

**FUORI DAL BUIO.
COMPRENDERE
I DISTURBI ALIMENTARI**

In copertina “Gravità”, quadro dell’artista Pedro Grizzo donato ad Adao Friuli ODV il 15 marzo 2019 in occasione della Giornata Nazionale del Fiocchetto Lilla

Con il contributo del Comune di Azzano Decimo

INDICE

Prefazione	p. 5
Introduzione	p. 9
I Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare	p. 22
II Quali sono le cause dei disturbi dell'alimentazione	p. 65
III Il funzionamento mentale nei disturbi del comportamento alimentare	p. 93
IV Gli aspetti medici	p. 108
V La difficoltà di chiedere aiuto e di accettare la cura	p. 152
VI Le cure	p. 160
VII Cosa può fare la famiglia	p. 190
Postfazione	p. 201

PREFAZIONE

Quando mi è stato chiesto di scrivere la prefazione di questo libro ho avuto, per un attimo, un senso di smarrimento e mi sono chiesta cosa avrei potuto dire per involgiare il lettore a scorrere le pagine di questo prezioso volume.

Non sicuramente discorsi scientifici, dato che non ne ho la competenza, ma nemmeno delle mere esperienze personali che avrebbero distolto l'attenzione del lettore dallo scopo principale di questo manoscritto: dare delle indicazioni e dei suggerimenti sul complesso, complicato e infinitamente vasto mondo delle patologie legate ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Personalmente quando, per la prima volta, l'acronimo DCA si è affacciato nella mia vita, la mia conoscenza era ferma alla parola Anoressia: ed era pure una conoscenza sommaria e superficiale.

Ho scoperto, con il passare degli anni e con l'esperienza personale, che dietro a queste semplici parole si nasconde una vastità di patologie che portano con sé sofferenza, emarginazione, vergogna, solitudine, inadeguatezza.

Ho compreso che l'unico modo per liberare queste parole dagli stigmi che le circondano era, ed è, utilizzare tutti i mezzi possibili per far sentire la voce di chi ne soffre. Parlarne in maniera multidisciplinare diventa un modo

per far uscire dal guscio di vergogna e di imbarazzo il paziente che ne è affetto e l'intera famiglia che collateralmente è coinvolta.

Esiste, infatti, una effettiva difficoltà di quest'ultima nel riuscire a diagnosticare un DCA.

Il più delle volte coincide con il passaggio del figlio all'età dell'adolescenza, periodo già di per sé complicato e, nella maggior parte dei casi, i genitori si accorgono del problema solo in presenza di una perdita di peso eccessiva, condizione però che si rivela essere solo la punta dell'iceberg.

Ci sono, tuttavia, dei campanelli d'allarme che non vanno sottovalutati e che, leggendo questo stampato, possiamo riconoscere e prevenire.

Esistono, inoltre, delle strategie specifiche che possiamo utilizzare per aiutare da subito nostro figlio o nostra figlia nel processo di guarigione: possiamo, per esempio, facilitare chi ne soffre a chiedere aiuto, rendendolo consapevole del problema e attenuando quel senso di disagio che, inevitabilmente, lo circonda.

Sono solo alcune delle preziosissime perle che possiamo trovare all'interno di "Fuori dal buio. Comprendere i disturbi alimentari", per imparare a conoscere un DCA e a non averne paura, superando *in primis* quel senso di inadeguatezza che ogni genitore prova nel momento in cui si trova faccia a faccia con queste malattie.

Leggendo le pagine di questo libro, come genitori possiamo avvicinarci al problema evitando di assumere comportamenti errati o controproducenti alla guarigione di

nostro/a figlio/a, ma soprattutto possiamo imparare ad affidarci alle cure di psicologi, medici, nutrizionisti che dispongono di tecniche specifiche per affrontare queste patologie e che, in totale alleanza terapeutica con la famiglia, sapranno arrivare a risultati che all'inizio ci sembrano impossibili da raggiungere e lontani dall'essere realizzabili.

Come dico spesso, prendendo una frase in prestito, *non esiste notte tanto lunga, da impedire al sole di risorgere.*

Questo libro ci può far vedere un'alba che al momento non riusciamo a cogliere, una sorta di sentiero ben definito e tracciato che può aiutarci ad affrontare con positività e un pizzico di serenità il lungo percorso verso la guarigione.

Perché di DCA si guarisce.

Orietta Dal Dan
Presidente ADAO FRIULI ODV

INTRODUZIONE

Ciò che intendiamo con la comune dizione “disturbi alimentari” si riferisce a un gruppo di patologie che vengono descritte nella quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM5) all’interno della categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione. I disturbi descritti all’interno di questa categoria (alcuni noti, altri meno conosciuti) sono un universo variegato, hanno punti in comune ma anche rilevanti differenze.

I disturbi alimentari hanno anche molti punti di contatto con comportamenti abituali che possono essere discutibili ma non sono considerati patologici. Questo spesso induce confusione e talvolta ne ritarda il riconoscimento precoce, così cruciale per un buon esito dei trattamenti.

La domanda “quali comportamenti alimentari sono da considerare patologici e quali no?” non permette facili risposte. In generale possiamo dire che un comportamento, atteggiamento o pensiero è patologico quando è conseguente a una limitazione della libera scelta della persona.

Se una persona compie scelte alimentari, o relative a pratiche che riguardano il corpo, per evitare stati d’angoscia o sensi di colpa, è probabile che ci troviamo di fronte a comportamenti malati. Per esempio, se la scelta di fare un po’ di esercizio fisico può essere utile e raccomandabile, il fatto di farlo senza provare piacere ma solo

perché ci si sente in dovere di smaltire le calorie introdotte, con il timore di essere perseguitati dai sensi di colpa se non faticiamo abbastanza, ci porta nel territorio della patologia.

Un altro criterio riguarda la qualità della vita: definiamo patologico ogni atteggiamento cui consegue un impoverimento sul piano della salute, della vita di relazione, degli interessi culturali e dei progetti di vita. Spesso questo declino avviene lentamente e talvolta senza essere avvertito. Pensiamo a una ragazza che, come molte, è brava a scuola, nello sport, ha interessi e progetti. In apparenza ci sembra così sicura di sé e determinata che non ci sfiora neppure l'idea che qualcosa possa farla recedere dai suoi obiettivi. Anche la decisione di mettersi a dieta è spesso dettata dal proposito di migliorarsi e in genere è supportata dalle persone che le sono vicine. Tuttavia, se questa dieta la porta a un disturbo alimentare, si troverà costretta a scegliere tra la restrizione alimentare e la capacità di concentrarsi sullo studio o la possibilità di continuare l'attività sportiva che le piaceva. Comincerà a evitare gli amici, con cui pensava che si sarebbe sentita più sicura una volta più magra, perché quando si trovano vanno a mangiare la pizza o il gelato. Sarà difficile pensare anche al futuro, perché si è troppo impegnati a concentrarsi su una battaglia che si svolge al presente. Quella contro un organismo sano, il proprio, che richiede l'energia necessaria per vivere.

Questo ci porta a un altro elemento che caratterizza la patologia, ossia la perdita dell'equilibrio a seguito di una

eccessiva focalizzazione su un obiettivo che nel tempo si trasforma in una ossessione. Proviamo a immaginare uno spazio che contenga tutte le cose a cui pensiamo durante il giorno. È il nostro spazio mentale, che contiene le nostre routine quotidiane, i nostri interessi, gli affetti e i problemi che dobbiamo risolvere. Ognuno di questi elementi occupa uno spazio proprio all'interno dello spazio mentale, in modo equilibrato con tutti gli altri. Quando una di queste aree si ingrandisce a dismisura, togliendo lo spazio vitale alle altre, siamo nel territorio della patologia. È lo stesso meccanismo di un tumore. Possiamo dire che ognuno di noi ha qualche preoccupazione per l'aspetto fisico e preferirebbe vedersi più magro. Nel contempo tutti abbiamo qualche inquietudine nei confronti del cibo che mangiamo. Finché questi pensieri occupano il loro posto e non intralciano altri spazi mentali, non c'è problema. Ma quando diventano un'idea fissa che ci porta a trascurare ciò che prima era importante, allora dobbiamo andare a chiedere aiuto.

Infine, possiamo dire che la salute mentale è legata alla corretta percezione della realtà. Il bel film *A Beautiful Mind*, di qualche anno fa, descriveva la storia del matematico John Nash, premio Nobel, che ha lottato tutta la vita contro un disturbo allucinatorio. Chi ha visto il film non ha nessun dubbio sul fatto che una difficoltà nel percepire correttamente il mondo intorno a noi sia segno di un disturbo mentale. Nel disturbo alimentare questo aspetto è più subdolo e si confonde con atteggiamenti comuni nella nostra cultura. Tutti noi siamo estremamen-

te attenti al nostro aspetto fisico e spesso siamo anche inquieti nei confronti del cibo, pensiamo che faccia ingrassare o che faccia male, utilizziamo termini come “cibo spazzatura”, pur vivendo in un’epoca in cui i controlli sanitari sugli alimenti sono precisi come non lo sono mai stati. I media, come vedremo, giocano un ruolo importante in tutto questo. Nei disturbi alimentari questi aspetti vengono amplificati fino al parossismo: le persone molto magre si vedono realmente grasse e, quando si mostrano loro le misure reali del corpo, si sentono disorientate. Analogamente percepiscono le dimensioni del piatto in maniera alterata o vedono il cibo come una cosa pericolosa.

I disturbi alimentari colpiscono circa 75 milioni di persone in tutto il mondo. Colpiscono persone di tutte le età, razze, identità di genere, condizioni economiche, capacità intellettive. La vulgata dice che riguardano l’universo femminile, ma si riscontrano sempre più casi in uomini e ragazzi. Gli individui transgender mostrano tassi più elevati di disturbi alimentari.

Sfortunatamente, molti soffrono in silenzio, si vergognano e si imbarazzano nel cercare aiuto o non sanno come farlo. Gli stereotipi sulle persone che soffrono di DA non facilitano le cose. La maggior parte delle persone, quando sente parlare di anoressia o bulimia, pensa a un problema con il cibo. Ciò è comprensibile, in quanto i disturbi alimentari si presentano principalmente come comportamenti legati all'alimentazione. Tuttavia, il pro-

blema è più complesso ed è unico per ogni individuo, molto più complicato di così.

Un disturbo alimentare è all'origine un disturbo psichico caratterizzato da comportamenti anomali legati al cibo. I comportamenti sintomatici sono così allarmanti (per il rifiuto del cibo, la perdita di peso, il vomito ecc.) che familiari e clinici tendono a focalizzare l'attenzione su di essi. In particolare i familiari, che sono colpiti duramente dall'irrompere del disturbo alimentare nella famiglia, non possono evitare di desiderare che tutto quanto finisca al più presto. Il bisogno di semplificare la situazione, pensando che tutto quanto si risolverà recuperando il peso e tornando a una alimentazione regolare, è piuttosto comprensibile. I curanti, allo stesso modo, soprattutto nelle situazioni iniziali, mirano a ridurre il rischio per il corpo e a ripristinare condizioni cliniche accettabili, privilegiando gli interventi diretti a migliorare la nutrizione. Pur se comprensibile e necessario, questo atteggiamento rischia di focalizzarsi sulla riduzione del sintomo mettendo in secondo piano il disagio e i deficit che stanno alla base.

Nei casi meno gravi, dove c'è un buon funzionamento psicologico, sufficienti risorse personali e il disturbo può essere imputato a un eccessivo perfezionismo, il ripristino di condizioni cliniche normali e il superamento dei sintomi da digiuno (di cui parleremo più avanti) possono andare di pari passo con una riflessione che la persona porta avanti autonomamente e che le permette di riequilibrarsi da un punto di vista psicologico. In altri casi dobbiamo capire a quale bisogno corrisponde l'adozione di compor-

tamenti alimentari disturbati. Come spiegano molte persone che hanno superato bene il disturbo alimentare, il proposito di dimagrire parte spesso dall'intenzione di migliorarsi. Può sembrare paradossale, ma è un dato di fatto che chi dimagrisce, anche se è normopeso, riceva normalmente approvazione da parte di chi lo circonda. Perché quindi un giovane che si sente insicuro, o che non riesce a trovare i mezzi adatti per affrontare le proprie difficoltà, non deve vedere nel dimagrimento un modo per riscattarsi e sentirsi più sicuro? C'è un bisogno di semplificazione in tutto questo, ma la riduzione della complessità è proprio ciò che una persona insicura va a cercare.

I comportamenti alimentari sono spesso usati come soluzione a un problema di fondo. Possono aiutare a distrarre, evitare o intorpidire le emozioni difficili o distogliere l'attenzione dalle transizioni impegnative o dagli eventi della vita. Possono essere usati come un tentativo di alleviare temporaneamente il senso di vuoto, la solitudine, l'impotenza, la bassa autostima, il non sentirsi abbastanza bene e fornire un senso di controllo che non si riesce ad avere in altri ambiti della vita. In questa fase, detta "luna di miele"¹, nulla sembra buono come il disturbo alimentare. Ciò è dovuto ai rinforzi positivi dell'ambiente, dal senso di controllo che ne deriva e dall'efficacia misurata con la perdita del peso. Tuttavia, accanto a questi

¹ La "luna di miele" è una fase presente in tutte le forme di dipendenza. È il periodo in cui si avvertono le conseguenze positive del comportamento problematico e non si percepiscono ancora quelle negative

aspetti di ordine psicologico, ben presto si fanno strada anche i primi effetti della restrizione alimentare sull'organismo. Il nostro corpo in condizioni di fatica e stress produce endorfine, molecole simili alla morfina che ci servono per alleviare lo sforzo. Le endorfine aiutano a non sentire dolore e fatica ma danno anche un senso generale di benessere, come tutti gli oppiacei. Una sensazione simile la proviamo, per esempio, dopo una passeggiata in montagna o dopo una corsa. Noi pensiamo che sia dovuto al beneficio dell'attività fisica ma lo stato di benessere ce lo sta regalando il nostro centro della gratificazione, che sta nel cervello, stimolato dall'azione delle endorfine. Il giorno dopo, se non siamo allenati, ci accorgiamo che le nostre gambe dolenti sono piene di acido lattico, ma il giorno prima non avevamo avvertito nulla. Chi soffre di un disturbo alimentare, quando si trova in questa fase, è perennemente in questa condizione.

Ciò rende più comprensibile quello che dicono talvolta le ragazze alla prima visita: "Io sono venuta qui perché mi ci hanno portato i genitori ma i matti sono loro, non io. Loro vogliono soltanto che io sia grassa e non capiscono che non sono mai stata bene come adesso". C'è molto da chiarire sui problemi di comunicazione che si creano in famiglia in questi frangenti, si tratta di un tema cruciale che affronteremo con cura.

I disturbi alimentari possono anche essere originati semplicemente da un disagio con il proprio corpo, ma anche questo aspetto non può essere affrontato in maniera semplicistica. La nostra cultura focalizzata sull'immagine

gioca un ruolo significativo in ciò che è considerato “accettabile”. I canoni estetici dominanti si riferiscono a una definizione ristretta di bellezza che si adatta a meno del 5% della popolazione. L’insoddisfazione corporea è talmente diffusa nella popolazione che è stato coniato il termine “*normative discontent*” ossia “insoddisfazione normativa”, quasi che fosse un dovere sentirsi a disagio con il proprio corpo se non si rispecchiano i criteri estetici dominanti. L’estetica diventa etica.

Molte persone hanno la sensazione di aver bisogno di cambiare il proprio corpo per sentirsi “in forma” o sentirsi bene. C’è un enorme giro d’affari intorno a questo stato di cose. Si valuta che nel 2019 negli Stati Uniti l’industria della dieta abbia fatturato 72 miliardi di dollari e quella della bellezza 93 miliardi di dollari. L’ostentazione dello status symbol, che un tempo era legato al possesso di beni preziosi ed elitari, oggi ha a che fare con l’aspetto corporeo e la performance. Non è difficile comprendere che persone fragili possano affidare i loro sentimenti di sicurezza a un perfezionismo malato, dominato non dall’amore per il proprio lavoro ma dal terrore di essere criticati, se si fa qualcosa meno che perfetto.

La ricerca attuale indica che i disturbi alimentari sono probabilmente il risultato di una combinazione di fattori genetici e ambientali. I fattori ambientali da soli non possono causare un disturbo alimentare, come dimostra il fatto che milioni di persone si sottopongono a diete (anche squilibrate e dannose, ricavandone spesso solo un aumento del peso) e solo una minoranza di esse sviluppa

un disturbo alimentare. Tuttavia la letteratura scientifica ha riconosciuto il ruolo della pressione sociale verso la magrezza come un fattore che può avere un impatto sugli individui che sono geneticamente predisposti ai disturbi alimentari.

Dobbiamo dire, però, che i disturbi alimentari non sono così legati a un'ossessione per l'estetica come abitualmente si pensa. Il rinforzo sociale per il dimagrimento è un fatto puramente iniziale, viene infatti il momento in cui l'eccessiva magrezza non è più gradevole e i commenti negativi non mancano ad arrivare. A questo punto l'affermazione più comune è "non mi interessa piacere agli altri, voglio piacere a me stesso/a". Cosa si nasconde dietro a questo cambiamento? Molte cose, innanzitutto il fatto che il rinforzo sociale a questo punto si trasforma nell'attenzione a una persona malata. C'è anche un problema che riguarda la flessibilità mentale. Una scarsa capacità di rivedere i propri progetti e di accettare cambiamenti è un tratto distintivo di chi svilupperà un disturbo alimentare. Si dirà: "ho fatto tanta fatica per arrivare fino qui, non posso mollare adesso". La rigidità mentale è esacerbata dalla malnutrizione, il nostro cervello necessita di 500 kcal al giorno per funzionare bene, tutte derivate dal glucosio. Se gliene forniamo la metà, il cervello mantiene l'ordinaria amministrazione ma non funziona così bene nella risoluzione dei problemi.

L'irrigidimento della funzione cognitiva è uno dei primi segnali della prepotente entrata in campo del corpo nel mantenimento del disturbo alimentare. Ce ne sono molti

altri che vedremo in dettaglio, ma per ora consideriamo solo l'effetto della malnutrizione sull'apparato digerente. Tutta la funzionalità digestiva viene rallentata con l'effetto di svuotare più lentamente lo stomaco e generare fastidiose sensazioni di gonfiore addominale. Quando i pazienti affermano che si sentono subito pieni, dicono il vero perché nello stomaco c'è ancora il cibo del pasto precedente (o del giorno prima). Quando si sentono gonfi e pensano di essere ingrassati, il problema è da imputare alla fermentazione del cibo che sta troppo tempo nel tratto gastro-intestinale. Oggettivamente però in queste condizioni è difficile mangiare, serve un lavoro riabilitativo che riporti gradualmente il corpo al suo normale funzionamento.

In sintesi, abbiamo visto che i disturbi alimentari hanno sicuramente un'origine psicologica, che va compresa attentamente ed è diversa per ogni persona. Vengono però mantenuti da un intreccio di fattori psichici e organici dovuti alla malnutrizione, che tendono a omologare gli individui e a farli sembrare tutti uguali. A una visione superficiale, tutti coloro che soffrono di disturbi alimentari mostrano gli stessi atteggiamenti e dicono le stesse cose.

Non è una sorpresa, troviamo la stessa situazione in tutte le dipendenze. Tutti noi siamo in grado di riconoscere un ubriaco o un tossicomane per come si comportano, anche vedendoli da lontano, ovviamente però non sappiamo nulla delle particolarissime ragioni che hanno condotto ognuno di loro su questa strada tormentata.

Fortunatamente dai disturbi alimentari si può uscire con una remissione completa dei sintomi e, se le cure sono state improntate a un'ottica multidisciplinare, combinando sorveglianza medica, riabilitazione alimentare e psicoterapia, anche con una migliore conoscenza di se stessi. Dobbiamo tuttavia sapere che nella risoluzione di queste patologie il tempo gioca un ruolo cruciale. Arthur Crisp, uno dei pionieri dello studio dei disturbi alimentari, diceva che un'anoressia può risolversi alla stregua di una crisi adolescenziale o diventare una infermità che cambia il corso della vita, tutto dipende da quanto precocemente la si riconosce e la si cura (oltre ovviamente alle risorse della persona, dell'ambiente e dall'appropriatezza delle cure). Di qui l'importanza della diagnosi precoce.

Cosa possono fare i genitori per tutelare la salute dei figli? Le famiglie per tanto tempo sono state maltrattate dai clinici che hanno male interpretato lo stato di disagio conseguente alla presenza del disturbo, considerandolo invece la causa. Oggi la ricerca ha chiarito bene questi aspetti.

È importante sottolineare che i genitori non causano disturbi alimentari nei loro figli e non possono neppure prevenirli. Tuttavia, possono aiutare i bambini a sviluppare la resilienza e l'accettazione di sé, insegnando loro a essere orgogliosi di ciò che sono. Possono insegnare a esprimere liberamente le emozioni e a trovare il modo più adeguato per veicularle agli altri. Sono in grado di insegnare che le persone sono tutte diverse e non possono essere omologate alle quindicenni finlandesi (che a 18

anni sono già differenti), che tutti hanno valore per quello che sono e vanno trattati con gentilezza e rispetto, indipendentemente dal loro aspetto. Possono insegnare che le persone non “sono cose che si accettano”. Si accettano gli oggetti, i commenti, le proposte di matrimonio ecc., tutto ciò che può essere restituito al mittente. Non le persone e neppure gli animali, quelli ci sono e basta.

I genitori devono mostrare con l’esempio come si fa ad avere una relazione sana con tutti gli alimenti e cos’è uno stile di vita attivo e salutare. Devono far capire (e quindi lo devono capire prima loro) che la dieta ci allontana dalla nostra naturale capacità di mangiare in modo intuitivo.

Questo lavoro nasce dall’esigenza di approfondire gli argomenti che fin qui abbiamo trattato in maniera sommaria per fornire una chiave di lettura chiara ma non semplicistica di quello che è un disturbo alimentare. Ha uno scopo di immediata utilità, ossia di dare al lettore gli elementi per poter capire ciò che sta accadendo e cosa è opportuno fare.

Ci auguriamo che la nostra fatica dia buoni frutti.

Buona lettura!

CAPITOLO 1

Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare

Con il termine disturbi del comportamento alimentare, o semplicemente disturbi alimentari, si fa abitualmente riferimento a una gamma di disturbi, talvolta tra loro differenziati, caratterizzata da un alterato rapporto con il cibo e con il proprio corpo. La dizione corrente, per essere precisi, è Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione in quanto nell’ultima versione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM5) sono stati raggruppati i disturbi tipici dell’età adulta con quelli dell’infanzia in un’unica categoria con questa denominazione.

Nei disturbi alimentari l’alimentazione può assumere caratteristiche assai disordinate, caotiche, ossessive e ritualistiche tali da compromettere la possibilità di consumare un pasto in modo “abbastanza normale” e di tenere un rapporto sereno con il corpo.

Tutti possiamo avere nel nostro stile alimentare aspetti peculiari, ma quando questi elementi divengono tali da compromettere la qualità della nostra vita e dei nostri rapporti sociali, quando la visione del nostro corpo è alterata fino a farci sentire socialmente non accettabili, allora dobbiamo pensare a un disturbo alimentare.

Tra questi disturbi sono compresi l’anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da *binge eating* (meglio noto con l’acronimo BED), il disturbo evitante/restrittivo

(meglio noto con l'acronimo ARFID), oltre a una serie di manifestazioni che si collocano al confine della patologia. 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 gli altri disturbi. In sostanza si può affermare che circa il 5-6% della popolazione femminile, in età compresa tra i 12 e i 25 anni (ma ci sono segnali di una precocizzazione dell'esordio) soffre di un alterato e patologico rapporto con l'alimentazione e il corpo. Tale percentuale può salire al 10% se consideriamo anche i disturbi parziali, cioè quelle situazioni non ancora francamente patologiche ma che possono rappresentare un campanello d'allarme per la possibile evoluzione nella malattia.

I maschi sono rappresentati in misura inferiore, intorno al 10% della casistica, ma anche in questo caso ci sono segnali di un allargamento di queste patologie all'universo maschile, spesso in forme legate a una ossessiva cura del corpo.

Esaminiamo ora singolarmente le più importanti patologie del comportamento alimentare.

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da una restrizione dell'alimentazione dovuta a 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 (Tabella I). 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 diagnosi di anoressia nervosa prevede i seguenti criteri:

a. Restrizione dell’apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell’età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Per peso significativamente basso si intende un peso inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso.

b. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso o presenza di un comportamento persistente che interferisce con l’aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso.

c. Alterazione del modo in cui la persona vive il proprio peso o la forma del proprio corpo. Eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima. Persistente rifiuto di ammettere la gravità del sottopeso.

Nelle classificazioni precedenti veniva indicato anche il criterio dell’amenorrea. È stato eliminato in quanto è conseguenza diretta della perdita di peso e, peraltro, non consentiva di porre la diagnosi nei maschi. Tuttavia a livello simbolico la perdita delle mestruazioni (o il ritardo del menarca nelle forme precoci) è importante perché indica una regressione a una fase infantile. In questo senso il

corpo cercato non è quello della modella ma quello della bambina.

Le anoressie non sono tutte uguali, ne vengono specificati due sottotipi.

Tipo restrittivo: viene indicato quando la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo.

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: quando sono presenti ricorrenti abbuffate (in genere soggettive) o condotte di eliminazione (vomito, abuso di lassativi o diuretici).

L'anoressia nervosa è presente in uguale misura in tutte le classi sociali. L'età di insorgenza del disturbo è compresa fra i 12 e i 25 anni, con la frequenza maggiore fra i 13 e i 16 anni. Negli ultimi anni, tuttavia, si assiste a esordi precoci del disturbo. La precocità è un elemento di preoccupazione ulteriore perché va a interferire in maniera rilevante con il processo di sviluppo in tutti i suoi aspetti, questo aspetto verrà meglio chiarito nel capitolo sulle complicanze mediche. L'anoressia si manifesta raramente dopo i 30 anni. Nei casi tardivi, se si va a indagare bene la storia passata si ritrovano spesso precedenti segnali di disagio rispetto alla dieta e al corpo, se non una pregressa crisi anoressica ben superata.

La storia tipica nell'anoressia nervosa è quella di una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilogrammo superfluo, di migliorare il proprio aspetto fisico ritenuto in qualche modo inadeguato o di correggere le proprie abitudini alimentari ritenute sbagliate e dannose.

Con questo obiettivo, in principio spesso condiviso dai familiari, si inizia a ridurre le quantità di cibo e/o a eliminare alcuni cibi ritenuti dannosi e troppo calorici. Altre volte la dieta viene intrapresa per combattere una modesta acne o per supposte intolleranze per le quali si è ritenuto utile eliminare alcuni cibi giudicati nocivi.

A questo 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 può diventare così forte sino al punto di eliminare gran parte degli alimenti che prima venivano assunti e che ora sono ritenuti pericolosi e ipercalorici. Alcuni si limitano al solo consumo di frutta e verdura, mentre i carboidrati e le proteine vengono assunti in quantità molto limitate o eliminati del tutto. C'è la tendenza ad aumentare il consumo di bevande calde per contrastare lo stimolo della fame e aumentare la sensazione di sazietà, oltre che per contrastare il freddo che, giorno per giorno, diventa sempre più intenso.

Vengono messe in atto strategie finalizzate a evitare il pasto. Per esempio si prendono impegni per l'ora del pranzo, lo si rinvia a più tardi per mangiare senza essere osservati, o si preparano solo pietanze poco gradite. I tempi del pasto si dilatano a dismisura e i cibi vengono praticamente ridotti in briciole.

Questi comportamenti portano alla perdita della capacità di riconoscere gli stimoli della fame e della sazietà. Se

la mancanza del senso della fame è un elemento di rassicurazione, l'incapacità di sentirsi sazi è invece allarmante, dà l'idea di poter mangiare all'infinito. Le ragazze spesso sono consapevoli di non essere più in grado di controllare la situazione, cedere una volta significa cedere per sempre. D'altra parte, la capacità di resistere al cibo diventa la fonte maggiore (e ben presto l'unica) di autostima. Si può assistere al fatto che una persona si vanti di non toccare una pizza da due anni, inconsapevole del fatto che questo per gli altri non rappresenti un valore.



Circolo vizioso di auto-mantenimento dell'anoressia nervosa²

Si innesca in questo modo un circolo vizioso determinato dal pensiero "devo mangiare il meno possibile per

² Ostuzzi, Luxardi, *Foglie in lotta con il cibo*, Baldini & Castoldi, 2003

non ingrassare” in cui i protagonisti principali sono il senso di sfida verso se stessi e la paura di perdere il controllo.

