), con propri pensieri, interessi, sentimenti, emozioni. Questo va di pari passo con una modificazione della percezione del mondo e delle relazioni sociali. La persona che soffre di un disturbo alimentare cerca di aderire alla propria idea di "ragazza perfetta", con conseguenti sensi di colpa ogni volta che si allontana da tale ideale. Poiché è impossibile per ognuno essere perfetto, per tali persone è frequente sentirsi in colpa e soffrirne. Da quanto esposto, si comprende perché il percorso riabilitativo non è breve e nemmeno semplice: non è facile abbandonare un'abitudine, figurarsi qualcosa che è diventato un modo di stare al mondo, qualcosa che ha rappresentato la miglior soluzione ai propri problemi.

E il recupero del peso e di sane abitudini alimentari? Questo è lo scopo primario di un trattamento dei DCA, soprattutto nel caso di anoressia nervosa. Recuperare normali condizioni nutrizionali è fondamentale, poiché è difficile ottenere modificazioni comportamentali, cognitive, emotive in una persona che sta subendo gli effetti psicologici del deperimento. I sintomi da digiuno comprendono, infatti, delle modificazioni cognitive, tra cui una diminuzione della capacità di concentrazione e di pensiero astratto, che non favoriscono la partecipazione a una psicoterapia, così come le modificazioni emotive, quali ansia, depressione, irritabilità e l'esclusiva attenzione rivolta al cibo e all'immagine corporea. Ma la remissione dei sintomi e il recupero del peso sono solo il primo passo

verso la completa guarigione, non vanno confusi con la fine del percorso riabilitativo. Elementi importanti per affrontare un cammino così difficile sono la motivazione e la consapevolezza del problema, che, spesso, si acquisiscono lungo il percorso. A volte non è la persona che soffre di un DCA a rivolgersi a un centro specializzato, ma, soprattutto quando è molto giovane, sono i genitori a chiedere aiuto e ad accompagnarla. In tal caso, è possibile che la ragazza non ritenga d'avere un problema o non voglia cambiare. Quando a fare il primo passo è la persona che soffre di un DCA, molto probabilmente ha riconosciuto l'esistenza di un problema, ma non sempre ha la piena consapevolezza di ciò che desidera, non ha ben chiaro quale percorso dovrà affrontare e la motivazione potrà subire delle oscillazioni, poiché non è semplice abbandonare una strada così conosciuta e a lungo ritenuta sicura, per qualcosa che spaventa terribilmente.

Anche per tali motivi a volte ci sono delle ricadute, che, comunque, fanno parte del percorso, non devono essere considerate dei fallimenti. La guarigione è un cammino che presenta degli ostacoli, è possibile inciampare, ma anche rialzarsi, poiché si possiedono nuovi strumenti per raggiungere il "traguardo".

Durante il trattamento non va aiutata solo la ragazza, ma tutti quelli che la circondano e che non sanno affrontare la situazione. Le persone più vicine a colei che presenta il DCA spesso sono preoccupate, si sentono impotenti, a volte colpevoli e impreparate ad affrontare i cambiamenti che la ragazza presenterà. Tali persone, in particolare i genitori, vanno sostenute e ascoltate, si deve spiegar loro cosa prevede il percorso riabilitativo, in particolare che l'aggressività che la ragazza potrebbe dimostrare è "normale", è un modo per uscire dal guscio rappresentato dalla malattia. Una buona occasione di confronto, comprensione e guarigione è rappresentata dalla terapia familiare, soprattutto nel caso di adolescenti anoressiche.

Non è possibile dire cosa fa guarire una persona che soffre di tali disturbi. Esistono vari tipi di trattamento, efficaci per diversi aspetti della malattia o per diversi tipi di disturbo, inoltre, le persone che ne soffrono non sono uguali, con il DA comunicano un proprio disagio, cui devono trovare un senso ed una soluzione personali. Da varie interviste si è visto come terapeuta e paziente non avessero la stessa concezione dei fattori che avevano permesso la guarigione, ma tutti concordavano sul suo significato. Si è guariti quando ci si sente "rinati", quando si ha una maggiore autostima, quando ci si accetta per come si è, quando si ha la forza d'affrontare il mondo esterno e di relazionarsi con gli altri senza timori.

Purtroppo, non in tutti i casi questi obiettivi si raggiungono, esiste una certa percentuale di cronicità, in cui il miglior risultato raggiungibile è tenere "sotto controllo" la situazione, facendo il possibile per non aggravarla. Oppure, può succedere d'avere continue ricadute, con successivi miglioramenti. Inoltre, sembra che la guarigione sia maggiormente ottenibile da chi soffre di bulimia nervosa, rispetto all'anoressia.

Che cosa resta dopo la guarigione? Resta una persona nuova, in grado d'affrontare la vita che si prospetta davanti, in cui prima si era chiusa come un riccio. Resta la forza

acquisita e la visione del DA non come una malattia, ma come un'occasione di crescita e cambiamento. Il sintomo è stato la miglior soluzione alle difficoltà trovata nel passato e per un certo periodo ha funzionato. A un tratto si è trasformato in un problema e si è deciso di cambiare: ora ci sono nuove possibilità. Potrà capitare che la nostalgia si faccia sentire, che davanti a un nuovo ostacolo si sia tentati di reagire come in passato, ma adesso c'è una nuova consapevolezza: il DA non rappresenta più una soluzione. Può restare una certa sensibilità ai temi dell'alimentazione, del cibo, dell'immagine corporea. A volte si sente d'aver intrapreso un cammino che potrebbe durare ancora molto dopo la dimissione, che può far sentire smarriti e bisognosi d'ulteriore sostegno da parte di esperti o di persone che hanno sofferto degli stessi disturbi. Ma, eventualmente, la persona sa a chi rivolgersi e come utilizzare le nuove e riscoperte capacità. Restano più sorrisi, restano i segni di un'esperienza che ha fatto crescere, resta una nuova storia da raccontare (o perlomeno raccontarsi) che dà valore all'esperienza passata.

La famiglia e i disturbi alimentari

Patrizia Todisco – psichiatra, psicoterapeuta

La famiglia può essere considerata una “unità sociale ed emotiva” all’interno della quale i singoli si sentono rappresentati in ambito sociale e costruiscono legami di significato emotivo. Tra le sue funzioni riconosciamo il favorire lo sviluppo dell’identità personale e l’assicurare un’integrità fisica e psichica in modo che l’individuo sia in grado di affrontare con fiducia le esperienze della vita. È primariamente nel rapporto con la madre e, poi, con il padre e gli altri familiari che il bambino può sviluppare l’amore per se stesso, la stima e la fiducia verso sé e gli altri, la tenerezza, la capacità di provare anche sentimenti “negativi” e accettarli come parte integrante di sé.

Nell’ambito dei disturbi dell’alimentazione (DA) un ruolo fondamentale è stato riconosciuto alla famiglia. I primi autori che se ne sono occupati, tra cui Minuchin e Selvini-Palazzoli, hanno riconosciuto l’esistenza di un’organizzazione familiare patologica chiamata “famiglia psicosomatica” responsabile dell’insorgenza dell’Anoressia nervosa (AN). Autori successivi si sono interessati non solo ai fattori familiari che possono contribuire allo sviluppo e al mantenimento dell’AN e dei DA in generale, ma anche a quelli che possono favorire l’esito positivo del trattamento. Nonostante gli studi sulle famiglie con un componente affetto da DA siano scarsi e spesso minati da una serie di limiti metodologici, essi non confermano la presenza sistematica di problematiche familiari e, quando presenti, di caratteristiche “tipiche”. Si riscontrano, infatti, tanto quelle individuate da Minuchin, quali invischamento, fedeltà al gruppo familiare, iperprotettività, rigidità ed evitamento del conflitto, conformismo e coinvolgimento del paziente in conflitti familiari irrisolti e spesso non riconosciuti, quanto distanza affettiva, conflitto aperto e disorganizzazione. Sebbene di carattere apparentemente opposto, tutte queste caratteristiche indurrebbero comunque stato di stress e insoddisfazione nei confronti della vita familiare che possono precedere o seguire il DA.

Al momento quello che si può sostenere è che lo stile con cui i genitori svolgono il loro ruolo e le dinamiche familiari influenzano l’insorgenza, lo sviluppo e il mantenimento dei DA assieme a una serie, numerosa e non ancora del tutto chiarita, di altri fattori che favoriscono, innescano e mantengono queste complesse malattie. Secondo studi condotti in modo scientificamente corretto i fattori familiari predisponenti i disturbi alimentari sarebbero: atteggiamenti favorevoli a una valutazione negativa di sé, alcolismo nei genitori, scarso contatto con i genitori e loro alte aspettative nei confronti dei figli, commenti critici dei familiari su peso/aspetto/alimentazione, obesità infantile o nei genitori, menarca precoce.

Anche la frammentazione dei pasti all’interno della famiglia, l’eccessiva importanza data al cibo dal soggetto e dalla famiglia (cibo usato come modo per individualizzarsi, controllo e regole sul cibo eccessivi) sarebbero connesse allo sviluppo di DA. È interessante

che un’alimentazione sana in famiglia sembra proteggere dal rischio di DA, mentre restrizioni alimentari o comportamenti di controllo sull’alimentazione dei genitori hanno un’influenza negativa sul peso e l’alimentazione dei figli e sulla sofferenza psicologica di quelli di sesso femminile. Alcuni esperti hanno poi notato che il legame tra la presenza di problematiche familiari e lo sviluppo di anoressia-bulimia e patologie correlate può essere rappresentato da esperienze negative riguardanti l’alimentazione vissute in famiglia.

Quando il DA si è manifestato alcuni fattori familiari ne favorirebbero il mantenimento nel tempo. In particolare è stata notata una certa carenza nelle capacità dei genitori di svolgere il loro ruolo educativo che dovrebbe essere sia propositivo che oppositivo in modo che l’individuo riesca a strutturare un sé autonomo attraverso l’identificazione-emulazione e la contrapposizione. I genitori spesso mancano anche di coerenza tra loro e utilizzano modalità comunicative indirette (non parlare direttamente con il soggetto con cui si vuole comunicare, ma parlare in modo generale o con qualcun altro che poi lo informi), ambivalenti (dico una cosa ma ne intendo un’altra; es. fai quel che vuoi ma una brava ragazza farebbe...) e giudicanti (non esprimere il parere negativo su uno specifico comportamento, ma trarre da quell’errore un giudizio sulla persona; es. non si dice “oggi hai sbagliato ad abbinare i colori dei tuoi vestiti” ma “non sai proprio vestirti”).

Le dimostrazioni d’affetto sono scarse nelle famiglie in cui c’è un DA mentre c’è la tendenza a esagerare/esasperare oppure slegare l’impatto emotivo delle situazioni dalla loro effettiva gravità (emotività espressa; es. non dimostrare nessuna emozione davanti alla sofferenza del figlio, ma accusarlo di portare alla morte il genitore con il persistere nel suo comportamento): è stato dimostrato che queste caratteristiche possono favorire l’abbandono delle cure e sono presenti anche in famiglie con figli affetti da altre patologie psichiatriche o mediche, anche se con minor intensità.

Tutte le ricerche effettuate nelle famiglie dove è presente una persona affetta da un disturbo dell’alimentazione sono svolte dopo l’insorgenza del disturbo, pertanto rimane dubbio se quello che osserviamo era già presente prima della malattia o se ne rappresenta una conseguenza.

Si osserva, tuttavia, che i genitori di pazienti con DA provano sentimenti e manifestano atteggiamenti su due estremi opposti: da una parte il rifiuto di riconoscere la malattia porta ad atteggiamenti critici e ostili, che si configurano in alti livelli di emotività espressa (vedi sopra) e arroccamento su posizioni rigide e normative in modo da sopperire alla carenza di autorevolezza con un eccesso di autoritarismo; dall’altra, il senso di colpa, di inadeguatezza e di impotenza inducono perdita della capacità di mantenere il proprio ruolo genitoriale e di indirizzare la vita familiare e quindi abbandono depressivo di qualunque tentativo educativo autorevole. La negazione della patologia o della propria inadeguatezza ad affrontarla, oppure la delega completa ad altri della responsabilità della cura possono essere una conseguenza del DA, ma anche evidenziare preesistenti carenze nella genitorialità.

Quest’ultima risente anche degli stili di attaccamento vissuti e dalla storia personale in cui

sembrano avere un certo valore la presenza di lutti familiari non risolti. Il quadro che si definisce è quello di genitori più attenti e preoccupati nei confronti delle problematiche fisiche che di quelle psicologiche, che tendono a mettere in guardia i figli da tutti gli eventi negativi che potranno incontrare allarmandoli e cercando di proteggerli da essi, senza dare loro il senso di essere veramente accuditi, assicurati e “corazzati” per imparare ad affrontare in modo autonomo tutto quanto potrà succedere. Questo contribuisce al carente sviluppo dell'autostima e di un senso di sé autonomo e capace (autoefficacia) che condiziona e caratterizza la vita dei soggetti affetti da DA.

Uno stile genitoriale tra delega e inadeguatezza può essere peculiare della famiglia di pazienti con patologie alimentari e dei genitori che non sono in grado di svolgere il loro ruolo per storia e caratteristiche personali, ma derivare anche dalla crisi socio-culturale contemporanea. Nel clima di incertezza e precarietà dei nostri tempi si assiste al tracollo del principio di autorità e conseguentemente all'instaurarsi di una “simmetria genitore-figlio” o all'idea di “uguaglianza intesa come abbattimento delle differenze” spesso foriera di problemi. I genitori giungono a delegare il proprio ruolo a uno solo dei componenti la coppia genitoriale (più frequentemente la madre) o ad altre figure adulte (nonni, insegnanti, allenatori sportivi, ecc.) perché incapaci di assumersi questa responsabilità o bloccati dalla paura di sbagliare.

Nelle famiglie con DA esiste, tra l'altro, la polarità “vincente-perdente” a cui tutti si adeguano e che condiziona le azioni e le emozioni. I componenti della famiglia si relazionano tra loro, infatti, secondo ruoli di “vincente” (chi dimostra volontà, iniziativa, capacità di controllo, perfezione) e “perdente” (chi si dimostra passivo, arrendevole, poco in grado di controllare e dominare le emozioni e gli eventi, sbagliato) che sono continuamente modificabili in base all'esito della battaglia per il potere in atto. I ruoli non stabiliscono solo il legame tra i familiari, ma anche il loro valore. Il conflitto competitivo è costante poiché serve a stabilire chi è ciascuno all'interno della famiglia; chi cerca di differenziarsi viene vissuto come una minaccia alla falsa coesione familiare che si basa su questa costante definizione di ruoli di potere.

Le famiglie di soggetti DA costituiscono frequentemente un “ambiente emotivamente invalidante” in cui uno o entrambi i genitori ignorano o ascoltano in modo incongruo le emozioni dei figli inducendo in loro convinzioni negative che si manifestano attraverso l'incapacità di percepire, riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi e la scarsa tolleranza del disagio. La negazione dell'esperienza emotiva può avvenire in diversi contesti e con diversa intensità e, senza arrivare alle situazioni in cui in famiglia si perpetra un abuso fisico o emotivo grave, non dobbiamo dimenticare che la trascuratezza, la bassa cura da parte del padre ne rappresenta una delle forme più diffuse. Sembra tra l'altro che lo scarso accudimento, soprattutto da parte del genitore di sesso maschile, costituisca un fattore traumatico favorente lo sviluppo di DA.

Gli studi fin qui svolti non consentono di chiarire completamente il tema degli stili genitoriali favorevoli allo sviluppo, il mantenimento o l'esito dei DA sebbene sia evidente

la sua importanza. Non bisogna d'altro canto, come si è fatto in passato, colpevolizzare i genitori.. Più utile è semmai trarre insegnamento da quanto ha evidenziato la ricerca scientifica per modificare i fattori familiari che possono predisporre, scatenare e mantenere queste patologie in modo tale che i familiari diventino parte attiva di un processo socio-culturale di prevenzione e cura di queste malattie.

Cercare di sostenere i genitori nel loro difficile ruolo perché imparino ad essere meno protettivi e più accudenti, si sentano più autorevoli e gestiscano meglio i loro stili comunicativi e le loro emozioni porterà indubbiamente a migliorare la qualità della vita di genitori e figli e favorirà la risoluzione dei DA già in atto mentre contribuirà a prevenire l'insorgenza di nuovi casi.

Chi aiuta la famiglia. L'esperienza dell'auto mutuo aiuto.

Orietta Costella – psicologa, psicoterapeuta

Molti Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare forniscono sostegno per la famiglia. In molti c'è la possibilità di una terapia familiare, altri sono collegati ad altri servizi dove questa può essere effettuata. L'efficacia del coinvolgimento della famiglia nel trattamento dei disturbi alimentari, specie nei casi più giovani, è stata osservata in diverse ricerche controllate. La prospettiva generale del nostro approccio considera sempre la famiglia **una risorsa**. Comprendere e trattare un DA significa esplorare la complessa rete di interazioni biologiche e relazionali che si articolano attorno a questa condizione. In qualche modo il DA ha una funzione precisa all'interno della famiglia. Quasi sempre la chiave per la soluzione del problema si trova nella famiglia.

Molti sono gli approcci possibili alla famiglia (terapia familiare, psicoeducazione, terapie di gruppo, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc.). Tali modalità non sono intercambiabili, la scelta di un approccio piuttosto di un altro risponde a precise considerazioni sull'organizzazione del piano terapeutico. Ogni famiglia ha le sue caratteristiche e le sue esigenze, non le si può proporre un intervento perché è l'unico disponibile. Tra tutti gli interventi, tuttavia, quello che affronto si caratterizza per essere il meno specialistico e il più vicino alla naturalità dei rapporti umani. Sto parlando dell'auto mutuo aiuto.

Il primo passo nell'intervento con la famiglia consiste nel fornire informazioni corrette che permettano ai genitori di capire ciò che sta accadendo. Molti pensano erroneamente che ciò che è accaduto alla figlia sia è la conseguenza di una scelta irrazionale o di mancanza di volontà. È importante sapere che si tratta di una malattia che risponde a specifiche cure. Specie all'inizio, vi è troppo spesso la convinzione che il problema presentatosi sia una situazione momentanea la cui risoluzione avverrà spontaneamente all'interno del nucleo familiare, senza l'intervento di specifiche figure professionali esterne. Tale convinzione purtroppo, porta a perdere tempo prezioso in cui alla ragazza potrebbero essere fornite cure tempestive e decisive per la risoluzione del disagio.

Tuttavia, anche quando si disponga di informazioni può accadere di "negare" la presenza di un problema nella propria figlia. Molti genitori hanno descritto come inizialmente ci sia la necessità di *"difendersi dalla malattia rifiutandone la presenza"*, una sorta di *"Non voler riconoscere la presenza di un problema"*, un *"far finta che a noi non succeda"*.

Quando la consapevolezza, inizialmente solo abbozzata, prende forma ci si accorge che il disturbo alimentare si insinua sempre più prepotentemente nella vita quotidiano della famiglia trasformandola radicalmente in modo negativo. Tale consapevolezza divenuta a questo punto "certezza", si vede accompagnata, nel vissuto psicologico del genitore, dall'emergere di mille emozioni contrastanti:

Paura: ("...di non saper cosa fare")

Angoscia: ("Se mi sfugge di mano la cosa...?")

Rabbia: ("Non sopporto più certi atteggiamenti di sfida")

Disperazione: ("...se non ne esce e non c'è più niente da fare?")

Oltre a tutto ciò, inizia a manifestarsi il più delle volte una certa tensione nella coppia, dovuta a prospettive diverse con la quale inevitabilmente madre e padre percepiscono la situazione e intendono affrontare il problema. Inoltre, è importante tenere presente che elevati livelli di tensione in casa possono ostacolare il processo di guarigione, fino all'abbandono del trattamento.

La comparsa di un disturbo alimentare in una giovane figlia adolescente crea elevati livelli di stress anche nelle famiglie più normali e stabili. Con l'aiuto di un terapeuta è possibile riuscire a creare un ambiente familiare libero da inutili sensi di colpa. Un aspetto essenziale per ritrovare una sorta di equilibrio emotivo in tali circostanze è il diventare comprensivi con sé stessi, dandosi del tempo per accettare la malattia della figlia. I genitori devono essere aiutati a concentrarsi sulla loro vita di coppia, cercando di identificare le proprie necessità, impedendo che il disturbo alimentare diventi centro e fulcro di tutta la vita familiare.

A tal proposito si rivela particolarmente utile la partecipazione a **Gruppi di Auto Mutuo Aiuto** promossi da genitori che condividono una simile esperienza, occasione questa per trovare comprensione, condivisione e sostegno psicologico.

Lo scopo dei gruppi di auto-aiuto è quello di promuovere il sostegno reciproco tra i partecipanti e di perseguire un obiettivo di empowerment. Con il questo termine si intende un processo di accrescimento del senso di autoefficacia personale attraverso la conoscenza del proprio problema e l'acquisizione degli strumenti per fronteggiarlo. Al termine di questo percorso l'individuo, originariamente passivo nei confronti della malattia e dipendente delle cure degli esperti, è in grado di mettere la sua esperienza a disposizione di altri in una situazione di aiuto e sostegno reciproco.

L'impatto del disturbo alimentare sulla famiglia è fonte di difficoltà nelle dinamiche familiari e di sofferenza per l'intero nucleo. Si riscontra facilmente come l'insorgere del disturbo modifichi le relazioni all'interno della famiglia; i genitori diventano iperprotettivi e iniziano a controllare l'alimentazione e le abitudini di vita della figlia. Se la reazione è pienamente comprensibile, deve essere chiaro che il risultato, non voluto, consiste nell'accrescere l'ossessione per il cibo e a mettere in discussione ulteriormente la capacità di autonomia della ragazza, portando in ultima analisi ossigeno al disturbo.

E' importante che i genitori siano partecipi fin dall'inizio al trattamento, in un ruolo attivo e di collaborazione con gli operatori, che possa mettere a frutto le esperienze reciproche. Riteniamo particolarmente significativa l'esperienza del confronto tra famiglie nelle quali esista un problema simile. Talvolta una considerazione o un'indicazione appare più facilmente comprensibile e accettabile se viene fornita da una persona che vive lo stesso problema piuttosto che dal medico o dallo psicologo; inoltre, l'esperienza di non essere i soli ad affrontare queste difficoltà aiuta a non lasciarsi soverchiare ed ad accrescere le proprie capacità di affrontarle. Questo gruppo ha lo scopo di mettere in comune le

esperienze e di creare un sostegno reciproco.

Non c'è modo migliore di definire l'esperienza dell'auto-aiuto che attraverso le voci di chi ne ha fatto esperienza. Riportiamo alcune riflessioni di genitori che hanno partecipato al gruppo.

Tra le principali motivazioni che spingono i genitori a partecipare ad un gruppo di auto mutuo aiuto, vi è il bisogno fondamentale di condividere la propria esperienza con qualcuno che la comprenda veramente e che possa così, fornire supporto e comprensione:

Anna: “Il ritrovarsi insieme a persone che capiscono che problema hai... sei di fronte a quella gente che vive la tua stessa situazione e non di fronte a qualcuno che non ne sa niente e quindi non riesce a capirti. Nel gruppo si parla la stessa lingua... c'è comprensione e solidarietà, aspetti difficili da trovare al di fuori del gruppo”.

Tra le dinamiche più interessanti dell'auto mutuo aiuto, infatti, c'è la possibilità di **dar vita a rapporti di sostegno, affetto ed empatia**. Questa dinamica viene citata spesso come il principale punto di forza di un gruppo di auto mutuo aiuto:

“L'essere accettati, quasi “accuditi” nel gruppo può essere, nei momenti difficili, una fonte preziosa di sostegno.... Nei momenti cruciali, in un gruppo si può stabilire un certo tono, un'atmosfera – nelle parole, nelle espressioni, persino negli sguardi e nella postura – che trasmette l'affetto e la comprensione del “gruppo” verso il singolo partecipante.

(Shulman, 1992, p. 278)

E' proprio grazie alla disponibilità emotiva dimostrata dai membri del gruppo, che molti genitori hanno trovato il “coraggio di raccontarsi”. Lo sperimentare un ambiente accogliente e disponibile al confronto solidale facilita sia l'espressione di sé che la richiesta di aiuto.

Arianna: “Tra di noi non dobbiamo scegliere le parole. Se io sbaglio, non uso la terminologia giusta.... non mi sento in colpa. Posso dire a persone che vivono il mio stesso problema “pesterei mia figlia!”, non devo stare a spiegare che comunque le voglio bene e che in realtà è l'amore che mi porta a dire questo, perché mi capiscono. Ti puoi tranquillamente sfogare, lasciarti andare, buttare fuori i tuoi sentimenti, che ha te sembrano negativi e sbagliati perché sei sempre una madre e tua figlia sta male. Io tante volte quando non ne potevo più mi colpevolizzavo. Poi solo qui ho capito che provare certi sentimenti alle volte è normale. E' una liberazione sapere che gli altri ti capiscono perché l'hanno provato”.

Alle volte il gruppo diventa una “Grande Famiglia”, dispensatrice di comprensione, conforto ed empatia, **alla quale appoggiarsi e consolarsi anche al di fuori degli**

incontri, specie nei momenti più difficili. Infatti, la solidarietà e la vicinanza emotiva sperimentata durante gli incontri, finisce per costruire le basi su cui poi si sviluppano e si mantengono nel tempo delle relazioni molto strette tra i membri del gruppo. Proprio per questo motivo, tali relazioni, finiscono per diventare una importante fonte di supporto alla quale i genitori possono attingere tra un incontro di gruppo e l'altro. Ecco cosa riferiscono due mamme del gruppo:

Lucia: “Quando mi capita un problema con mia figlia, non vedo l'ora che arrivi l'appuntamento con il gruppo... perché sento di aver bisogno di sostegno in quei momenti, e so che all'interno del gruppo lo trovo.”

Anna: “Alle volte noi ci chiamiamo durante la settimana, non solo nei momenti difficili, ma anche solo per fare quattro chiacchiere con un'amica. Altre volte invece, c'è veramente bisogno di una parola di incoraggiamento e di conforto... noi ci accorgiamo subito quando c'è qualcosa che non va.”

L'esperienza del gruppo, inoltre, aiuta una coppia genitoriale a **sopperire alla mancanza di comprensione e supporto che alle volte, purtroppo, è assente nella famiglia allargata**. Non sono pochi, infatti, i casi di genitori esclusi e isolati dal resto della famiglia. Anche qui è la scarsa informazione relativa ai disturbi alimentari che diventa motivo di incomprensioni e alle volte conflitti tra parenti stretti.

Arianna: “Sembra impossibile, ma alle volte il sostegno ti viene a mancare proprio da coloro che dovrebbero sostenerti... Ci si scontra con punti di vista completamente diversi... incomprensioni tra le due parti che non trovano fine. Si sentono in diritto di dare consigli, rimproveri, osservazioni e giudizi negativi, e allora ci si barrica, ci si isola... è il risultato è che ci si sente ancora più soli”.

Un altro fattore che motiva un genitore a partecipare è rappresentato dal bisogno di approfondire le proprie conoscenze. All'interno di un qualsiasi gruppo, ognuno di noi porta un patrimonio di conoscenze, opinioni ed esperienze da condividere con gli altri. Infatti, proprio per questo motivo, una delle principali dinamiche dei gruppi di auto mutuo aiuto è **la condivisione di informazioni**.

Elisa: “Io sono venuta qui... sinceramente anche per saperne di più. Avevo il bisogno di capire con cosa, io e mio marito, stavamo lottando quotidianamente in casa. Prima non ne sapevo niente... è stato un fulmine a cielo sereno e quindi mi sono sentita impreparata, avevo prima di tutto bisogno di capire cosa stava succedendo”.

Il condividere ogni tipo di informazione è di stimolo a riflessioni personali sulle risorse che

ogni singolo membro porta all'interno del gruppo. Ciò permette ai genitori di riscoprirsi in una veste del tutto nuova, ossia cominciare a **pensare a sé stessi come potenziale risorsa di informazione e di aiuto**.

“Che si tratti... di suggerimenti specifici.... o idee, o valori, ciascun membro del gruppo può apportare un suo peculiare contributo. L'operatore a sua volta porterà al gruppo delle informazioni che, combinate a quelle di tutti gli altri, rappresenteranno una risorsa preziosa per tutti i partecipanti”.

(Shulman, 1992, p. 274)

Nonostante alle volte si possano non condividere le stesse idee, sensazioni e opinioni, è sempre **motivo di conforto** il trovarsi in mezzo a persone che ci accettano e ci capiscono appieno e sono comunque disponibili ad ascoltare quello che abbiamo da dire.

Paolo: “Alle volte la discussione si anima.... Ci scontriamo con modi di vedere diversi e alle volte agli opposti, ma questo fa parte del gioco...anzi per noi tutti è un arricchimento. Una cosa che all'inizio apparentemente non condivido, tipo che ne so... un modo di affrontare e reagire di uno di noi ad una particolare situazione, mi rimane in mente anche quando finisce il gruppo e vado a casa e lì come un seme poi... genera pensieri nuovi e nuovi modi di affrontare le difficoltà. Questo è uno dei motivi che mi spinge qui a parlare con il gruppo... mi serve !”.

Il ritagliare uno **spazio specifico di “sostegno e cura” per la coppia genitoriale** permette, inoltre, di separare e distinguere nel tempo e nello spazio, la terapia diretta alla figlia/o, da quella più propriamente indicata alla famiglia, aspetto molto difficile da accettare per un genitore.

Anna: “Per me è stato difficile accettare di non poter sapere le cose che mia figlia diceva in terapia o non aver contatto diretto con la sua psicologa... mi sono sentita esclusa e avevo pensato che forse quello non era il posto giusto per risolvere il problema di mia figlia. Poi ho capito qui... a fatica, che fa parte dell'intero processo di guarigione. Il mio spazio è qui, e qui ho imparato a gestire le mie angosce”.