Quando la fame viene percepita diventa al tempo stesso una compagna e una nemica. 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 si basa su sensazioni corporee, quali la pancia gonfia, la digestione lenta, il senso di nausea. In questo senso il termine “anoressia” (dal greco “an” – prefisso negativo – e “orekteo” – ho appetito) può apparire fuorviante poiché la sensazione di fame è in realtà forte, solo che non sempre viene percepita nel modo in cui tutti la sentiamo. Da sensazione corporea si trasforma in un pensiero ossessivo, un ragionare costante riguardo al cibo che diventa il pensiero prevalente nella giornata. La restrizione alimentare induce nell’organismo meccanismi biologici di protezione per la sopravvivenza, che portano il cervello a concentrare la sua attività sui temi dell’alimentazione. Nel passato, nei periodi di carestia, coloro che focalizzavano l’attenzione sul cibo erano più motivati e avevano maggiori probabilità di trovarlo, e quindi maggiori chance di sopravvivenza. Noi siamo i discendenti di questi individui e la restrizione alimentare ha come esito l’attivazione di meccanismi genetici atavici che nella nostra epoca non sono più utilizzati.

La fame sempre più potente può generare nel tempo, sotto la pressione dei meccanismi biologici, una spinta

compulsiva verso il cibo. Le abbuffate sono anche favorite da meccanismi psicologici: il fatto che proprio i cibi più graditi (ritenuti ipercalorici) siano quelli banditi dalla dieta autoimposta, fa sì che il desiderio diventi prepotente e, nel momento in cui si presenta l'occasione, porti a una perdita di controllo. L'occasione tipica è rappresentata da una trasgressione anche minima dello schema, per esempio il fatto di aver mangiato un biscotto in più di quanto era stabilito. Il pensiero che emerge e travolge ogni razionalità è "ormai 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. Può accadere che l'abbuffata si riveli, a un'indagine più precisa, un pasto di media entità o addirittura un piccolo spuntino o un cibo ritenuto proibito che si era deciso nel modo più assoluto di non mangiare. Di fondo c'è sempre il costante timore che, se si allenta il controllo, il peso inizierà e continuerà a crescere in modo inarrestabile fino all'obesità (il pensiero tutto-o-nulla è "o controllo quello che mangio o diventerò come una balena"). 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, o un'attività fisica che ha l'unico scopo di consumare calorie.

Le due diverse situazioni spiegano il fatto che si parli 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 (detti anche metodi di compenso), condotte eliminatorie o comportamenti purgativi. La forma bulimica dell'anoressia può rappresentare una evoluzione della forma restrittiva dato che spesso compare dopo alcuni anni dall'inizio della malattia. I sistemi di compenso fanno riferimento anche a quadri psicologici differenti: nella anoressia restrittiva si riscontra una tendenza più marcata a negare la malattia (ego-sintonia) e una maggiore presenza di caratteristiche ossessive; nella forma bulimica sono presenti manifestazioni di discontrollo emotivo più evidenti, con maggiore presenza di sintomi depressivi, di irritabilità e, in alcuni casi, di comportamenti autolesivi, piccoli furti, abuso di sostanze ecc.

In alcune ragazze il controllo del peso viene ottenuto soprattutto attraverso una attività fisica intensa ed esasperata, difficilmente controllabile (compulsiva), spesso utile anche per scaricare l'ansia del pasto. Alle volte si tratta di pratiche sportive faticose come lunghe camminate e corse, altre in un impegno costante, spesso non consapevole in attività domestiche (pulizie, lavori vari), evitando di riposarsi. Tipica è la situazione della ragazza che studia in piedi e si sente a disagio se le si chiede di sedersi. Si viene a volte a configurare una anoressia da iperattività, spesso presente nelle ragazze che praticano uno sport agonistico. In questi casi può non essere presente un forte controllo sull'assunzione di alimenti.

L'iperattività assume anche la funzione di scaricare l'ansia, di tenere la mente occupata per arginare la spinta biologica della fame, tenendosi impegnati. Ciò che caratterizza queste forme è l'assenza di piacere e di amore per ciò che si sta facendo, l'unico obiettivo è quello di evitare il senso di colpa per non aver consumato quanto stabilito o per non essere stati sufficientemente performanti nei risultati conseguiti.

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. Sono arrabbiate con i genitori dei quali non comprendono le preoccupazioni: "Vogliono solo vedermi grassa, come fanno a non capire che non sono mai stata meglio di così?".

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. Tuttavia l'ossessione per la magrezza perdura anche quando le reazioni degli altri diventano negative. L'anoressia non è un problema estetico, a chi ne soffre non importa di avere un fisico gradevole, ma semplicemente di vedere l'ago della bilancia che va in giù, è un modo semplificato di accrescere la propria autostima.

La negazione della magrezza può configurare un **disturbo dell'immagine corporea** per cui, nonostante la perdita di peso consistente, alcune ragazze continuano a vedersi e sentirsi normali o addirittura grasse.

La paura ossessiva di ingrassare è ancora più forte, se in passato c'è stato un 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. Questo argomento viene approfondito nel capitolo dedicato alle cause.

La bulimia nervosa

Il nucleo centrale della bulimia, come per l'anoressia, è rappresentato da una paura morbosa di ingrassare e dal fatto che il peso e la forma del corpo influenzano in modo eccessivo e inadeguato la valutazione del proprio valore come persona. Tuttavia l'aspetto corporeo è differente rispetto all'anoressia, infatti chi soffre di bulimia ha generalmente un peso nella norma o è leggermente sovrappeso. L'esordio può essere simile a quello dell'anoressia, caratterizzato da una intensa volontà a perdere peso e da una forte insoddisfazione per il proprio corpo. Il decorso invece è diverso, con un peso abbastanza normale man-

tenuto alternando tentativi di dimagrire con abbuffate e condotte di compenso (principalmente il vomito indotto).

I criteri richiesti per la diagnosi sono i seguenti:

a. Presenza di ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da:

1. l'assunzione, in un periodo definito di tempo (es. 2 ore), di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. La sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando).

b. Presenza di ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

c. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per tre mesi.

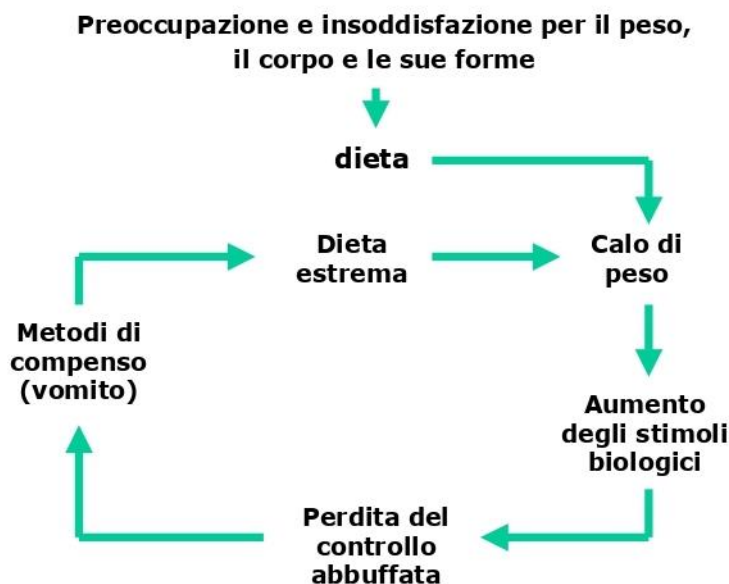
d. I livelli di autostima sono influenzati in modo inappropriato dalla forma e dal peso del corpo.

La bulimia nervosa è presente nell'1-3% della popolazione femminile in età a rischio. Dato che il peso ricade nei limiti della norma non è facile identificare chi ne soffre, che a sua volta tende a tenere nascosto il problema. Studi di comunità hanno appurato che solo il 10% dei pazienti si rivolge al medico di famiglia e solo il 5% a un cen-

tro specialistico, per cui potremmo dire che la bulimia manifesta un gigantesco effetto iceberg.

Come l'anoressia nervosa, è diffusa soprattutto nei Paesi industrializzati e riguarda nella maggioranza dei casi il genere femminile. È più frequente nelle grandi aree urbane rispetto alle zone rurali e, come l'anoressia, colpisce ragazze in età compresa tra i 12 e i 25 anni, con 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 superiori, quando si verificano i primi cambiamenti verso l'autonomia e l'indipendenza con l'accesso all'università o l'inizio del lavoro. Molto spesso la bulimia è un'evoluzione dell'anoressia. Altre volte l'insorgenza è preceduta da ripetuti tentativi di dieta (comportamento definito come *dieting*) che solitamente falliscono entro breve tempo.

La dinamica normalmente è ben riconoscibile: la persona si mette a dieta e in un primo tempo riesce a calare di qualche chilogrammo, ma poi non riesce a mantenere il risultato. Riprende a mangiare troppo, recupera peso e perde il controllo della situazione. A questo punto scopre che può procurarsi il vomito e lo trova un rimedio efficace. La delusione di non aver mangiato come voleva, la paura di ingrassare, il senso di colpa per il mancato controllo porta la persona a rimediare, eliminando il cibo ingerito con il vomito, in una sorta di dieta estrema.



Circolo vizioso della bulimia nervosa³

Il comportamento più caratteristico della bulimia nervosa è l'**abbuffata**, come abbiamo visto un episodio in cui viene assunta molto rapidamente una grande quantità di cibo. Gli alimenti più presenti sono in genere carboidrati e in particolare i dolci, sia perché c'è una necessità biologica di fonti di glucosio, sia perché sono quelli maggiormente desiderati e quindi "proibiti". Talvolta, però, si ricorre semplicemente a quelli disponibili, che non richiedono una lunga preparazione, anche mescolando sapori molto diversi fra loro. Nei casi estremi vengono consumati alimenti congelati e persino cibi avariati. Durante

³ Ostuzzi, Luxardi, *Foglie in lotta con il cibo*, Baldini&Castoldi, 2003

l'abbuffata è forte la sensazione di perdere l'autocontrollo, talvolta anche con una specie di alterazione della coscienza. Tutto avviene in tempi brevi e con dei rituali, in genere accompagnati da un forte senso di disagio, di vergogna e di colpa. Le circostanze in cui si origina l'episodio dell'abbuffata possono essere diverse: talvolta viene scatenato dall'assunzione anche minima di un cibo che la persona considera "proibito" per l'elevato contenuto energetico o di grassi, altre volte l'innescò può essere dovuto a uno stato emotivo (tensione, rabbia, ansia, noia). Quando c'è una lunga durata di malattia, l'abbuffata può diventare parte della routine quotidiana, con una accurata programmazione, scegliendo il momento adatto e predisponendo gli alimenti necessari. In questi casi non c'è più nessuna conflittualità, diventa un atto consolatorio o il riempitivo di un tempo vuoto.

È interessante notare come la bulimia, una volta strutturata, perda ogni significato di controllo del peso (che resta identico a quello che si avrebbe con un'alimentazione normale) ma si mantenga perché offre soddisfazioni e conferme. Per la precisione, la soddisfazione è doppia: nel momento in cui si restringe, ci si sente forti ed efficaci perché si controlla il cibo; nel momento dell'abbuffata, l'appagamento ottenuto con il cibo è amplificato dalla restrizione precedente (chiariremo meglio questo punto quando affronteremo le cause di mantenimento biologiche) ed è particolarmente efficace nella gestione delle emozioni. In seguito ovviamente subentrerà il senso di colpa, ma questo verrà facilmente gestito rinfor-

zando il proposito di una prossima restrizione o ricorrendo al vomito.

Ciò che colpisce è il fatto che, facendo il computo di ciò che viene effettivamente assimilato in una giornata in cui si alternano restrizione, abbuffata e comportamenti purgativi, si ottiene un introito calorico analogo a quello di un'alimentazione normale, solo assunto in modo bizzarro.

Un aspetto di negazione insito in questo disturbo sta proprio nel non rendersi conto che restrizione e abbuffata si annullano a vicenda. L'alimentazione restrittiva viene considerata la dieta "ufficiale" e l'abbuffata un incidente che non sarebbe dovuto accadere, anche se accade tutti i giorni ormai da anni.

In molti casi le crisi bulimiche si presentano anche più volte al giorno, fino a sostituire completamente l'alimentazione normale. Alcune volte l'alimentazione diviene così caotica da non permettere un ritmo di vita accettabile.

Le modalità compensatorie tipiche sono rappresentate dai comportamenti di eliminazione o purgativi, ossia il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi o di diuretici. Queste condotte danno l'impressione di rimediare alla perdita di controllo ma gli effetti reali sono diversi da quelli attesi. Per esempio, per ciò che riguarda il vomito, anche se una buona parte delle calorie assunte viene eliminata, ne viene tuttavia assorbita una quantità normalmente superiore al 50%. Inoltre, il vomito autoindotto produce una sequenza di picchi glicemici creando le condizioni per un nuovo attacco di fame. Inoltre la convinzio-

ne di aver trovato il modo per potersi liberare dalla sensazione di pesantezza e dal timore di aumentare di peso, tende ad accentuare l'entità dell'abbuffata e porta la persona a mangiare molto di più di quanto sarebbe stato necessario per placare la fame compulsiva.

Considerazioni analoghe valgono per l'abuso di lassativi e diuretici. Oltre a ricordare i danni che queste condotte possono arrecare all'organismo (squilibri elettrolitici che possono portare anche alla morte, come vedremo nel capitolo sulle complicanze mediche), è necessario sottolineare che questi comportamenti non hanno alcuna efficacia sul controllo del peso corporeo poiché non favoriscono l'eliminazione delle calorie. I lassativi agiscono sulla parte terminale dell'intestino quando il cibo è ormai assimilato, i diuretici non intervengono sul processo digestivo. L'effetto ricercato è quello di sentire la pancia "sgonfia", che però è dovuto a una perdita di liquidi che vengono poi rapidamente ristabiliti.

Alcune persone che soffrono di bulimia non usano condotte purgative ma alternano le abbuffate al digiuno oppure si impegnano per più ore al giorno in estenuanti attività fisiche. Nella precedente classificazione diagnostica (DSM IV) venivano considerati due sottotipi di bulimia: il tipo purgativo e il tipo non purgativo. Il primo sottotipo è tipico di persone che presentano una sintomatologia caratterizzata da depressione, ansia e comportamenti impulsivi (difficoltà a controllare le proprie emozioni, atti autolesivi, talvolta atti antisociali); il sottotipo non purgativo presenta prevalentemente caratteristiche ossessive.

Nel sottotipo purgativo è evidente la somiglianza con coloro che soffrono di anoressia di tipo bulimico; la differenza sta nel peso, che nella bulimia è superiore a 17.5 punti di BMI.⁴

Il disturbo da Binge Eating

Il disturbo da Binge Eating, meglio noto con l'acronimo inglese BED (Binge Eating Disorder) o anche come "disturbo da alimentazione incontrollata", è caratterizzato dalla presenza di abbuffate non accompagnate da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso.

La diagnosi richiede che siano soddisfatti i seguenti criteri:

a. Presenza di ricorrenti crisi bulimiche, definite come nella bulimia nervosa.

b. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:

- 1) Mangiare molto più rapidamente del normale.
- 2) Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno.
- 3) Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati.
- 4) Mangiare da soli perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando.
- 5) Sentirsi disgustati di se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'abbuffata.

⁴ 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

c. Presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate.

d. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi.

e. Le abbuffate non sono associate all'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa

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. A differenza dalla bulimia non si riscontra il circolo vizioso tra i tentativi di restrizione, l'abbuffata e i comportamenti eliminativi. Il problema principale consiste nella difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi. Il BED è solitamente correlato all'obesità. Il BED è presente nel 2-3% di tutti i soggetti obesi e nel 30% circa di quelli che richiedono una cura. È stato inoltre documentato che la presenza del BED è più elevata con il crescere del BMI, in particolare nei soggetti con valori superiori a 40 è quasi sempre presente. La difficoltà a 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 BED è frequente la presenza di un quadro psicologico problematico caratterizzato dalla depressione, dall'insoddisfazione corporea e da un comportamento alimentare variamente disturbato. Negli obesi BED i disturbi dell'umore e altri

quadri psicopatologici sembrano essere presenti in circa l'80% dei casi.

Una variante del BED è la **Night Eating Syndrome (NES)**, una particolare combinazione di un disturbo dell'alimentazione, di un disturbo del sonno e, talvolta, di un disturbo dell'umore.

La persona afflitta da NES spesso si alimenta poco a colazione e a pranzo, fa una cena normale, cui seguono ripetute abbuffate compulsive (fino a un terzo delle calorie giornaliere) durante la sera e la notte.

È concomitante con significativi disturbi della qualità e quantità del sonno. L'addormentamento viene ottenuto solo dopo aver mangiato e ci sono risvegli durante la notte, in genere a ore fisse, durante i quali viene assunto nuovamente del cibo. Sembra che l'alimentazione sia un tentativo di ristabilire (in modo disfunzionale) il sonno disturbato.

I sintomi della Night Eating Syndrome sono:

- 1) scarso appetito la mattina (certe volte fino al tardo pomeriggio);
- 2) eccessiva e compulsiva alimentazione nel periodo serale e notturno;
- 3) difficoltà ad addormentarsi e necessità di mangiare prima dell'addormentamento;
- 4) frequenti risvegli notturni contraddistinti dalla necessità di mangiare per riuscire a riprendere sonno;
- 5) non vengono utilizzate manovre di eliminazione quali induzione del vomito, abuso di diuretici o lassativi e spesso si verificano sovrappeso o obesità. Il compor-

tamento compensatorio più tipico è quello di mangiare poco o nulla durante il giorno;

6) non sussiste una forte preoccupazione per il peso e per le forme corporee così come avviene nell'anoressia o nella bulimia;

7) il disturbo può manifestarsi in maniera episodica, oppure essere continuativo;

8) è spesso presente umore depresso: le abbuffate alimentano dinamiche emotive di colpa, vergogna, rabbia e ansia per lo scarso autocontrollo dimostrato.

Solitamente la NES ha il suo esordio tra i 30 e i 40 anni, ma possiamo trovarla anche in altri periodi della vita. Si valuta che coinvolga il 2% della popolazione.

Alcune persone con NES associano all'assunzione di alimenti anche quella di alcolici, in questo caso parliamo di **Night Eating/Drinking Syndrome (NEDS)**.

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, anch'esso meglio conosciuto con l'acronimo inglese **ARFID** (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) è stato inserito nella categoria dei disturbi alimentari in seguito all'ultima revisione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM5) nel 2013. Precedentemente era considerato un disturbo dell'infanzia, attualmente invece i criteri sono stati ampliati fino ad abbracciare una casistica presente anche nell'età adulta. Nella definizione attuale, l'ARFID è

una sorta di contenitore che raggruppa una gamma di disturbi con caratteristiche simili.

I criteri per porre diagnosi di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sono i seguenti:

un'anomalia dell'alimentazione e della nutrizione (p.e. assenza di interesse per l'alimentazione o per il cibo, evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo, preoccupazioni legate a effetti negativi dei cibi) che si manifesta attraverso una persistente incapacità di assumere un adeguato apporto nutrizionale e/o energetico associata con una o più delle seguenti:

- 1) Significativa perdita di peso o nei bambini incapacità a raggiungere il peso relativo alla crescita.
- 2) Significativa carenza nutrizionale
- 3) Dipendenza dalla nutrizione enterale o da supplementi nutrizionali orali.
- 4) Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

La differenza con l'anoressia nervosa consiste nella mancanza di preoccupazione, tanto nei bambini quanto negli adulti, per il peso o la forma corporea. Gli effetti tuttavia sono spesso quelli di un dimagrimento estremo potenzialmente molto pericoloso. Per le condizioni fisiche spesso questo disturbo è confuso con l'anoressia e ciò indispettisce le persone che ne soffrono, che sarebbero contente di aumentare di peso ma non riescono per il timore o il disinteresse a nutrirsi.

Sono stati identificati tre profili che spiegano il motivo della carenza energetica e/o nutrizionale:

1) Apparente **mancanza di interesse** per il mangiare o per il cibo. Spesso sono presenti difficoltà emotive come preoccupazioni, ansia o tristezza che interferiscono con l'alimentazione e producono un disinteresse nei confronti del cibo.

2) **Evitamento** basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo. Alcune persone, per esempio, mangiano solo cibi con certe consistenze, colori, temperature o sono molto sensibili alle variazioni dei gusti. Alcuni cibi vengono evitati, si pensa di non tollerare certe caratteristiche di quell'alimento. Si tratta di una variante più grave di quella che, in altre classificazioni, viene definita Alimentazione Selettiva. In questi casi, piuttosto diffusi e non particolarmente pericolosi, il bambino si alimenta con 4-5 alimenti, in genere tutti bianchi. Generalmente l'alimentazione selettiva non ha un'influenza negativa sullo sviluppo psico-fisico, perché il bambino mantiene un introito calorico adeguato, e ha una risoluzione spontanea nell'adolescenza quando, sotto la pressione dei pari, il ragazzo è più motivato ad allargare la gamma e la varietà dei cibi assunti. Tuttavia in un sottogruppo di bambini l'alimentazione selettiva può compromettere in modo significativo la crescita e lo sviluppo o mantenersi fino all'età adulta. In alcuni casi può giungere a soddisfare i criteri diagnostici del disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione del cibo (ARFID).

3) **Preoccupazione** relativa alle conseguenze negative del mangiare. In un certo numero di casi è conseguente a situazioni traumatiche quali l'eventualità della lisca o briciolina in gola, l'episodio di vomito che ha spaventato il bambino ecc. In questi pazienti sono anche comuni sintomi come il dolore addominale, la nausea e la malattia da reflusso gastroesofageo. La riduzione dell'apporto di cibo è dovuta ad alcune paure come:

- Soffocare o non riuscire a deglutire
- Vomitare: è un'eventualità piuttosto diffusa che viene chiamata Emetofobia
- Causare diarrea
- Causare reazioni allergiche: spesso amplificata da timori per intolleranze condivise dalla famiglia
- Causare dolori addominali o di petto

I tre profili possono variare in termini di gravità, ma non si escludono a vicenda. È da sottolineare che, sebbene questa suddivisione sia clinicamente utile quando si effettua la formulazione del caso, i sottotipi dell'ARFID non hanno ancora ricevuto una validazione empirica. Essendo una classificazione di recente introduzione, non ci sono molti studi sulla prevalenza; i dati preliminari indicano che chi soffre di questo disturbo tende ad avere un'età inferiore rispetto ai pazienti con anoressia nervosa e che, rispetto a questi, il disturbo sembra colpire un maggior numero di maschi. Inoltre, l'ARFID è spesso correlato a disturbi d'ansia e, in alcuni casi, al disturbo da de-

ficit di attenzione/iperattività e ai disturbi dello spettro autistico.

Non si può escludere che, in un numero limitato di casi, al passaggio dall'infanzia all'adolescenza, ci sia un viraggio dall'ARFID all'anoressia, attraverso l'interiorizzazione di modelli culturali di restrizione alimentare.

Altri disturbi dell'alimentazione

Per concludere passiamo in rassegna una serie di comportamenti alimentari problematici, alcuni francamente patologici e inseriti nelle classificazioni diagnostiche, altri che possono essere considerati stili di vita da parte di chi li agisce ma che hanno, comunque, conseguenze negative.

Una prima notazione riguarda i disturbi sotto soglia, in particolare l'**anoressia nervosa atipica**: in questo caso vengono soddisfatti tutti i criteri diagnostici tranne quello del peso, che si mantiene dentro il range di normalità. Si creano queste situazioni quando si verifica un dimagrimento veloce in una situazione di sovrappeso o ai limiti superiori del normopeso. Spesso queste situazioni non vengono notate perché nessuno si allarma per la velocità del dimagrimento in una persona che deve perdere peso. Il fatto è la velocità del dimagrimento dipende dal fatto che si perde qualcosa di pesante ossia la massa magra. La perdita di massa magra, in persone che hanno una predisposizione, provoca la cosiddetta sintomatologia da digiuno (di cui parleremo nel capitolo sulle cause) che è una

potente causa di mantenimento di un comportamento alimentare restrittivo, e ha conseguenze importanti sulla salute dell'organismo (lo vedremo nel capitolo sulle complicanze mediche). La conseguenza principale sul comportamento è l'estrema difficoltà di controllare l'alimentazione, che diventa sempre più restrittiva.

Tra le varianti dello spettro bulimico, la principale è costituita dal **purging disorder**, o disturbo purgativo. Chi soffre di questo disturbo non ha il numero o l'intensità dei sintomi necessari per fare una diagnosi di anoressia o bulimia. Si tratta di persone che frequentemente cercano di eliminare ciò che hanno mangiato dopo quasi ogni pasto, più spesso vomitando e talvolta con l'uso di lassativi o diuretici. La differenza principale tra purging disorder e bulimia nervosa è l'assenza di alimentazione incontrollata, in altre parole le quantità di cibo assunte sono in genere "normali", senza la sensazione di aver perso il controllo. Il digiuno, la grave restrizione calorica o esercizio fisico compulsivo in genere non sono presenti. Il peso solitamente è normale, ma può essere inferiore a quello che avrebbero naturalmente. Le complicanze mediche sono piuttosto gravi, dai problemi ai denti ai disordini elettrolitici (vedi capitolo sulle complicanze mediche). La prevalenza del disturbo purgativo è stimata tra l'1 e il 5%.

Una ulteriore variante è costituita dalla sindrome "**maistica 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. Il **Chewing and spitting** è un comportamento com-

pulsivo che interessa circa il 25% delle persone con anoressia o bulimia, ma può presentarsi anche da solo senza che la persona manifesti altri comportamenti che soddisfino i criteri per uno specifico disturbo alimentare. In entrambi i casi, si tratta di un comportamento compulsivo messo in atto, almeno inizialmente, allo scopo di assaporare grandi quantità di cibo senza che questo venga assorbito dall'organismo e provochi un aumento di peso. In questa pratica vengono unite assieme le caratteristiche preponderanti dei disordini alimentari, lo stile comportamentale delle dipendenze e la compulsività tipica delle ossessioni.

Se, infatti, la maggior parte dei soggetti comincia ad attuare questa pratica come un'alternativa alla dieta, molti di loro finiscono per trasformare questo comportamento in un automatismo. Paradossalmente questa condotta porta a un aumento di peso perché una buona parte del cibo viene assorbito comunque.

Bisogna considerare che questo disturbo non sempre viene riferito dalla ragazza che prova un senso di colpa e vergogna.

Comportamenti alimentari disturbati

Terminiamo questa rassegna con la descrizione di alcuni comportamenti alimentari che non rientrano tra le patologie riconosciute e codificate, ma possono allo stesso modo essere causa di disagio e portare a una perdita di qualità della vita.

Tra questi troviamo l'**ortoressia**, descritta per la prima volta da Bratman nel '97. L'ortoressia è l'ossessione per il mangiar sano, che fonda le sue radici su conoscenze superficiali delle corrette regole alimentari. L'adesione alle regole autoimposte è il veicolo attraverso il quale la persona costruisce la propria autostima, che può diventare così ipertrofica fino a indurre il disprezzo per chi non segue le stesse regole, fino a considerarlo poco intelligente e non degno di essere frequentato.

A un'analisi più approfondita, emerge che i bisogni delle persone con questa tendenza alimentare sono legati a forme di ipocondria, caratterizzate da angoscia per fobie per le malattie e paura di contaminazione. Spesso ci sono comorbidità con un disturbo ossessivo compulsivo di personalità.

I sintomi dell'ortoressia sono:

- Ruminazione ossessiva sul cibo. La persona può trascorrere più di 3-4 ore al giorno a pensare a quali cibi scegliere, a come prepararli e consumarli, assumendo solo ciò che fa stare bene, che può non corrispondere a ciò che piace realmente.
- Pianificazione dei pasti con diversi giorni di anticipo, al fine di evitare i cibi ritenuti dannosi (contenenti pesticidi residui o ingredienti geneticamente modificati, oppure ricchi di zucchero o sale).
- Impiego di una grande quantità di tempo nella ricerca e nell'acquisto degli alimenti a scapito di altre attività.

- Preparazione del cibo secondo procedure particolari ritenute esenti da rischi per la salute (cottura particolare, utilizzo di un certo tipo di stoviglie).
- Insoddisfazione affettiva e isolamento sociale causati dalla persistente preoccupazione legata al mantenimento di tali rigide regole alimentari autoimposte.

Una deviazione anche solo minima da esse può provocare una serie di conseguenze emotive a cascata, quali colpa, rabbia e umore depresso, fino a somatizzazioni di disturbi fisici (indigestioni, nausea, vomito).

L'isolamento sociale è spesso l'esito di una scelta di vita che non può essere condivisa da chi non ha le stesse abitudini, il che giustifica l'evitare momenti di socialità, spesso basati sulla condivisione di cibo; l'attenzione alla qualità del cibo prevale sui valori morali e sulle relazioni sociali, lavorative e affettive, minando il funzionamento globale e il benessere dell'individuo.

Le conseguenze maggiormente problematiche sono tuttavia a carico delle persone più vicine, le figlie in particolare, le quali, se interiorizzano queste visioni rispetto al cibo e alla cura del corpo, possono sentire giustificati atteggiamenti che, in soggetti predisposti, conducono allo sviluppo di un disturbo alimentare.

Secondo i dati diffusi dal Ministero Italiano della Salute per i disturbi alimentari, le persone affette da ortoressia sarebbero 300 mila in Italia (a fronte di tre milioni di pazienti con disturbi alimentari), con una prevalenza maggiore tra gli uomini che tra le donne (11,3% vs 3,9%).

La maggior diffusione nel genere maschile può spiegarsi con il proliferare di stereotipi culturali legati alla forma fisica maschile e trova un interessante parallelismo nella corrispondente diffusione della **vigoressia** o preoccupazione cronica di non avere un corpo sufficientemente muscoloso, prevalente tra i maschi.

La **vigoressia** (chiamata anche bigoressia, *reverse anorexia* o complesso di Adone) è una forma di dismorfofobia (ossia una preoccupazione ossessiva e spesso priva di fondamento che un particolare tratto del corpo sia portatore di un'imperfezione), contraddistinta dalla continua ossessione per il tono muscolare, l'allenamento, la massa magra, per una dieta ipocalorica e iperproteica e, infine, per la tenuta atletica del corpo.

Il termine *reverse anorexia* (anoressia a rovescio), ci fa comprendere come la preoccupazione non sia quella di avere un corpo esile ma, al contrario, un fisico muscoloso.

Nelle persone che soffrono di vigoressia, l'ossessione è talmente rilevante da mettere l'esercizio fisico al centro della propria vita, mentre i rapporti affettivi, sociali, il lavoro e lo studio finiscono in secondo piano. L'aspetto fisico e l'alimentazione sono al centro di ogni pensiero quotidiano, lo sport d'elezione è il sollevamento pesi e c'è un rischio concreto di abuso di integratori alimentari e, particolarmente pericoloso, di steroidi anabolizzanti.

I sintomi della vigoressia comprendono aspetti psicologici, come pensieri ossessivi e paure, e comportamenti anomali:

- preoccupazione ossessiva e spesso infondata, che il proprio corpo non sia sufficientemente magro, muscoloso e atletico.
- adesione a programmi di esercizio estremo, che impegnano molte ore della giornata.
- attenzione eccessiva e maniacale per l'alimentazione, che deve comprendere esclusivamente "cibi sani", ipocalorici e altamente proteici.
- l'allenamento sportivo e la cura del corpo vengono anteposti alla vita familiare, sociale e lavorativa.
- la maggior parte del tempo e molte delle proprie risorse economiche sono dedicate alla frequentazione di palestre/centri fitness/centri estetici e all'acquisto di riviste specializzate.
- frequente o continuo controllo del corpo allo specchio alla ricerca di qualche imperfezione nei muscoli. Lo specchio viene, invece, evitato se si è costretti a un periodo di inattività fisica.
- L'allenamento non viene interrotto neanche in presenza di infortuni muscolari che sconsiglierebbero la pratica sportiva.
- Presenza di malessere, ansia e disagio se il programma di allenamento deve subire modifiche rispetto a quanto preventivato.
- Uso e abuso di integratori alimentari o steroidi anabolizzanti per incrementare la massa muscolare.

Questi sintomi sono spesso accompagnati da comportamenti auto-punitivi, quali allenamenti pesanti che portano a uno stato di sovra-allenamento, con conseguenze a livello psico-fisico. L'eccesso di attività, senza giorni di riposo e con carichi eccessivi, può avere un effetto opposto sull'apparato muscolare, indebolendolo e rendendolo sempre più suscettibile agli infortuni. Anche i regimi dietetici drastici e molto rigidi contribuiscono a una forma di "auto isolamento" sociale. Tutto questo può portare a stati d'ansia e disturbi dell'umore.

Si valuta che la vigoressia riguarderebbe circa il 10% dei soggetti che praticano body building. È particolarmente diffusa nella popolazione maschile, ma sembra che stia prendendo sempre più piede anche tra le donne. La fascia di età più colpita è quella dai 25 ai 35 anni, seguita da quella tra i 18 e i 24 anni. Tuttavia c'è una crescente fetta di persone più adulte, anche oltre ai 40 anni, che si lascia gradualmente attrarre da allenamenti sempre più duri e frequenti, alimentazione sempre più rigida, sino a sviluppare questo tipo di problema.

Un ulteriore comportamento problematico è quello che va sotto il nome di **dieting**, letteralmente "stare a dieta". È una condizione frequente che può andare dalla reiterazione poco costruttiva di diete rivelatesi inefficaci alla pratica maniacale e ossessiva di persone che stanno perennemente a dieta, attente a ogni minima caloria che ingerisce, spesso accompagnata da una cura maniacale per il corpo attraverso l'uso eccessivo di prodotti cosmetici e dell'assidua frequenza alla palestra. Le persone che pre-

sentano questo comportamento conducono una vita normale, condizionata, però, dalle esigenze della dieta tanto da rendere complicato uscire a cena con amici e fare una vita sociale accettabile. Oltre a ciò possono presentarsi un controllo esasperato del peso e sentimenti di angoscia ogni volta che questo varia.

Stare a dieta fornisce una sensazione di sicurezza, indipendentemente dal fatto che il regime alimentare di volta in volta prescelto sia efficace o meno. Queste persone finiscono per essere vittime del marketing delle diete e dei prodotti dimagranti, verso cui non c'è un'attenzione sufficientemente critica che permetta di capire se il programma che si sta iniziando sia utile o meno.

Nelle situazioni più problematiche questo comportamento porta alla cosiddetta sindrome dello Yo-Yo (più correttamente definita sindrome del peso oscillante) in cui si alternano perdite di peso anche rilevanti (senza però curarsi se si perde massa grassa o massa magra) con recuperi che portano a un peso più elevato di quello di partenza. Questo accade perché nel tempo l'organismo sviluppa un metabolismo di risparmio, in altre parole impara a consumare meno.

Questo tipo di atteggiamento, oltre a essere dannoso a livello individuale, può diventare un modello per i figli e quindi giocare un ruolo nello sviluppo di un disturbo alimentare.

L'ossessione per la forma corporea si può acutizzare in gravidanza, in particolare nelle donne con un disturbo alimentare conclamato, ma anche in situazioni in cui il

dieting è particolarmente intenso. A questo proposito si parla di **pregoressia** (dalla fusione tra i termini “*pregnancy*” e “*anorexia*” - gravidanza + anoressia). Con questo termine si designa un disturbo alimentare che consiste nell’ossessione di non voler aumentare di peso durante il periodo della gravidanza. Le conseguenze possono essere molto severe, le donne che ne soffrono smettono di nutrirsi in modo adeguato, con grave rischio per la propria salute e quella del feto. Il proposito di controllare il peso viene perseguito attraverso una dieta estrema e un’eccessiva attività fisica, ma possono esserci anche abbuffate e l’induzione successiva di vomito.

I campanelli d’allarme tipici di una donna che soffre di pregoressia sono diversi e ben riconoscibili, includono:

- la tendenza a mangiare da sola o a saltare i pasti;
- l’ossessione dell’apporto calorico e il conteggio maniacale delle calorie dei cibi;
- un esercizio fisico eccessivo (non adatto alla gravidanza);
- l’ossessione del proprio aspetto fisico e un controllo quotidiano del peso associato al rifiuto di ingrassare;
- il parlare della propria gravidanza come se non fosse un evento reale (emerge un distacco verso il bambino e la gravidanza).

La pregoressia può avere conseguenze anche molto serie per la mamma e il feto, dall’ipertensione alla preeclampsia, al diabete gestazionale fino all’aborto

spontaneo. Vedremo meglio questi aspetti nel capitolo sulle complicità mediche.

È un disturbo è sempre più diffuso nei Paesi occidentali: si stima che colpisca circa il 5% delle donne in attesa di un figlio. La preeclampsia è maggiormente diffusa in Gran Bretagna e negli Stati Uniti.

Un ultimo comportamento a rischio su cui vorremmo porre l'attenzione è quello che va sotto il nome di **drunkorexia**, termine coniato dai giornalisti statunitensi del New York Times che identifica una abitudine in cui vengono combinati abuso alcolico e restrizione alimentare. Si è diffusa negli Stati Uniti fra i giovani tra i 16 e i 24 anni, in particolare fra le ragazze, le quali restringono l'alimentazione per compensare le calorie introdotte con aperitivi e drink che prevedono di assumere durante la serata. Il risultato è duplice: da un lato non si corrono rischi di aumentare di peso, dall'altro si potenzia l'effetto dello sballo assumendo alcool a stomaco vuoto.

A favorire lo sviluppo di questo comportamento sono stati anche i nuovi modelli del bere giovanile. Primo fra tutti il *binge drinking*, la tendenza a bere a ritmi compulsivi e in poche ore più alcolici insieme (birra, breezer, alcool, superalcolici), visti come mezzo facile per favorire le capacità di relazione (grazie a una maggiore disinibizione, loquacità, euforia) e farsi accettare dal gruppo. Il *binge drinking* consiste nell'assunzione di più bevande alcoliche in successione (almeno cinque per gli uomini e almeno quattro per le donne) in una o più occasioni nel corso delle ultime due settimane.

Spesso la drunkoressia si manifesta quando c'è già un disturbo anoressico o bulimico. Può capitare che la persona si induca il vomito per liberarsi delle calorie in più assunte a causa dell'alcool ingerito. Tuttavia le persone con drunkoressia possono anche non presentare nessun altro disturbo alimentare.

La drunkoressia è ormai un fenomeno diffuso anche in Italia. Uno studio italiano del 2014, su un campione di circa 3000 soggetti, rivelava una prevalenza del 32,2%, in misura maggiore nella popolazione femminile ma anche in quella maschile.

Per concludere... una visione di insieme

I disturbi alimentari possono apparire e spesso vengono presentati come malattie diverse e quasi in contrapposizione tra loro. In realtà i diversi quadri clinici hanno una linea di continuità con punti di sovrapposizione e senza momenti di vera separazione. Una continuità che va da comportamenti apparentemente normali alle situazioni più gravi.

Il più importante elemento di continuità è il pensiero ossessivo nei confronti del corpo e del cibo, che possiamo agevolmente quantificare nel tempo che, durante la giornata, viene dedicato al cibo, sottraendolo agli altri interessi della vita. Nei disturbi che sono caratterizzati dal bisogno di controllo del peso e del corpo il contenuto del pensiero può essere sintetizzato nella frase "vorrei tanto mangiare ma non posso", che possiamo riscontrare dall'anoressia al disturbo da *binge eating* (e quindi

all'obesità). Cambia ovviamente l'aderenza del comportamento a questo pensiero, con una completa adesione nel caso dell'anoressia che pian piano tende a ridursi. Tuttavia il comportamento può variare nel tempo ed è descritta ampiamente una dinamica di migrazione da un disturbo all'altro.

Per quanto riguarda i disturbi non connessi con il peso, come l'ARFID, la continuità è rappresentata dall'inquietudine nei confronti del cibo, come se l'introduzione dell'alimento nel proprio corpo rappresentasse una sorta di violazione pericolosa. Il famoso sociologo Baumann paragonava questo sentimento alle insicurezze sociali che portano ai nazionalismi e alla chiusura delle frontiere. Tutto ciò che arriva da fuori è pericoloso. Dall'ARFID ci può essere una evoluzione verso l'anoressia quando, in preadolescenza e adolescenza, al pensiero che il cibo fa male si aggiunge la preoccupazione per l'aspetto corporeo. I sintomi da digiuno (vedi il prossimo capitolo) possono svolgere una funzione di mediazione.

Un altro elemento di continuità riguarda l'uso del cibo per controllare le emozioni. In qualche misura fa parte dell'esperienza di tutti noi. Pensiamo ai primi momenti della nostra vita, il bambino appena nato piange, la mamma lo attacca al seno e il pianto finisce. Qualsiasi sia il disagio provato dal bambino (oltre la fame) il latte materno lo placherà. Così per tutti noi, la prima cosa che apprendiamo è che il cibo fa passare tutto.

Nei disturbi alimentari la gestione delle emozioni si muove su tre direttrici. La prima è quella della restrizione

che dà un senso di controllo di sé, di sicurezza e di forza. Nella fase iniziale lo stress da malnutrizione porta a una massiccia produzione di endorfine, oppiacei prodotti dal nostro corpo, che hanno l'effetto di non far sentire la fatica ma danno anche un generale senso di benessere. Al comportamento restrittivo può seguire un'abbuffata ma, come dicevamo, chi soffre di un disturbo alimentare raramente lega insieme le due cose.

La seconda direttrice riguarda l'uso del cibo come sedativo, particolarmente efficace se prima si è mangiato poco. Sia dal punto di vista biologico che psicologico (vedremo meglio successivamente) il soddisfacimento che viene dal concedersi qualcosa che precedentemente ci siamo proibiti, permette di sfogare le tensioni. In seguito arriveranno i sensi di colpa, ma ciò che conta è la soddisfazione immediata.

Più legati alla gestione dell'ansia sono il comportamento di evitamento e le ritualizzazioni. Quando dobbiamo fronteggiare l'inquietudine che proviamo nei confronti di un cibo o di una situazione fobica, il comportamento di evitamento fa sì che ci si senta sollevati, come di fronte a un pericolo scampato. Questa reazione andrà a rinforzare il comportamento adottato, ossia aumenterà le probabilità che continuiamo a evitare le situazioni problematiche. In genere gli evitamenti tendono ad allargarsi, quindi se oggi evito un cibo domani mi sentirò più tranquillo a evitarne un altro che gli assomiglia. Il risultato è quello di una grande limitazione di ciò che riusciamo a fare senza andare in ansia. Le ritualizzazioni rappresentano l'altra

faccia della medaglia; si tratta di comportamenti che rassicurano ma che nel contempo rendono difficilmente praticabile ciò che si allontana da essi. Per esempio, alcune persone mangiano molto lentamente o solo cibi di un certo colore, devono controllare metodicamente peso e corpo o calcolare le calorie ingerite, oppure devono fare attività fisica a una certa ora e per un certo tempo, indipendentemente dal fatto che faccia piacere o meno. Tutto ciò che si discosta dall'esecuzione puntuale di questi rituali genera ansia. Ovviamente tutto ciò si trasforma in un atteggiamento generalizzante nei confronti degli atti della vita quotidiana a scapito della necessaria flessibilità. Per esempio: si dovrà studiare in un certo modo, in genere molto dispendioso (ci si sentirà preparati solo se la lezione è stata ripetuta un certo numero di volte), indipendentemente dai risultati ottenuti.

Se per gli aspetti trattati possiamo avere l'idea di una omogeneità tra le persone che soffrono di un disturbo alimentare, considerando altri elementi troviamo differenze profonde anche all'interno degli stessi quadri diagnostici. Le anoressie, le bulimie e anche le obesità sono molte e diverse tra loro e, soprattutto, le persone che ne soffrono sono differenti. Come vedremo, lo stato di malnutrizione (per difetto o per eccesso) non incide solo sul peso ma ha un effetto di omologazione sul pensiero e sul comportamento, analogamente a ciò che accade nelle dipendenze (è facile individuare un alcolista o un tossicomane in base a come si comporta), e il lavoro terapeutico

sta proprio nell'aiutare la persona a trovare la propria unicità.

Affronteremo le differenze sulla base della personalità e del funzionamento mentale in un prossimo capitolo, qui ci limitiamo a considerare due elementi: la durata nel tempo e la presenza di condizioni psichiatriche concomitanti.

La durata di malattia è forse l'elemento cruciale che condiziona un recupero della persona alla sua vita normale. Arthur Crisp, uno dei pionieri nello studio e nella cura dei disturbi alimentari, affermava che la prognosi dell'anoressia spazia da uno status di crisi adolescenziale a quello di una malattia invalidante che comporta una drastica riduzione della qualità della vita. La differenza tra questi due esiti ha a che fare con il tempo: quello che passa prima di iniziare le cure e il tempo della cura stessa. Questo ci permette di comprendere due elementi fondamentali che condizionano l'esito. Il primo è il riconoscimento e la diagnosi precoce, in altre parole prima il disturbo viene diagnosticato e si iniziano le cure tanto più favorevole sarà l'esito e breve la durata del trattamento. La seconda ha a che fare con l'appropriatezza della cura e con le puntuali verifiche che servono per vedere se il trattamento sta andando nella direzione attesa. Un trattamento non adeguato o parziale (per esempio solo nutrizionale o solo psicoterapico) può portare al protrarsi del disturbo nel tempo con un aumento del rischio di cronicizzazione. Tuttavia anche il migliore dei trattamenti può andare incontro a una situazione di stallo in cui nulla

sembra progredire. Bisogna essere consapevoli che laddove la terapia non dà risultati in tempi ragionevoli è necessario passare a un livello successivo di assistenza. Lo vedremo meglio nel capitolo sui trattamenti. Infine, diamo un'occhiata a un elemento importante di differenziazione all'interno delle sindromi presentate, ossia la presenza di altri disturbi in comorbidità⁵. I disturbi alimentari possono insorgere in persone con una struttura di personalità abbastanza equilibrata (tenendo conto delle turbonenze adolescenziali) o con altre patologie. Generalmente si tratta di condizioni già presenti, in alcuni casi però possono emergere come complicazioni del disturbo alimentare. La presenza e la gravità di una patologia in comorbidità va a influenzare la prognosi del disturbo.

Diamo di seguito una breve descrizione di queste condizioni che, come vedremo, hanno un'incidenza piuttosto elevata.

Come abbiamo già osservato, un rapporto non equilibrato con il cibo può esprimere anche un tentativo di regolare l'umore e di alleviare uno stato di tensione. Dal 25 all'80% (secondo vari studi) delle persone che soffrono di

⁵ La comorbidità o comorbilità in ambito medico indica la coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo. Il termine può riferirsi a due o più patologie che coesistono simultaneamente ma indipendentemente l'una dall'altra oppure riferirsi a patologie che compaiono secondariamente all'insorgenza di una patologia di fondo. In psichiatria il concetto non indica obbligatoriamente due malattie distinte, ma anche la possibilità di più diagnosi nello stesso paziente in base ai sintomi presentati

anoressia e bulimia presenta tutti i criteri per una diagnosi di depressione maggiore. È più frequente la comorbidità con la bulimia nervosa. Più rara invece è la concomitanza con il disturbo bipolare.

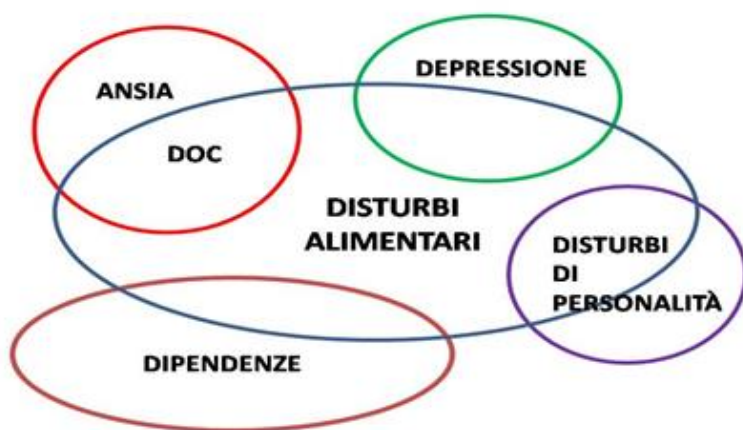
L'ansia è uno degli aspetti maggiormente correlati ai DCA e sembra rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di questi disturbi. Cinthia Bulik ha rilevato la presenza di un disturbo d'ansia precedente all'insorgenza del disturbo alimentare nel 90% dei casi di anoressia e nel 94% di quelli di bulimia. Le situazioni prevalenti sono quelle del disturbo iperansioso e della fobia sociale. Il disturbo di panico tenderebbe a svilupparsi successivamente rispetto al disturbo alimentare.

In pazienti con anoressia nervosa sono stati frequentemente rilevati tratti di personalità ossessivi che si esprimono nel controllo del cibo, del peso, del corpo attraverso rigidi rituali applicati in modo compulsivo quali controllare il peso degli alimenti, mangiare il cibo seguendo un certo ordine, tagliare il cibo in piccoli pezzi ecc. Si valuta che il disturbo ossessivo-compulsivo sia presente nel 50% dei casi.

Numerosi studi hanno dimostrato una frequente associazione tra Disturbi del Comportamento Alimentare e abuso di sostanze tra cui anche l'alcool. Un'associazione particolarmente forte è stata riscontrata in coloro che manifestano condotte di eliminazione. L'abuso o la dipendenza da sostanze è stato riportato con una frequenza del 55% nelle pazienti affette da bulimia e del 23% di quelle affette da anoressia. Le sostanze più comunemen-

te riportate dagli studi sono rappresentate dagli psicostimolanti e dall'alcool. Il disturbo da abuso di sostanze si presenterebbe con una certa frequenza nei soggetti maschi affetti da BED. Un'alta comorbidità si trova anche tra disturbi di personalità e disturbi alimentari. In alcuni studi si riporta una prevalenza di disturbi di personalità in soggetti con disturbi alimentari compresa in un ampio range che va dal 20 al 97%. Se le stime più elevate fossero realistiche, dovremmo pensare che quasi tutti i soggetti affetti da DCA hanno un disturbo di personalità. Dobbiamo tuttavia considerare che la condizione di malnutrizione induce l'insorgenza di alcuni dei sintomi descritti, quindi un atteggiamento prudente consiglia di porre una diagnosi di comorbidità solo dopo che un corretto stato nutrizionale sia stato ripristinato.

La figura seguente illustra le interrelazioni dei disturbi alimentari con le altre patologie.



La comorbidità dei disturbi alimentari

CAPITOLO 2

Quali sono le cause dei disturbi dell'alimentazione

Da quando sono stati descritti per la prima volta⁶, i disturbi dell'alimentazione hanno suscitato una serie di interrogativi cui è estremamente difficile dare risposta. Come spiegare un comportamento tanto lontano da quello che percepiamo come il naturale istinto di sopravvivenza? Cosa può esserci dietro alla cieca determinazione a mantenere una condotta che lentamente indebolisce il corpo e lo porta a un invecchiamento precoce? E ancora, come avviene che ciò che può garantire la salute del corpo venga percepito come una minaccia terrificante?

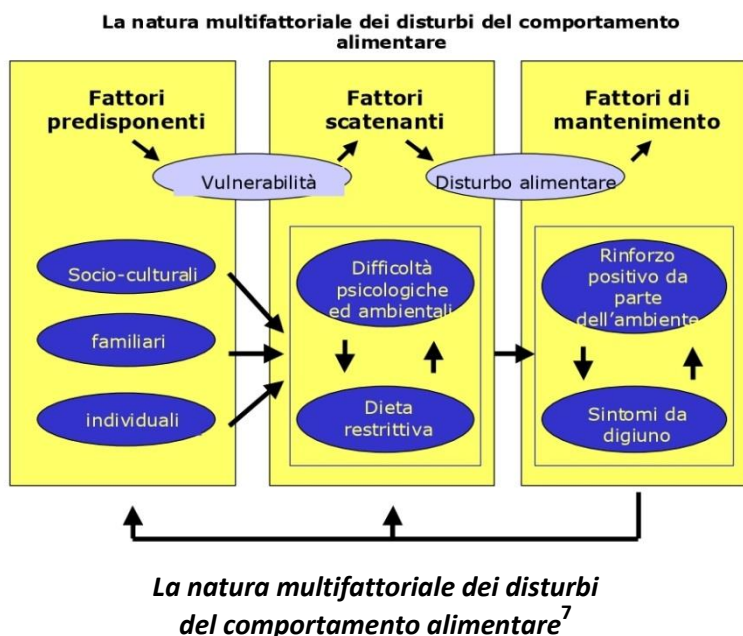
Storicamente, nel tentativo di dare una spiegazione c'è stata un'oscillazione che ha portato a enfatizzare di volta in volta ipotesi strettamente organiche (danno dell'ipofisi, lesione del centro della fame, malattia genetica) accanto ad altre di orientamento psicologico e ambientale (caratteristiche di personalità, struttura della famiglia, condizionamenti socio-culturali). Oggi la comunità scientifica tende a proporre modelli multifattoriali che si rifanno a un'ottica bio-psico-sociale ed è concorde nell'affermare che non esiste una causa unica ma una concomitanza di

⁶ Per chi volesse approfondire le prime descrizioni storiche dell'anoressia: Gull, Lasague, *La scoperta dell'anoressia*, Bruno Mondadori, 1998

fattori che interagiscono tra loro. La multifattorialità è la base scientifica che ci porta ad affermare che il trattamento deve essere multidisciplinare.

Come vedremo, anche una volta data per assodata la multifattorialità, il pendolo continua a oscillare spinto dal progredire della ricerca scientifica. Negli ultimi anni c'è una grossa enfasi sugli aspetti genetici.

Per il momento però proviamo a dare un'idea dell'origine multifattoriale dei disturbi del comportamento alimentare, così come è schematizzata nella figura seguente:



⁷ Figura tratta da Ostuzzi, Luxardi, *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini & Castoldi, 2003

Per avere un'idea corretta sulla dinamica di sviluppo dei DCA bisogna tenere presente una lunga serie di fattori ed eventi, alcuni dei quali giocano un ruolo importante rispetto a una vulnerabilità biologica e psicologica al disturbo (fattori predisponenti), altri nel passaggio dalla vulnerabilità al disturbo vero e proprio (fattori scatenanti) e altri infine nella formazione di un circolo vizioso che sviluppa e mantiene la malattia (fattori perpetuanti).

Nella costruzione di un disturbo del comportamento alimentare alcuni fattori (genetici, culturali) interagiscono e predispongono una condizione di vulnerabilità. Se non interviene nessun fattore (per esempio una dieta) a scatenare il disturbo questa condizione rimane latente. Allo stesso modo alcuni di noi possono essere vulnerabili a sviluppare la malaria, ma finché non andiamo in Africa e non ci punge una zanzara non lo sapremo mai e neppure ne faremo una preoccupazione. Se invece qualcosa fa precipitare la situazione il disturbo si svilupperà e il suo decorso sarà influenzato dai cosiddetti fattori di mantenimento (i vantaggi che si traggono dal disturbo, circoli viziosi a livello fisico, trattamenti non appropriati, ecc.).

Passiamo a esaminare questi elementi nel dettaglio.

Fattori predisponenti

Caratteristiche individuali

La ricerca scientifica degli ultimi anni ha compiuto grandi passi sul fronte della genetica⁸ identificando una serie di loci che influenzano lo sviluppo dell'anoressia. Dal punto di vista della predisposizione genetica l'anoressia viene considerata un disturbo psichiatrico-metabolico, in quanto le correlazioni individuate hanno a che fare con aspetti di ordine psicologico e temperamentale ma anche con la particolare reazione che l'organismo ha nei confronti della malnutrizione. L'architettura genetica dell'anoressia nervosa rispecchia la sua presentazione clinica, mostrando significative correlazioni genetiche con disturbi psichiatrici, attività fisica e aspetti metabolici.

A livello psichiatrico questi studi mostrano correlazioni con il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo depressivo maggiore, i disturbi d'ansia e la schizofrenia. Questo pattern riflette le comorbidità osservate negli studi clinici ed epidemiologici. Viene poi identificata un'associazione con l'attività fisica che si manifesta patologicamente elevata nell'anoressia nervosa. Non si rilevano invece correlati con il quoziente intellettivo e il livello di istruzione, per cui la malattia può presentarsi uniformemente in tut-

⁸ È doveroso citare questo importante e innovativo lavoro: Watson HJ, ...Bulik CM. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat Genet. 2019 Aug;51(8):1207-1214. Si tratta di uno studio di proporzioni notevoli, condotto su circa 17.000 casi e 55.000 controlli sani

te le condizioni sfatando il mito del disturbo delle ragazze intelligenti e brave a scuola.

La correlazione recentemente individuata con la regolazione del peso corporeo a livello metabolico apre ulteriori ambiti di approfondimento. La disregolazione metabolica può contribuire all'eccezionale difficoltà che le persone con anoressia nervosa hanno nel mantenere un BMI sano (anche dopo la riabilitazione nutrizionale).

Questi studi permettono di comprendere meglio come mai una dieta, che nella maggior parte delle persone porta tuttalpiù a un aumento di peso, in alcuni individui produca un esito devastante e potenzialmente letale. Non dobbiamo tuttavia correre il rischio di ridurre tutto quanto a una manifestazione del codice genetico. È importante valutare in che maniera si intrecciano i fattori metabolici e quelli psicologici.