Il partecipare assiduamente ad un gruppo come questo, permette inoltre di **ridurre l'emotività espressa** all'interno della famiglia che, come ben noto è un fattore di mantenimento del disturbo alimentare insieme all'iperprotettività e all'ipercontrollo.

Luca: “Il ritrovare nella tua quotidianità situazione già descritte da altri all'interno del gruppo, mi ha aiutato a mantenere il sangue freddo in situazioni di conflitto con mia figlia. Questo mi ha permesso di essere più tranquillo e provare ad affrontare la situazione senza

agitarmi troppo”.

Tuttavia, l'arricchimento ottenuto da esperienze di gruppo come questa, si ha in corrispondenza ad una costante partecipazione alle serate e agli incontri. Il percorso è lungo ma permette di **sperimentare emozioni e vissuti** prima estranei alla consapevolezza.

Arianna: “Prima di venire qua pensavo di trovare una bacchetta magica per risolvere tutti i miei problemi, a pensarci ora non so come potevo immaginare questo, forse la speranza di uscire al più presto da questa tremenda esperienza. E' un percorso lungo ma da molto nel tempo...non so come sarei ora se non fossi mai venuta qui con voi”.

Nonostante la maggior parte dei genitori che si trovano a dover affrontare un problema come questo sentano la necessità di comunicare il loro disagio e le loro preoccupazioni, alcuni di loro non accolgono di buon grado l'idea di prendere parte ad un Gruppo di Auto Mutuo Aiuto. La ragione di tale rifiuto, sembra imputabile al timore del giudizio, ossia all'idea di poter essere ritenuti responsabili dell'insorgenza di tale problema nella propria figlia. Ciò sembra essere un ostacolo specie per quei genitori che da poco si affacciano alla consapevolezza della presenza di un tale disagio nella propria figlia. In un clima di smarrimento e di senso di colpa finiscono per sentirsi gli unici responsabili del problema.

Anna: “Per me è stato difficile venire qui tra voi. Sono entrata nel gruppo con un po' di timore. Non sapendo com'era il gruppo, pensavo che ci fossero delle persone pronte a giudicarmi o a dirmi stai sbagliando... temevo delle critiche nei miei confronti. Lo scoprire poi un'accoglienza comprensiva mi ha aiutato molto ad aprirmi... e a desiderare di venire qui, specie quando mi capitava qualcosa di difficile da accettare per una mamma come me. Ho riscoperto il gruppo... come una Grande Mamma accogliente, familiare e comprensiva con la quale puoi essere te stessa.. anche piangere”.

Per concludere, vorrei riportare l'affermazione di una mamma che ha uno degli incontri a sottolineato il motivo della sua costante presenza all'interno del gruppo nonostante che la figlia ora stia meglio:

Arianna: “Anche se mia figlia sta meglio ora, vengo qui per offrire la mia esperienza, a infondere speranza .. ma non solo. Il gruppo è come un'ala di protezione... io so che potrei essere aiutata ancora”.

Come gestire la denutrizione

Adelina Zanella - dietista

Francesco Lotito – psicologo, psicoterapeuta, insegnante

L'obiettivo di questo capitolo è fornire una guida ai genitori per fronteggiare le sfide che un disturbo alimentare può creare. Lo scopo di una terapia per un disturbo alimentare è quello di restituire al cibo e al pasto il loro ruolo naturale, sia per ciò che riguarda gli aspetti nutritivi che quelli sociali. Molte attività quotidiane girano attorno al cibo. Il processo di reintegrazione nella vita implica necessariamente un processo di reintegrazione del cibo (feste di compleanno, inviti a cena, pranzi di lavoro, picnic, grigliate, ecc).

Aiutare chi ha un disturbo alimentare significa fornire un sostegno nel processo di re-apprendimento di come:

1. Mangiare a sufficienza per i bisogni del corpo
2. Mangiare con flessibilità e varietà
3. Mangiare nei contesti sociali

Non è negoziabile decidere o meno di alimentarsi. Tutti gli esseri viventi devono mangiare per vivere. Il corpo ha vari sistemi di controllo per assicurarsi che l'individuo non muoia di denutrizione - questo è uno dei bisogni fondamentali di tutti gli organismi viventi. I disturbi alimentari, in particolare l'anoressia nervosa, interrompono una delle funzioni centrali della vita.

Poiché il ripristino del peso può condurre ad una più breve durata della malattia, è importante ottenerlo il prima possibile. Quando la malattia segue un lungo decorso, i modelli ed i rituali disfunzionali si radicano profondamente. Più a lungo la malattia continua, più è difficile che la paziente riesca a prendere in considerazione il cambiamento. Discutere del cambiamento con la paziente è quindi una priorità. Prima avviene e meglio è.

Con il perdurare della malattia, il cibo, il peso e la forma del corpo, assumono nuovi e insoliti significati, che si radicano nell'identità dell'individuo, nei suoi processi informativi (rigidità) e nei sistemi emozionali (ansia) che modellano i comportamenti conseguenti. Tutto ciò conduce l'individuo a nutrirsi seguendo delle regole precise o ad astenersi dal nutrirsi. Il mangiare è decontestualizzato e non è più solo un comportamento per appagare la fame o utile alla socializzazione. Queste regole rispetto al mangiare possono essere collegate al controllo del peso, ma spesso sono molto più complesse. Ne portiamo qualche esempio:

“Non posso mangiare questo, mi farà diventare grasso.”

“Se mangio il mio cibo in senso orario nel piatto, mi renderà meno ansioso.”

“Devo masticare ogni boccone 15 volte.”

“Devo mangiare nel mio piatto prima le verdure, poi le proteine, poi i carboidrati. Non posso mischiare gli alimenti.”

“Se mangio dell'olio il mio peso aumenterà vertiginosamente.”

“Non ho fatto oggi abbastanza per meritare il pranzo.”

“Devo lasciare sempre un po' di cibo sul mio piatto - anche se è solo un granello di riso.”

“Non merito di mangiare perché non ho finito ciò che dovevo fare nel tempo che avevo stabilito.”

“Ogni cibo che mangio deve essere caldo.”

“Devo mangiare meno di mia sorella.”

Si può usare la forza e la coercizione per modificare le abitudini alimentari di un individuo solo per un breve periodo al fine di salvaguardare la vita e migliorare le funzioni del cervello. Forza e coercizione non possono condurre ad un cambiamento permanente. E' necessario modificare il modello alimentare prima che si trasformi in un'abitudine.

Di conseguenza, per aiutare una persona con un disturbo alimentare è necessario agire su più fronti: da un lato bisogna dare il tempo e l'aiuto necessario affinché possa raggiungere la motivazione per esplorare e sperimentare un'alimentazione sufficientemente corretta, riducendo i comportamenti patologici; dall'altro lato, non bisogna permettere che la malnutrizione interferisca con le funzioni cerebrali generando e stabilizzando la sequela dei sintomi da digiuno, che diventano un fattore di mantenimento del disturbo.

Durante la malattia si sviluppa una forte tensione tra l'alimentazione delimitata da regole e le indicazioni fisiologiche che controllano l'appetito. Il corpo ed il cervello hanno bisogno disperatamente di alimentarsi per funzionare efficacemente e mettono in atto una serie di meccanismi per aumentare l'appetito a contrastare la denutrizione. La forza di questi meccanismi innati varia tra gli individui. È possibile che alcuni individui, geneticamente predisposti all'anoressia nervosa, abbiano un sistema di regolazione più vulnerabile.

Se le abitudini alimentari anormali persistono per un certo periodo di tempo, l'individuo può avere delle difficoltà a recuperare la naturale auto-regolazione alimentare. In questi casi, le sensazioni di fame e sazietà devono essere appresi nuovamente, in un processo riabilitativo che consente di riprendere il controllo del normale appetito.

In alcuni individui emerge una pulsione a mangiare troppo, come vedremo nel prossimo capitolo.

Come dicevamo, l'obiettivo di questo capitolo è fornire una guida ai genitori per collaborare con i curanti garantendo una gestione adeguata del processo riabilitativo nell'ambiente domestico. Per realizzare una buona collaborazione è necessario condividere una serie di informazioni.

L'obiettivo della riabilitazione psico-nutrizionale è di aumentare il peso attraverso un'adeguata alimentazione. Ciò avviene meglio con piccoli pasti/spuntini fatti regolarmente durante il giorno.

Nella prima fase (3-7 giorni), quando si ha a che fare con soggetti che si trovano nella zona di elevato rischio dell'anoressia nervosa, il consiglio è di mirare a una dieta molto semplice e digeribile, suddivisa in più pasti (anche sei al giorno) piccoli e leggeri:

- ridotte porzioni di latte (eventualmente ad alta digeribilità) o yogurt.
- cereali da colazione (meglio non integrali)
- piccole porzioni di pesce o carni magre con verdura
- un po' di pane e/o patate e/o legumi
- poco olio extravergine di oliva
- minestre di verdura con legumi e pasta
- frutta fresca come spuntino.

L'obiettivo finale è di mirare al raggiungimento di una dieta normale (approssimativamente 2000kcal-2500kcal o più a seconda dell'età e sesso del paziente, delle sue dimensioni, del livello di attività fisica, della storia del suo peso e di quello della famiglia, ecc.) effettuata il più possibile con l'utilizzo di alimenti naturali, o con l'aiuto di integratori pronti. Approssimativamente 500kcal supplementari al giorno (cioè oltre a quelle necessarie per il mantenimento) possono far aumentare il peso di circa mezzo chilogrammo in una settimana, risultato che risente del livello di esercizio fisico effettuato.

I professionisti nel campo dei disturbi alimentari mirano a far aumentare alle pazienti il loro peso di 1 kg alla settimana se sono ricoverate in ospedale e 0,5 kg se non lo sono. Una tendenza costante all'aumento del peso è, tuttavia, più importante dei risultati settimanali, specialmente in regime ambulatoriale.

Acquisire quel numero di calorie per recuperare il peso in maniera continuativa è per le pazienti una notevole richiesta di impegno. E' necessaria la supervisione per limitare le attività che possano portare via energia, sospendendo quelle strutturate (sport, educazione fisica scolastica) quando il livello del peso è molto basso e/o la difficoltà ad accettare un'alimentazione sufficiente è elevata. È utile l'incoraggiamento e la rassicurazione (ad esempio che l'aumento di peso è finalizzato al ripristino di valori normali e poi si arresterà) per superare le paure che questa fase comporta.

Affinché possano acquisire peso, le pazienti dovranno fare tre pasti (colazione, pranzo e cena) e due-tre spuntini al giorno (a seconda dell'età, del sesso e del IMC). Psicologicamente e fisicamente, la paziente si sente più a proprio agio quando mangia a intervalli durante la giornata. E' quindi necessario avere un programma costante e ordinato. Questo permetterà alla paziente di non sentirsi troppo "gonfia" e affrontare gradualmente la sintomatologia derivata dal semidigiuno (sazietà precoce, lentezza digestiva, ritardato svuotamento dello stomaco), aiutando nel contempo l'organismo a ristabilire i ritmi biologici di fame e sazietà, di secrezione dei succhi digestivi e di ripristino delle capacità assorbitive ed evacuative dell'intestino.

Sarebbe irrealistico pensare che la paziente possa dall'oggi al domani seguire senza problemi un piano di alimentazione abbandonando la propria routine. Un programma del genere si può sviluppare gradualmente durante le settimane, introducendo all'inizio

gli spuntini per poi arrivare all'arricchimento dei pasti principali.

In alcune situazioni è possibile completare la propria dieta con degli integratori, alimenti prodotti dall'industria farmaceutica. Le formule più indicate sono in grado di fornire con dosi di circa 200 ml, dalle 300 alle 400 Calorie distribuite tra proteine, grassi e carboidrati, oltre che apportare vitamine e minerali. Il dietista vi darà le indicazioni su quali preferire e con quale modalità di assunzione (ad esempio è consigliato che questa avvenga sotto la supervisione di un adulto, anche per evitare che vengano sprecati). Gradualmente gli integratori saranno sostituiti con alimenti naturali quali i frappé, i frullati, le bevande a base di latte, o altri cibi adatti agli spuntini. Si raccomanda l'assunzione di preparati multivitaminici/multiminerali secondo le indicazioni ricevute dai sanitari.

Evitate che la paziente consumi e si riempia con grandi quantità di frutta e verdura. Alcune di loro imparano a vivere mangiando solo questi alimenti. La frutta va compresa nel menù giornaliero ma non può essere considerata un equivalente di snack o un dessert. Tali regole vanno chiarite con la paziente in modo da evitare fraintendimenti.

Evitate, inoltre, che la paziente consumi un eccessivo volume di fluidi per riempirsi o per vomitare con più facilità dopo un pasto. Incoraggiatela a non bere più di uno/due bicchieri (200ml) di acqua per pasto e uno durante lo spuntino. Evitate bibite gassate e moderate l'uso di caffeina (contenuta nel caffè, ma anche in bevande a base di cola, normali o light).

A volte è vantaggioso iniziare il processo di riabilitazione con degli alimenti che non generano paura, sia in termini di quantità (utili le confezioni monoporzionamento) sia di qualità, preferendo quelli con cui si ha più familiarità. La lettura delle etichette che specificano la quantità di nutrienti e calorie contenuti, la sperimentazione di nuovi alimenti possono essere funzionali all'obiettivo generale di familiarizzare con il cibo e ridurre gradualmente l'esigenza di regole restrittive.

Quello che segue è un esempio di programma quotidiano per aumentare il peso utilizzato in una struttura residenziale riabilitativa che si occupa di disturbi alimentari. Ovviamente questo programma può subire delle variazioni ed essere adattato ai bisogni (età, IMC) della paziente. La quantità di cibo e la regolarità dei pasti e spuntini sono aumentati lungo un periodo di alcune settimane.

Prima colazione: 30-40g di cereali (fiocchi di granturco, avena, riso, muesli) con 200-250 ml di latte (parzialmente scremato o intero) e due fette di pane tostato (o 4-5 fette biscottate) con burro e marmellata/miele o due fette di pane tostato con crema di cioccolato spalmabile.

Spuntino di metà mattina/spuntino 1: Gli esempi includono: una merendina o barretta di cereali (vari generi), o una fetta di torta/ un toast con burro e marmellata, o biscotti (3-4), o una porzione di biscottini (ad es. pavesini) con un bicchiere di latte (circa 150 ml), o uno yogurt intero naturale o alla frutta, o un frullato di latte e frutta, o un budino,

o una bevanda a base di latte intero (latte e cacao, latte e sciroppo di frutta o di menta di circa 200 ml), ecc.