Tra i fattori di tipo psicologico l'**idealizzazione della magrezza** riveste una posizione rilevante. Questo costrutto si riferisce all'interiorizzazione acritica, rinforzata dai messaggi veicolati quotidianamente dai mass-media, di un atteggiamento che pone il perseguimento della magrezza tra i principali valori di riferimento della persona. L'immagine di sé che ne risulta è strettamente legata alla magrezza come segno di valore e di bellezza (magro è bene; grasso è male). Tutto ruota intorno al corpo come fonte di autonomia, di controllo e di sicurezza. Le donne, in particolare le ragazze più giovani, sono più vulnerabili degli uomini (ma anche qui le cose stanno cambiando) alle lusinghe dei media per motivi legati all'educazione e al

contesto socioculturale. Per le ragazze il corpo è un potente mezzo di comunicazione e di relazione, essere magre può diventare il requisito indispensabile per essere e sentirsi accettate. Questo è il messaggio forte che manda la società. Le ragazze sanno che gli uomini guardano il loro corpo e vengono educate ad essere guardate; avere un corpo che rispetti i canoni estetici imperanti diviene una sorta di necessità per le relazioni sociali.

Generalmente sono presenti tratti di personalità caratterizzati da **perfezionismo**. Molte volte si tratta di ragazze ambiziose, con ottimi risultati a scuola e nelle attività che intraprendono, che mostrano un impegno e una tenacia spesso considerati prova di grande maturità e responsabilità. Lo stesso atteggiamento tuttavia lo vediamo anche in persone con capacità inferiori, ma che si impongono una ferrea disciplina da cui non riescono mai a evadere. Quasi sempre questo atteggiamento di dedizione e sacrificio nasconde una bassa autostima e una profonda insicurezza personale, che esprime il timore di non essere accettati dagli altri per quello che si è. Il pensiero di fondo è che si può essere accettati solo a condizione di dare il massimo delle proprie possibilità senza la minima smagliatura, il minimo errore porterà a essere rifiutati e esclusi. Nelle persone che si ammalano questi tratti vengono spinti all'exasperazione, fino a eliminare qualsiasi impegno che non abbia a che fare con lo studio o l'attività su cui si è investito. La paura di deludere e di fallire è grande e diventa il principio organizzatore della propria vita. Il giudizio al-

trui diventa ogni volta una sentenza che può confermare o vanificare il proprio valore come persona.

Molte ragazze sono assolutamente convinte di non essere come gli altri le vorrebbero e cercano in tutti i modi di soddisfare le aspettative altrui. Con lo sviluppo dell'anoressia questo impegno strenuo, in un corpo reso fragile dal disturbo alimentare, finisce per essere fonte di grande delusione. L'impegno, nella scuola o nel lavoro, non è sostenibile e porta a un abbandono della strada intrapresa.

Legato al perfezionismo è un particolare tipo di pensiero, definito **pensiero "tutto o niente"** o **pensiero "dicotomico"**, caratterizzato dall'assenza di ogni gradualità nel modo di argomentare e di ragionare: tutto è visto in bianco o nero, i risultati ottenuti sono assolutamente positivi o irrimediabilmente negativi, qualunque cosa è inaccettabile se non si raggiunge il massimo.

Prima che la malattia diventi evidente in molte di queste ragazze si ritrovano **tratti di ossessività, di ansia e di depressione**. È possibile che questi aspetti siano conseguenti allo stato di malnutrizione (vedi paragrafo sui "Sintomi da digiuno"). Gli aspetti ossessivi, comunque, paiono essere spesso preesistenti al manifestarsi del disturbo alimentare; tratti ossessivi si possono ritrovare nel bisogno di mettere ordine, di fare le pulizie, di avere un elevato controllo in generale.

Questi elementi sono influenzati da funzioni psicologiche più profonde, quali lo stile di pensiero e la capacità di gestire le emozioni. Lo vedremo in un prossimo capitolo.

Spesso nella storia di una persona che soffre di disturbi alimentari si riscontra la presenza di traumi. Il trauma è molto comune, si considera che circa l'89,7% delle persone abbiano sperimentato almeno un evento traumatico nella loro vita. Dobbiamo immaginarci un evento traumatico come una situazione minacciosa che travolge le capacità della persona di far fronte al problema. Può trattarsi di una reale minaccia alla propria integrità fisica o anche una situazione che la persona percepisce come insostenibile, come ad esempio il caso del bambino bullizzato e preso in giro a scuola. Ovviamente ogni evento è relativo alle capacità di fronteggiare le situazioni che la persona ha sviluppato nella sua vita. In altre parole, ciò che per un individuo è un trauma può non esserlo per un altro. Sviluppare la capacità di essere *resilienti*⁹ è uno degli obiettivi di una psicoterapia.

Molte persone con disturbi alimentari hanno sperimentato tali avversità durante la loro vita. Alcune perso-

⁹ Resilienza: il termine *resilienza*, come il concetto di *stress*, non deriva dal linguaggio medico o psicologico ma da quello degli ingegneri. Si intende per *stress* la pressione che agisce su un materiale, per esempio la trave di un ponte. È *resiliente* quel materiale che dopo aver subito una deformazione torna alla forma originaria. Traslato nel linguaggio psicologico, ma anche quotidiano, il termine *stress* ci indica la pressione che l'individuo percepisce su di sé per effetto degli impegni quotidiani. Questo stato corrisponde, a livello fisiologico, all'attivazione del sistema di emergenza e alla produzione degli ormoni dello stress (adrenalina, cortisolo). Allo stesso modo, il termine *resilienza* ci indica la capacità dell'individuo di superare una situazione stressante tornando ad un funzionamento ordinario sia dal punto di vista psicologico che da quello fisiologico

ne hanno subito traumi affettivi, abusi sessuali o fisici da bambini o nell'età adulta o altre esperienze pericolose in cui la sicurezza fisica e psicologica è stata minacciata.

In queste situazioni il nostro cervello adotta una difesa estrema che consiste nel *dissociare*¹⁰ l'esperienza che non riusciamo a gestire. Se successivamente abbiamo la possibilità di essere rassicurati e di rivedere l'accaduto con un supporto adeguato l'evento traumatico può lasciare tracce limitate. Se invece non abbiamo la possibilità di elaborare quanto abbiamo vissuto può restare dentro di noi una sensazione di fragilità che spesso facciamo fatica a riconoscere e che mina profondamente la sicurezza in noi stessi.

Circa l'8,3% delle persone che hanno subito un trauma sviluppa un disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Tuttavia, anche se non tutti i criteri per il disturbo da stress post-traumatico sono soddisfatti, i sintomi possono essere altamente angoscianti e meritevoli di trattamento.

La presenza di un **sovrappeso** anche modesto in una adolescente con le caratteristiche psicologiche a cui abbiamo prima accennato la farà sentire diversa dal modello fisico dominante, facilmente potrà polarizzare la sua attenzione sull'esigenza di condurre una dieta e di mettere

¹⁰ Con dissociazione in psicopatologia e in psichiatria si intende un meccanismo di difesa con cui alcuni elementi dei processi psichici rimangono "disconnessi" o separati dal restante sistema psicologico dell'individuo: tale condizione si può ritrovare in molte reazioni psicologiche (ad esempio, davanti a situazioni traumatiche). Nel caso si cristallizzano, i processi dissociativi possono determinare specifiche sindromi psicopatologiche, definite disturbi dissociativi

ordine nel proprio comportamento alimentare per raggiungere l'aspetto fisico desiderato. Questa caratteristica tende a incidere molto sulla disponibilità ad affidarsi ai terapeuti perché ci sarà sempre il timore che il trattamento e il recupero del peso la riporti indietro alla condizione iniziale.

Caratteristiche familiari

La trattazione della fenomenologia del disturbo alimentare nella famiglia richiede uno spazio ampio e verrà affrontata in un capitolo a sé, diamo però sin d'ora alcune linee di riferimento.

Il ruolo della famiglia nell'insorgenza di un disturbo alimentare è stato spesso enfatizzato a sproposito. Le varie teorie che si sono occupate di questo aspetto hanno spesso fatto riferimento a un rapporto disturbato tra madre e figlia o a una particolare configurazione della dinamica familiare che presenterebbe una madre dominante iperprotettiva, intrusiva e un padre assente. In realtà è impossibile sapere se un particolare clima familiare sia causa o conseguenza del disturbo. Sarebbe strano immaginare che, di fronte a una figlia che deperisce giorno dopo giorno, non si generi un aumento della tensione familiare e i genitori non diventino iperprotettivi.

Ciò che risulta dalle osservazioni allargate di famiglie con un componente affetto da anoressia è che esiste una molteplicità di situazioni familiari diverse ed è difficile trovare dei denominatori comuni. Oggi non viene più ac-

cettata l'idea che vi sia una famiglia "tipica" che favorisca l'insorgenza dell'anoressia.

Un elemento di criticità lo possiamo rilevare in ambienti familiari in cui esiste una particolare attenzione ai temi dell'aspetto fisico e dell'alimentazione. È probabile che un clima familiare in cui questi aspetti vengono enfatizzati possa portare alla costruzione di un'immagine di sé polarizzata sull'aspetto esteriore o favorire lo sviluppo di un'inquietudine nei confronti del cibo. Tuttavia, anche in questi casi, non esistono prove che i disturbi del comportamento alimentare si manifestino più frequentemente. Studi significativi hanno evidenziato che una elevata insoddisfazione corporea nei genitori favorisce un analogo atteggiamento in particolare nelle figlie femmine. Analogamente atteggiamenti ossessivi e ipercritici sembrano essere più frequentemente presenti nelle famiglie delle ragazze anoressiche, ma questi riscontri non significano di per sé che questi fattori siano causa diretta del disturbo alimentare.

Come vedremo il ruolo critico della famiglia, più che nei fattori predisponenti, gioca un ruolo cruciale nel mantenimento del disturbo alimentare ed è per questo che i genitori devono essere aiutati a reagire in modo tale da favorire una evoluzione positiva e non una perpetuazione della patologia.

Caratteristiche socioculturali

L'anoressia nervosa e la bulimia sono diffuse principalmente nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo in proporzione al livello di assimilazione della cultura occidentale. Questo fa pensare che i disturbi del comportamento alimentare abbiano una determinante socio-culturale.

Il contesto culturale della società occidentale è permeato dall'enfasi sull'immagine. L'ideale della magrezza è esaltato da tutti i mezzi di comunicazione. L'aumento dei casi di anoressia e bulimia dagli anni sessanta in poi è andato di pari passo con la diffusione di articoli relativi alle diete e di prodotti per dimagrire. L'immagine attuale di donna di successo non è legata tanto al possesso di particolari capacità quanto piuttosto a modelli irreali di donne attraenti e, in alcuni casi, molto magre. È facile intuire quanto potere questi modelli culturali possano avere su persone particolarmente vulnerabili alle influenze esterne come gli adolescenti o i soggetti con tendenza al perfezionismo e bassa autostima. Nella nostra società la donna magra rappresenta l'ideale di donna potente, ricca, di successo, sessualmente attraente e vincente. A differenza dell'antico ideale greco per cui il bello era inscindibile dal buono, ovvero dal valore e dalla virtù (*kalós kai agathós*), nella nostra società il culto del valore estetico è tale che solo ciò che è bello può anche essere buono. L'estetica sostituisce l'etica.

A questo si aggiunge l'imperativo della *performance* che ci impone di essere perfetti nel corpo e di successo

nelle attività che intraprendiamo. Se ci sentiamo insicuri, se pensiamo che la nostra capacità di gestire le relazioni sia limitata, se temiamo il giudizio altrui il dimagrimento diventa un surrogato a buon mercato delle attività di successo. Dimagrire è un'azione riconosciuta socialmente come positiva in sé e per sé (almeno inizialmente), non necessita il controllo delle relazioni con altri e richiede solo il giudizio di una bilancia. Così le ragazze che sviluppano un'anoressia costruiscono un'identità posticcia che dà loro l'idea di avere il controllo su qualcosa e la possibilità di attrarre un'attenzione che in altro modo si pensa di non poter ottenere.

Fattori scatenanti

Il destino di una persona che presenta una vulnerabilità a un disturbo alimentare può essere diverso a seconda che nella sua vita si imbatta in una situazione critica che favorisca e determini la comparsa del disturbo vero e proprio.

L'**adolescenza** è di per sé un potenziale fattore scatenante. È un periodo estremamente delicato di passaggio fra la dipendenza dell'infanzia e l'autonomia della fase adulta. Se consideriamo l'infanzia come un periodo felice di relazioni sicure con adulti che si prendono cura di noi, l'entrata nell'adolescenza rappresenta l'inizio di un rapporto tra pari, spesso competitivo e conflittuale. Il tutto nel bel mezzo del caos generato da cambiamenti a livello endocrino e neurologico che accompagneranno il ragazzo a entrare nell'età adulta. Il disturbo alimentare può na-

scere proprio dall'incapacità di far fronte a questi cambiamenti, dalla paura di crescere e di affrontare le richieste e le responsabilità. In un certo senso la malattia è un mezzo, un modo unico per restare o ritornare bambini in una situazione "protetta" sia sul piano fisico che su quello affettivo, cognitivo e sociale. Se ci pensiamo, il periodo in cui i genitori si occupano dell'alimentazione del figlio e sorvegliano la sua crescita ponderale è quando costui è molto piccolo. È un ritorno a un piccolo mondo rassicurante, senza alcun giudice, eccetto ovviamente la bilancia.

Si ritiene che intraprendere una **dieta dimagrante** anche in condizioni di modesto sovrappeso, qualora esista una predisposizione al disturbo, rappresenti un fattore cruciale scatenante. Ciò ovviamente non significa che tutte le persone che iniziano una dieta andranno incontro ad un disturbo alimentare. La combinazione di fattori predisponenti e fattori scatenanti sembra essere la formula necessaria per la manifestazione del disturbo.

A volte l'inizio del calo di peso non si associa a situazioni di insoddisfazione corporea ma a problematiche adolescenziali come i cambiamenti impetuosi che si osservano durante lo sviluppo puberale, il distacco dalla famiglia, l'occasione di un viaggio senza i genitori e l'inizio o la conclusione di una relazione affettiva, il cambio di residenza e di scuola con perdita degli amici, il verificarsi di molestie fisiche o psicologiche. Altre volte si tratta di situazioni legate a momenti difficili e negativi della vita come la morte di un congiunto, di un amico, una malattia, una crisi familiare. Si tratta sempre di eventi che tendono

ad accrescere le difficoltà che una giovane incontra sul piano delle capacità di relazione e della propria autonomia e autostima. Molta influenza, a questa età, hanno comunque i commenti delle persone, coetanei e genitori, in riferimento all'aspetto fisico.

Fattori di mantenimento

Per fattori di mantenimento della malattia intendiamo tutti quegli eventi che contribuiscono a rinforzare e perpetuare la condizione patologica una volta innestata. È molto importante tenere in debita considerazione questi aspetti poiché, soprattutto nelle situazioni più gravi e di lunga durata, gli interventi vanno indirizzati proprio alla riduzione di questi fattori. Nell'impossibilità di reperire una causa precisa da rimuovere, l'intervento più efficace è rappresentato dalla modifica di quegli elementi che tengono in vita il disturbo.

Inizialmente sono importanti gli aspetti culturali e la loro interiorizzazione: le idee sul peso e sulle forme corporee spingono la persona a formulare un unico pensiero "è assolutamente fondamentale che io sia magra!", a questo seguono tutte quelle azioni che possono portare al raggiungimento di questo obiettivo. L'intervento, in questo caso, deve mirare a mettere in discussione questi presupposti definiti "disfunzionali". Spesso queste idee vengono rinforzate dall'esterno: non è raro trovare qualcuno che si complimenta con una ragazza normopeso che si mette a dieta.

Con il tempo tuttavia il rinforzo esterno tende a diminuire e il fattore di mantenimento più importante diventa la sintomatologia determinata dal digiuno.

Un esperimento particolare

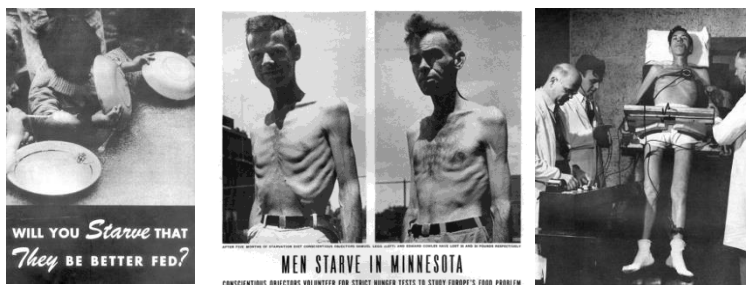
Le conoscenze a questo proposito derivano da un filone di studi che data ormai oltre settanta anni fa, iniziato presso l'Università del Minnesota, in un contesto del tutto diverso da quello dei disturbi del comportamento alimentare. Lo studio, pubblicato nel 1950, venne infatti iniziato nel 1943, in piena seconda guerra mondiale. All'epoca gli Americani si preparavano a invadere l'Europa ed erano a conoscenza dell'esistenza dei lager e della presenza di persone gravemente malnutrite. Negli Stati Uniti i medici non avevano esperienza della malnutrizione, venne quindi creato un gruppo di lavoro guidato da Ancel Keys¹¹ con l'obiettivo di studiare gli effetti della malnutrizione e il suo trattamento.

Con pragmatismo tipicamente americano venne ideato un esperimento in cui un gruppo di volontari sani sarebbero stati sottoposti a una restrizione alimentare, per studiarne gli effetti, e successivamente a riabilitazione vennero reclutati un gruppo di volontari, scelti tra giovani

¹¹ Ancel Keys (1904-2004), biologo e fisiologo, è stato l'esperto di alimentazione che ha avuto forse maggiore influenza nel secolo XX. Oltre all'esperimento Minnesota si devono a lui le razioni K per l'alimentazione dei soldati e la definizione della *dieta mediterranea*. Grande amante dell'Italia, si è spento a Napoli nel 2004

che avrebbero dovuto prestare il servizio di leva, sani dal punto di vista fisico come da quello psicologico.

Nelle foto seguenti possiamo vedere la brochure con cui veniva pubblicizzato l'esperimento (letteralmente "volete *voi* soffrire la fame in modo che *loro* possano essere meglio nutriti?), oltre ad alcune immagini dell'esperimento.



La tabella che segue riporta i sintomi registrati dopo la perdita di peso. Considerando che tutti i volontari erano uomini, non troverete uno dei sintomi più frequenti nell'anoressia, ovvero l'amenorrea.

Gli altri tuttavia li riscontriamo regolarmente.

È importante sapere che tutta la sintomatologia regredisce una volta che si ripristini una corretta composizione corporea, in particolare con il recupero della massa muscolare.

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 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
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 	

Tratta da: A. Keys et al., *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1950

Oggi dunque sappiamo che le persone che si sottopongono a una alimentazione restrittiva, 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 “sindrome 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 imperniare tutta la sua quotidianità sull'alimentazione, talvolta con comportamenti bizzarri, ritualistici e spesso caratteristici in particolare dell'anoressia restrittiva.

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 e 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

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.

A tutto ciò si accompagna una tendenza all'isolamento sociale, amplificata dalle oggettive difficoltà che chi soffre di anoressia incontra nel frequentare altre persone. Gli amici, dopo un primo momento in cui hanno a volte incoraggiato la sua dieta per la linea, manifestano perplessità di fronte all'eccessivo dimagrimento e faticano a comprendere le preoccupazioni per il cibo. È molto difficile condividere i momenti conviviali in cui abitualmente si mangia la pizza o il gelato; in queste occasioni chi soffre di anoressia sperimenta solo ansia e imbarazzo e l'auto esclusione è vista come il rimedio più efficace.

È importante sapere che i sintomi descritti sono legati in modo diretto e contingente alla condizione di malnutrizione e sono quindi reversibili. Dal punto di vista del trattamento l'intervento più efficace per ridurre i sintomi da digiuno è rappresentato dalla combinazione di riabilitazione nutrizionale, sostegno psicologico e intervento motivazionale.

Cosa succede a livello psicologico

L'insorgenza della sintomatologia psichiatrica (ansia, depressione, irritabilità) e la tendenza a chiudersi in se stessa pongono la ragazza in una condizione in cui ogni relazione è difficile ed anche l'accettazione di un aiuto esterno è problematica. La ragazza con un DCA ha imparato che il controllo del cibo è un potente strumento per controllare le sue ansie e paure: ogni tentativo di ridurre il controllo può scatenare una crisi di ansia e depressione. È allora giocoforza per la ragazza riprendere quel controllo che riesce a darle un seppur breve sollievo.

Sul piano del pensiero si riscontra, dopo la fase iniziale, una diminuzione della capacità di concentrazione, che porta spesso alla necessità di aumentare l'impegno nello studio fino a ritmi estenuanti per mantenere il profitto scolastico.

Si assiste, inoltre, a una regressione della forma del pensiero che diviene simile a quello infantile, legato ai dati concreti della quotidianità e incapace di elaborare ipotesi sul futuro o su situazioni diverse da quella presente. Il presente, per chi soffre di disturbi alimentari, è dominato dal timore di affrontare il cibo e la focalizzazione su questo aspetto esaurisce lo spazio mentale a disposizione. Ciò che accadrà domani o nei prossimi mesi o anni è difficile da pensare.

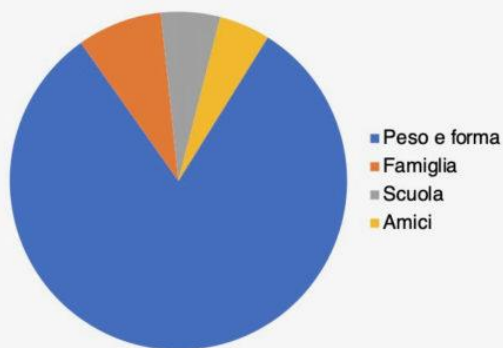
Si verifica una situazione in cui apatia, scarsa capacità di concentrazione, rigidità di pensiero e focalizzazione sui dettagli a scapito di una visione globale della situazione si potenziano reciprocamente con l'effetto di impedire la

produzione di un pensiero critico, in un quadro che tende a perpetuare il disturbo di base.

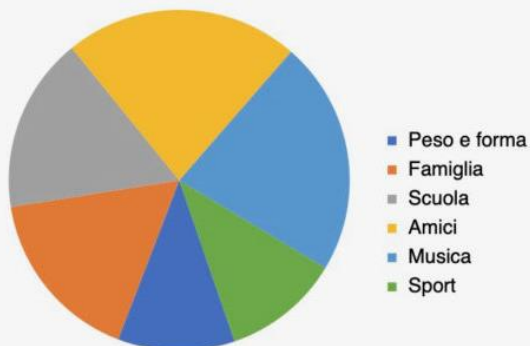
La patologia alimentare rinchiude l'individuo in una bolla di significato in cui ogni elemento della vita acquisisce il suo senso solo a partire dal controllo dell'alimentazione. Anche la valutazione di se stessi, come fa notare efficacemente Riccardo Dalle Grave nel grafico che segue¹², viene influenzata in modo predominante o esclusivamente dal peso, dalla forma del corpo, dalle modalità di alimentarsi e dalla capacità di controllare questi elementi. Il controllo si manifesta attraverso i comportamenti estremi di controllo del peso (per esempio, la restrizione dietetica, il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici e l'esercizio fisico eccessivo), le varie forme di *check* o di evitamento del corpo, la sensazione di essere grassi, le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo e la paura di ingrassare. Tali caratteristiche sono, infatti, le espressioni della convinzione dell'individuo che *"controllare il peso, la forma del corpo e l'alimentazione è di estrema importanza per valutare se stessi"*.

¹² Riccardo Dalle Grave, *Perché i disturbi dell'alimentazione persistono*, <https://www.aidapricercaeprevenzione.org/2021/perche-i-disturbi-dell'alimentazione-persistono/>

Persona con disturbo dell'alimentazione



Persona senza disturbo dell'alimentazione



Studi recenti in ambito neuropsicologico¹³ hanno sottolineato difficoltà a livello del centro della gratificazione,

¹³ Haynos, A.F., Anderson, L.M., Askew, A.J. et al., *Adapting a neuroscience-informed intervention to alter reward mechanisms of anorexia nervosa: a novel direction for future research.*, J Eat Disord 9, 63 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00417-5>

a livello cerebrale, nella persistenza dell'anoressia nervosa. Il centro della gratificazione è implicato nella nostra capacità di prendere decisioni, in base ai vantaggi che ne riceviamo. Le evidenze scientifiche suggeriscono che gli individui con AN dimostrano deficit decisionali simili a quelli delle persone con disturbi dell'umore e d'ansia, che li inducono a rispondere in modo insufficiente a molte esperienze convenzionalmente gratificanti (a esempio, interagire con gli altri, impegnarsi in attività che portano buoni risultati, fare cose divertenti). A differenza di questi però, chi soffre per un disturbo alimentare reagisce al contempo in modo eccessivo alle ricompense associate ai comportamenti di controllo del peso (a esempio, mangiare in modo restrittivo, fare esercizio, usare metodi purgativi). Questo modello di elaborazione della ricompensa probabilmente perpetua i sintomi del disturbo alimentare, poiché le ricompense derivate da questi comportamenti forniscono un sollievo temporaneo dall'anedonia¹⁴ associata alla risposta limitata ad altre ricompense.

Per ciò che riguarda la bulimia, il fattore principale di mantenimento è costituito dal vomito autoindotto. Sia dal punto di vista psicologico che da quello fisiologico è accertato che questa pratica tende a facilitare successive abbuffate e ad esasperarle ulteriormente. Il pensiero dominante diventa “posso anche lasciarmi andare, posso

14 L'anedonia è la perdita di interesse o l'incapacità di provare piacere nello svolgimento di attività solitamente gratificanti; può essere inquadrata, dunque, come una forma di appiattimento dello stato emotivo e affettivo

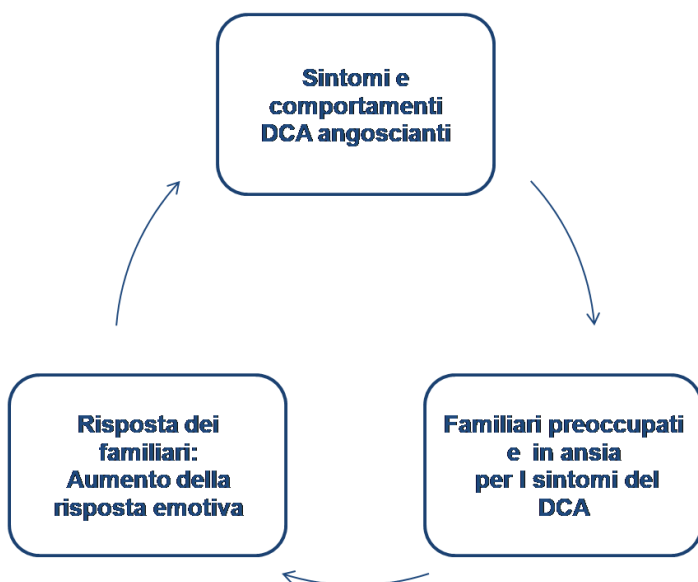
abbuffarmi tanto so che vomiterò”; talvolta l’abbuffata è spinta oltre i suoi limiti naturali perché solo se ci si sente “pieni da scoppiare” si riesce a vomitare. L’intervento più diretto, in questo caso, è rappresentato da una regolarizzazione dell’alimentazione che miri a spezzare il circolo vizioso della bulimia. La ragazza affetta da bulimia sviluppa nel tempo una incapacità a distinguere i diversi stimoli biologici di fame e sazietà e a percepire e gestire correttamente ansia, rabbia, solitudine e tristezza. Il comportamento alimentare bulimico, la crisi di abbuffata e vomito, diviene spesso un diversivo, un riempitivo e uno sfogo che può apparire più gestibile della crisi di ansia e di depressione.

Le reazioni della famiglia

Come abbiamo già affermato, è scorretto attribuire alla famiglia una causalità nella comparsa del disturbo dell’alimentazione. Tuttavia è bene considerare che talvolta le reazioni dei familiari possono avere una parte nel mantenimento del disturbo.

Cominciamo con il dire che molte ricerche hanno dimostrato il terribile impatto di questi disturbi sulla famiglia, sottolineando l’esistenza di una forte correlazione tra la condizione dei pazienti e alti livelli di stress nei familiari. Entreremo maggiormente nei particolari nel capitolo dedicato alla famiglia ma possiamo sin d’ora affermare che i familiari riportano in genere elevati livelli di stress e di ansia, depressione e una bassa qualità di vita.

Il disagio vissuto in famiglia può portare a un notevole carico di tensione e a una esacerbazione delle risposte emotive che producono un clima angosciante e contribuiscono alla manifestazione più virulenta della sintomatologia, creando una situazione sfavorevole per la cura, come schematizzato nella figura che segue.



Altre volte vengono esasperati tratti già presenti, quali problemi di coesione familiare (invischiamento o disimpegno), rigidità, iperprotettività o evitamento del conflitto, che bloccano nella ragazza una già problematica crescita emotiva o la ricerca di autonomia.

Le ricerche mostrano che le famiglie attribuiscono significati diversi al disturbo alimentare e da queste inter-

pretazioni derivano atteggiamenti differenti. Per esempio la credenza che il disturbo sia da attribuire alla personalità della paziente è associato a un atteggiamento più freddo da parte dei familiari. Se il disturbo viene percepito come minaccioso per la vita della ragazza, o come una forma di auto-distruzione, ne consegue iperprotettività e anche accettazione dei comportamenti disturbati. Se è percepito come uno sciopero della fame, può indurre senso di colpa. Se viene considerato una forma di vendetta, un atto aggressivo nei confronti della famiglia, può indurre risentimento e ostilità. Ovviamente in tutte queste situazioni vengono veicolate visioni parziali che possono dar luogo a risposte disfunzionali alla patologia in atto.

L'abituazione alla presenza del disturbo alimentare può inavvertitamente indurre a comportamenti dei familiari che finiscono per rafforzarlo. Capita che si finisca per adeguarsi alle regole implicite del disturbo relative, per esempio, a cosa si mangia, dove, come, con chi, ecc., alle volte accettando il controllo della paziente su cosa mangiano altri membri della famiglia. Altre volte si sviluppa una acquiescenza rispetto ai comportamenti di compenso (attività fisica, digiuno, restrizione, vomito) che diventano una parte delle consuetudini quotidiane. Spesso la famiglia è coinvolta nei rituali ossessivi (richieste di rassicurazione, conteggio delle calorie, confronto di quanto si mangia, controllo). Chi soffre di un disturbo alimentare controlla chi lo circonda con richieste implicite o esplicite, coinvolgendolo in interminabili discussioni sulle proprie ossessioni che contribuiscono a creare una sempre mag-

giore polarizzazione del pensiero sui temi patologici. Capita anche che i familiari possano cercare di nascondere i comportamenti disturbati (rimpiazzare il cibo, pulire la cucina o il bagno, trovare scuse) per mantenere la quiete in famiglia.

La comprensione delle modalità con cui le famiglie riorganizzano la loro vita intorno a un disturbo alimentare è molto più importante – dal punto di vista del trattamento – della conoscenza di come il disturbo si sia sviluppato. Come si diceva la famiglia può essere diventata parte del sistema di mantenimento oppure può darsi il caso in cui i consueti (e magari collaudati) sistemi familiari per la risoluzione dei problemi possono risultare inefficaci. Interventi a supporto della famiglia sono assolutamente indispensabili, nelle varie forme possibili. È importante aiutare i genitori a tenere la malattia fuori dalla famiglia, ma questo lo vedremo nel capitolo sui trattamenti.

CAPITOLO 3

Il funzionamento mentale nei disturbi del comportamento alimentare

Per un lungo periodo, parlando di disturbi alimentari, il focus dell'interesse ha riguardato l'alimentazione, la forma e il peso corporeo. Ciò è abbastanza comprensibile, considerando che fino a pochi anni fa erano patologie in gran parte sconosciute con complicanze potenzialmente gravissime. L'attenzione dei clinici è andata prioritariamente alla riduzione dei comportamenti alimentari che ponevano la persona in una condizione di grave rischio, anche della vita. Anche la ricerca si è orientata a una conoscenza approfondita dei quadri sintomatici e alla valutazione delle terapie che consentissero un recupero di atteggiamenti e comportamenti sufficientemente adattivi.

Solamente nel corso degli ultimi anni l'interesse si è spostato dai sintomi connessi all'alimentazione e al controllo del corpo ai meccanismi di funzionamento psicologico sottostanti.

La conoscenza del funzionamento mentale risulta di fondamentale importanza sotto vari punti di vista: in primo luogo, la conoscenza dei processi mentali legati al disturbo alimentare permette di agire sulla popolazione sana (nelle scuole per esempio) con dei programmi di prevenzione. In secondo luogo, dal punto di vista del trattamento, lavorare sul meccanismo di funzionamento psicologico sottostante può permettere non solamente un

miglioramento della condizione clinica, ma anche della capacità di integrazione per quanto riguarda le “parti sane”. Per fare un esempio, le difficoltà nel riconoscimento delle proprie emozioni sono strettamente collegate alla sintomatologia alimentare, ma sono anche probabilmente collegate a difficoltà di socializzazione precedenti. Aiutare il paziente a migliorare questa abilità può portare a un miglioramento sul piano alimentare, ma anche a facilitare le relazioni sociali, che sono un fattore importante nel superamento del disturbo.

Infine, ma non da ultimo, c'è un effetto sulla relazione terapeutica. Sappiamo che spesso i pazienti con disturbi alimentari manifestano una scarsa motivazione al trattamento e si mostrano riluttanti nell'affrontare argomenti legati al corpo o all'alimentazione. Questo avviene perché il disturbo alimentare viene percepito come una difesa nei confronti di stati d'animo negativi che non si sanno gestire. Un approccio che si focalizza sui meccanismi di funzionamento psicologico permette di incontrare il bisogno della persona di apprendere come gestire i propri stati interni. Se ciò accade, il terapeuta, agli occhi del paziente, assume il ruolo di colui che aiuta a stare meglio e non di quello che destabilizza il pur precario sistema di difesa faticosamente costruito, con un conseguente miglioramento della motivazione e dell'alleanza terapeutica.

Nella letteratura scientifica sono stati presi in considerazione vari aspetti del funzionamento psicologico dei pazienti con disturbi alimentari. In questa sede ci

focalizzeremo sui principali.

La personalità. Quando parliamo di personalità ci riferiamo a un'organizzazione complessa di modi di essere, conoscere, agire, che assicura unità, coerenza e continuità, stabilità e progettualità alle relazioni dell'individuo con il mondo¹⁵. A oggi è largamente condivisa l'idea che la personalità si costruisca nel corso dello sviluppo dell'individuo attraverso le sue continue interazioni con l'ambiente.

Lo studio della personalità incontra molti aspetti dei disturbi alimentari in relazione a una serie di sintomi o tratti psicologici associati al peso e al corpo. Nel merito, una bassa **coscienziosità** (ossia, bassi livelli di organizzazione e motivazione nel raggiungimento degli obiettivi) e alti livelli di **nevroticismo** (cioè alte condizioni di malessere psicologico, ansia, tendenza al rimuginio) sono stati associati a un eccesso di peso corporeo¹⁶, mentre maggiori livelli di **introversione** (tendenza alla riservatezza, alla tranquillità e sobrietà) sono stati riscontrati in individui con basso peso corporeo¹⁷. Le persone con un elevato livello di **nevroticismo**, **introversione** e **coscienziosità** sono maggiormente a

¹⁵ Caprara, Gennaro, 1994

¹⁶ Allen & Vella, 2016; Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011; Sutin, Rogers, et al., 2015a

¹⁷ Allen, Vella, Swann, & Laborde, 2018; Sutin & Terracciano, 2016

rischio di internalizzazione¹⁸ dell'ideale di magrezza, così come di un'immagine corporea di sé negativa. Altri tratti di personalità che sono stati riscontrati in pazienti con anoressia e bulimia sono: perfezionismo, ossessione-compulsione, emozionalità negativa, evitamento della punizione, basso autocontrollo, tendenza all'evitamento.

Un interessante studio ha focalizzato l'attenzione sulle ragazze adolescenti con disturbo alimentare¹⁹. Gli autori hanno identificato tre tipi di personalità che distinguevano queste ragazze, formando tre gruppi distinti.

Il primo è un gruppo ad alto funzionamento associato a buone risorse personali e abilità di gestire le situazioni stressanti; si osservano tuttavia alti livelli di perfezionismo e di autocritica, paura della critica esterna e del rifiuto.

Il secondo gruppo risulta caratterizzato da una disregolazione a livello emotivo: le persone mostrano una tendenza a provare sentimenti spiacevoli, quali tristezza, inquietudine, sensazioni di frustrazione e pessimismo, tensione e irritabilità; ci sono difficoltà nella regolazione emotiva e tendenza all'evitamento di situazioni che potrebbero generare emozioni forti. Chi rientra in questo raggruppamento presenta anche una maggiore confusione del senso di identità e fatica a riconoscere le

¹⁸ Con il termine internalizzazione (o interiorizzazione) si intende il processo psichico per cui si tende ad accogliere in sé elementi culturali del mondo esterno, fino a farne propri riferimenti ideali

¹⁹ Gazzillo, Lingiardi, Peloso, Giordani, Vesco, Zanna, Filippucci & Vicari, 2013

problematiche associate alla condizione vissuta. Questo insieme di tratti porta a una accentuata tendenza a identificarsi con un ruolo di malato.

Il terzo gruppo viene definito ipercontrollato/coartato e mostra una tendenza all'inibizione emotiva, all'evitamento delle situazioni che potrebbero generare emozioni e presenta difficoltà nella descrizione di sé e dei propri stati interni. Manifesta inoltre un pensiero rigido e focalizzato sui dettagli, con difficoltà a considerare la situazione complessiva. Come vedremo questa caratteristica è comune a tutti coloro che soffrono di questi disturbi ma in questo gruppo si manifesta in modo massivo, tanto che alcuni autori vedono forti similitudini con lo spettro autistico.

Le personalità ad alto funzionamento/perfezioniste e ipercontrollate/coartate si osservano maggiormente in chi adotta comportamenti restrittivi, mentre la personalità disregolata a livello emotivo è più frequentemente associata a comportamenti di abbuffata e purgativi, maggiormente riscontrabile in quelle pazienti con comportamenti di abbuffata.

Un secondo aspetto del funzionamento mentale che viene approfondito in letteratura è lo **stile di pensiero**. Abbiamo appena detto che i disturbi alimentari sono caratterizzati da due stili di pensiero: **l'inflessibilità cognitiva** e **l'iperattenzione ai dettagli**.

L'inflessibilità cognitiva viene definita come la scarsa capacità di adattarsi a nuovi compiti o cambiamenti di

programma. La persona con alti livelli di inflessibilità cognitiva fa fatica a cambiare punto di vista nel considerare una situazione, dagli ordinari compiti scolastici alle relazioni sociali. Per esempio, chi ha alti livelli di inflessibilità cognitiva può andare in crisi davanti a un imprevisto anche banale, quale trovare la strada bloccata mentre si va al lavoro. Trovare un'alternativa richiede la capacità di rivedere il proprio programma e di fare riferimento alle proprie abilità di risoluzione dei problemi. Tutto ciò può essere banale per alcune persone ma molto difficile per altre. Nei pazienti con disturbi alimentari si osserva chiaramente la difficoltà a produrre un'analisi fine della situazione. La tendenza è quella di produrre un pensiero "tutto o niente", bianco o nero, senza la capacità di riconoscere le sfumature. Si vede nel modo in cui viene categorizzato il cibo, che è visto come buono o cattivo, lecito o proibito, senza riuscire a considerare che l'alimentazione è sana nella misura in cui è varia. Per esempio, il fritto fa male a prescindere, sia che venga mangiato tutti i giorni o una volta all'anno. La rigidità si vede anche nella capacità di rivedere le proprie azioni e convinzioni. Un caso piuttosto frequente è quello della persona che, dopo un periodo iniziale di restrizione, inizia a perdere il controllo e aumenta di peso. L'effetto indesiderato potrebbe permettere di rivedere il programma in base al fatto che ciò che si sta facendo non porta al risultato desiderato. In realtà questo non accade e il provvedimento è spesso quello di "aumentare la dose", ossia restringere di più senza considerare che nel

frattempo le abbuffate aumentano. Non è raro vedere persone che aumentano di oltre dieci chili rispetto all'inizio e non pensano minimamente che la propria strategia sia controproducente, perché "all'inizio mi faceva perdere peso". L'inflessibilità cognitiva si manifesta nella tendenza a reiterare gli stessi comportamenti anche quando ci sia consapevolezza dei limiti e delle conseguenze negative che hanno.

Parlando di iperattenzione ai dettagli ci riferiamo alla tendenza a focalizzarsi eccessivamente sui particolari piuttosto che integrare le parti nel loro contesto globale. Lo vediamo in situazioni circoscritte, come quella del *body checking*: nell'osservare il proprio corpo il paziente si focalizza su una singola parte, rispetto alla quale è a disagio, senza riuscire a osservarla in relazione a tutto il resto del corpo. Questo comportamento è rischioso in quanto l'azione del focalizzarsi visivamente su un particolare produce una distorsione che lo fa apparire più grande. Lo si può sperimentare semplicemente osservando un punto su un foglio. Se le proporzioni vengono perse l'impressione è che il dettaglio sia più grande di quanto non lo sia in realtà. Questo, nei pazienti con disturbo alimentare, genera e mantiene un'emozionalità negativa e la tendenza a evitare o, all'opposto, a focalizzarsi ancora di più su quel singolo aspetto. L'incapacità di cogliere la situazione globalmente la vediamo anche a livello macroscopico quando il paziente, pur avendo a disposizione elementi per rivalutare la sua condizione (perdita della vita sociale,

interruzione del percorso scolastico o lavorativo, presa d'atto che il dimagrimento non lo ha reso più felice, necessità di essere ricoverato, ecc.) non riesce a fare a meno di focalizzarsi su dettagli trascurabili quali qualche componente del pasto o qualche affermazione dei familiari o dei curanti, su cui rimugina tutto il giorno perdendo il controllo della sua vita.

Sia l'inflessibilità cognitiva che l'iperattenzione ai dettagli sembrano essere dei tratti condivisi anche con i familiari, quindi di origine genetica, e, sebbene in misura minore, persistono anche in seguito alla guarigione.

Un terzo aspetto importante del funzionamento mentale della sono le **metacognizioni**, termine con il quale ci riferiamo alla conoscenza che la persona ha del suo modo di pensare. Nello specifico, gli studi si sono concentrati sulle credenze metacognitive, cioè su quelle idee che la persona ha rispetto al proprio funzionamento cognitivo. Alcuni esempi: "credo di avere una pessima memoria", "se rimugino²⁰ su un problema troverò la soluzione", "se mi aspetto il peggio non rimarrò deluso" sono credenze metacognitive abbastanza comuni che influenzano, di solito negativamente, le nostre prestazioni. L'effetto ripetuto e disfunzionale delle credenze metacognitive porta all'attivazione di meccanismi di gestione dello stress che possono risultare

²⁰ Intendiamo con il termine rimuginio (in inglese worry) la tendenza a preoccuparsi cronicamente, ad anticipare mentalmente tutte i possibili scenari negativi e a riflettere su come eventualmente poterli affrontare

maladattivi e che, a loro volta, possono diventare elementi cardine dei disturbi mentali. Vi sono pochi studi sull'effetto delle credenze metacognitive nei disturbi alimentari, tuttavia è noto quanto sia presente la convinzione di dover tenere tutto sotto controllo (pensieri, emozioni, reazioni fisiche, ecc.). L'esigenza del controllo si manifesta sul corpo e sul cibo ma anche sulle prestazioni scolastiche o lavorative e talvolta anche sul comportamento degli altri. È facile comprendere che per poter mantenere l'idea di avere qualcosa sotto controllo si dovrà progressivamente ridurre il nostro ambito di vita a qualcosa di facilmente controllabile. Il cibo è in fondo l'unica cosa che posso controllare da solo e che prescinde dal giudizio altrui, unicamente con l'aiuto di una bilancia. Questo è il processo con cui si genera il *mondo piccolo* dell'anoressia. In generale l'esigenza del controllo è un potente generatore di ansia, si vive nel timore che qualcosa ci sfugga. La focalizzazione su qualcosa che per definizione non è controllabile, come le reazioni del nostro corpo, ci porta a un circolo vizioso che inevitabilmente influirà sul livello di stress.

Questa dinamica non si presenta solo nell'anoressia e nella bulimia, ma particolarmente anche nel disturbo evitante/restrittivo (ARFID) dove l'attenzione si focalizza sulla paura che determinati cibi siano pericolosi per l'integrità del corpo. È presente anche in situazioni non ancora considerate cliniche come l'ortoressia.

Strettamente connesse al modello delle credenze metacognitive abbiamo le strategie di **coping**. Quando

parliamo di coping ci riferiamo a quelle strategie, mentali o comportamentali, che le persone mettono in atto per gestire situazioni stressanti in maniera adattiva. Ognuno di noi ha sue modalità peculiari che derivano dalla nostra esperienza di vita. C'è chi tende a evitare i problemi, altri si rimboccano le maniche e li affrontano di petto. Alcuni pianificano attentamente le proprie azioni, altri ancora sono abituati a confidarsi con un amico o un familiare per cercare consiglio. Le radici di queste scelte affondano nelle nostre esperienze e nelle consapevolezze o negli automatismi che ne derivano: come siamo abituati a valutare gli eventi, le nostre risposte emotive, le risorse che percepiamo di avere. Non esistono dei modi giusti o sbagliati di affrontare le situazioni stressanti, il problema può presentarsi quando la risposta diventa stereotipata, generalizzata a tutte le situazioni.

Nei pazienti con disturbi alimentari è proprio la mancanza di flessibilità nell'uso delle strategie di *coping* che diventa problematica. La strategia più comune ha a che fare con l'atteggiamento perfezionista, che non va inteso come un desiderio di fare le cose bene per un interesse in ciò che si sta facendo ma per il timore di sbagliare ed essere criticati. A differenza del perfezionismo sano che possiamo riscontrare nell'artista o nello scienziato e che è dovuto all'amore per il proprio lavoro, il perfezionismo malato è una strategia per evitare di andare incontro a critiche che si pensa di non poter sopportare. In una persona che non riesce a tollerare la minima incertezza riguardo al proprio valore "fare tutto

giusto” diventa il metodo con cui si affronta la vita. Un'altra strategia è quella dell'evitamento delle situazioni stressanti, che spesso porta alla costruzione di fobie scolastiche o sociali. Evitare il problema ne impedisce la riuscita ma, allo stesso tempo, elimina anche la possibilità del fallimento. Considerando quanto si diceva precedentemente rispetto alla rigidità del pensiero, queste strategie non vengono messe in discussione e conducono a una escalation il cui esito è insostenibile.

Un'altra caratteristica facilmente riscontrabile è lo scarso ricorso al supporto sociale nell'affrontare i problemi. Questo tratto appare comprensibile nella misura in cui la persona con disturbo alimentare spesso ha scarsa fiducia di chi lo circonda, teme di essere tradita o derisa. Chiedere aiuto significherebbe dimostrarsi debole davanti agli altri e la debolezza è proprio quella che si cerca di nascondere dietro alla spasmodica ricerca della perfezione. Questo aspetto evidenzia quanto nella cura sia importante l'attenzione al recupero o alla costruzione di relazioni sociali significative.

Un ulteriore aspetto da approfondire è il processo di **regolazione emotiva**. È un concetto di cui si parla spesso ma non è sempre chiaro di cosa si tratti o cosa implichi. La regolazione emotiva coinvolge una serie di meccanismi che permettono la modulazione dell'emozione sulla base degli obiettivi della persona. I meccanismi sono molteplici e vanno da quelli più basilari (la capacità di prestare attenzione e di riconoscere le proprie emozioni), a quelli di ordine superiore, che hanno a che vedere con la

percezione e la consapevolezza della propria competenza nel gestire le emozioni. Altri aspetti della regolazione emotiva riguardano le strategie utilizzate e la capacità di tollerare emozioni, comprese quelle negative. Nei pazienti con disturbi alimentari tutti i processi di regolazione emotiva appaiono alterati: si osservano difficoltà a riconoscere e comunicare i propri stati emotivi²¹ e nella capacità di prestare attenzione al proprio mondo interno. Questi tratti sono ben riconosciuti nella letteratura scientifica e facilmente osservabili nella pratica clinica. Chi soffre di disturbi alimentari non abita il suo corpo, lo vede come un oggetto esterno e non riesce a percepire i segnali che gli manda. È sordo ai propri bisogni, desideri ed emozioni. Spesso la difficoltà nel tollerare le emozioni negative va di pari passo con quella di sperimentare quelle positive.

Fin qui abbiamo un'idea di quale sia il deficit nella gestione emotiva. Ora, come si inserisce il disturbo alimentare in questa dinamica? L'associazione tra regolazione emotiva e comportamento alimentare è abbastanza consolidata, per esempio il comportamento di abbuffata alimentare può essere uno strumento efficace per alleviare uno stato di tensione. Dan Siegel²² ipotizza

²¹ Questa condizione viene definita **alessitimia** dal greco *a-* «mancanza», *lexis* «parola» e *thymos* «emozione», dunque mancanza di parole per esprimere il proprio stato emotivo

²² Daniel Siegel, *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, 2021 (terza edizione). Il concetto di finestra emotiva è stato applicato ai disturbi alimentari da due autori italiani: Piergiuseppe Vinai, Patrizia Todisco, *Quando le emozioni diventano cibo*, Cortina Libreria Milano, 2007

che ognuno di noi possieda una “finestra di tolleranza emotiva” ossia uno spazio in cui si riesce efficacemente a gestire le variazioni di intensità delle emozioni. Le persone hanno finestre di ampiezza differente e anche modi diversi per riportare le emozioni all’interno della finestra tollerata. Nei disturbi alimentari sia i comportamenti sia di iperalimentazione (scarico della tensione) che di restrizione alimentare (rinforzo dell’autostima e liberazione di endorfine) vengono usati a questo scopo, analogamente a come viene fatto in altre condizioni patologiche per esempio con l’alcol o con le droghe. L’influenza dello stress sull’alimentazione è d’altra parte una esperienza comune a tutti. A chi non è capitato di trovare nel cibo un po’ di serenità o di trovarsi con lo stomaco completamente chiuso per la tensione? Nei pazienti con disturbo alimentare questa associazione è più consolidata e estremamente rigida, lasciando poco spazio a modalità alternative utili a recuperare la calma desiderata.

Concludiamo con una piccola nota relativa al sostrato **neurobiologico** dei disturbi alimentari. È un tema molto complesso e ancora solo parzialmente conosciuto, possiamo tuttavia affermare che i tratti di cui abbiamo parlato fin qui hanno una corrispondenza diretta nel funzionamento cerebrale. I comportamenti alimentari problematici e il funzionamento mentale descritto sono correlati alle funzioni neurologiche che regolano l’umore, le emozioni, la capacità di provare piacere, la memoria, l’attenzione, la flessibilità nel ragionamento e l’appetito.

Sembrano essere coinvolti, in particolar modo nell'anoressia nervosa, due circuiti specifici. Il primo, il **circuito limbico**, vede il coinvolgimento di varie aree del cervello (tra cui l'amigdala, l'insula, lo striato ventrale, le regioni ventrali della corteccia cingolata anteriore e la corteccia orbito frontale) che hanno a che vedere con il sistema della ricompensa, ossia con la nostra capacità di provare gratificazione. Questo circuito viene attivato in tutte le situazioni in cui sperimentiamo una sensazione di piacere e il suo coinvolgimento sembrerebbe centrale anche nei disturbi alimentari. Il secondo circuito, quello cognitivo, è coinvolto nelle modalità di prestare attenzione, di costruire una pianificazione, nei comportamenti di evitamento e nell'autocontrollo. Anche in questo caso sono varie le aree cerebrali coinvolte (ippocampo, regioni dorsali del nucleo accumbens, la corteccia prefrontale dorsolaterale e la corteccia parietale) che influiscono sulle modalità di programmazione, organizzazione, sulla difficoltà di controllo degli impulsi, sul rimuginio ossessivo.

Come accennato, anche il sistema di regolazione dell'appetito sembra essere alterato. Per la maggior parte delle persone l'appetito è qualcosa di semplice: percepiamo il senso di fame e di conseguenza mangiamo. In realtà, nel nostro cervello il sistema che regola l'appetito è qualcosa di estremamente complesso, che coinvolge reazioni chimiche eccitatorie e inibitorie, diversi ormoni e un monitoraggio continuo dei diversi nutrienti nel flusso sanguigno. Nella persona con disturbo

alimentare questi sistemi sembrano essere alterati: il piacere del sentirsi sazi, per esempio, può essere sostituito da quello di sentirsi vuoti. Mangiare meno può essere vissuto come rilassante.

Queste considerazioni sono tuttavia da commisurare alla variabilità individuale. Ogni persona è unica in relazione alla complessità dei suoi sistemi neurologici e biologici, stabilire una relazione di causa-effetto può non essere sempre generalizzabile.

Questa complessità può avere radici genetiche o derivare da esperienze di vita, anche precoci. Abbiamo visto che, se ricostruiamo la storia in maniera accurata, possiamo rintracciare già nell'infanzia tratti che nulla hanno a che vedere con l'alimentazione (per esempio, ossessivi o impulsivi) e che possono rappresentare un fattore di rischio. L'aspetto positivo è che il nostro cervello è un organo estremamente plastico a tutte le età e ogni apprendimento lo modifica. La psicoterapia è un processo di apprendimento che riprogramma i circuiti cerebrali. Pertanto l'intervento psicoterapico, il miglioramento dell'apporto nutritivo e un supporto ambientale e sociale adeguato possono migliorare i sintomi alimentari, fino a scomparire. Possono anche costruire una persona migliore. È bene comunque ricordare che alcuni tratti, quelli che si riscontrano già dall'infanzia, possono persistere, ma la persona può imparare a gestirli adeguatamente.

CAPITOLO 4

Gli aspetti medici

di Roberto Dall'Amico

Complicanze mediche nei Disturbi del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) provocano numerose complicazioni mediche attribuibili alla riduzione di peso, alla malnutrizione, alla perdita di liquidi ed elettroliti. La manifestazione cliniche sono usualmente progressive e correlate alla gravità e alla cronicizzazione della malattia.

Il loro trattamento prevede una riabilitazione nutrizionale che dovrebbe essere iniziata precocemente. Sebbene molte complicazioni siano reversibili, alcune, quali la demineralizzazione ossea, potrebbero non risolversi completamente se trattate tardivamente.

Proprio perché una presa in carico precoce migliora gli esiti è necessaria un'azione preventiva all'interno della scuola, del mondo dello sport e il forte coinvolgimento delle famiglie.

I DCA possono causare manifestazioni cliniche molto diverse tra loro e più evidenti e riconoscibili nelle forme restrittive. Nelle altre forme spesso sono solo gli esami di laboratorio a chiarire un sospetto diagnostico.

Le pazienti con DCA di tipo restrittivo hanno la capacità di mascherare la malattia fino al raggiungimento di indici di massa corporea (BMI) critici. Questo perché il volto

non è rappresentativo della perdita di peso se non nelle fasi avanzate di malattia e il corpo viene nascosto da un abbigliamento adattato a questo scopo. Per questo motivo la diagnosi può avvenire in una fase molto avanzata di malattia quando la perdita di peso è significativa. Le pazienti tendono a non riferire alcun sintomo, “sto bene”, anche se tipicamente presentano variazioni dell’umore, senso di sazietà precoce, dolore addominale, sensazione di freddo non giustificata, astenia e vertigini. E questo per la messa in atto di meccanismi adattativi, quali riduzione della massa muscolare utilizzata a scopo energetico, ridotta produzione insulina, conversione a livello periferico di T3 in reverse T3, amenorrea, abbassamento della temperatura, che tendono a compensare una riduzione cronica negli apporti calorici.

Fattori di rischio per complicanze mediche sono rappresentati da: gravità, velocità e durata della perdita di peso, età, condizioni cliniche precedenti l’esordio di malattia.

La presa in carico delle pazienti prevede approfondimento anamnestico, valutazione clinica e l’esecuzione di esami di laboratorio e strumentali indirizzati a definire le complicanze mediche presenti.

Anamnesi: serve a comprendere attraverso la storia della paziente e della famiglia i fattori di rischio e le cause che possono aver contribuito al manifestarsi della malattia.

Informazioni sul paziente

- Comportamento alimentare: restrizione e perdite di controllo
- Comportamenti compensativi, di tipo purgativo o non
- Disturbi dell'immagine corporea: pensieri, convinzioni relative a peso e forma del corpo
- Storia di altri disturbi alimentari
- Storia di sovrappeso/obesità
- Storia di traumi: abusi fisici o sessuali, traumi emozionali
- Comorbidità: disturbi d'ansia, dell'umore, di personalità, del controllo degli impulsi e abuso di sostanze
- Funzionamento mentale: personalità e temperamento, gestione dell'emotività, tolleranza alla frustrazione, capacità di *coping*.