Pranzo e Cena: una porzione di alimenti che contengono carboidrati: (80-90 g di pasta o riso o 250 di gnocchi di patate o g 30 pasta o riso in brodo+1 pezzo di pane (circa 60 g) o 2 patate medie o 2 cucchiaini da portata di polenta o purea di patate, pasta di pizza da farcire g 130 o 1 porzione di ravioli di magro (g 200/250) o tortelloni (secchi g 70/80 a crudo) o 2-3 cannelloni o 1 fetta media di pasticcio (circa g 140/160)

+ una porzione di alimenti proteici: una bistecca o hamburger o svizzera da circa 80-100g; o un petto di pollo o tacchino o una porzione di arrosto (a cotto circa g 50-60) o un quarto di pollo (coscia o petto g 150 crudo con osso, g 100 cotto) o una porzione di coniglio (1-2 pezzi, g 100 cotto) 3-4 volte la settimana; filetto di pesce g 100, pesce intero g 140 2-3 volte la settimana; prosciutto crudo o speck g 60 o prosciutto cotto g 70 o bresaola g 50, 1-2 volte la settimana (che si possono usare anche per farcire la pizza); uova grandi 1½-2 cucinate senza grassi 1-2 volte la settimana. Saltuariamente una piccola scatola di carne conservata o di tonno al naturale. In sostituzione della carne: formaggio a pasta dura g 60/70, formaggio stagionato g 40/50, a pasta fresca (es. stracchino, mozzarella, caciotta) g 80/100 (che si possono usare anche per farcire la pizza), ricotta g 130/150.

+ una porzione di verdura cotta o cruda condita con olio (sale, aceto o limone a piacere) o salsa allo yogurt o maionese; anche le verdure si possono usare per farcire la pizza.

+ 1 frutto o un bicchiere di spremuta di agrumi.

Spuntino di metà pomeriggio/spuntino 2: una coppetta di gelato con 3 palline o una macedonia di frutta con panna o gelato, o una fetta di pane con 1 cucchiaino di marmellata o di cioccolato spalmabile, o biscotti 4-6 e un succo di frutta, o 1 brioche/ merendina di pan di Spagna/crostatina, o 1 fetta di torta margherita (g 100/120), 2 barrette di cioccolato (g 40) con un bicchiere di latte; 1 fetta di crostata con marmellata (g 100/120). È importante cercare di variare gli alimenti durante la settimana.

Spuntino di dopo cena/spuntino 3: una tisana alle erbe con zucchero o miele e 2-3 biscotti o una pallina di gelato o uno yogurt alla frutta o una tazza di latte con il miele o il cacao zuccherato

Uno dei compiti più ardui dei genitori è trovare la maniera giusta di incoraggiare la figlia. Di seguito sono forniti dei suggerimenti sul come farlo.

Può essere utile sottolineare che in molte malattie è necessario prendere delle medicine sulle cui dosi e orari non discutiamo (es. gli antibiotici). Il cibo dovrebbe essere concettualizzato come rimedio per aiutare la paziente a recuperare; quando la malattia è la denutrizione, la medicina è mangiare, cioè fornire all'organismo i nutrienti e l'energia di cui ha bisogno per permettergli di sostenere una vita adeguata all'età. Il disturbo vorrebbe impedire alla

paziente di curarsi, ma con il sostegno della famiglia e dei terapeuti, lo si potrà sconfiggere. Sono descritte di seguito le modalità principali necessarie per incoraggiare la paziente a mangiare.

Progettare in anticipo i pasti. Quando possibile, è buona cosa utilizzare del tempo per progettare il pasto. A tavola si potranno utilizzare frasi del genere:

- *“Abbiamo pianificato ieri questo programma” oppure “è la pianificazione che hai fatto con la dietista”*
- *“Eravamo d'accordo che non avremmo cambiato nulla durante i pasti.”*
- *“Ricorda, discutiamo dei programmi e degli obiettivi dei pasti al di fuori dei pasti.”*

Decidere degli obiettivi raggiungibili. All'inizio si può partire con uno spuntino e aumentare da lì.

Niente motiva più del successo, così ricorda di cominciare con obiettivi raggiungibili. D'altra parte, non porre degli obiettivi troppo facili perché non fanno sentire realmente di aver avuto successo. Attraverso la discussione e la progettazione dettagliata puoi scegliere i giusti obiettivi.

Può essere necessario precisare che nel caso in cui ci fossero dei fallimenti nel raggiungere gli obiettivi o nel riacquistare peso, si potrà valutare, a seconda del rischio medico, se decidere il ricovero o limitare le attività fisiche.

Porre limiti e confini precisi (accordati in anticipo). È utile ricordare, con la giusta calma, gli accordi presi con i curanti. Quando è necessario possiamo riconfermarli, tranquillamente e con costanza, per esempio:

- *“Abbiamo deciso questo alla nostra riunione. Possiamo discutere di questo ancora, ma non adesso.”*
- *“In seguito possiamo andare in qualche luogo e parlare di perché sia così difficile ma adesso concentriamoci sul mangiare.”*

Ricordarsi che le ossessioni possono comparire in ogni momento, con critiche e giudizi. “Non meriti di mangiare stupida grassa”, “chi sei tu per pensare di essere autorizzata a mangiare?” e “stai infrangendo le regole”. Possiamo neutralizzare le ossessioni mostrando calore ed affetto. Astenendoci da espressioni critiche e frustrate, aiutiamo a spostare l'attenzione della ragazza dal cibo a altri argomenti non ansiogeni.

- *“Ricorda che è normale mangiare ed il tuo corpo ne ha bisogno. Ogni persona ha bisogno del cibo come nutrimento.”*
- *“Quando non mangi il tuo metabolismo rallenta.”*
- *“Il cibo non è il vero problema; sono i poteri irrazionali che tu gli attribuisce.”*
- *“Non lasciamo che il disturbo alimentare vinca.”*

Gesti di conforto - una carezza, una mano sulla spalla, un sorriso in un'atmosfera rilassante - sono molto utili.

Sostenerla ed elogiarla ogni volta che è possibile. Puoi riconoscere, ad esempio, quanti sforzi stia facendo:

- *“Io credo in te - so che ce la puoi fare.”*
- *“Mi ha colpito il coraggio che hai mostrato nel superare i tuoi pensieri anoressici.”*
- *“Sei una persona così forte – ho così tanta ammirazione per te.”*
- *“E' una grande cosa che tu sia stata abbastanza flessibile nel cambiare le tue regole in maniera da preoccuparti della tua salute.”*

È importante essere specifici nelle affermazioni, evitando frasi generiche come “brava ragazza”, che possono suonare troppo accondiscendenti, ad esempio:

- *Sono colpito da come ti sei comportata. Avresti potuto fare un passo indietro dopo che ci siamo accorti che nessuno dei tuoi yogurt era nel frigo e invece vedo che stai aumentando il tuo potere di difesa contro la malattia.*

Aiutare dividendo il compito in piccoli compiti secondari, ad esempio:

- *Avevamo deciso mezz'ora per questo pasto. Che ne pensi di finire un quarto del piatto in cinque minuti? Vuoi che ti faccia sapere quando sono passati i cinque minuti?*

Non entrare in disaccordo durante i pasti (si può decidere di discutere nell'incontro successivo con la dietista o comunque al di fuori dei pasti). È importante restare calmi, coerenti e gentili.

Evitare gli scontri chiamando in causa un'autorità più grande:

- *“Il terapeuta dell'ospedale dice che non devo cominciare una lunga discussione con te rispetto al cibo.”*

Attenzione alle reazioni emotive automatiche quando ci si sente arrabbiati o frustrati. L'ansia e la rabbia sono contagiose – se sei ansioso la paziente potrà diventarlo.

In caso di comportamenti negativi, esprimi cosa vedi con calma; quando esprimiamo opinioni su comportamenti o rituali, è importante porre attenzione a ciò che diciamo, per non farla vergognare, umiliarla ed imbarazzarla, ad esempio:

- *“Vedo che stai spalmando il burro attorno al piatto. È un comportamento malato, proviamo a superarlo?”*

È molto importante accertarsi che la comunicazione durante i pasti sia positiva e calda ponendo attenzione anche alla comunicazione non verbale. Meglio eliminare tutte le osservazioni critiche ed ostili. La cosa può essere molto difficile. Vedere qualcuno che gioca col cibo e impiega così tanto tempo per mangiare, può essere irritante e frustrante. E' necessaria tanta pazienza per farlo giorno dopo giorno, pasto dopo pasto. Forse sarà necessario il sostegno di altre persone. Quando si è in difficoltà è meglio chiedere aiuto a un altro membro della famiglia. Alle volte è sufficiente un attimo di respiro e poi il problema appare più facile da affrontare.

COSE DA DIRE E DA NON DIRE	
Cerca di non dire le seguenti cose. Pensa al tono della voce.	Cose da dire con calma
<ul style="list-style-type: none"> • Perché non l'hai mangiato tutto? • Forza, non hai finito quel boccone, il tempo passo ed io o un sacco di cose da fare. • E' disgustoso vederti tagliare il cibo in quella maniera! • Guarda come sei diventata piccola! • Cosa pensi di essere, un topo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi hai detto che l'avresti mangiato. • Per favore fallo, so che puoi. • E' difficile ma so che hai il coraggio per farlo. • Nel piano che abbiamo concordato, abbiamo detto che la cena sarebbe durata al massimo 45 minuti. Ti mancano 15 minuti. Posso aiutarti. Vuoi che la riscaldi nuovamente? • Quella porzione non è sufficiente. Puoi provare di nuovo?

Come affrontare abbuffate e iperalimentazione

Adelina Zanella - dietista

Elena Collini - psicologa, psicoterapeuta

La **nutrizione** rappresenta una delle modalità più strette di relazione tra l'**ambiente**, che fornisce il cibo, e il **sistema biologico** che grazie a ingestione, digestione e assimilazione trasforma questo cibo in parte di sé. Questa relazione tra l'ambiente e la biologia è mediata dal **comportamento alimentare** che dipende anche da fattori di tipo affettivo, emotivo, relazionale e culturale. L'insieme di queste relazioni costituisce il sistema psicobiologico dell'alimentazione.

Poiché alimentarsi è fondamentale per l'esistenza dell'essere umano, l'organismo ha perfezionato vari sistemi di controllo per difendersi dalla denutrizione. Il nostro cervello è, tra i vari organi, quello che consuma più energie in rapporto al suo peso (circa 500 Kcal al giorno) ed è, coerentemente, programmato per garantire un sufficiente apporto nutritivo quotidiano. Due sono i sistemi di controllo a livello neurologico:

1. Il controllo dell'equilibrio/bilanciamento corporeo, che monitora lo stato nutrizionale (le riserve di nutrienti e la composizione corporea), adeguando di conseguenza le sensazioni di fame/sazietà.
2. Il sistema della gratificazione, che ha a che fare con la voglia/desiderio di mangiare e la sensazione di piacere conseguente.

Nelle persone con disturbi alimentari entrambi i sistemi sono alterati e possono favorire le abbuffate e l'iperalimentazione.

Il controllo dell'equilibrio corporeo

L'alimentazione è regolata da sensazioni biologiche interne che ci inducono a mangiare (fame) e a sospendere questo atto (sazietà) per un certo periodo di tempo. La sensazione di fame segue un andamento ciclico nelle 24 ore, sincronizzato dai periodi sonno-veglia: infatti la sensazione di fame presenta un picco massimo nelle ore del primo pomeriggio e uno minimo in quelle notturne, durante le quali scompare.

Biologicamente queste due sensazioni dipendono da diversi fattori quali ad esempio il tempo trascorso dall'ultimo pasto, i bisogni nutrizionali, le condizioni generali dell'organismo e la composizione dei cibi introdotti.

La visione del cibo, la sua presenza nel cavo orale, la permanenza nello stomaco inviano segnali fisiologici che inizialmente favoriscono e successivamente inibiscono l'assunzione di alimenti. Per esempio l'ingestione, digestione e assorbimento del pane provoca l'innalzamento del livello di glucosio nel sangue, che contribuirà ad inibire la sensazione di fame, segnale per la fine del pasto. Tutto ciò perché il cervello viene informato tramite "messaggi" ormonali e neurologici della qualità e quantità dei nutrienti ingeriti e delle

variazioni fisiologiche e metaboliche conseguenti all'ingestione di alimenti.

Il desiderio del cibo come piacere

Le condotte di iperalimentazione si verificano negli esseri viventi se:

1. sono stati soggetti a denutrizione per un periodo
2. il contenuto del loro stomaco viene svuotato dopo il pasto
3. sono stressati

Le persone che sviluppano la bulimia nervosa possono essersi trovate in queste condizioni, durante l'infanzia o nella fase iniziale della malattia: ciò permette che il sistema cerebrale della gratificazione si imponga producendo un modello di iperalimentazione. Privarsi di cibi che si considerano proibiti (ma anche utilizzare cibi gustosi come premio e negarli per punizione), carica questi alimenti di aspettative di gratificazione che compromettono l'equilibrio dell'auto-regolazione. Il piacere intenso derivante dalla violazione del divieto produce una stimolazione dei centri neurali paragonabile a quello delle droghe da abuso e compromette la regolazione del sistema della motivazione riguardo al cibo. Il cervello degli adolescenti è particolarmente a rischio di apprendere abitudini e comportamenti insoliti. Studi sugli animali hanno mostrato cambiamenti persistenti nel cervello e comportamenti come quelli riscontrati nelle dipendenze, conseguenti all'alterazione del modello alimentare nei periodi critici della sviluppo. Si è visto che alcol, nicotina e altre droghe che creano assuefazione, attivano gli stessi sistemi e gli animali, che sono stati esposti ad un ambiente che li porta ad un consumo eccessivo, diventano dipendenti da queste sostanze così come dal cibo. Il paradosso è che il desiderio di essere magri può mettere in moto un modello di alimentazione disturbata che accresce il rischio dell'obesità e altre dipendenze.

Come regolare il sistema delle ricompense

Ci sono molti modi per ristabilire un nuovo equilibrio alimentare. Elenchiamo qui di seguito alcuni suggerimenti:

1. Seguite un'alimentazione regolare, salutare, mista (consumando i cibi in 4-5 pasti, variando gli alimenti)
2. Programmare la giornata alimentare in un momento di tranquillità e strutturate anticipatamente il tempo libero (per quanto è possibile).
3. Limitate l'esposizione allo stimolo di cibi particolarmente gustosi (ricchi di grassi/zuccheri) o di cui ci si possa abbuffare.
4. Mangiate in contesti sociali: associate il piacere del cibo a quello dell'interazione sociale
5. Adequate il vostro peso a valori normali (IMC 18,5-25 kg/m²); i meccanismi della gratificazione sono ipersensibili quando le persone sono sottopeso, perché rinforzati dalle necessità biologiche.