Informazioni sulla famiglia

- con particolare rilevanza agli eventi che hanno preceduto l'inizio della patologia
- Struttura familiare e dinamiche relazionali
- Livello di emotività espressa
- Tentativi messi in atto per affrontare la situazione
- Risorse disponibili
- Disturbi psichiatrici, abuso di alcool o sostanze

- Atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, l'esercizio e la forma fisica
- Familiarità per obesità
- Fattori di stress familiari che possono favorire od ostacolare la guarigione.

Informazioni aggiuntive

- Le spiegazioni che il paziente o la famiglia si sono dati per ciò che è accaduto. Spesso vengono date per scontate e non vengono esplicitate se non su richiesta. Sono importanti per creare un'adeguata alleanza terapeutica
- Le circostanze che hanno determinato la richiesta di aiuto
- La motivazione del paziente al trattamento

Esame obiettivo: mira a valutare le condizioni nutrizionali della paziente e la presenza di fattori di rischio che richiedano, se presenti, il ricovero.

- Parametri auxologici: peso, altezza, indice di massa corporea [peso (kg)/altezza (m^2)] ricostruendo anche l'andamento dei parametri nel tempo sulle schede di rilevazione. Una rapida perdita di peso (es >1 kg/sett) può indicare la necessità di un ricovero.
- Temperatura corporea. Spesso diminuita nell'AN.
- Cute e annessi con particolare attenzione a lesioni autoindotte, temperatura e colore estremità.

Nell'AN è tipicamente presente acrocianosi con mani fredde, sudate e cianotiche.

- Stato di idratazione (mucose cavo orale). Spesso ridotto nell'AN. La presenza di edema rappresenta un segno di grave malnutrizione. Anche nella bulimia con vomito ripetuto può essere presente una condizione di ritenzione idrica.

- Cavo orale: lesioni mucose e dentali più frequenti nel vomito ricorrente.

- Parotidi: ipertrofiche in presenza di vomito ricorrente.

- Sottocute e masse muscolari. Comunemente diminuiti nell'AN.

- Apparato Cardiovascolare:

- Frequenza cardiaca: nell'AN è presente bradicardia e ridotta variabilità della FC, meno frequentemente aritmie.

- Soffi e click: indicativi, se sistolici, di prolasso mitrale. Spesso presente nell'AN.

- Pressione arteriosa in orto e clinostatismo: diminuita nell'AN.

- Apparato Respiratorio: frequenza respiratoria e auscultazione del polmone sono usualmente normali. Un affaticamento durante la respirazione rappresenta una indicazione per il ricovero.

- Addome: introflesso e spesso dolente nell'AN con fegato e milza normali e segni di coprostasi. La ve-

scica può essere di dimensioni aumentate come tentativo di barare sul peso.

- Sistema neurologico: l'esame neurologico è usualmente normale. Raramente sono evidenti atassia, problemi oculomotori, confusione nelle forme gravi con deficit di Tiamina. Valutare in modo accurato il SN Periferico per il rischio di deficit neurologici più frequente a livello arti (es. compressione nervo peroneo comune contro la parete laterale del perone).

Valutazione della componente percettiva: misura il grado di percezione corporea, valutando la differenza tra l'immagine corporea reale e quella percepita.

Applicare il test per la distorsione dell'immagine corporea in età pediatrica. Viene data alle pazienti una cordicella e viene chiesto di stimare la circonferenza di diverse parti del corpo riferite come fobiche (fianchi, cosce, addome, ecc.). Questa stima viene poi confrontata con le reali dimensioni del paziente.

Esami di laboratorio

- Emocromo completo
- Elettroliti serici (Na, K, Cl, Ca, P, Mg)
- Emoganalisi
- Urea, Creatininemia
- CPK
- AST, ALT, PT e PTT

- Glicemia
- TSH, T3, T4, FSH, LH, Prolattina
- Folati e B12
- Ferro e Ferritina
- Colesterolo: può essere elevato fino al 50% dei pazienti. La terapia con statine non è necessaria. La causa presunta dell'HDL elevato è rappresentata dall'esercizio eccessivo e dalla perdita di peso
- Esame delle urine (PS, chetoni).

Esami strumentali

- ECG: sempre
- Ecocardiogramma Bidimensionale: sempre se ricovero
- Ecografia addome: sempre se ricovero
- DXA se AN > 6 mesi
- Elettromiografia se danno neurologico periferico
- RMN Cerebrale come DD e nelle forme gravi con coinvolgimento neurologico

Complicanze Mediche:

Cute

L'interessamento cutaneo nell'AN è frequente e comprende:

- Xerosi: molto comune a causa della ridotta secrezione delle ghiandole sebacee. Può causare prurito

- Lanugo (peluria fine, lanuginosa, su arti, guance e dorso)
- Perdita di capelli
- Colorazione giallo-arancio palmi da eccessiva alimentazione di verdure ricche di carotenoidi a basso contenuto calorico e al ridotto catabolismo epatico del carotene
- Abrasione dorso delle mani (da vomito autoindotto)
- Acrocianosi (mani o piedi freddi, bluastri e occasionalmente sudati) 2° a vasocostrizione arteriosa e a dilatazione venosa; può rappresentare un meccanismo mediante il quale il corpo conserva il calore
- Autolesionismo a livello degli arti (più frequentemente) e del tronco
- Guarigione delle ferite lenta (ipotiroidismo, carenza di zinco)
- Meno frequentemente: Petecchie, Livedo reticularis, Paronichie

Apparato Gastrointestinale

In corso di restrizione calorica ci possono essere manifestazioni cliniche come risultato del coinvolgimento di tutto il tratto gastrointestinale. Queste si risolvono usualmente con la rialimentazione e non richiedono particolari approfondimenti di laboratorio o strumentali.

I sintomi di coinvolgimento comprendono:

Disfagia orofaringea: può essere presente nelle forme gravi di AN e portare a polmonite da aspirazione.

Esofagite: 2° a reflusso gastroesofageo in pazienti con vomito autoindotto. L'esofago rappresenta un tratto dell'apparato GI in generale poco coinvolto nell'AN

Gastroparesi: (ritardato svuotamento gastrico) più comune e grave nelle forme severe di AN. Si manifesta con sensazione di gonfiore in sede epigastrica spesso postprandiale. Il sintomo peggiora con dieta ricca di fibre o lassativi a base di fibre. Altri sintomi includono sazietà precoce, sensazione di pienezza, nausea, vomito. Può essere presente dolore retrosternale secondario a esofagite acida da reflusso/vomito a causa del cibo rimasto nello stomaco per periodi di tempo prolungati. La gastroparesi può rappresentare un problema importante da superare nella fase di rialimentazione. È preferibile nella fase iniziale scegliere pasti piccoli e frequenti, prediligere cibi liquidi ed evitare cibi con contenuti eccessivi di fibre, che possono favorire una distensione intestinale. La gastroparesi va gestita in modo conservativo e ha una durata di qualche settimana.

I farmaci non trovano largo uso nel suo trattamento. I farmaci utilizzabili comprendono metoclopramine e macrolidi (eritromicina o azitromicina) per la loro azione procinetica. La prescrizione di un macrolide richiede l'esecuzione di un ECG perché possono indurre un prolungamento dell'intervallo QTc.

La gastroparesi si risolve con una ripresa dell'alimentazione e del peso.

Sindrome dell'arteria mesenterica superiore: può verificarsi nei casi più gravi di AN. È causata dalla compressione della terza porzione del duodeno tra l'aorta posteriormente e l'arteria mesenterica superiore anteriormente. La perdita di peso riduce il cuscinetto adiposo perivasale restringendo l'angolo tra i due vasi. In questo modo il duodeno rimane schiacciato con un conseguente quadro ostruttivo. A seconda della gravità della complicanza, i sintomi includono sazietà precoce, dolore epigastrico subito dopo l'inizio di un pasto, nausea e vomito. Anche in questo caso il problema migliora con una ripresa del peso (almeno 2-4 kg). Non è indicato alcun approccio chirurgico al problema. Il sospetto è clinico, la diagnosi richiede di essere completata con ecografia addominale e angioRMN addome.

Stipsi: rappresenta un sintomo molto comune nell'AN. Può persistere per tempi lunghi anche dopo un ripristino parziale del peso. Richiede di aumentare l'apporto di liquidi e la prescrizione di polietilenglicole (1-2 gr/kg). Clisteri evacuativi possono essere prescritti se non si riesce a controllare il sintomo utilizzando più liquidi e ammorbidenti delle feci.

Diarrea: rara, è secondaria ad atrofia dei villi.

Interessamento epatico: tipicamente si manifesta con un aumento delle amino transferasi (AST e ALT) ed è perlopiù asintomatico e autolimitante. Solo in rarissimi casi di AN severa si può verificare un aumento importante o una insufficienza epatica. I possibili meccanismi alla base di questo aumento includono l'ipoperfusione epatica, l'autofagia e la deplezione del glutatione. Gli enzimi epatici si normalizzano con il miglioramento della nutrizione.

Gli enzimi epatici possono aumentare anche durante la fase di rialimentazione con un meccanismo ancora non del tutto chiaro.

L'ecografia epatica può aiutare a distinguere gli aumenti degli enzimi indotti dal digiuno (fegato è normale o di piccole dimensioni) da quelli indotti durante la sindrome di rialimentazione (fegato iperiflettente secondario a steatosi e di dimensioni aumentate).

Interessamento Pancreatico: la pancreatite acuta rappresenta una complicanza rara in pazienti con AN. È solitamente caratterizzata da dolore addominale acuto a livello dei quadranti addominali superiori e a livelli sierici elevati di enzimi pancreatici. L'eziologia presunta è che la malnutrizione attivi proteasi, come la tripsina, con danno cellulare successivo. Una rapida perdita di peso può causare inoltre un reflusso del contenuto duodenale nel dotto pancreatico.

Apparato cardiovascolare: le complicanze possono essere di tipo strutturale o funzionale.

Cambiamenti strutturali

Atrofia Muscolare: la perdita di peso si accompagna a diminuzione della massa cardiaca, ridotto spessore della parete ventricolare e ridotti volumi della camera cardiaca. Ciò porta a una diminuzione della gittata cardiaca che sul piano clinico si manifesta con ridotta capacità di esercizio, risposta della pressione sanguigna attenuata all'esercizio e affaticamento soggettivo. Il quadro di atrofia diventa clinicamente significativo quando il peso è <80% del peso corporeo ideale. Il muscolo cardiaco si normalizza con il recupero clinico in settimane o mesi.

Prolasso valvola mitralica: la valvola prolassa perché il muscolo cardiaco diminuisce di dimensioni mentre il tessuto strutturale che comprende la valvola mitrale rimane delle stesse dimensioni. Anche la riduzione della frequenza cardiaca tipica dell'AN risulta correlarsi con questa complicanza. Un prolasso della valvola mitrale è presente nel 20% dei soggetti con AN vs 2.4% nella popolazione generale. L'esame obiettivo nei pazienti non rivela un soffio sistolico e un "click" sistolico. Il rigurgito clinicamente significativo è raro e non sono noti casi che abbiano richiesto un intervento chirurgico alla valvola mitrale. Il prolasso generalmente si riduce con l'aumento di peso.

Fibrosi miocardica. Si osserva nei soggetti con forme di AN gravi. La diagnosi richiede studio con risonanza magnetica cardiaca . Più comune nei soggetti con AN (>20%)

Versamento pericardico Il versamento pericardico è riportato in più del 20% dei pazienti con AN. Generalmente scompare con il ripristino del peso ma richiede spesso mesi per autorisolversi. Usualmente non vi sono segni clinici o ecocardiografici di tamponamento cardiaco.

Cambiamenti funzionali

Intervallo QT corretto (QTc): l'AN non causa direttamente un prolungamento del QTc. Proprio per questo la presenza di un intervallo QT lungo in un paziente con AN non dovrebbe essere interpretata come secondaria malattia per se ma richiedere l'esclusione di un disturbo elettrolitico, di una sindrome congenita del QT lungo o l'uso di farmaci noti per prolungare il QTc.

Sono riportate inoltre alterazioni del tratto ST e dell'onda T, blocco atrioventricolare, aritmie ventricolari, in particolare in pazienti con ipokaliemia o ipomagnesiemia.

Le anomalie dell'ECG scompaiono con il ripristino del peso e la correzione di eventuali anomalie elettrolitiche.

Anche la riserva di ripolarizzazione miocardica può essere ridotta nell'AN.

Variabilità della frequenza cardiaca: la variabilità tende a diminuire nell'AN per una alterata funzione del sistema nervoso autonomo. La ridotta variabilità della frequenza

cardiaca predice la morte improvvisa nei pazienti con insufficienza cardiaca e può anche essere correlata con un'aumentata incidenza di morte improvvisa nell'AN, specialmente nei pazienti che pesano meno dell'80% del peso corporeo ideale.

Ipotensione: è di riscontro comune nei pazienti con AN (>10% dei pazienti). Può essere asintomatica o manifestarsi con sintomi generici come affaticamento e debolezza. L'ipotensione può essere di tipo ortostatico con il passaggio dalla posizione supina a quella eretta. In questo caso sono presenti una diminuzione della pressione sistolica ≥ 20 mmHg, e diastolica ≥ 10 mmHg o sintomi di ipoperfusione cerebrale (vertigini, debolezza). L'ipotensione ortostatica è da correlare alla malnutrizione e può indicare la necessità di ricovero. La ripresa del peso si associa a una normalizzazione della PA, anche se lentamente nell'arco di settimane o mesi.

Bradycardia (<60 b/min) è comunemente presente nell'AN (>40%), con frequenze cardiache che a volte diminuiscono fino a 25 battiti al minuto. Una frequenza cardiaca inferiore a 35-40 battiti al minuto richiede il ricovero ospedaliero. La bradicardia sembra essere secondaria all'aumento dell'attività parasimpatica (vagale) con tono simpatico invariato.

I pazienti in genere descrivono sintomi non specifici come affaticamento, debolezza e stordimento. La bradi-

cardia non dovrebbe comportare una terapia diretta ad aumentare la frequenza cardiaca.

Al contrario una tachicardia (FC 70-100) può essere la spia di una insufficienza cardiaca o essere secondaria a farmaci. Una FC aumentata può essere osservata nella sindrome da rialimentazione.

La bradicardia generalmente si risolve con il miglioramento della nutrizione e con l'aumento del peso.

Anomalie Endocrinologiche

Amenorrea secondaria. Normalmente la stimolazione ipotalamica attiva la secrezione pulsatile di GnRH che a sua volta stimola la produzione di FSH e LH responsabili della normale funzione mestruale. Nelle pazienti con AN, la secrezione di GnRH è ridotta, impedendo l'ovulazione e provocando un'amenorrea ipotalamica funzionale e il ritorno allo stato prepuberale. L'amenorrea non prevede alcun trattamento ormonale.

L'aumento di peso di solito ripristina i normali cicli mestruali. Il peso necessario per la ripresa delle mestruazioni corrisponde pressappoco al peso al quale le mestruazioni cessavano.

L'amenorrea persiste in circa il 10-30% dei pazienti con anoressia nervosa nonostante l'aumento di peso, a causa di comportamenti alimentari anormali in corso (abbuffate e purghe), esercizio o stress.

Nelle pazienti adulte con anoressia nervosa e amenorrea secondaria, l'utero regredisce alla sua lunghezza pre-

puberale di 2-3 cm, l'endometrio diventa sottile o non rilevabile e le ovaie si riducono a un volume <2 cm³. Negli adolescenti, l'utero e le ovaie sono più piccoli del previsto per l'età della paziente.

Va ricordato che una gravidanza è possibile anche in corso di amenorrea. Di questo le pazienti devono essere informate, considerati i rischi che questa comporta sia per loro che per il neonato.

Una gravidanza in corso di AN è associata a una maggiore incidenza di complicanze comprensive di aborti spontanei, parto prematuro, circonferenza cranica più piccola e neonati di basso peso alla nascita.

Usualmente la fertilità ritorna nella norma con la ripresa del peso.

Cortisolo: i livelli sierici e urinari sono ai limiti superiori della norma o elevati per aumentata produzione e ridotto catabolismo. L'assenza di manifestazioni cliniche non sembra derivare da una ridotta sensibilità ai glucocorticoidi ma piuttosto a una carenza di substrati metabolici necessari per sviluppare l'azione ormonale.

L'ipercortisolismo sembra avere un ruolo nella patogenesi dell'osteoporosi, dell'atrofia cerebrale e dell'ipotrofia muscolare di frequente riscontro nell'anoressia nervosa.

Ormone della crescita (GH)-somatomedina C(IGF1)

Nell'AN sia la componente pulsatile che la secrezione basale di GH sono aumentate, al contrario IGF-I e IGF binding protein3 (IGFBP-3) sono diminuite.

È presente quindi una condizione di resistenza acquisita al GH, come in altre forme di malnutrizione e stati ipercatabolici. Il recupero peso comporta una normalizzazione rapida della secrezione di GH, sia pulsatile che basale. La normalizzazione di IGF-I richiede tempi più lunghi (anche > 2 aa) dopo recupero stabile del peso.

Ormoni Tiroidei

Nel digiuno prolungato l'ormone **T4** viene convertito nei tessuti periferici in **reverse T3 (rT3)**, metabolita biologicamente inattivo, anziché in T3 con il fine di aumentare il risparmio energetico, dando luogo alla **“low T3 syndrome”**. Anche nell'AN è presente un Ipotiroidismo compensatorio concausa di alcune delle manifestazioni cliniche di malattia: stipsi, intolleranza al freddo, bradicardia, ipercolesterolemia

Tipicamente si osservano come nel digiuno prolungato

- TSH valori normali.

- T3 bassi livelli circolanti. L'ormone T4 viene convertito nella forma inattiva: reverse T3 (rT3).

- T4 livelli normali o poco ridotti.

Non è necessaria alcuna terapia sostitutiva.

Con il recupero del peso la correzione è spontanea.

Ghrelina

La sua produzione aumenta nel digiuno. La sintesi avviene prevalentemente a livello di stomaco e pancreas ma anche di ipotalamo e ipofisi.

Promuove l'assunzione di cibo.

Riduce il metabolismo basale.

La sua sintesi ha una correlazione inversa al BMI. Se basso, aumenta. Se alto, BMI si riduce.

Rappresenta un meccanismo di compenso per una ridotta assunzione calorica e ridotti depositi energetici.

Si normalizza con il recupero del peso.

Leptina

I valori sono usualmente bassi nell'AN e aumentano con una ripresa del peso.

Viene prodotta dal tessuto adiposo (anche da ipofisi) e promuove il controllo del peso mediante riduzione dell'introito calorico e aumento spesa energetica a riposo.

Leptina più alta di quanto dovrebbe nella fase di rialimentazione rappresentando un cofattore di difficoltà di recupero ponderale nell'AN.

Rappresenta un fattore di rischio di recidiva di malattia se rimane elevata dopo il recupero di peso.

Metabolismo Osseo

Osteopenia nel 50% alla diagnosi e 90% corso malattia.

Osteoporosi nel 40% dei casi.

L'insorgenza da adolescenti impedisce di raggiungere un adeguato picco di massa ossea.

Fattori di rischio: esordio precoce di malattia, durata, gravità esordio amenorrea, attività fisica.

Cause: malnutrizione, dieta povera di calcio che comporta un aumentato riassorbimento osseo, riduzione di leptina, IGF1, estrogeni, ipercortisolismo.

Terapia: Calcio e Vitamina D, Bifosfonati.

Rene

I pazienti con AN presentano tipicamente bassi valori di urea e i creatinina a causa della ridotta massa muscolare e del limitato apporto di proteine. Valori prossimi al limite superiore della norma sono comuni e da imputare a una condizione di disidratazione. Meno frequentemente sono la spia di una compromissione renale. L'interessamento renale tende a risolversi con l'aumento degli apporti liquidi e nutrizionali.

L'ipokaliemia cronica presente nella bulimia nervosa può portare a un danno glomerulare e a una nefropatia tubulo-interstiziale. Nell'AN il rischio di urolitiasi è aumentato a causa di una disidratazione cronica e di apporti aumentati di ossalato. L'ipofosfatomia in corso di rialimentazione se non prevenuta e corretta può portare a insufficienza renale acuta, danno tubulo-interstiziale cronico e glomerulosclerosi.

Apparato Respiratorio

I problemi respiratori sono rari nelle pazienti con DCA. Nelle fasi avanzate dell'AN possono essere osservati una insufficienza dei muscoli respiratori, dispnea, ridotta capacità aerobica e ridotta capacità polmonare. Anche i test di funzionalità respiratoria possono essere compromessi nell'AN.

La disfagia oro-faringea può causare polmoniti da aspirazione in pazienti molto gravi.

In casi clinici aneddotici è stata riportata come complicanza dell'AN il pneumotorace spontaneo.

Interessamento midollare

Il riscontro di una citopenia con il coinvolgimento di una o più linee cellulari all'emocromo secondarie a una ipoplasia del midollo osseo è di comune riscontro nell'AN. Si tratta di una complicanza reversibile con la riabilitazione nutrizionale. Tra i pazienti meno gravi l'anemia e la leucopenia si osservano in 1/3 dei casi. La trombocitopenia si verifica invece meno frequentemente (5-10% dei pazienti). L'anemia è tipicamente normocitica. Può essere macrocitica in caso di deficit di vitamina B 12 e folati. Più raramente l'anemia è di tipo microcitico.

Rari casi clinici riportati dalla letteratura descrivono condizioni di trombocitopenia grave e complicanze emorragiche. Petecchie e porpora possono comparire alle estremità come conseguenza di queste complicanze ematologiche i pazienti ambulatoriali con AN associata a leucopenia non sembrano avere complicanze infettive maggiori e l'infezione grave non rientra tra le cause di morte nell'AN. Da segnalare che in corso di infezione sintomi come la febbre possono essere assenti rendendo la difficile il percorso diagnostico.

Interessamento Neurologico

Encefalopatia di Wernicke: sindrome acuta caratterizzata da confusione globale, disfunzione oculomotoria e atassia e causata dalla carenza di tiamina (vitamina B1). Richiede

di essere trattata precocemente per prevenire la morbidità neurologica. La sindrome di Korsakoff è una manifestazione neuropsichiatrica tardiva dell'encefalopatia da deficit di vit B1 in cui è presente un'amnesia selettiva anterograda e retrograda. La prognosi è infausta.

Atrofia cerebrale è una complicanza dell'AN caratterizzata da importanti riduzioni della sostanza grigia e bianca, ventricolomegalia e atrofia cerebellare. Sebbene non sia chiaro se questi cambiamenti cerebrali siano correlati alla perdita di neuroni, glia e/o neuropili, o siano semplicemente dovuti a spostamenti di liquidi, un certo grado di materia bianca e grigia sembra essere perso a causa dell'AN.

Le implicazioni cliniche dell'atrofia cerebrale non sono note. Anche se il volume della materia grigia è inferiore negli adolescenti con AN le prestazioni neuropsicologiche sono comparabili ai controlli di pari età.

L'atrofia cerebrale è spesso reversibile con il ripristino del peso e non si verificano lesioni permanenti. Con il recupero del peso i volumi di materia grigia tendono infatti a normalizzarsi anche se alcuni studi dimostrano che rimangono inferiori rispetto ai gruppi di controllo.

Tra i pazienti con AN, aree specifiche del cervello possono essere ingrandite. È stato dimostrato in donne con AN in corso o guarite un aumento del volume della materia grigia a livello della corteccia orbito frontale (*gyrus rectus*).

Occhio

L'anoressia può causare alterazioni oftalmiche. È stato riportato come aree diverse della retina (a es. macula), così come la coroide, erano più sottili nelle pazienti con AN rispetto ai controlli. Inoltre, l'attività elettrica nella macula risultava ridotta, coerentemente con la compromissione funzionale.

Forme severe di anoressia nervosa possono causare un lagoftalmo, cioè l'incapacità di chiudere completamente le palpebre con il rischio di abrasioni corneali e perdita permanente dell'acuità oculare.

Gusto

L'AN può associarsi ad alterazioni del gusto, inclusa una ridotta sensibilità alla dolcezza, una maggiore percezione del cibo come grasso e disgeusia generale [104]. Questi possono richiedere tempo per una loro normalizzazione dopo che si è verificato il ripristino del peso.

“Altro”

- L'AN è associata ad altre complicanze mediche generali oltre a quelle sopra descritte. il rischio delle seguenti condizioni mediche è maggiore nei pazienti con AN rispetto ai controlli.
 - Insufficienza surrenalica (malattia di Addison) – Rischio relativo (nell'AN) 10, IC 95% 5-17.
 - Celiachia – Rischio relativo 3, IC 95% 2-4.
 - Sindrome di Sjögren – Rischio relativo 4, 95% CI 1-9.

- Carenza di vitamina B12 – Rischio relativo 4, 95% CI 2-7.

Disturbi Elettrolitici

Potassio

Il rischio nell'AN è di ipopotassiemia

Si tratta di un riscontro comune nell'AN. Trattandosi di uno ione prevalentemente intracellulare le concentrazioni plasmatiche non sono rappresentative delle riserve complessive.

L'ipokaliemia riconosce cause diverse:

- **Lassativi:** un abuso causa una perdita di potassio intestinale.
- **Vomito ripetuto:** l'alcalosi metabolica 2° alla perdita di ioni idrogeno con il vomito causa Ipokaliemia. Il compenso renale prevede un'aumentata eliminazione di bicarbonati e di potassio scambiato con ioni H⁺.
- **Spostamento intracellulare** del potassio in condizioni di acidosi.
- **Ipovolemia:** la riduzione del volume extracellulare (VCE) causa un iperaldosteronismo 2° che favorisce il riassorbimento di NaHCO₃ e l'escrezione di potassio e ioni H⁺. La normalizzazione del VCE con soluzioni contenenti sodio e potassio sopprimere la secrezione di renina e il conseguente iperaldosteronismo.

Nelle pazienti che vomitano o abusano di diuretici l'alcalosi metabolica si associa a ipokaliemia con potassuria aumentata a causa di un iperaldosteronismo 2° compensatorio all'ipovolemia. Il cloro urinario è in questi casi basso (<10 mEq/L). Al contrario è >20 mEq nelle tubulopatie (Bartter).

Il potassio può essere integrato per via orale o ev (Velocità massima 1mEq/kg/ora). Nei pazienti che vomitano in cui non è possibile mantenere valori normali di potassio con l'integrazione orale, valutare l'uso di un inibitore della pompa protonica. Riducendo la secrezione di acido gastrico, viene ridotta la perdita di ioni idrogeno nel vomito e conseguente sia l'alcalosi, che l'escrezione renale compensatoria di potassio.

Magnesio

Il rischio nell'AN è di ipomagnesiemia.

L'ipomagnesiemia è di tipo carenziale e può peggiorare durante la fase rialimentazione.

La reidratazione ev con soluzione salina, può peggiorare l'ipomagnesiemia attraverso una sua maggiore escrezione urinaria. Una riduzione del Mg può essere dovuta anche all'abuso sia di lassativi e di diuretici. L'ipomagnesiemia può essere associata all'ipokaliemia, nel qual caso sarà necessaria la reintegrazione del magnesio prima che l'ipokaliemia possa essere corretta.

Calcio

Il rischio nell'AN è di ipocalcemia. Può essere dovuta sia all'ipoalimentazione che alla rialimentazione. L'ipocalcemia è favorita durante la rialimentazione dalla

supplementazione di fosfato. L'ipocalcemia può dimostrarsi resistente al trattamento in presenza di ipomagne-
semia, che richiede di essere corretta per permettere una
normalizzazione della calcemia.

Fosfato

Il rischio nell'AN è di ipofosfatemia.

I valori di fosfato devono essere controllati in particolare durante la fase di rialimentazione per il rischio che il fosfato diminuisca in particolare se gli aumenti calorici sono rapidi. Il trasporto transcellulare di glucosio, PO_4 , K e Mg, scambiati con il Na, determina una riduzione di questi elettroliti con manifestazioni cliniche caratterizzate da spasmi, tetani, aritmie. L'ipernatriemia può determinare insufficienza cardiaca ed edemi.

L'ipofosfatemia si può verificare, con lo stesso meccanismo durante le abbuffate. Una riduzione dei fosfati è favorita inoltre da:

- ipercortisolemia, comune nell'AN. Aumentata l'escrezione urinaria di fosfato.
- acidosi metabolica cronica riduce il riassorbimento tubulare di fosfato. Osservata in chi fa un uso improprio di lassativi.

Il fosfato si trova prevalentemente a livello intracellulare e le concentrazioni sieriche non riflettono necessariamente le riserve tissutali. Una normale concentrazione sierica non esclude quindi una condizione di deplezione.