6. È importante permettere che gli effetti post-ingestione del cibo (dallo stomaco in poi) producano la normale cascata di effetti neuronal e ormonali. Per fare questo è necessario interrompere l'uso del vomito e le condotte purgative. Vomitare inganna la trasmissione delle informazioni perché non permette che parte del cibo passi dallo stomaco all'intestino tenue. Ciò impedisce il rilascio di molti ormoni (CCK, polipeptidi pancreatici, glucagone, insulina, etc.) che riducono lo stimolo a continuare a mangiare. Se il cibo è in bocca, ma non raggiunge l'intestino si distrugge l'equilibrio di questo sistema. Possono essere utili i cibi che allungano il tempo di passaggio attraverso l'intestino perché ricchi di fibre, come pure gli alimenti con un basso indice glicemico (ad esempio gli amidi) che mantengono più a lungo il senso di sazietà.
7. Adottate alternative piacevoli: per "distrarre" lo stimolo alla ricerca di cibo come voglia/desiderio, si possono utilizzare una varietà di attività capaci di stimolare il sistema della gratificazione del cervello. Esso imparerà a rilasciare le sostanze chimiche collegate al piacere come risposta a fonti di appagamento diverse dal cibo. Le interazioni sociali o i feedback provenienti dagli altri sistemi sensoriali (ad esempio il tatto, attraverso massaggi; l'udito con il suono e la musica; la vista, con immagini serene e piacevoli; la proprioccezione, attraverso respiri lenti e profondi, come nelle pratiche meditative). Tutto questo attiva la parte sinistra del cervello, il sistema centrale "calmante" e agisce come un antidoto ai sistemi di attacco o fuga attivati dalla parte destra del cervello.

Parlare con una persona che ha un disturbo alimentare

Anna Tammaro – psicologa, psicoterapeuta

E' impossibile non comunicare. Persino rimanendo in completo silenzio si dice qualcosa, il silenzio parla e il corpo pure. La comunicazione è la chiave di lettura del nostro mondo intorno, la sostanza dei rapporti interpersonali.

Comunicare è di tutti, ma come per tutti gli strumenti ci vuole qualche istruzione per l'uso e pratica per padroneggiare meglio le situazioni. La comunicazione con una persona in difficoltà richiede ulteriori accortezze per creare maggiori opportunità di dialogo e migliorare il rapporto.

Una persona non è ridicibile al proprio problema. È fondamentale tener presente che il mondo dell'altro si articola in modo complesso. Ha a che fare con il carattere, i modi di fare e di vedere se stesso, l'esperienza di vita fatta di ricordi ed esperienze, speranze, delusioni, paure ed entusiasmi, capacità, abitudini, sentimenti, umori. Questo crogiolo di particolarità rende ogni persona unica e diversa da chiunque altro.

Può avvenire che all'insorgere di un problema quale quello alimentare, ciò che prima veniva considerata una particolarità della persona, diventi d'un tratto segnale di malattia, disturbo da eradicare. In parte sarà così, alcuni pensieri e comportamenti emergono prepotentemente come legati alla problematica, ma il mondo di una persona con disturbi alimentari resta sempre il mondo della persona in primis.

Non è facile evitare di focalizzare l'attenzione su ciò che fa più paura ma farlo restringe inevitabilmente il campo di osservazione e di pensiero. Con la nostra attenzione a tutto ciò che è sintomo contribuiamo a costruire una definizione totalizzante della persona malata, e a rimanere incastrati in una spirale di discorsi che sono sempre gli stessi.

Anche per questo motivo è importante l'ascolto, perché vi sia sempre uno spazio libero in cui poter dire cose anche poco condivisibili. Se non li censuriamo sul nascere, i pensieri relativi a ciò che è accaduto, a cosa sta succedendo e a come se ne può venire a capo, potrebbero rivelare più di quanto non ci si attenda. Di certo un dialogo accogliente crea un precedente gradito che può far sentire la persona un po' meno sbagliata e più disponibile a confrontarsi.

L'istinto di voler eliminare ogni traccia di ciò che sia poco utile ad una pronta guarigione porta a condurre la conversazione su temi pratici, ma il tempo risparmiato potrebbe essere solo un miraggio. E' giusto aiutare, è meno giusto cercare di mettersi al posto dell'altro. Essere in difficoltà non significa diventare incapace di intendere e volere. Ciò non significa che la persona debba andare a ruota libera, lasciata allo sbando, in compagnia solo di se stessa. Si tratta di continuare a pensare che chi abbiamo di fronte è sempre la persona di prima con gli stessi bisogni e le stesse risorse, in un momento in cui il processo di costruzione della propria autonomia e la sua ricerca di senso sono ostacolati da difficoltà che in questa congiuntura lei percepisce come insormontabili.

Chi la sosterrà, in modo professionale e no, dovrà aiutarla a riannodare i capi del proprio percorso in modo da rendere possibile l'aspettativa di un futuro senza malattia. Non è facile trovarsi di fronte ad una realtà di disagio, specie se non si è operatori professionisti, ma lo sforzo di comprensione del mondo altrui ha sicuramente un impatto positivo. In definitiva è a mio avviso indispensabile mantenere una posizione di curiosità e apertura nei confronti dell'altro. Se riusciamo a non appiattire i rapporti, possono emergere nuove idee, schiudersi nuovi sentimenti, aprirsi nuove opportunità. Il ventaglio di possibilità relazionali si amplia e non si compromette la possibilità di interpretare ruoli diversi nella vita. Non più solo malati e caregivers.

Le persone con disturbi alimentari hanno bisogno di aiuto, di umanità, di spazi di normalità, necessitano come tutti di avere accanto qualcuno che non sia continuamente preoccupato e sul chi va là. Difficile...meno di quanto si possa pensare.

Certe indicazioni possono essere recepite meglio in rapporto al tipo di legame che si intrattiene, che sia familiare, amicale, professionale. Ciò che non cambia è che la sostanza del rapporto è costituita da persone che scambiano qualcosa reciprocamente. Quando sarà tutto finito, ci si potrà rendere conto di quanta strada si sia fatta insieme e che non tutto è da dimenticare, ci saranno state lacrime ma anche sorrisi. C'è un ottimismo di fondo che permette di non ridurre tutto ai minimi termini, di mantenere vivace e vitale un rapporto. Questo è un obiettivo cui tendere.

Lo stare bene in una conversazione è predittivo di qualcosa di importante, è già stare bene.

Cosa possono fare gli amici

Marina Moro – psicologa, psicoterapeuta

Insieme al cambiamento nella relazione con i genitori, in adolescenza l'ambiente esterno alla famiglia, in particolare il gruppo dei pari, diventa per il ragazzo un riferimento sempre più significativo per poter affrontare il suo percorso di crescita.

Non si tratta propriamente di una sostituzione della funzione dei genitori con quella degli amici, l'adolescente continua ad aver bisogno di essere in relazione con le figure genitoriali, ma necessita sempre più di potersi sperimentare all'esterno per trovare uno spazio nuovo al suo nuovo modo di sentire e di viverci.

I cambiamenti nelle relazioni vanno di pari passo con i cambiamenti negli stati d'animo e nei sentimenti. In adolescenza assistiamo alla nascita di nuovi bisogni motivati dalla metamorfosi del bambino in adulto. La necessità di acquisire un senso di identità personale richiede al ragazzo di sperimentare nuovi modi di relazione, diversi da quelli della dipendenza infantile. Il bisogno di individuarsi come persona richiede di poter preservare uno spazio privato, al riparo dal controllo genitoriale, dove potersi ritirare in solitudine, per dare spazio alla fantasia, o da poter condividere con i suoi simili.

L'amicizia con i coetanei è il migliore antidoto nei confronti dell'insicurezza; nell'amicizia è possibile sentirsi compresi: raccontare i propri stati d'animo aiuta a superare la vergogna dovuta alla paura di non piacere nell'aspetto, nello status sociale o nel modo di porsi.

Questo tipo di funzione solitamente viene svolta da un amico preferenziale, l'amico del cuore, che diventa depositario e depositante, a sua volta, di una sorta di segreto: l'amico non è più un semplice compagno di giochi, come nell'infanzia, ma è una persona che attraversa la stessa condizione emotiva.

Il gruppo degli amici nel suo insieme svolge una funzione meno intima e privata ma altrettanto utile per sedare le ansie dell'emancipazione. La solidarietà che si crea all'interno del gruppo fornisce le garanzie, un tempo offerte dalla famiglia, per sperimentarsi in modo protetto; la cooperazione permette di potersi attivare insieme rispetto uno scopo sentendosi così sostenuti e condividendo le responsabilità. Il gruppo permette anche il confronto con i cambiamenti degli altri coetanei e di trasformare la paura di essere diversi e di sentirsi esclusi nella possibilità di corrispondere ad uno standard, spesso rappresentato da una segnale visibile che contrassegna l'appartenenza a quel gruppo. Più grande è il senso di diversità ed inadeguatezza e maggiore diventa il bisogno di omologazione.

La necessità di corrispondere ad uno standard si esprime anche nella scelta di un leader all'interno del gruppo o nella idealizzazione di "personaggi", fuori dalla sfera familiare, che solitamente rappresentano gli anti-eroi del mondo infantile.

La precedente serenità dei genitori nel guardare le amicizie dei figli viene turbata di fronte a delle scelte e ad una modalità di partecipazione finora sconosciute, ma il gruppo, salvo in caso di evidente devianza che segnala la difficoltà e il bisogno di aiuto del ragazzo,

solitamente è il mezzo più adatto per traghettare verso la propria personale stabilità. Proprio per l'importanza che assumono gli amici nella giovinezza è frequente che essi siano i primi a venire a conoscenza dell'esistenza di un problema, che può essere per esempio quello alimentare.

Nella maggior parte dei casi le persone amiche se ne accorgono da sole, osservando nell'altro comportamenti anomali o verificando dimagrimenti repentini; più raramente è la persona che ne soffre a confidare le sue difficoltà. Nel secondo caso la situazione è facilitata dal fatto che la persona in questione accetta di parlarne, ma in entrambi i casi l'amico "depositario del segreto" si può trovare ad essere testimone di comportamenti autodistruttivi senza sapere come essere di aiuto.

Innanzitutto è importante distinguere quali cose gli amici possono fare per aiutare il loro compagno e quali altre cose non sono in grado di fare direttamente, ma possono tentare di facilitare.

Nel caso in cui l'amico sospetti la presenza di un disturbo alimentare, ma non ne abbia la certezza, è consigliabile che esprima la propria preoccupazione, piuttosto che agire un controllo tacito sul sintomo. E' importante anche mettere in conto la possibilità che l'altro non accetti di parlarne e fare attenzione che il dialogo non si trasformi in un atto di accusa che porti ad un allontanamento reciproco. Chi soffre di un disturbo alimentare non sempre è disposto ad aprirsi o confrontarsi: è possibile che all'inizio non lo consideri un problema, che si stia già chiudendo in una posizione di rigido ritiro, soprattutto nell'anoressia, o che se ne vergogni, soprattutto nella bulimia. Decidere di aprire l'argomento per un amico può non essere facile e non è detto che porti a qualche soluzione, ma è importante che a chi soffre arrivi il messaggio di disponibilità all'ascolto e all'aiuto, che potrà essere rinnovato anche in un altro momento.

Il tipo di sostegno che l'amico può dare non può certo essere centrato sulla sfera alimentare, sarebbe rischioso assumere atteggiamenti di controllo come lo stabilire regole alimentari o verificare il peso. Focalizzarsi sul disturbo oltre a portare probabilmente ad un senso di impotenza, frustrazione o colpa, rischia di far perdere di vista la persona che ha il disturbo e che, piuttosto, andrebbe aiutata a cercare l'aiuto specialistico di cui ha bisogno, magari cercando insieme il posto adatto o accompagnandola all'appuntamento.

La disponibilità dell'amico si dovrebbe così concretizzare nel favorire un rapporto che non permetta il ritiro e la chiusura, che spesso vivono le persone con disturbi dell'alimentazione e che rende così difficile la richiesta di aiuto.

Malgrado le buone intenzioni degli amici non è detto che le persone modifichino il loro comportamento alimentare, anche in questo caso è indispensabile mantenere un'apertura, una disponibilità che significa anche dedicare all'altro del tempo per fare delle cose che piacciono a entrambi. Questo atteggiamento è diverso dal "far finta che tutto vada bene" o dal pensare che l'amico debba per forza trasformarsi in una "crocerossina", piuttosto rivela la possibilità di recuperare le parti sane del rapporto di amicizia in una continua crescita di rispetto reciproco dove l'altro può decidere per sé senza che l'amico si senta offeso o in colpa.

Cosa possono fare gli insegnanti

Francesco Lotito – psicologo, psicoterapeuta, insegnante

I primi segnali d'allarme

La scuola è un luogo privilegiato per rilevare i primi segnali di allarme rispetto a un disturbo alimentare. Docenti, personale scolastico e compagni di classe si trovano spesso in una posizione migliore rispetto alla famiglia per osservare, conoscere e agire. L'allarme può scattare di fronte all'eccessiva magrezza di una studentessa o dalla velocità con cui ha perso peso. Disegni, dialoghi, temi possono colpire per i loro contenuti particolarmente marcati. Durante una gita si può notare la difficoltà a mangiare dello studente ed altre volte il pericolo può scattare grazie ai racconti di amici preoccupati: "non mangia niente", "ho paura che vada a vomitare".

Quanto bisogna essere allarmisti in queste situazioni? Come si può capire se si è ancora nell'ambito della tipica preoccupazione adolescenziale per la propria immagine, peso e cibo o si è più vicini a un disturbo alimentare?

E' bene in questi casi confrontarsi con altri colleghi o con lo psicologo scolastico. Alcuni docenti potrebbero minimizzare le preoccupazioni soprattutto se lo studente, come spesso accade nei casi di anoressia, è intelligente e dalla condotta ineccepibile. Altri, invece, potrebbero aggiungere informazioni preziose. Non è tuttavia compito della scuola fare diagnosi. Solo gli specialisti possono stabilire se si tratta di un disturbo alimentare e cosa si può fare a riguardo. E' importante ricordare che in questi casi è meglio essere previdenti che far finta di niente. Un intervento precoce può favorire la prognosi e in questi casi è meglio sbagliare che esser troppo cauti.

Comunicare con la famiglia

Se i dati emersi richiedono una segnalazione della situazione alla famiglia è bene parlare direttamente coi genitori e non con lo studente, che potrebbe negare o minimizzare il problema. Se il disturbo alimentare è presente, lo studente ha imparato a nascondere efficacemente. Dal momento che anche la famiglia potrebbe negare il problema, è bene che ci si relazioni coi genitori non come singolo docente, ma come rappresentante degli stessi o come psicologo scolastico. Bisogna far presente alla famiglia i vari dati emersi dal confronto di più persone. Durante il colloquio con i genitori si può suggerire quale persona o struttura contattare per tale tipo di problema.

Solo nel caso in cui i genitori non si impegnino per verificare lo stato di salute del proprio figlio, con un chiaro pericolo per lo stesso, bisogna fare una segnalazione alle autorità competenti.

Cosa fare se lo studente si rivolge direttamente al docente

In alcuni casi può succedere che uno studente confidi il suo problema a un docente di

cui si fida particolarmente. In questi casi è importante essere sia solidali ma anche chiari rispetto all'uso che si farà dell'informazione, che non può essere tenuta nascosta.