Disturbi dell'equilibrio acido-base

Possono verificarsi le seguenti condizioni:

Alcalosi metabolica ipocloremica 2° a vomito ripetuto o abuso di diuretici. In entrambi i casi si associa a ipokaliemia.

Acidosi metabolica ipercloremica ipokaliemica nelle pazienti che abusano di lassativi, con significativa perdita di potassio e bicarbonato nelle feci.

Sodio

L'iponatremia è comune nell'AN. Può essere 2° a

- eccessiva ingestione di acqua per sopprimere il senso di fame o per aumentare il peso prima della pesatura. Nei casi di ipoNa significativa è necessaria la restrizione dei liquidi. Può essere opportuno il ricovero nei casi più gravi. L'iponatremia è spesso cronica e ben tollerata e l'assunzione di liquidi deve essere ridotta con gradualità

- abuso di diuretici
- considera sempre una inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH) come DD in presenza di ipoNa caratteristiche cliniche atipiche. Nella SIADH la sodiuria è <30 mmol/L. In caso di eccessiva ingestione di liquidi, il sodio urinario sarà invece inferiore

- deprivazione energetica cronica e grave con iposodiemia e Kaliemia tendenzialmente elevata. Due possibili meccanismi possono spiegare questa osservazione: danno ossidativo alla membrana cellulare e inefficienza della pompa sodio/potassio energia-dipendente. Nei casi in cui l'iponatremia è secondaria a un deficit energetico, migliorerà con la sua correzione

Protocollo di Gestione Ospedaliera per Pazienti con DCA in età pediatrica

I DCA si caratterizzano per una precocità di esordio sia dell'anoressia nervosa (AN) che della bulimia (BN). Sempre più spesso la malattia si presenta a un'età di 11-12 anni e si associa a una elevata co-morbilità psichiatrica e alla cronicizzazione.

Il setting assistenziale prioritario è quello ambulatoriale mentre l'ospedalizzazione va riservata alle sole condizioni di scompenso psicofisico e dovrebbe essere limitata al tempo necessario a compensare la situazione. La fase di acuzie può configurarsi per gravi problemi fisici o per comorbidità psichiatrica grave. In questi casi il minore ha come sede di ricovero la struttura pediatrica di riferimento, con il coinvolgimento attivo dell'équipe della NPI e del CDA. La presa in carico di queste pazienti prevede la presenza di linee guida condivise tra le diverse équipe.

I Ricoveri devono trovare nel territorio il proseguo delle cure, dopo la fase di stabilizzazione.

Molti reparti di pediatria hanno maturato un'esperienza di accoglienza residenziale per questi pazienti costruendo una buona rete che salvaguarda la permanenza in un contesto vicino a casa, la continuità di relazione con i genitori, la continuità di un percorso scolastico con modalità personalizzate.

La prevenzione e l'intervento precoce rappresentano misure importanti per ridurre il rischio di malattia e di ospedalizzazione. Le misure di prevenzione prevedono la

messa a punto di programmi validati di sensibilizzazione e di riconoscimento precoce rivolti alla popolazione e a categorie professionali

L'attività formativa è parte del protocollo di intervento in quanto è essenziale disporre di un sistema efficace per identificare situazioni a rischio per poi inviarle ai servizi specialistici. Questo evita disabilità secondarie associate alla cronicità. Qualsiasi ritardo nell'avvio di un trattamento appropriato comporta inoltre importanti implicazioni economiche, in quanto pazienti che avrebbero potuto essere curati ambulatorialmente possono peggiorare, rendendo necessario un trasferimento a servizi specialistici ospedalieri sicuramente più costosi.

Va sempre ricordato che un intervento precoce si associa a un miglioramento dell'esito e che tutti gli interventi fatti hanno ricadute positive per il paziente e per la spesa sanitaria

Invio del paziente

L'invio del paziente può avvenire con:

- caratteristiche di urgenza: direttamente attraverso visita presso il PS della Pediatria. Per questi pazienti è prevista una valutazione comprensiva di esami di laboratorio di base su sangue ed urine ed ECG. Il paziente può essere ricoverato o dimesso con invio per *follow up* presso il CDA. In caso di comorbidità psichiatrica va richiesta una consulenza NPI/Psichiatrica.
- Senza caratteristiche di urgenza: attraverso invio al CDA dove è prevista una presa in carico multidiscipli-

nare con équipe formata da dietista, internista, pediatria, psichiatra, psicologo e infermiere.

- L'invio può avvenire inoltre in particolare nell'età pediatrica e adolescenziale attraverso contatto diretto tra pediatria/medico di famiglia e operatori della pediatria e del CDA su casi complessi.

La presa in carico deve avvenire in tempi il più possibile rapidi per evitare il rischio di cronicizzazione.

Il paziente ospedalizzato

Il reparto di Pediatria rappresenta un luogo "sicuro" con i suoi ritmi e un suo ordine in cui possono inserirsi variabili positive non prevedibili dal paziente. È infatti un luogo con opportunità di relazioni nuove, eterogenee, oggetto di investimento.

È inoltre un luogo che consente l'affermazione e il riconoscimento della malattia, il distacco dalla famiglia e dalle dinamiche familiari, una visione più oggettiva e distaccata dei conflitti.

Criteri per il Ricovero

- Quando esiste un problema di tipo medico
- Quando non c'è una risposta al trattamento domiciliare
- Quando c'è la necessità di sperimentare una condotta alimentare che a casa non si riesce a mantenere

Anoressia Nervosa

- Peso < al 75% del peso ideale o perdita progressiva di peso nonostante una gestione intensiva a domicilio
- Rifiuto di mangiare
- Massa grassa <10%ile
- FR <50 b/min di giorno e 45 di notte
- PAO; sistolica < 90 mmHg
- Cambiamento ortostatici di frequenza (20 b/min) o BM (10 mmHg)
- Aritmia
- Ipotermia

Bulimia Nervosa

- Sincope
- Potassio <3.2 mmol/L
- Cloro < 88 mmol/L
- Aritmia (incluso prolungamento tratto QTc)
- Ipotermia
- Rischio Suicidario
- Vomito Intrattabile
- Ematemesi
- Fallimento di rispondere al trattamento ambulatoriale

Nutrizione:

Intervento nutrizionale: è di competenza del servizio di nutrizione del centro e si articola nell'assistenza al pasto, nella preparazione condivisa del piano alimentare e in

tutti gli interventi informativi e di sostegno che ruotano intorno alla gestione del cibo nella quotidianità.

Il programma viene condiviso assieme ai medici del reparto con formazione nei DCA con l'obiettivo di garantire un apporto nutrizionale adeguato. L'obiettivo è di assicurare a distanza di 15 giorni dal ricovero un apporto di circa 2000 calorie per un adolescente di circa 40 kg.

La scelta degli alimenti avviene attraverso un menù previsto per i pazienti con DCA. Il piano alimentare viene rivisto ed eventualmente modificato settimanalmente sulla base dei progressi fatti dal paziente. In fase di dimissione viene concordato il piano con i genitori per la prosecuzione del lavoro a livello ambulatoriale.

Dove consumare i pasti principali: Il pranzo viene consumato presso il centro diurno dal lunedì al venerdì in presenza della dietista (pasto assistito).

La cena viene consumata in un'area dedicata della pediatria senza la presenza della dietista. L'obiettivo è di permettere all'adolescente ricoverato di sperimentare in autonomia quanto è riuscito a fare durante il pranzo.

I due pasti principali vengono integrati con colazione e due merende concordate con la dietista.

Durante il fine settimana i pasti vengono consumati con supervisione del personale infermieristico e medico del reparto.

Quando il paziente è in grado di farlo è possibile consumare qualche pasto/cena al di fuori dell'ospedale assieme ai familiari, personale della pediatria/CDA, altre pa-

zienti ricoverate. Questo rappresenta un modo di sperimentare l'alimentazione al di fuori del luogo di cura. L'obiettivo è di cercare il raggiungimento di un'alimentazione normale e autonoma per capacità di scelta e apporto calorico attraverso la responsabilizzazione e la fiducia.

Qualora non sia possibile per il paziente assumere l'apporto calorico previsto o quando il peso corporeo continui a diminuire/non aumentare le proposte per il paziente sono le seguenti:

- *Integrazione calorica con preparati ipercalorici per os.*

Non viene quasi mai proposta nella fase iniziale di ricovero perché usualmente rifiutata dalle pazienti. Viene meglio accettata quando il peso corporeo tende diminuire come alternativa al SNG o quando si concordi di aumentare gli apporti calorici (es. per frequente la scuola di provenienza ecc.). Vengono utilizzati integratori da 300 cl alla posologia di 1-3/die. Gli integratori vanno quando possibile consumati in presenza del personale infermieristico/CDA per evitare che vengano assunti solo in parte o gettati.

L'approccio del paziente all'integrazione calorica rappresenta un modo indiretto per comprendere in che fase di malattia ci si trova.

- *Integrazione calorica con SNG:*
 - Quasi mai all'inizio
 - Quando ci sono più possibilità che venga accettato (*il peso cala, non riesco proprio a mangiare, il vassoio mi crea un'ansia devastante*)
 - Un BMI molto basso non rappresenta un'indicazione assoluta

Sono possibili tre modalità di utilizzo del SNG: Infusione Continua, Notturna, Boli.

Infusione Continua

- In fase iniziale
- Usualmente viene interruzione per qualche ora durante la giornata
- Soluzioni da 1-1,5 cal/ml
- Aumento calorico graduale sulla base dell'obiettivo da raggiungere (800-2400 cal/die)
- Mediamente vengono somministrate 60 cal/ora (**1440 cal/die**)
- L'infusione continua spaventa relativamente
- Consente alla paziente di alimentarsi senza grandi difficoltà

Infusione notturna

- Fase successiva o come Svezamento dal SNG
- Consente una maggiore autonomia diurna
- Velocità infusione più elevata
- Può causare "Peso, mal di pancia" al mattino

- Meglio tollerata rispetto all'infusione continua

A Boli

- Integrazione calorica quando i pasti principali sono insufficienti
- Non sempre ben tollerata
- Velocità infusione più elevata
- Talvolta causa “Peso, mal di pancia” dopo il bolo
- Mentalmente Disturbante

Quando sospendere?

- Gradualmente
- Quando apporti calorici per os sono adeguati
- Quando il peso ha raggiunto il target concordato con la paziente

Integrazione calorica con parenterale via ev:

- Impossibilità a usare nutrizione enterale (GE, S Mesenterica superiore etc)
- Soluzione Periferica se breve durata
- Soluzione Centrale se lunga durata
- Complicanze e rischi elevati (IpoP, IpoK, IperAST/ALT, Infezioni CVO, manipolazione e rimozione autonoma da parte della paziente)

La letteratura aggiornata disponibile non è in grado sostenere la superiorità di metodo di utilizzo del SNG rispetto a un altro e nemmeno quale deve essere l'apporto ca-

lorico ottimale. L'obiettivo di questo programma nutrizionale è quello di favorire un aumento di peso graduale ma duraturo dove è la paziente che deve farsi carico responsabilmente del programma con la condivisione dell'équipe CDA/Pediatria.

Viene invece sconsigliato l'utilizzo della nutrizione parenterale per il rischio di complicanze.

Attività previste:

Scuola in pediatria (SIO): è a tutti gli effetti una scuola pubblica, sede distaccata dell'Istituto Comprensivo Pordenone sud. LA SIO prevede un'organizzazione specifica per ciascun paziente con il reperimento di un team di insegnanti coerente con quello della scuola di origine. Gli insegnanti possono essere reperiti tra quelli comandati in ospedale (18 ore), tra quelli che vengono in forma volontaria per mezzo dell'associazione La Biblioteca di Sara, o direttamente tramite un accordo con la scuola di origine. Oltre al coordinamento è prevista una formazione e supervisione degli insegnanti.

Attività di musico-terapia, che viene svolta individualmente e in gruppo con insegnante messa a disposizione dalla SIO.

Attività di arte terapia: viene svolta in gruppo. Sono disponibili due insegnanti. Una messa a disposizione da SIO e una da ADAO.

Altro: terapie occupazionali (es. ortoterapia), *pet therapy*, vengono offerte in modo discontinuativo. Programmi occupazionali quali la frequenza di laboratori o

anatomia patologica vengono costruiti sulla base degli interessi della singola paziente. Molte pazienti riportano il desiderio di intraprendere alla fine delle scuole superiori professioni sanitarie.

Follow up medico infermieristico:

Le pazienti vengono valutate giornalmente dall'équipe medica e infermieristica: l'approccio è di tipo olistico e tiene in considerazioni non solo gli aspetti organici ma anche quelli spirituali, emotivi e mentali delle pazienti. Giornalmente vengono valutati assieme alle pazienti gli apporti nutrizionali e i progressi fatti.

Il peso viene rilevato una volta alla settimana in giorni diversi.

Il protocollo di ingresso prevede l'esecuzione di:

- ECG
- Esami di laboratorio: emocromo, elettroliti, emogasanalisi, glicemia, ferro, ferritina, transferrina, calcio, fosforo, urea, creatinina, AST, ALT, profilo proteico. antiTTG, folati, vitamine D e B12, esame urine, TSH, T3, T4, colesterolo. Altri esami potranno essere inseriti sulla base delle condizioni cliniche
- Esami strumentali: eco addome, ecocardiogramma, densitometria ossea, gastroscopia, EMG, vengono effettuati sulla base delle condizioni cliniche e della storia della paziente

Follow up psicologico/neuropsichiatrico (Centro Diurno e NPI):

Quando la paziente risulta affetta da un disturbo del comportamento alimentare prevalente il protocollo prevede che la paziente venga presa in carico dall'équipe del CDA formata da una psichiatra, due psicologi e da una dietista. Questa attività viene presso il centro diurno situato sullo stesso piano della pediatria. La figura dello psicologo è presente durante tutti i giorni feriali. La psichiatra un giorno/settimana. L'attività del centro diurno è prevalentemente riabilitativa, sul piano psico-sociale e nutrizionale. L'intervento psicologico si articola in sostegno psicologico e terapia motivazionale a supporto dell'attività di riabilitazione nutrizionale. Nel momento in cui si creano le condizioni adatte viene iniziato un percorso psicoterapico, nella forma della CBT o della Terapia Interpersonale.

In presenza di situazioni traumatiche pregresse viene utilizzata la *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). È in fase di inserimento sperimentalmente la *Cognitive Remediation Therapy* (CRT), finalizzata a migliorare la flessibilità mentale, particolarmente utile nelle situazioni residenziali. L'intervento sul piano psicologico è individuale in quanto si valuta prioritario garantire alla persona uno spazio di elaborazione delle diverse esperienze previste all'interno del programma.

Oltre all'intervento psicologico rivolto alle pazienti ricoverate viene garantito il supporto ai genitori sia attra-

verso colloqui programmati o su richiesta, sia con l'intervento psicoeducativo per i familiari. Con la collaborazione di ADAO Friuli i familiari possono accedere a gruppi di auto mutuo aiuto gestiti dall'associazione.

Una valutazione o una presa in carico NPI viene richiesta

- Se nel percorso assistenziale si ravvisa la presenza di una patologia di tipo neuropsichiatrico complessa dove il disturbo alimentare rappresenta una delle possibili manifestazioni
- Usualmente nelle pazienti di età inferiore <14 aa
- In tutte le condizioni in cui si ravveda la necessità di una consulenza

È prevista una riunione ogni due settimane tra équipe CDA e NPI per la discussione dei pazienti seguiti assieme o singolarmente dalle due équipe.

Reinserimento scolastico, sociale e familiare:

I disturbi del comportamento alimentare si associano spesso a fobia e ritiro sociale. Il programma di intervento prevede di superare queste manifestazioni di malattia utilizzando l'ospedale come luogo di incontro, aperto alle famiglie, agli amici, a volontari e tirocinanti che in modo diverso possono interagire con la paziente ricoverata.

Il programma prevede inoltre di favorire le uscite dall'ospedale con modalità diverse e integrate fra loro:

- Uscite con il personale del reparto e del CDA per visita a maneggi, aziende agricole, luoghi pubblici dove poter anche mangiare assieme.
- Rientro a casa nel fine settimana per verificare i progressi ottenuti durante il ricovero. La dimissione non avviene mai bruscamente ma attraverso un percorso di reinserimento graduale.
- Frequenza presso la scuola di provenienza. Questo rappresenta il più importante strumento riabilitativo a nostra disposizione ma richiede però il raggiungimento di una sufficiente autonomia alimentare. Si tratta di pazienti con un outcome usualmente positivo. La scuola a seconda dell'età e della distanza della sede può essere raggiunta in autonomia o con il trasporto garantito dalla famiglia. La durata della frequenza giornaliera viene concordata di responsabili della scuola in pediatria e dai responsabili del CDA con gli insegnanti della scuola di provenienza. Ogni paziente in sintesi ha un programma scolastico individualizzato.
- Uscite con la famiglia per passeggiate o per consumare un pasto.
- Uscite con le tirocinanti del reparto o in piccoli gruppi quando le condizioni psicofisiche lo permettono per una semplice passeggiata o per ritrovare la capacità di consumare un pasto o una merenda senza condizionamenti. Questo tipo di intervento ha un potente significato riabilitativo per il raggiungimento dell'autonomia alimentare.

- Le uscite sono concordate con le famiglie all'inizio e durante il ricovero.

Dimissione:

avviene con gradualità dopo aver sperimentato tempi sufficientemente lunghi a casa durante la degenza. Dopo la dimissione Il paziente può essere inserito in *follow up* ambulatoriale o inserito al centro diurno. Per pazienti provenienti da aziende sanitarie diverse da ASFO è prevista la presa in carico da parte dell'équipe inviante.

RECORD # _____

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



2 to 20 years: Boys
Body mass index-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

[illegible]

Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

BIBLIOGRAFIA

- 1) Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. *Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Am J Med 2016; 129:30.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. *Eating Disorders : Recognition and Treatment*. NICE Guideline 69. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69> (Accessed on February 08, 2019).
- 3) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- 4) Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M. *Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports*. Nutrition 2010; 26:156.
- 5) Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, et al. *Medical findings in outpatients with anorexia nervosa*. Arch Intern Med 2005; 165:561.
- 6) Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. *Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review*. Int J Eat Disord 2016; 49:238.
- 7) Koutsavlis A, Forzley EM, Johnson M, et al. *Practical methods for refeeding patients with anorexia nervosa*. Integr Food Nutr Metab 2017; 4.
- 8) Johnson GL, Humphries LL, Shirley PB, et al. *Mitral valve prolapse in patients with anorexia nervosa and bulimia*. Arch Intern Med 1986; 146:1525.
- 9) Casiero D, Frishman WH. *Cardiovascular complications of eating disorders*. Cardiol Rev 2006; 14:227.
- 10) Vyver E, Steinegger C, Katzman DK. *Eating disorders and menstrual dysfunction in adolescents*. Ann N Y Acad Sci 2008; 1135:253.
- 11) Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. *Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa?* Behav Res Ther 2008; 46:1290.
- 12) Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, et al. *Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa*. Obstet Gynecol 2010; 116:1136.
- 13) Norris ML, Harrison ME, Isserlin L, et al. *Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review*. Int J Eat Disord 2016; 49:216.

- 14) Denholm M, Jankowski J. *Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa--a review of the literature*. Dis Esophagus 2011; 24:79.
- 15) Holmes SR, Sabel AL, Gaudiani JL, et al. *Prevalence and management of oropharyngeal dysphagia in patients with severe anorexia nervosa: A large retrospective review*. Int J Eat Disord 2016; 49:159.
- 16) Watters A, Gibson D, Dee E, et al. *Superior mesenteric artery syndrome in severe anorexia nervosa: A case series*. Clin Case Rep 2020; 8:185.
- 17) Birmingham CL, Tan AO. *Respiratory muscle weakness and anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2003; 33:230.
- 18) Gardini Gardenghi G, Boni E, Todisco P, et al. *Respiratory function in patients with stable anorexia nervosa*. Chest 2009; 136:1356.
- 19) Holmes SR, Gudridge TA, Gaudiani JL, Mehler PS. *Dysphagia in severe anorexia nervosa and potential therapeutic intervention: a case series*. Ann Otol Rhinol Laryngol 2012; 121:449.
- 20) Hütter G, Ganepola S, Hofmann WK. *The hematology of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2009; 42:293.
- 21) Sabel AL, Gaudiani JL, Statland B, Mehler PS. *Hematological abnormalities in severe anorexia nervosa*. Ann Hematol 2013; 92:605.
- 22) King JA, Frank GKW, Thompson PM, Ehrlich S. *Structural Neuroimaging of Anorexia Nervosa: Future Directions in the Quest for Mechanisms Underlying Dynamic Alterations*. Biol Psychiatry 2018; 83:224.
- 23) Gaudiani JL, Braverman JM, Mascolo M, Mehler PS. *Ophthalmic changes in severe anorexia nervosa: a case series*. Int J Eat Disord 2012; 45:719.
- 24) Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. *Taste sensitivity in anorexia nervosa: A systematic review*. Int J Eat Disord 2018; 51:771.
- 25) Strumia R. *Dermatologic signs in patients with eating disorders*. Am J Clin Dermatol 2005; 6:165.
- 26) Tyler I, Wiseman MC, Crawford RI, Birmingham CL. *Cutaneous manifestations of eating disorders*. J Cutan Med Surg 2002; 6:345.

CAPITOLO 5

La difficoltà di chiedere aiuto e di accettare la cura

di Viviana Fasciano

“Se riuscissi a dimagrire, potrei affrontare ogni cosa”, “se fossi magra, le persone mi apprezzerrebbero”. Queste frasi le abbiamo sentite tutti almeno una volta, lette in qualche libro, ascoltate in trasmissioni televisive o più semplicemente dalla parrucchiera. Apparentemente banali, queste affermazioni sottintendono credenze piuttosto comuni che tutti noi abbiamo interiorizzato senza rendercene conto. Da dove vengono? In gran parte dai messaggi che media e *social network* veicolano continuamente: immagini di donne (ma anche uomini) dai corpi perfetti e irreali. Decisamente irreali in quanto regolarmente modificati con *Photoshop*. Questo bombardamento crea nuovi ideali di bellezza che le persone, specialmente giovani e giovanissimi, finiscono per dare per scontati. In realtà le categorie estetiche sono estremamente variabili e cambiano nel tempo. Qualche anno fa è stato girato un film su Marilyn Monroe e l’attrice scelta, peraltro molto somigliante, pesava dieci chili in meno perché i 64 kg dell’originale non erano assolutamente proponibili. In altri termini, oggi giorno Marilyn non se la filerebbe nessuno.

La proposizione di corpi molto diversi da quelli reali crea disagio e accresce la sensazione di non essere

all'altezza, di dover per forza cambiare qualcosa di sé, di essere troppo "in carne". Quanto possono essere pericolosi tali messaggi? Tanto, troppo, soprattutto in quelle fasi della vita in cui si sta costruendo la propria identità e si è insicuri. In particolare nell'adolescenza.

Quando questi ideali regolatori inconsapevolmente vengono fatti propri ci si sente inadeguati, diversi, ci si vergogna. L'ideale estetico diventa un valore morale. In questo frangente può accadere che il controllo sul corpo e sul cibo assuma il valore di un riscatto personale.

Si inizia così a cercare di perdere peso, a ridurre le porzioni e eliminare alimenti, nascondere il cibo, attuare condotte compensatorie, praticare molto sport o vomitare. Cose non facili, ma quando i risultati desiderati iniziano ad arrivare ci si sente forti, capaci, spesso moralmente superiori.

Proviamo a immaginare una ragazzina, chiamiamola Elisa, che per migliorarsi inizi a comportarsi in questo modo. Arrivano i primi apprezzamenti: "Sei dimagrita", "Stai proprio bene così"! Queste parole sono estremamente seducenti, alimentano le speranze di raggiungere gli obiettivi tanto desiderati. I tempi delle prese in giro per l'aspetto fisico e la sensazione di inadeguatezza sembrano ormai lontani. Magari qualche compagna smorfiosetta viene a chiedere consigli sulla dieta, sai che soddisfazione! In questo momento Elisa si sente più forte che mai, ha il controllo, può prendere le redini della sua vita e può tenere a bada tutte le sue insicurezze e difficoltà. Ma iniziano anche le paure. Si instaurano pensieri fissi che di-

ventano ossessivi: cibo e dimagrire. La sensazione di sentirsi vuota la fa stare bene, a volte inizia a digiunare, prova un benessere diffuso, si sente lucida e euforica.

Queste sensazioni sono le conseguenze immediate della malnutrizione, indotte da una produzione di endorfine che avviene regolarmente quando l'organismo è sotto stress. Endorfina significa morfina prodotta da dentro, ci serve per tollerare la fatica e ci dà una sensazione di benessere, ma quando facciamo qualcosa che ci porta a una iperproduzione crea una dipendenza. Succede anche con l'attività fisica, si chiama sindrome dell'atleta.

Ormai Elisa in questa condizione si sente bene e il disturbo del comportamento alimentare esordiente inizia sempre più a far parte di lei. Lo percepisce come un aspetto percepito come positivo della sua identità, uno strumento per poter affrontare le difficoltà in tutti gli ambiti, personali, relazionali, sociali.

Gli psicologi parlano della natura egosintonica dei disturbi del comportamento alimentare, nel senso che diventa un atteggiamento in sintonia con se stessi. Chi ne è afflitto ha molte difficoltà nel separarsi da tutto ciò. Il disturbo è diventato una parte di sé e curarsi significherebbe non solo perdere la propria identità ma proprio quella parte che finalmente le ha dato delle risposte. Elisa si opporrà a chiunque voglia intromettersi sul suo cammino. Dopo tutta la fatica che ha fatto! Riprendere a mangiare vorrebbe dire riguadagnare tutto il peso in un battibaleno e vedersi enorme in un modo intollerabile.

In questa fase, i familiari e le persone che le stanno accanto iniziano a preoccuparsi e a dirle che sta esagerando, che non può continuare così. Elisa si sente ferita, contrastata, non capita e così iniziano a insorgere le prime incomprensioni in famiglia e nell'ambiente in cui vive. Evidentemente ai genitori e agli amici interessa solo che sia grassa non che si senta bene. Come fanno a essere così ciechi e sordi da non capirlo!

La reazione solitamente è quella di esasperare il controllo, Elisa si sente di dover resistere e cercare di perdere ancora peso perché quegli altri faranno di tutto per farglielo prendere. Sembra finito il periodo degli apprezzamenti, adesso è rimasta sola contro tutti e l'unica a capirla è quella voce che si fa sempre più insistente nella sua testa, che le dice che è la sua unica amica e di lei sola può fidarsi, ma anche la tormenta con sensi di colpa laceranti se si lascia andare a qualche sgarro.

Quasi tutte le persone che soffrono di disturbi alimentari, femmine o maschi, riferiscono questa voce. Non è propriamente un evento allucinatorio come nella schizofrenia ma un pensiero ossessivo che con l'andare del tempo viene percepito come autonomo. Può capitare che Elisa sia stanca di questa guerra ma è presa tra due fuochi, da un lato i familiari dall'altro la voce. La voce è la più temibile, non ti lascia mai sola.

Alle volte la voce dice il contrario, le ordina di mangiare e poi magari di vomitare. Una paziente mi diceva che aveva due voci, una diceva di restringere e l'altra di abbuffarsi, con lei in mezzo piena di angoscia.

Elisa combatte strenuamente per difendere la propria identità e la propria integrità arrivando anche a confondere il proprio benessere con il mantenimento dei comportamenti disadattivi. Continua anche quando ha perso tutto, quando sta male, quando non riesce a continuare la scuola e le attività che prima la appassionavano, quando rimane sola con la sua malattia. Continua come il soldato giapponese abbandonato in un'isola del Pacifico cui nessuno ha detto che la guerra è finita.

In questo momento la prospettiva di cambiare, di curarsi ed entrare in terapia, risulta essere impensabile, l'unica cosa rimasta è la malattia, oltre c'è solamente il vuoto. Eppure in questa fase è necessario intervenire, da parte della famiglia e dei professionisti, al fine di non far stabilizzare il disturbo e prevenire l'aumento delle conseguenze negative.

La natura egosintonica dei disturbi del comportamento alimentare fa sì che una persona non ricerchi aiuto. Solitamente a chiedere aiuto solitamente sono i familiari o le persone più vicine. Raramente i pazienti si rivolgono autonomamente ai servizi. Inoltre la natura del disturbo rende particolarmente difficile l'adesione del paziente alla terapia, per i timori di cui parlavamo, o conduce all'abbandono precoce.