Durante il colloquio non bisogna essere giudicanti o punitivi. Non si devono fare commenti sull'aspetto fisico dello studente, sia positivamente che negativamente, perché facili da fraintendere. Non si deve dare la colpa di quello che sta accadendo alla famiglia, allo studente o alla società. Vanno evitate facili moralizzazioni, diagnosi o piani per il trattamento e il monitoraggio del comportamento alimentare dello studente.

L'allievo ha bisogno di sentirsi ascoltato e capito, senza avere la sensazione di essere giudicato per quello che sta avvenendo. Deve sentire chiaramente l'apprezzamento per il coraggio avuto nel parlare del problema che sta vivendo.

E' normale che un docente si senta particolarmente coinvolto quando uno studente si confida con lui. In questi casi per tranquillizzare l'allievo potrebbe fare delle promesse non mantenibili: "Se hai bisogno di parlarmi, chiamami quando vuoi", "stai tranquillo che ti sarò accanto in ogni momento". Inoltre, non bisogna cadere nella trappola di promettere allo studente di mantenere segreto il problema. E' una promessa che non può essere mantenuta rispetto alla responsabilità che si ha nei confronti del minore. Il docente deve ricordare il suo ruolo e non cercare di diventare il terapeuta dello studente.

Insegnare a studenti con disturbi alimentari

Rispetto a una diagnosi che confermi un disturbo alimentare bisogna agire con sensibilità e consapevolezza. Di solito gli studenti con disturbi alimentari non sono un problema per i docenti. Anzi, in molti casi, soprattutto tra quelli affetti da anoressia, si riscontra molto impegno scolastico. E' rara, infatti, la presenza di comportamenti problematici in questi soggetti. Al docente si chiede di contribuire al mantenimento di un clima di sostegno privo di stimoli che favoriscano l'ossessiva attenzione dello studente verso cibo, peso o immagine corporea.

E' bene che la scuola abbia un colloquio con i genitori e lo studente per discutere rispetto alle aspettative e agli obiettivi a breve e lungo termine. Il compito del docente in questo caso è aiutare lo studente a fissare delle mete raggiungibili, anche perché potrebbe facilmente trovarsi di fronte a una persona con un pensiero un po' rigido e con standard irrealistici. Bisognerà considerare anche le assenze che potrebbero esserci per visite mediche, terapia, ecc. In questo caso, obiettivi scolastici a breve termini diventano secondari rispetto al processo riabilitativo.

Quando lo studente sarà a scuola bisognerà evitare di esporlo ad attività e discussioni che possano metterlo in difficoltà, soprattutto se dirigono l'attenzione verso il suo peso, l'immagine corporea o il disturbo alimentare. Tali pratiche danno un rinforzo agli stereotipi: generano vergogna, senso di colpa e ansia; ciò può avvenire sia quando lo studente partecipa all'attività in prima persona che da spettatore. Non sono accettabili, inoltre, scherzi, offese e prese in giro rispetto all'aspetto fisico dello studente. Un lavoro

preventivo sul gruppo può evitare l'insorgere di simili situazioni.

Se da un lato l'insegnante può avere determinate aspettative rispetto ai risultati che può conseguire lo studente, dall'altro non deve far sì che lo studente si senta penalizzato, lasciato da parte rispetto al resto della classe. Se lo studente tende a isolarsi rispetto agli altri si può favorire la sua socializzazione facendolo lavorare in piccoli gruppi formati da studenti più sensibili. E' necessaria una certa flessibilità con le interrogazioni e le verifiche. Se lo studente è spesso assente per la terapia, il percepire un certo grado di flessibilità da parte della scuola lo aiuterà a gestire meglio lo stress e il carico di lavoro.

Dal punto di vista cognitivo e comportamentale uno studente con disturbi alimentari può avere:

- difficoltà a concentrarsi e un rallentamento del funzionamento cognitivo con conseguente difficoltà a padroneggiare anche conoscenze precedentemente acquisite;
- un pensiero molto rigido;
- attacchi di ansia e bassa tolleranza allo stress. Agitazione, pianto e chiusura in se

stessi indicano che il livello di stress dello studente sta aumentando. In questi casi si può aiutare lo studente facendolo uscire dalla classe, interrompendo il lavoro che sta facendo, facendo qualcosa di diverso rispetto a quello che si faceva prima. L'aumento del livello di stress da parte di studenti affetti da bulimia nervosa può essere espresso anche attraverso l'assunzione eccessiva di cibo.

La prevenzione

La scuola può avere un ruolo importante nella segnalazione di situazioni a rischio, ma ancor più nella prevenzione del problema eliminando al suo interno fattori che possano favorire l'insorgere dei disturbi alimentari come:

- l'esaltazione della magrezza
- un clima che favorisce una bassa-autostima
- gli stereotipi di genere
- l'esaltazione della competizione non costruttiva in classe

Poiché questi fattori rispecchiano alcune influenze socioculturali è importante che il corpo docente favorisca l'instaurarsi di un clima più costruttivo e sia da supporto nel promuovere il benessere dei propri allievi. Questi temi possono essere trattati durante le lezioni o diventare parte di progetti scolastici coinvolgendo eventualmente specialisti del settore.

Cosa possono fare allenatori e istruttori di sport

Federica Imelio – psicologa, psicoterapeuta, istruttrice sportiva

L'eccessiva attenzione alla forma corporea, la preoccupazione culturale per il controllo del peso, le ristrettezze che alcuni sport a livello agonistico richiedono, pongono in primo piano la necessità di indagare la relazione esistente tra sport e rischio di sviluppo di disturbi alimentari.

La pratica sportiva è un ottimo laboratorio per indagare come l'individuo percepisca il proprio corpo: quale valore dia all'immagine di sé, alla propria autoefficacia fisica e come questa si leghi all'autostima.

E' importante che gli operatori dell'area dello sport giovanile siano formati non solo come allenatori ma anche come educatori attenti ai bisogni dei propri allievi. L'azione preventiva nei confronti dei disturbi alimentari e dell'immagine corporea, sia femminile che maschile, risulta fondante la relazione sportiva.

I disturbi alimentari negli atleti sono in rapida diffusione specialmente negli sport che enfatizzano la magrezza degli atleti e dove la magrezza è giudicata come fattore importante nella decisione del punteggio finale. Tutti gli sport dove l'atleta è sottoposto a regimi alimentari restrittivi e sente su di sé il peso della prestazione, pongono a rischio la salute dell'atleta. La pratica sportiva, tuttavia, non è condizione sufficiente a far ammalare la persona di anoressia; i disturbi alimentari si sviluppano a partire da una concomitanza di fattori.

Ricordiamo che lo sport è fondamentale perché contribuisce a migliorare l'autostima e la propria immagine corporea. Attraverso il ruolo degli allenatori, aiuta a contrastare la tendenza al sovrappeso e aiuta a gestire le correlazioni dannose tra sport e diete restrittive, condotte eliminatorie e assunzione di sostanze dopanti.

Se si sospetta che un atleta abbia un disturbo dell'alimentazione, è importante osservare la presenza o meno di alcuni comportamenti e sintomi fisici correlati.

Per quanto riguarda l'anoressia:

- Significativa perdita di peso
- Amenorrea
- Iperattività ed esercizio compulsivo al di là della normale attività fisica
- Intensa paura di ingrassare o commenti sul grasso nonostante un'evidente magrezza
- Sensazione costante di freddo (maglioni pesanti anche d'estate)
- Abbigliamento largo che nasconde le forme del corpo
- Tendenza ad evitare il pasto in pubblico
- Generale compulsività nelle attività di tutti i giorni (scuola, lavoro, etc.)
- Umore depresso
- Irritabilità
- Ritiro sociale

Per quanto riguarda la bulimia:

- Estrema preoccupazione e autocritica per il peso corporeo, la forma e l'aspetto fisico
- Ansia che circonda il momento dei pasti (vergogna e tentativo di nascondersi)
- Rubare furtivamente del cibo per le abbuffate
- Ingestione di cibo molto rapida
- Scomparsa dopo aver mangiato, spesso in bagno
- Suono dell'acqua in bagno per nascondere il rumore del vomito
- Debolezza, stanchezza (dovute alla disidratazione)

Come aiutare gli atleti che mostrano segni di un disordine alimentare?

Generalmente è difficile convincere gli atleti che hanno bisogno di aiuto, perché di solito sono convinti che limitando il cibo e perdendo dunque peso, possano compiacere ad allenatori e giudici e possano così migliorare le loro prestazioni sportive globali. Le anoressiche, ad esempio, associano molto spesso il concetto di vincente al concetto di magro. In realtà la perdita eccessiva di grasso corporeo non solo porta ad una riduzione del rendimento, ma può portare gravi complicazioni di salute (aritmie cardiache, collasso cardiaco, disequilibrio degli elettroliti, anemia, problemi ossei).

Ecco cosa possono fare allenatori e operatori dell'area dello sport:

- Osservare sempre lo stato di salute psicofisico dei propri allievi
- Dialogare costantemente con loro
- Saper riconoscere la presenza di un disturbo alimentare
- Essere di supporto e ascoltare l'atleta qualora voglia parlare del problema
- Non essere giudicanti ma accogliere le emozioni dell'atleta
- Rispettare la volontà dell'atleta per tutto ciò che riguarda le scelte alimentari senza tentare ogni strada per convincerlo a mangiare
- Evitare di parlare della magrezza dell'atleta ma esprimere la propria preoccupazione circa il suo stato di salute e la sua mancanza di serenità
- Invitarlo a fare un check-up medico da un medico sportivo
- Indirizzarlo in un centro specializzato

E' importante che gli allenatori trasmettano una cultura dello sport che ponga in primo piano il rispetto della persona dell'atleta, nella sua unicità integrata di corpo e mente. Colpevolizzare un atleta perché troppo grasso, criticare in maniera eccessiva l'aspetto corporeo, fare pressione affinché si ottengano a tutti i costi i massimi risultati sono comportamenti che potrebbero causare gravi danni emotivi all'atleta con la conseguenza di una ricerca ossessiva di controllo del peso. Al contrario, lodare l'atleta per l'impegno e la passione, essere fieri dei loro sforzi al di là del risultato, può aiutare a sviluppare una solida fiducia in sé stessi e ad evitare disturbi emotivi.

Allenatori e istruttori devono conoscere e saper riconoscere i segnali di un possibile scompenso emotivo e alimentare; riconoscere quando una normale attività fisica si trasforma in un'ossessione dove l'atleta adotta ristrettezze alimentari drastiche pur di dimagrire e riuscire nello sport.

Coloro che operano nello sport, infine, dovrebbero accompagnare la pratica sportiva ad una formazione nel campo della nutrizione per educare gli atleti ad una sana e corretta alimentazione.

Per i genitori

Quando i propri figli iniziano un'attività sportiva, è utile conoscere l'allenatore, all'inizio, durante l'anno o in concomitanza con le gare sportive, in modo da poter osservare e condividere le modalità d'insegnamento.

Ricordiamo che l'allenatore è in primis un educatore! Se si nota che l'istruttore mette troppa pressione per ottenere il successo del ragazzo o se il ragazzo stesso lamenta un'eccessiva fatica e incapacità di sostenere i ritmi d'allenamento, è opportuno richiedere un incontro con l'allenatore in cui chiarire le reciproche modalità di relazionarsi al ragazzo. Non dimentichiamo che ognuno ha il suo ruolo ed il suo compito: l'allenatore è competente della tecnica sportiva, noi possiamo, insieme a lui, ottenere informazioni e/o proporre modalità più efficaci per il benessere psicofisico del ragazzo.

Qualora sia l'allenatore che il genitore sospettino la presenza un disturbo alimentare, è opportuno che i genitori contattino un centro specializzato al fine di creare una rete di collaborazione e di supporto alla salute del ragazzo.

Cosa può fare il medico di medicina generale

Liliana Giust – medico di medicina generale, presidente ADAO

I DA sono una patologia spesso poco conosciuta, sicuramente sottostimata e sotto diagnosticata dal MMG. La diagnosi infatti spesso viene fatta in ritardo, perché sottile è il limite tra semplice disagio e malattia conclamata.

Il ruolo del MMG nel primo approccio ai DA è fondamentale: siamo i primi ad essere interpellati da genitori, insegnanti, allenatori di società sportive che sospettano questa patologia e spesso siamo impreparati a dare delle risposte efficaci e non evasive su che cosa fare e cosa non fare.

E' importante considerare la possibilità di questa patologia ogni volta che facciamo una visita occasionale ad un adolescente, in particolare – ma non solo - di sesso femminile. Per esempio, in occasione del rilascio di un certificato per attività sportiva non agonistica o per attività ludico-motoria, è utile approfittare dell'occasione per rilevare i dati antropometrici, con attenzione al BMI. Come è noto, ci sono DA anche con BMI nella norma, ma un breve colloquio con il/la assistita sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica, sull'utilizzo di farmaci lassativi ci può essere di aiuto per uno screening di base. A rischio sono le ragazze iperattive, che lamentano disturbi gastroenterici di varia natura (gonfiore, stipsi), che abusano di lassativi o ci chiedono farmaci diuretici senza un motivo apparente, che hanno subito variazioni del peso corporeo o presentano amenorrea secondaria.

Una diagnosi precoce del disturbo alimentare consente nella maggior parte dei casi di limitare i danni e di evitare le gravi conseguenze fisiche e psicologiche della malattia avanzata.

Il MMG deve sapere a quale struttura indirizzare il/la paziente e deve aiutare i familiari che vivono questa diagnosi con grande sofferenza.

Sapere e informare pazienti e familiari dell'esistenza di centri specializzati nella diagnosi e nella cura dei DA e di associazioni di supporto ai familiari è fondamentale.

Nel nostro territorio il centro di riferimento è il Centro per i Disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento, di lunga esperienza e documentata professionalità, dove il lavoro viene svolto in equipe, con la presenza di tutte le figure professionali coinvolte (medico internista, psicologo, dietista). Esistono inoltre due associazioni di genitori (ADAO Friuli ONLUS, Erika Forever Onlus) che supportano l'attività del Centro e promuovono ogni tipo di iniziativa per aiutare pazienti e familiari nel difficile percorso della malattia.

Linee guida per l'intervento medico nei disturbi del comportamento alimentare

Vengono di seguito riportate alcune indicazioni tratte dalle linee guida pubblicate sull'American Journal of Psychiatry (January 2000 supplement):

I disturbi del comportamento alimentare (DA), per il progressivo aumento dell'incidenza, rappresentano un problema medico-sociale di crescente rilievo.

I pazienti con disturbi del comportamento alimentare presentano una varietà di sintomi che spesso rappresentano un continuum tra quelli dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. È necessario quindi un approccio globale al trattamento di questi disturbi, valutando, con la strutturazione di linee guida, i fattori clinici che è necessario considerare in pazienti con anoressia o bulimia nervosa.

I criteri diagnostici, pur suscettibili di continue modificazioni, sono chiariti e riportati nei manuali come ICD-10 (International Classification on Diseases) e DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). I DA vengono classificati tra le malattie psichiatriche e spesso trattati da psichiatri e psicologi, ma la caratteristica più importante di questi disturbi è l'alterazione dello stato nutrizionale, da cui discende la necessità di un approccio multidisciplinare all'intervento terapeutico che comprenda anche l'internista-nutrizionista.

Le cure da fornire ad un paziente con disturbi del comportamento alimentare possono variare dal ricovero in un unità di terapia intensiva o in un reparto medico (con vari programmi residenziali), a trattamenti ambulatoriali (in cui il paziente riceve una valutazione medica, un counseling nutrizionale, psicoterapia individuale e/o familiare). La valutazione pre-trattamento iniziale è fondamentale per approntare la strategia di intervento più opportuna.

Un esame obiettivo completo deve essere eseguito in tutti i pazienti con disturbi del comportamento alimentare, con particolare attenzione al peso e alle condizioni cardiache, ai segni di disidratazione, acrocianosi, languo e scarificazioni al dorso delle mani (vedi tabelle 1 e 2).

La necessità di esami di laboratorio viene stabilita sulla base delle condizioni del paziente, o quando necessario per intraprendere decisioni terapeutiche (vedi tabella 3).

Generalmente, pazienti con peso inferiore all'85% del peso ritenuto normale, difficilmente riguadagneranno il peso senza uno strutturato programma di intervento. Quello con un peso inferiore al 75% richiederanno un programma di ospedalizzazione. La perdita di peso severa che comporta una ospedalizzazione urgente è quella con minor successo terapeutico e che comporta il maggior rischio nella rialimentazione rispetto ai casi diagnosticati più precocemente. Le conoscenze attuali sulle alterazioni della sostanza grigia cerebrale legati alla malnutrizione e che persistono anche dopo rialimentazione consigliano interventi precoci piuttosto che tardivi. Quindi l'ospedalizzazione può dimostrarsi necessaria prima che si manifestino segni di anormalità dei parametri vitali.

La decisione di procedere a un ricovero deve basarsi anche su valutazioni psichiatriche e comportamentali, incluso un rapido e/o persistente declino nell'assunzione di alimenti, la presenza di fattori stressanti - come malattie virali intercorrenti - che possono interferire con la capacità di alimentarsi del paziente, precedenti conoscenze di criticità della perdita di peso rispetto ad uno standard raggiunto; comorbidità psichiatriche che richiedano per

se stesse un ricovero.

Sebbene i pazienti con bulimia nervosa non complicata non richiedano ospedalizzazione, possono esservi alcune circostanze (es. anormalità metaboliche, ematemesi, vomito incoercibile, modificazioni dei parametri vitali, abuso di alcool e droghe, disturbi psichiatrici, ecc.) che richiedono trattamento in struttura protetta.

Nella fase di ricovero è sicuramente necessario l'intervento nutrizionale e psicologico (riabilitazione psiconutrizionale) per rimuovere i fattori perpetuanti la malattia, mentre nella successiva fase ambulatoriale l'approccio terapeutico deve mirare alla individuazione e rimozione dei fattori favorenti e scatenanti il quadro morboso. È chiaro che gli strumenti terapeutici pur rimanendo gli stessi assumono rilevanza ed importanza diversa nelle diverse fasi del trattamento (intervento nutrizionale massimo in fase ospedaliera, intervento psicologico massimo in fase ambulatoriale).

Esami di laboratorio per il paziente con DA (Tab. 3)

ESAME	INDICAZIONE
Analisi di base Elettroliti serici Urea Creatinina Funzionalità tiroidea Emocromo	Tutti i pazienti con DCA
Analisi aggiuntive Calcemia Magnesemia Fosforemia Funzionalità epatica ECG	Pazienti malnutriti e severamente sintomatici
Valutazione osseopenia e osteoporosi Densitometria ossea Estradiolo Testosterone (maschio)	Pazienti sottopeso da almeno sei mesi
Esami non di routine Amilasemia LH-FSH RMN e TC encefalo Es. feci	Considerare solo in casi particolari Possibile indicatore di vomito persistente Per persistente amenorrea con peso normale Valutazione dilatazione dei ventricoli Ricerca sangue occulto

Tabella delle complicanze nella anoressia nervosa (Tab. 1)

SISTEMA ORGANICO	SINTOMI	SEGNI	RISULTATI DEI TEST DI LABORATORIO
Organismo in toto	Debolezza, apatia	Malnutrizione	Basso peso/indice di massa corporea, ridotta percentuale corporea di grassi
Sistema nervoso centrale	Apatia, scarsa concentrazione	Deterioramento cognitivo, stato d'animo depresso e irritabile	CT scan: dilatazione dei ventricoli MRI: diminuzione sostanza grigia e bianca
Sistema cardiovascolare e vascolare periferico	Palpitazioni, debolezza, vertigini, difficoltà di respiro, dolori al torace, sensazione di freddo alle estremità degli arti	Battito irregolare, debole, lento; cambiamenti marcati della pressione sanguigna ortostatica; vasocostrizione periferica con acrocianosi	ECG: bradicardia, aritmia; Q-T lungo
Apparato osteo-articolare	Dolori ossei durante esercizio fisico	Fragilità; statura piccola/ crescita scheletrica arrestata	Raggi x o scan dell'osso per fratture patologiche: densitometria ossea per valutazione della densità minerale (osteopenia, osteoporosi)
Apparato muscolare	Debolezza, dolori muscolari	Deterioramento muscolare	Anormalità degli enzimi muscolari in malnutrizione severa
Apparato riproduttivo	Arresto della maturazione e interesse psico-sessuale; perdita della libido	Perdita delle mestruazioni o amenorrea primaria; arresto dello sviluppo sessuale o regressione delle caratteristiche sessuali secondarie; problemi di fertilità; elevati indici di complicanze gravidiche e neonatali	Ipoestrogenismo: pattern prepuberali di secrezione di LH ed FSH; mancanza di sviluppo follicolare/follicolo dominante agli ultrasuoni
Apparato endocrino e metabolico	Fatica; intolleranza al freddo; diuresi; vomito	Bassa temperatura corporea (ipotermia)	Cortisolo sierico elevato; aumento nel rT3 ("reverse" T3); disidratazione; anomalie elettrolitiche; ipofosforemia; ipoglicemia (raramente)
Ematopoiesi	Fatica; intolleranza al freddo	Rare anomalie della coagulazione	Anemia; neutropenia con relativa linfocitosi; trombocitopenia; basso indice di sedimentazione eritrocitaria
Apparato gastrointestinale	Vomito; dolori addominali; gonfiore; stipsi	Distensione addominale durante i pasti; borborigmi	Rallentato svuotamento gastrico; dai risultati dei test occasionali alterazioni degli enzimi epatici
Apparato genitourinario		Edema	Elevato BUN; basso indice di filtrazione glomerulare; possibile formazione di calcoli renali; nefropatia ipovolemica
Tegumento	Cambiamento nei capelli	Lanugo	

Tabella delle complicanze nella bulimia nervosa (Tab. 2)

SISTEMA ORGANICO	SINTOMI	SEGNI	RISULTATI DEI TEST DI LABORATORIO
Organismo in toto	Debolezza, apatia	Scarso turgore della pelle	Disidratazione (peso specifico delle urine; osmolarità); elettroliti sierici; ipocalcemia; ipocloremia alcalosi nei casi con vomito; ipomagnesemia e ipopotassemia nei casi di abuso di lassativi
Apparato gastrointestinale	Dolori addominali e dispepsia in chi vomita; occasionalmente vomito spontaneo; stipsi; irregolarità intestinali e gonfiore in chi abusa di lassativi	Occasionalmente vomito con sangue; chi vomita può avere occasionalmente gastriti, esofagiti, erosioni gastroesofagee, dismotilità esofagee (inclusi reflusso gastroesofageo e, molto raramente, Mallory-Weiss) può aumentare l'incidenza di pancreatici; chi usa cronicamente lassativi può presentare dismotilità o melanosicolica	
Apparato riproduttivo	Problemi di fertilità	Periodi mestruali irregolari/radi	Può esservi ipoestrogenismo
Apparato orofaringeo	Deterioramento dentale; dolori faringei; edema delle guance e del collo (indolore)	Carie dentali con erosione dello smalto dentale, in particolare superficie linguale degli incisivi; eritema della faringite; ghiandole salivari ingrandite	Raggi x confermano erosione dello smalto dentale; siero amilasi aumentato associato ad una iperplasia benigna della parotide
Tegumento		Cicatrizzazioni sul dorso della mano (segni negativi di Russell)	

Cos'è l'A.D.A.O. Friuli ONLUS

L'A.D.A.O. Friuli (Associazione per i Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità) è nata grazie all'iniziativa di un gruppo di persone che hanno risposto all'appello di alcuni genitori, medici, psicologi e altre persone sensibili alla necessità di cercare risposte e consigli ai problemi legati ai disturbi del comportamento alimentare, all'obesità e al disagio giovanile. Molte persone conoscono o hanno conosciuto, personalmente o in famiglia, la complessità e gravità di queste problematiche vissute a volte in situazioni di forte disagio e solitudine. Spesso è grande la difficoltà di trovare adeguati consigli e aiuti. L'A.D.A.O. Friuli è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro, apartitica, aconfessionale con sede centrale a Pordenone.

Da alcuni anni con la nostra associazione, abbiamo cercato di andare incontro ai bisogni di numerosi genitori che hanno dovuto lottare, e che continuano a farlo, per riuscire a strappare le proprie figlie da quel disagio oscuro che va sotto il nome di "disturbo del comportamento alimentare" nelle sue varie forme del manifestarsi. Disagio che diventa vera e propria malattia che può compromettere la qualità della vita in modo permanente o addirittura alla morte. Disagio difficile da capire anche da chi lo sta vivendo e ancora più difficile da raccontare, perché a volte non ci sono proprio le parole per descrivere tutta la difficoltà. "Se non fossi io a provarlo e me lo raccontassero non ci crederei", frase che si sente ripetere spesso dai genitori di questi ragazzi (non ci sono solo figlie femmine che lottano con il cibo e con il proprio corpo, ma maschi, il rapporto tra maschi e femmine, definito dalla comunità scientifica, è di 1 soggetto maschio su dieci femmine).

Questi disturbi, che negli ultimi anni coinvolgono un numero sempre maggiore di persone, necessitano di interventi mirati da parte di un'equipe di specialisti, e richiedono alle famiglie un notevole investimento di energie.

L'Associazione A.D.A.O. Friuli nasce proprio per far fronte alle carenze del Servizio Sanitario Locale nell'offrire una risposta adeguata ad una sempre più crescente domanda di cura e sostegno alla genitorialità in una situazione di malessere così devastante e così poco conosciuta.

Rientra nei compiti statutari che ci siamo prefissati, la promozione della formazione delle figure sanitarie che si occupano di queste problematiche, così come rientra negli scopi l'attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

L'associazione A.D.A.O. Friuli organizza nel suo interno, un **Gruppo di "Auto-Aiuto Guidato" per genitori con figli affetti da Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa.**

L'Associazione A.D.A.O. Friuli nel quadro degli impegni statutari si propone di progettare e realizzare ogni attività utile a:

- Promuovere ogni sorta di azione diretta a sensibilizzare l'opinione pubblica relativamente alle problematiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso l'organizzazione di convegni, conferenze e corsi di aggiornamento;

- Dare supporto, sostegno, informazioni a familiari, parenti e a quanti vivono vicino a chi presenta questi problemi;
- Promuovere la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione degli operatori che si dedicano a queste patologie, attraverso la raccolta di contributi per sostenere delle Borse di Studio all'interno di Centri Specializzati per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Proporre, stimolare e sostenere le iniziative di prevenzione sia primaria che secondaria, affiancare e sostenere le associazioni scientifiche nei programmi di ricerca e di studio;
- Richiamare l'attenzione degli organi legislativi, amministrativi e sanitari sui disturbi del comportamento alimentare per migliorare i servizi di assistenza e le condizioni di vita;
- Supportare e sostenere iniziative atte a migliorare l'attività dei Centri istituzionali preposti al trattamento di questi disturbi;
- Predispore e favorire la pubblicazione di libri, riviste e notiziari per la diffusione delle informazioni e delle conoscenze scientifiche;
- Informazione, sostegno e orientamento a persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare e loro familiari;
- Promozione di incontri di gruppo terapeutici di "Auto-Aiuto Guidato" per familiari a cadenza quindicinale, presso la Sede di Prata di Pordenone, supportati dalla presenza di figure professionali specializzate;
- Difendere i diritti fondamentali delle persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile e delle loro famiglie attraverso molteplici e differenziati interventi pubblici e privati;
- Organizzare incontri di gruppo di "Auto-Aiuto Guidato" per familiari a cadenza quindicinale, supportati dalla presenza di figure professionali specializzate presso la sede di Puja Prata di Pordenone e a Pordenone in via De Paoli, 19 presso la Casa del Volontariato;
- Organizzare "Serate tematiche di conversazione sui disturbi alimentari e sulla loro cura" tenuti da professionisti esperti.

Potete contattare A.D.A.O. al numero di cellulare 328 4708812 oppure sul sito internet www.adaofriuli.com, all'indirizzo e-mail adaofriuli@libero.it.

Associazione Consult@noi

Associazione Nazionale Disturbi del Comportamento Alimentare



Nel 2010 alcune Associazioni di familiari che si occupano di Disturbi del Comportamento Alimentare hanno costituito un'associazione di 2° livello senza fini di lucro, denominata Consult@noi. Le Associazioni che hanno dato vita a Consult@noi sono state 8; ad oggi vi aderiscono 20 Associazioni da diverse Regioni d'Italia con l'obiettivo di mettere in rete e dar voce a TUTTE le Associazioni di familiari che si occupano di DCA per far sì che assumano un peso maggiore a livello non solo locale ma anche nazionale.

Alcune Associazioni facenti parte di Consult@noi hanno collaborato con l'Istituto Superiore Sanità e partecipato alla 1^ CONSENSUS CONFERENCE sui DCA che si è svolta nel 2012/2013 e che ha prodotto un documento nazionale su epidemiologia, modelli organizzativi e prevenzione. Altre hanno rapporti consolidati di collaborazione (tramite convenzioni) con le ASL territoriali per la gestione dei DCA.

Gli scopi di Consult@noi sono:

1. favorire la condivisione di esperienze, progetti, metodologie di lavoro tra le varie associazioni;
2. progettare e realizzare iniziative comuni di sensibilizzazione e promozione alla salute;
3. promuovere e sviluppare la rete dell'auto mutuo aiuto;
4. coordinare e organizzare iniziative ed azioni a livello nazionale ed internazionale;
5. sviluppare rapporti con le istituzioni politiche nazionali, regionali e locali;
6. reperire fondi per iniziative e progetti comuni;
7. realizzare ed aggiornare la mappatura dei servizi di diagnosi e cura dei DCA presenti sul territorio nazionale;
8. promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica sui DCA;
9. realizzare e diffondere materiale informativo e divulgativo sui DCA e sulle attività del volontariato;
10. promuovere e realizzare iniziative di formazione per operatori e per volontari;
11. promuovere e la trasparenza e l'accessibilità dei servizi.

Il Fiocchetto Lilla

I Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono una reale emergenza sanitaria, la loro diffusione ha una rapidità e una rilevanza sconcertanti a tal punto che non si ha alcun esempio di malattia psichiatrica con una simile propagazione, con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale. Si parla di tre milioni di ragazzi in Italia che soffrono oggi di questi disturbi e di decine di milioni di giovani e adulti nel mondo che si ammalano ogni anno.

Il 15 marzo di ogni anno, Consult@noi promuove la giornata nazionale del "Fiocchetto Lilla" per la sensibilizzazione sui Disturbi del Comportamento Alimentare, a cui hanno aderito nel corso degli anni, un sempre maggior numero di Associazioni con eventi in molte città d'Italia.

Il Fiocchetto Lilla è il simbolo dell'impegno e della consapevolezza nei confronti di queste problematiche e rappresenta in modo sempre più universale la lotta ai DCA. È stato adottato per la prima volta in Italia il 15 marzo 2012 da Stefano Tavilla, presidente dell'Associazione "Mi Nutro di Vita" di Genova, una data molto significativa perché ricorda la Sua Giulia, che non è sopravvissuta al disturbo alimentare di cui soffriva.

A partire da questa giornata (non ancora istituzionalizzata ma già con molta risonanza) Consult@noi vuole iniziare ad organizzare in tutto il territorio nazionale (laddove presenti le Associazioni aderenti a Consult@noi) degli eventi che rispecchino il suo obiettivo primario: sensibilizzare l'opinione pubblica sui DCA e promuovere la salute attraverso la Divulgazione, la Conoscenza e l'Approfondimento.

Elenco delle Associazioni che attualmente fanno parte di Consult@noi:

Arezzo (AR)	L'equilibrista Onlus
Cagliari (CA)	Voci dell'Anima Onlus
Carrara (MS)	A.C.C.A. Onlus - Associazione per la Cura del Comportamento Alimentare - con sedi staccate a Lucca e Sarzana
Castiglione del Lago (PG)	Il Bucaneve
Catania (CT)	Associazione Onlus per Adriana
Catanzaro (CZ)	Ra.Gi. Onlus
Cesena (FC)	Volo Oltre Onlus
Firenze (FI)	Conversando Onlus
Genova (GE)	Briciole di Pane
Genova (GE)	A.F.co.D.A. - Associazione dei Familiari contro i Disturbi Alimentari
Grosseto (GR)	Perle Onlus
Messina (ME)	Korakanè
Padova (PD)	ALICE Associazione per i D.C.A. (Disturbi del Comportamento Alimentare)
Pieve Ligure (GE)	Mi Nutro di Vita
Prata di Pordenone (PN)	A.D.A.O. Friuli Onlus - Associazione italiana Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità
Roma (RM)	Fenice Lazio Onlus
San Zeno di Cassola (VI)	Associazione Amici di Paola Marcadella Onlus
Terni (TR)	Associazione Federica Alessi Onlus
Thiene (VI)	A.D.A.O. Onlus - Associazione italiana Disturbi del Comportamento Alimentare e Obesità
Trento (TN)	A.R.C.A. Onlus - Associazione Ricerca Comportamento Alimentare

Contatti Consult@noi

<http://consultanoi.weebly.com/>
mail: presidenzaconsultanoi@gmail.com
facebook: Consultanoi
youtube: consultanoi

I centri per i disturbi alimentari nella nostra zona e le altre risorse

In Friuli Venezia Giulia

- Centro per i Disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento AAS5 "Friuli Occidentale" preso Ospedale Civile, via Savorgnano n°2. San Vito al Tagliamento, PN. Telefono 0434/841760
- Clinica Psichiatrica, Psicologia Medica, Psicosomatica, Azienda ospedaliera Universitaria, via Colugna n° 50 33100 Udine. Telefono 0432/559284.
- Ambulatorio dedicato ai Disturbi del Comportamento alimentare del DSM, AAS4 "Udinese", Telefono 0432/272639
- SOC di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, via Gervasutta. AAS4 "Udinese" Telefono 0432/553366
- Ambulatorio per i Disturbi del Comportamento Alimentare (ADCA), presso Ospedale San Polo, via Galvani n° 1. 34074 Monfalcone (GO) telefono 0481/487234.

In Veneto

- Servizio per il trattamento dei Disturbi Alimentari e del peso. ASSL 10 "Veneto Orientale". Via Sommara 4 30026 Portogruaro tel. 0421399211
- Casa di Cura privata "Villa Margherita", via Costacolonna n° 20, 36057 Arcugnano (Vi) tel. 0444/997611
- Casa di cura privata "Villa Garda", via Monte Baldo, 89. 37016 Garda (VR), tel. 045/6208611
- Casa di cura privata "Parco Dei Tigli", via Ponticello n°1, Teolo, 35037 (PD), tel. 049 9997511
- Comunità Silesia, Via Ca Balbi 65 Vicenza, tel. 0444 914021 – 320 6650167

Associazioni per i Disturbi alimentari ONLUS

- Associazione A.D.A.O. Friuli ONLUS, via Don G. Pujatti n°8 33080 Prata di Pordenone cell. 328 4708812 dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 19, www.adaofriuli.com, indirizzo e-mail adaofriuli@libero.it
- Associazione ERIKA FOREVER ONLUS Per vincere l'anoressia e i disagi sociali, via dei Masi n°18 33077 Sacile (PN) tel. 0434/780721, cell. 340 6610408
- Associazione Adolescenti Senza Zucchero, presso Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Ospedale Gervasutta n°48, 33100 Udine, tel. 0432/700226, e-mail: adosenzazucchero@libero.it
- Associazione IDEALMENTE, via Pozzuolo 33100 Udine, tel 389.4743318, www.idealmenteonlus.it e-mail: idealmenteonlus@yahoo.it

Glossario sintetico

- **Abbuffata:** assunzione di cibo in quantità elevata (abbuffata oggettiva) in breve tempo accompagnata dalla sensazione di avere perso il controllo; vi è anche una abbuffata soggettiva che si caratterizza per l'ingestione di una modesta quantità di cibo ma vissuta dal soggetto come eccessiva e con perdita di controllo.
- **Abuso:** può fare riferimento ad un uso smodato o inappropriato di qualcosa oppure si può riferire ad un atto compiuto contro altra persona non consenziente, ad una sorta di violenza, ad un uso non corretto di un rapporto.
- **Adolescenza:** fase della vita che si situa tra l'infanzia e l'età adulta; si caratterizza per lo sviluppo sessuale e per la ricerca di una propria identità, di una maggiore possibilità di autogestione e autonomia.
- **Ambivalenza:** presenza contemporanea di due sensazioni e sentimenti, contrapposti e contraddittori.
- **Amenorrea:** perdita, assenza del regolare ciclo mestruale.
- **Amenorrea primaria:** mancanza del ciclo mestruale che non è mai comparso.
- **Ansia:** fa riferimento ad uno stato emotivo che si caratterizza per un senso di oppressione, paura, timore di un qualche evento futuro; sono spesso usati come sinonimi nervosismo, tensione, eccitazione, preoccupazione, agitazione. È una condizione in cui si riduce la capacità di controllo del soggetto.
- **Apatia:** insensibilità e indifferenza rispetto ad emozioni, stimoli, sensazioni.
- **Autoindotto:** provocato volontariamente dalla persona stessa, detto del vomito.
- **Autostima:** il valore che ognuno dà di sé, misura la fiducia in se stessi.
- **BMI (Body Mass Index):** è il rapporto tra peso e altezza con la formula $\text{peso (kg)} / \text{altezza (metri}^2\text{)}$. Il risultato è sottopeso se inferiore a 19, normale se compreso tra 19 e 25, sovrappeso se tra 26 e 29, obesità se superiore a 29.
- **Carboidrati:** uno dei tre componenti dell'alimentazione che forniscono energia (gli altri sono i lipidi e le proteine), sono sostanze formate da carbonio e idrogeno.
- **Comorbilità:** compresenza nello stesso soggetto di due distinte malattie.
- **Complicazioni:** evento, alterazione che avviene nel corso di una malattia e che rende più problematica la cura.
- **Compulsione:** comportamento che fa riferimento all'atto di dover fare, alla coazione, alla costrizione, all'impossibilità di esimersi dal fare.
- **Condotte di eliminazione o condotte purgative o bulimiche:** si fa riferimento a tutti quei comportamenti che hanno come conseguenza l'eliminazione del cibo e quindi allontanare il rischio di ingrassare; i comportamenti purgativi tipici sono il vomito, l'abuso di lassativi o di altri farmaci come gli estratti tiroidei, le anfetamine e i diuretici. Solitamente vengono esclusi da questa definizione i comportamenti come

il digiuno e l'intensa attività fisica che hanno ugualmente nelle ragazze con un DCA lo scopo di non aumentare di peso.

- **Depressione:** stato d'animo caratterizzato da tristezza, umore cupo, avvilito, paura del futuro; si presenta con ridotta voglia di fare, di comunicare, di partecipare, di essere attivi.
- **Deprivazione:** carenza o perdita di parti vitali dell'organismo o di funzioni vitali anche intellettive.
- **Diagnosi:** definizione di una malattia che si raggiunge attraverso lo studio dei segni, dei sintomi, degli esami strumentali e di laboratorio, del racconto del soggetto interessato e portatore del problema.
- **Dieta:** etimologicamente significa stile di vita, qui usato nella comune accezione di alimentazione ridotta in calorie, alimentazione mirata al calo di peso.
- **Disidratazione:** carenza di liquidi, perdita di liquidi dell'organismo.
- **Disinibizione:** perdita della capacità di controllo.
- **Dispercezione:** percezione alterata, attività conoscitiva disturbata.
- **Egodistonico:** che non è in sintonia (vedi egosintonico).
- **Egosintonico:** che è in sintonia con il proprio sentire, che dà piacere.
- **Elettroliti:** sostanza dissociabile in ioni quando venga disciolta in acqua; fa riferimento a ioni presenti nel sangue, i più importanti sono: Potassio (passo nei comportamenti purgativi), Cloro, Sodio (basso nell'abuso di liquidi).
- **Emaciato:** magro, smunto.
- **Enterocettivo:** detto di stimoli, segnali che provengono dall'interno dell'organismo.
- **Estrogeni:** ormoni sessuali femminili.
- **Fattori scatenanti:** che rappresentano una delle possibili cause che hanno fatto precipitare, scatenare, iniziare il problema.
- **Fattori predisponenti:** che rappresentano una delle possibili cause che possono predisporre, rendere vulnerabile, facilitare il manifestarsi del problema.
- **Fattori perpetuanti:** che rappresentano le possibili cause del mantenimento, del cronicizzarsi, del perpetuarsi di un problema.
- **Fisiologico:** fa riferimento al corretto e regolare funzionamento del nostro organismo, che rispetta il normale funzionamento del nostro corpo.
- **Fobia:** paura, avversione, ripugnanza.
- **Iatrogeno:** provocato come effetto secondario di una terapia, di un farmaco.
- **Ipocalorico:** alimento o pietanza con ridotto contenuto di calorie, atto a far dimagrire.
- **Lipotimia:** sensazione di mancamento, perdita di coscienza di breve durata per lo più causata da bassi livelli di pressione sanguigna.
- **Menarca:** comparsa del primo ciclo mestruale.
- **Motivazione:** fa riferimento ad un complesso di motivi, fattori, ragioni che spingono

le azioni in una determinata direzione, che rappresentano il motore di un possibile cambiamento, la spinta a fare.

- **Multifattoriale:** dipendente da più fattori, da più cause.
- **Normopeso:** soggetto con peso corporeo normale, BMI compreso tra 18.5 e 25.
- **Obeso:** persona con peso corporeo elevato, BMI superiore a 30.
- **Omeostasi:** capacità di mantenere stabile, in una sorta di relativo equilibrio stabile, le caratteristiche di funzionamento del nostro sistema interno
- **Organico:** che fa riferimento ad un organo, al corpo.
- **Ortoressia:** fa riferimento all'ossessione di mangiare cibo sano
- **Ossessione:** idea o serie di pensieri che invade e pervade il nostro pensiero sino ad alterarne il funzionamento, preoccupazione ansiosa e angosciata per lo più non ragionevole.
- **Palatabile:** piacevole al palato, al gusto.
- **Perfezionismo:** tendenza a non accontentarsi mai, volere fare tutto in modo perfetto, desiderio di arrivare sempre al massimo, primeggiare.
- **Pervasivo:** che si diffonde dappertutto.
- **Personalità:** può essere definita come l'insieme delle caratteristiche psicologiche, gli aspetti del temperamento e delle emozioni di un individuo
- **Psicoterapia:** cura dei disturbi psichici e delle condizioni di maladattamento attraverso tecniche psicologiche che utilizzano le parole; tre sono le scuole di psicoterapia più note, quella cognitivo-comportamentale, quella sistemico-relazionale o familiare, quella psicoanalitico.
- **Psicoterapia cognitivo-comportamentale:** terapia psicologica che cerca di modificare e ricomporre i comportamenti errati, i pensieri e i valori disfunzionali.
- **Psicoterapia familiare:** terapia psicologica che cerca di modificare le interazioni e gli stili comunicativi della famiglia.
- **Psicoterapia psicoanalitica:** psicoterapia che opera attraverso l'interpretazione dei bisogni, dei simboli, del recupero della propria identità.
- **Psicoterapeuta:** che pratica la psicoterapia in modo professionale, psicologo formatosi presso una scuola di psicoterapia.
- **Restrizione alimentare:** comportamento alimentare con ridotto apporto di nutrienti, rinuncia ad alcuni alimenti sia qualitativa che quantitativa.
- **Riabilitazione:** riprendere abilità che sono state perse; si può riabilitare un arto, un ginocchio e allo stesso modo un comportamento.
- **Rimuginio:** fa riferimento ad un persistente agitarsi del pensiero, al persistere di idee che mulinano nel cervello, un ruminare delle idee.
- **Salutista:** che pone troppa attenzione alla cura della propria persona, assume spesso comportamenti mirati alla difesa della salute.
- **Sindrome:** insieme di sintomi e caratteristiche proprie di una malattia.

- **Sindrome yo yo:** sindrome del peso fluttuante, altalenante, situazione in cui si perde peso e poi lo si recupera.
- **Sintomo:** segno, segnale, indizio di una malattia, elemento che caratterizza una malattia, una patologia.
- **Sovrappeso:** condizione di eccesso di peso ma che non configura ancora lo stato di obesità; BMI compreso tra 25 e 30.

Grafica: Lorella Agnoletto

Revisioni: Bertilla Rosarin e Giovanna Bertuzzo conosciuta come “Paola”

Stampa: Sincromia

Settembre 2015

Associazione A.D.A.O. Friuli ONLUS

via Don Giovanni Pujatti n°8,

33080 Prata di Pordenone, PN

cell. 3284708812 dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 19:00

web: www.adaofriuli.com

e-mail: adaofriuli@libero.it