Familiari e operatori devono sapere che la prima battaglia si gioca sul fronte della motivazione. È importante che chi viene in aiuto del paziente riconosca la positività del suo sforzo di migliorarsi, mostrando che è la modalità ricercata per la soluzione del problema a essere inad-

guata e inefficace e non lei stessa. È fondamentale far comprendere alla persona che la si accetta in quanto tale anche quando si devono mettere in discussione i suoi assunti e le sue certezze, in particolare quelli della magrezza e del controllo. L'intervento psicologico in questa fase precoce deve aiutare il giovane a riconoscere il capovolgimento che si è verificato nel suo sistema di valori: amicizie, scuola, rapporti affettivi sono passati in secondo piano rispetto alla lotta che conduce contro i suoi istinti naturali per perdere peso. Non era così all'inizio. L'obiettivo era quello di perdere peso per sentirsi più sicuri con gli altri. Ora gli altri dove sono? Bisogna aiutare a comprendere quanta fatica e impegno sono impiegati nella lotta con il cibo e a quale prezzo. È necessario far emergere il fatto che i pensieri sono sempre e solo orientati al cibo e al peso in una sorta di continuo rimuginio che non lascia spazio mentale per altro.

Per i familiari è importante comprendere la complessità di questo momento e rifuggire dalla tendenza a semplificare e ridurre tutto a un capriccio che si risolve magari facendo la voce grossa. Nello stesso tempo è cruciale non capire troppo, come succede quando il genitore è preoccupato che la figlia sia troppo angosciata dalle procedure terapeutiche. Si potrebbe dire che bisogna essere vicini ma non appiccicati. Sulla creazione di questa distanza si gioca tutto. Elisa deve cominciare a pensare che le persone intorno le sono vicine ma le chiedono dei cambiamenti che, anche se sono ragionevoli, non sono sempre facili.

Va ricordato che è fondamentale riconoscere gli sforzi anche quando sono minimi, perché per chi è malato sono enormi.

La creazione di una motivazione alla cura ha un importante aspetto relazionale. Devo trovare una persona di cui mi fido per azzardarmi a rischiare qualcosa. Per questo le équipes sono fatte di tante persone, tra tutte una con cui creare una sintonia la troverò.

Se nella prima fase della malattia le difficoltà ad accettare il trattamento erano dovute alla convinzione che il proprio comportamento fosse corretto, in una fase più avanzata la difficoltà principale è costituita dalla virulenza dei sintomi. Ci sono pensieri ossessivi che conducono a comportamenti obbligati. Il pensiero diventa concreto, legato alle piccole contingenze quotidiane, incapace di costruire ipotesi o progetti per il futuro. Qui si apre il grande spazio della psicoterapia, la riconquista del futuro.

La gravità della chiusura sul futuro, parallelamente a quella dei danni a livello psicofisico dipende dalla durata della patologia. Anno per anno i comportamenti disadattivi si stabilizzano, provocano maggiori complicanze e diventa sempre più difficile immaginare una vita diversa, anche nella sfera degli affetti. Risulta più arduo ricercare un cambiamento ed essere motivati nell'attuarlo. Nonostante le difficoltà insite nel chiedere aiuto e accettare la cura è possibile ottenere una remissione anche dopo diversi anni di patologia.

Per questo è fondamentale intervenire il più tempestivamente possibile per rendere il percorso di cura meno

difficoltoso, ma è importante anche non perdere mai la fiducia e continuare a lottare. Un ruolo cruciale è ricoperto dai terapeuti ma il carico più rilevante è viene portato dai familiari che in tutte le difficoltà sosterranno il loro caro e gli resteranno accanto. Non verrà mai sottolineato abbastanza quanto sia importante che chi soffre possa percepire i curanti e i familiari uniti nella volontà collaborare per liberarlo dalle catene che lo affliggono.

CAPITOLO 6

Le cure

Negli ultimi anni la disponibilità di trattamenti specialistici per i disturbi del comportamento alimentare è aumentata e la sfida attuale è quella di individuare percorsi sempre più specifici e rispondenti alle caratteristiche della singola persona. Per un programma di cura personalizzato non si può prescindere da una accurata valutazione che miri ad individuare la sofferenza connessa alla sintomatologia manifestata, le condizioni fisiche generali, la compresenza di altra malattia psichiatrica, le condizioni psicologiche sottostanti e le conflittualità irrisolte sia nello sviluppo individuale che nell'ambito sociale.

Spesso nelle situazioni meno problematiche e di gravità contenuta le terapie ambulatoriali, soprattutto quelle psicologiche integrate da un accurato monitoraggio medico, sono in grado di risolvere le difficoltà delle giovani ragazze. Nei casi più complessi e gravi sono invece indispensabili trattamenti integrati che coinvolgono diversi specialisti.

L'elenco dei trattamenti possibili è molto lungo e va da semplici interventi informativi e motivazionali a forme diverse di psicoterapia fino a modalità differenti di ricovero.

La scelta del percorso più adatto per una persona è frutto di una attenta valutazione centrata su alcuni snodi decisionali.

La collaborazione è sufficiente?

Chi soffre di disturbi del comportamento alimentare raramente si rivolge spontaneamente ad un centro e spesso non ha le idee chiare e neppure una salda determinazione ad affrontare i propri problemi. Come abbiamo già visto sono presenti abitualmente ambivalenze e carenza di motivazione a cambiare le cose. L'operatore deve considerare questo atteggiamento come una parte del problema complessivo, sarebbe un grave errore pensare "se non è motivata non posso curarla", nello stesso modo in cui non potremmo dire a un paziente depresso di tornare quando sarà in grado di fare un colloquio senza piangere. Motivare alla cura è spesso il primo gradino della terapia.

Allo scopo di migliorare la motivazione e la collaborazione possono essere utili interventi informativi e motivazionali.

Gli interventi informativi hanno lo scopo di rendere la persona più consapevole delle caratteristiche del suo problema. Spesso chi soffre di questi disturbi ritiene di averne una buona conoscenza, probabilmente derivata da navigazioni su internet. Il problema è che questa ricerca di informazioni di solito è guidata dal bisogno di trovare conferme al proprio modo di vedere le cose e viene operata attraverso una selezione, spesso involontaria, talvolta inconsapevole volta a evitare tutto ciò che potrebbe creare dubbi rispetto alla propria condotta. Spesso le fonti sono apertamente tendenziose, come i siti pro-anorexia, e hanno la finalità di creare una affiliazione, al-

tre volte sono più mascherate, come molti sedicenti siti pro-recovery, e creano ancora più confusione. Di fatto le informazioni che le pazienti raccolgono vanno a sostenere alcuni assunti apparentemente paradossali che tuttavia assumono lo status di credenze che diventano elementi regolatori della propria vita. Alcuni esempi sono: “il corpo può essere modificato se hai forza di volontà”, “basta perdere peso e tutto si metterà a posto”, “non è necessario pensare che il corpo ha una sua biologia che funziona secondo leggi precise”. Ciò che colpisce di queste affermazioni è il fatto che probabilmente verrebbero sottoscritte da molte persone che non hanno disturbi dell'alimentazione. Nella realtà ciò che avviene nel nostro organismo dipende in gran parte dalla sua fisiologia e in particolare dalle difese contro la malnutrizione che si sono strutturate nel corso dell'evoluzione della specie umana (vedi per esempio i sintomi da digiuno). Le informazioni che vengono fornite hanno lo scopo di mettere la sintomatologia in relazione alla condotta della persona sofferente per metterla in grado di riconoscere i propri comportamenti disturbati e di individuare una strada realistica per affrontare il problema.

Accanto a una corretta informazione sono necessari **interventi sulla motivazione** finalizzati ad accrescere la determinazione della persona a impegnarsi nella cura e a perseguire un cambiamento. Possiamo definire la motivazione come un importante motore che ci porta a desiderare e a ricercare un cambiamento. Non sempre il fatto di essere in una condizione di sofferenza si accompagna alla

determinazione di voler cambiare. Talvolta tutti noi induiamo in comportamenti che sappiamo nocivi pensando che prima o poi cambieremo, ma senza prendere realmente provvedimenti. Se pensiamo ai disturbi alimentari la situazione risulta anche maggiormente complessa, in ragione dell'intensa paura di aumentare di peso. La paura che il cambiamento possa in qualche modo compromettere il pur precario equilibrio raggiunto porta la ragazza malata ad accrescere la sua resistenza alla cura offerta anche quando la percepisce potenzialmente utile.

È necessario aiutare chi chiede aiuto a formulare dei chiari obiettivi di miglioramento che possano giustificare l'impegno richiesto e rappresentino dei punti di riferimento nelle situazioni di difficoltà; questi approcci vengono sempre proposti nei centri specialistici e sono tuttora oggetto di studi scientifici per essere migliorati.

Quando va bene la terapia ambulatoriale?

Diversi sono i livelli di trattamento proponibili, come evidenziato nella prossima tabella. La scelta del protocollo di cura da seguire dipende dalla valutazione globale del caso, della comprensione delle sue aree problematiche. Questa scelta pone grandi difficoltà ai curanti poiché, se statisticamente sappiamo che alcuni trattamenti funzionano, non è altrettanto facile stabilire quale sia il trattamento più idoneo per il singolo caso.

La terapia ambulatoriale, nella sua dimensione multidisciplinare, rappresenta di norma il percorso scelto in prima battuta, ove non sussistano indicazioni alternative

motivate dalle condizioni della paziente e dal decorso della malattia. Il team ambulatoriale comprende più figure professionali quali la dietista, il medico, lo psicologo, lo psichiatra, l'educatore, l'infermiere e altre. All'interno di questo team vi sarà un referente del caso che coordinerà gli interventi e fungerà da riferimento per paziente e famiglia. Sarebbe comunque un errore pensare che la somma di più interventi significhi di per sé maggiore efficacia. Il valore aggiunto è dato dal fatto che i diversi professionisti si integrano tra loro e considerano il proprio intervento un pezzo del lavoro complessivo per raggiungere la finalità della cura.

È sempre preferibile che la cura venga condotta senza modificare le condizioni di vita del paziente. La scelta del trattamento ambulatoriale è quella meno invasiva da questo punto di vista. Ciò è particolarmente importante per persone giovani che frequentano la scuola o lavorano e che continuano ad avere una vita sociale. La condizione per poter realizzare una cura in ambiente ambulatoriale dipende dall'autonomia del paziente nel seguire i programmi di cura e dalla capacità di collaborare. Ci sono alcuni aspetti da analizzare per prendere una decisione corretta relativa alla sede del trattamento.

	Assistenza necessaria	Motivazione	Condizioni cliniche	Condizione di stallo	Famiglia
Ambulatorio	bassa	Buona	accettabili	Assente	Collabora
Ricovero medico (Ospedale)	alta	Bassa	critiche	Presente	Indifferente
Ricovero riabilitativo (strutture residenziali o semiresidenziali)	alta	Bassa/buona	accettabili	Presente	indifferente

Condizioni per il trattamento ambulatoriale e il ricovero

Se si realizza una buona condivisione sul programma di cura tra team terapeutico e paziente e questi mostra sufficiente motivazione e capacità di autogestione nel portare avanti quanto concordato l'assetto ambulatoriale sarà la scelta migliore. Gli incontri settimanali (o quindicinali) costituiranno dei momenti di cura e di verifica durante i quali calibrare il programma e trovare soluzioni alle difficoltà. Non di rado queste condizioni si verificano e si può giungere ad una risoluzione del problema senza interventi di maggiore complessità.

Il buon andamento del trattamento ambulatoriale va puntualmente verificato in base a indicatori di controllo degli obiettivi stabiliti. Questi comprendono il benessere personale percepito dal paziente, la stabilizzazione dell'umore, dati oggettivi di mutamento del comportamento alimentare, recupero del peso, regolarizzazione dell'alimentazione, ripresa del ciclo mestruale, riduzione

dei pensieri ossessivi, riduzione della frequenza delle abbuffate, delle crisi di vomito e dell'iperattività.

Quando questo non si verifica si ha un segnale di malfunzionamento della terapia ambulatoriale che va tenuto seriamente in considerazione. Un trattamento che non dà risultati ma protrae semplicemente il disturbo nel tempo non è solo inutile ma diventa un fattore iatrogeno, perché si trasforma in agente di cronicizzazione del disturbo. È ragionevole pensare che ci voglia tempo per innescare un cambiamento, ma se dopo un periodo (che può durare due mesi o più) tutto si presenta immutato deve squillare un campanello d'allarme. Se poi il problema è costituito da una perdita di peso che non si arresta o da altri comportamenti pericolosi e problematici (controllo dell'assunzione di liquidi, forte coazione al movimento, ipercontrollo sulla famiglia) il limite di tolleranza va ridotto a poche settimane o a pochi giorni.

È auspicabile che l'équipe o il professionista, sin dalla presa in carico della paziente, elabori un progetto di cura in cui siano stati identificati e condivisi gli obiettivi e il tempo entro cui ci si aspetta di conseguirli. Per la paura di cambiare può accadere che la paziente, alternando risultati positivi e negativi, finisca per protrarre nel tempo una condizione sempre uguale a se stessa. Chiamiamo questa situazione uno stato di stallo terapeutico in cui, analogamente a quanto accade nel gioco degli scacchi, non è più possibile nessuna evoluzione. È una condizione pericolosa, caratterizzata da un senso di impotenza nei terapeuti e nella famiglia, che può portare a cronicizzare il disturbo.

In queste situazioni l'opzione del ricovero va attentamente considerata.

Quando è necessario un ricovero?

Un fallimento nel trattamento ambulatoriale rappresenta un'indicazione al ricovero. La comprensione delle ragioni dell'insuccesso è spesso un elemento di crescita nella gestione del caso e fornisce indicazioni per le strategie successive. Molte volte il motivo dell'insuccesso del trattamento ambulatoriale sta in una carente motivazione al cambiamento; in questi casi ci si deve sempre chiedere se le modalità di lavoro sulla motivazione e l'intensità stessa del trattamento siano state adeguate. Una delle affermazioni tipiche delle ragazze che soffrono di disturbi alimentari è che finché si trovano in ambulatorio le idee sono chiarissime, ma nel momento in cui escono fuori i pensieri si confondono e i propositi di cambiamento svaniscono. È evidente che queste persone potranno avere un beneficio da un'assistenza multidisciplinare con caratteristiche di continuità e intensità proprie di una situazione di ricovero.

Altre volte l'ostacolo a una buona riuscita del trattamento ambulatoriale ha a che fare con le condizioni di vita nell'ambiente sociale della paziente. Abbiamo visto che i disturbi dell'alimentazione portano grande stress, incomprensioni e conflitti in famiglia. Non di rado i circoli viziosi che si creano portano a stati di tensione non compatibili con l'adeguato svolgimento della terapia. Può accadere anche che per motivi logistici, quali il lavoro di en-

trambi i genitori o la mancanza di uno di essi o comunque la carenza di sostegni adeguati, non ci siano nell'ambiente di casa le condizioni di sostegno, supporto e sorveglianza minime necessarie in questi casi.

Infine, come già visto in precedenza, esistono una serie di condizioni di emergenza di tipo medico-internistico e psichiatrico che non permettono la permanenza del paziente tra le mura domestiche, per le esigenze di controllo e monitoraggio che solo una struttura adeguatamente attrezzata può offrire.

Un elenco delle condizioni che richiedono il ricovero:

- Malnutrizione grave definita come BMI inferiore a 15 o un peso corporeo < al 75% del peso minimo di riferimento (va anche considerata l'età della ragazza poiché i valori sono ancora più contenuti nella prima adolescenza);
- Dimagrimento rapido (5-6 kg o più al mese per due mesi);
- Grave destrutturazione del comportamento alimentare (numerosi crisi giornaliere di abbuffata e vomito, ingestione di grandi quantità di liquidi);
- Disordini gravi dell'equilibrio idro-salino (vedi capitolo primo);
- Malattia infettiva connessa con malnutrizione;
- Disturbi gastroenterici importanti (vomito continuo, disturbi dell'alvo, sindrome dispeptica importante);
- Alterazioni gravi rilevate attraverso gli esami del sangue, come per esempio una grave anemia;

- Emergenza psichiatrica per grave depressione, tentativi di suicidio, comportamenti autolesivi;
- Elevata conflittualità dell'ambiente socio-familiare;
- Isolamento sociale grave;
- Inefficacia protratta di precedenti trattamenti ambulatoriali e difficoltà ad instaurare una relazione terapeutica accettabile;
- Inadeguata consapevolezza della propria condizione e mancanza di motivazione alla cura.

L'ospedalizzazione può avvenire in luoghi diversi, dal reparto di Medicina nell'Ospedale Generale, al reparto di Psichiatria, alla Pediatria, alla Clinica Specializzata per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Ognuna di queste soluzioni ha vantaggi e svantaggi e la scelta va fatta sulla base delle necessità della persona sofferente.

Per svariate ragioni è sempre consigliabile che il ricovero, quando serve, venga comunque programmato da un centro ambulatoriale territoriale, dove sia stata fatta una valutazione accurata dei bisogni di cura. In particolare è necessario che ogni intervento terapeutico, compreso il ricovero, venga inserito in un progetto di cura che va condiviso con la paziente, la famiglia e le altre figure di riferimento. Per quanto possa essere ampio il programma di cura in regime di ricovero è raramente sufficiente a garantire una risoluzione del problema. Il ricovero va sempre considerato come un intervento temporaneo, una stazione del percorso, che deve prevedere il ritorno al

proprio contesto socio-familiare e al terapeuta referente per il proseguimento della cura.

Il ricovero è dunque un passo, una fase spesso necessaria, nel percorso di cura che la persona sofferente deve affrontare. Dal buon esito di un ricovero ci si può attendere un recupero del peso, una regolarizzazione dell'alimentazione, la scomparsa di sintomi quali abbuffate, comportamenti purgativi, iperattività, oltre a mutamenti di fondo come le migliorate capacità relazionali, una maggior comprensione e consapevolezza del proprio problema e lo sviluppo di una motivazione sufficiente ad affrontarlo. Il paziente una volta dimesso con significativi miglioramenti dovrà proseguire le cure ambulatoriali che a volte possono durare anni.

Il ricovero è indicato soprattutto nella anoressia nervosa mentre sono minori le indicazioni nella bulimia nervosa. Il ricovero può essere motivato dalla criticità delle condizioni cliniche della paziente e in questi casi può rendersi necessario il ricorso alla nutrizione artificiale per ottenere un ripristino delle funzioni gastro-intestinali e un recupero del peso, se la paziente non riesce ad accettare un'alimentazione per via naturale. Spesso capita che la ragazza, nonostante la sua paura di aumentare di peso, si renda ben conto di essere in un vicolo cieco e sia disposta ad accettare che altri si assumano le responsabilità di decisioni che non lei riesce a prendere. L'alimentazione artificiale deve sempre prevedere l'assunzione di modeste quantità di cibo e va quanto prima sostituita da quella naturale, aiutando la paziente ad assumerne la gestione.

Se non sussistono condizioni di emergenza può essere attuato un ricovero di tipo riabilitativo mirato alla normalizzazione del comportamento alimentare, al recupero di un peso accettabile, al ripristino o all'acquisizione di abilità relazionali e sociali e ad affrontare i diversi aspetti psicologici compromessi dalla sindrome da digiuno. Questo tipo di ricovero richiede una sufficiente collaborazione da parte della paziente e prevede spesso tempi lunghi di degenza. La criticità è qui rappresentata dal distacco dell'adolescente dal suo ambiente di vita, dalla scuola e dai compagni, specie se viene effettuato in cliniche specializzate lontane dal proprio territorio. È auspicabile che i centri territoriali si dotino di strutture in grado di offrire in loco un trattamento riabilitativo, senza allontanare la persona dal suo ambiente di vita. Tuttavia è importante che quando necessaria la strada del ricovero venga intrapresa senza indugi, troppo spesso viene proposto tardivamente dopo anni di cure ambulatoriale inefficaci.

Nella bulimia nervosa il ricovero è meno indicato, come dicevamo. Chi soffre di bulimia presenta una maggiore richiesta spontanea di cure, anche se non è detto che ciò equivalga a migliore motivazione e disponibilità al cambiamento. La ricerca di aiuto è legata al disagio procurato dall'abbuffata e talvolta dal vomito, ma è spesso ambivalente. Capita che la motivazione reale sia quella di tornare allo stato precedente, quando si riusciva a perdere peso e non c'erano perdite di controllo con il cibo. In questo senso il motivo della richiesta di ricovero può essere quello di delegare ad altri il contenimento delle ab-

buffate, senza prendere sufficientemente in considerazione la necessità di trovare risposte alternative ed efficaci alle proprie difficoltà. Quando ci troviamo in questa situazione si assiste spesso a una rapida ricomparsa della sintomatologia al momento del ritorno a casa. È preferibile un approccio che lavori sulla capacità di autogestione piuttosto che sul contenimento coercitivo, per esempio attraverso un percorso in un centro diurno che permetta anche una sperimentazione a casa. Si tratta di un percorso che può favorire una maggiore responsabilizzazione, la verifica e la sperimentazione della motivazione, della disponibilità al cambiamento e delle capacità di autonomia.

Il ricovero resta valido in quelle situazioni di particolare difficoltà per la compresenza di un problema psichiatrico, per una grave destrutturazione del comportamento alimentare, per la presenza di comportamenti compulsivo-impulsivi pericolosi. Inoltre, in soggetti sofferenti di bulimia con una lunga durata di malattia alle spalle, il ricovero può essere utile per sperimentare che si può stare senza il sintomo. L'esperienza della normalizzazione dell'alimentazione, anche se in situazione protetta, consente di pensare che raggiungere l'obiettivo è possibile, rafforzando la motivazione alla cura. In ogni caso il ricovero è la tappa di un percorso il cui obiettivo è la capacità di mantenere e consolidare un comportamento sufficientemente adeguato nel proprio contesto sociale e familiare.

È necessario un trattamento farmacologico?

Secondo molti studi i farmaci non risultano essenziali nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. L'indicazione più precisa riguarda il trattamento delle compulsioni alimentari, in cui gli antidepressivi serotoninergici (SSRI) risultano efficaci nel ridurre la frequenza delle abbuffate, anche se l'effetto sembra avere una durata limitata nel tempo.

Le altre circostanze in cui c'è l'indicazione di una terapia farmacologica sono relative alla comorbidità, cioè alla compresenza di un altro disturbo psichiatrico accanto a quello dell'alimentazione. Anoressia, bulimia e disturbo da Binge Eating si presentano raramente in forma pura e potremmo dire che la comorbidità è più la regola che l'eccezione. I disturbi psichiatrici più comuni comprendono l'ansia patologica, il disturbo ossessivo, la depressione, fino ai disturbi di personalità e la psicosi. Come si diceva, sebbene le persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione possano sembrare omologate nei sintomi e nel modo di presentarsi, il quadro di personalità e i meccanismi psicologici sottostanti sono estremamente variegati. La terapia farmacologica in questi casi viene indirizzata a curare il disturbo in comorbidità.

La valutazione della comorbidità tuttavia non è sempre semplice in quanto lo stato di malnutrizione (vedi i sintomi da digiuno) può indurre una sintomatologia che in condizioni di normalità non sarebbe presente. La depressione, l'ansia, l'irritabilità, l'ossessività, l'insonnia e anche una perdita di contatto con la realtà possono essere la

conseguenza di un cervello malnutrito (ricordiamoci che il nostro cervello ha bisogno di 500 kcal al giorno) che non riesce a esercitare le sue funzioni. Bisogna dunque attendere che lo stato di nutrizione migliori per poter fare una diagnosi corretta. D'altra parte una carenza elevata di massa magra e di massa grassa rende dubbia l'efficacia di un farmaco e talvolta può renderne rischiosa l'assunzione. Possiamo concludere che il primo medicinale è il cibo, che può essere assunto per via naturale o, quando è necessario, attraverso modalità mediche (parenterale o sondino naso-gastrico).

Soprattutto per le persone giovani che non hanno mai assunto farmaci è bene considerare che esistono valide alternative in prodotti a base di sostanze naturali. Questi rimedi rientrano nella categoria degli integratori (non calorici) e possono avere una buona efficacia, anche se non paragonabile a quella dei farmaci di sintesi.

Una parte importante può essere giocata, nella fase riabilitativa, dagli integratori alimentari veri e propri, per supplementare la nutrizione nelle persone che non riescono a seguire il piano alimentare in maniera adeguata. L'atteggiamento nei confronti degli integratori è spesso variabile: in alcune persone suscitano un grande timore perché vengono percepite come alimento ipercalorico; altre finiscono per preferirli al cibo che rimane l'elemento fobico per eccellenza. In questo caso l'utilizzo degli integratori rischia di essere diseducativo in quanto mantiene un comportamento di evitamento nei confronti degli alimenti naturali. Pertanto è importante presentare

l'integratore come un intervento medico valido per un periodo e non come alternativa al cibo. Un discorso un po' diverso va fatto per le situazioni di cronicità dove l'integrazione diventa una necessità quotidiana.

Infine, può esserci un intervento farmacologico diretto a eventuali patologie mediche che si evidenzino all'interno del quadro patologico. Ricordiamo che, se l'esordio dei disturbi dell'alimentazione è sempre determinato da cause di ordine psicologico, man mano che il tempo passa il disturbo prende sempre più la forma di una malattia organica, dapprima in modo funzionale (quindi reversibile) ma che con il passare degli anni diventa sempre più strutturale. Un disturbo fisico per il quale spesso le pazienti chiedono aiuto, per esempio, è la stitichezza. I purganti sono una categoria di farmaci molto richiesta. Vanno usati con grande parsimonia. Non bisogna dimenticare che la funzione intestinale riprende agevolmente solo se alimentazione è corretta e che l'abuso di lassativi diventa un fattore di mantenimento del disturbo molto importante.

Concludendo, possiamo affermare che anche per i farmaci valgono le stesse considerazioni già espresse per gli altri trattamenti e cioè che loro efficacia va valutata e collegata all'integrazione dei diversi interventi.

La psicoterapia e la riabilitazione nutrizionale: quale integrazione?

I disturbi del comportamento alimentare presentano una concomitanza di problematiche sul piano psicologico

e sul piano somatico. Quali vanno affrontate per prime? In passato gli studiosi di diverso orientamento si scontravano su questo punto, gli uni ritenendo il problema organico come preminente, gli altri sostenendo che i disturbi fisici erano solo il sintomo di un disagio interiore e sarebbero scomparsi nel momento in cui questo si fosse risolto. Oggi c'è una ampia concordanza sul fatto che i sintomi fisici e psicologici dell'anoressia e della bulimia abbiano una portata così devastante che necessiti una presa in carico complessiva di entrambe le dimensioni.

È possibile pensare ad una psicoterapia solo se vi è uno spazio mentale abbastanza libero da permettere una visione sufficientemente oggettiva di quanto sta accadendo e di formulare ipotesi sul proprio futuro. Come abbiamo già ricordato, la difficoltà di ri-orientare la propria percezione dalla focalizzazione sui dettagli (p.e. la paura di affrontare il piatto che mi sta davanti) alla visione più globale di ciò che questi sintomi implicano per la mia vita rappresenta un deficit di base che viene esacerbato dai sintomi da digiuno. La psicoterapia implica un apprendimento che solo condizioni generali e nutrizionali accettabili consentono. Il ripristino di comportamenti alimentari e di condizioni fisiche accettabili è una premessa per usufruire di un approccio psicologico volto a prendersi carico delle tematiche psicopatologiche più profonde.

È necessario quindi che il trattamento preveda un'integrazione tra la riabilitazione nutrizionale e la psicoterapia. Spesso la fase iniziale del lavoro riabilitativo, in una paziente fortemente malnutrita, vede preponderante

l'intervento del nutrizionista e della dietista; lo psicologo in questa fase ha il compito di sostenere la persona nella decisione di curarsi e di trovare la giusta motivazione, di aiutarla a superare le paure derivanti dall'aumento del peso o dal cambiamento delle abitudini alimentari.

Sarebbe tuttavia un errore pensare che la cura dei disturbi alimentari consista unicamente nel recupero del peso o nella eliminazione delle abbuffate e dei sintomi connessi. In seguito il lavoro dello psicologo sarà centrato su altri temi quali l'autostima, l'elaborazione di eventuali traumi, la ricerca della propria identità, l'ansia e la depressione. In generale si osserva che la sintomatologia psichiatrica (depressione, irritabilità, ansia, isolamento sociale) migliora e a volte scompare con il superamento dello stato di malnutrizione. In altri casi la riduzione dei pensieri ossessivi e dei rituali alimentari, la ripresa di condizioni fisiche migliori possono far emergere quadri psicopatologici significativi, spesso concause dell'insorgenza del disturbo alimentare.

Non possiamo dimenticare che la decisione di dimagrire è stata motivata anche dall'esigenza di trovare una soluzione ad altri problemi (difficoltà di stare con gli altri, timidezza, paura di crescere, ansia per le proprie prestazioni, ecc.) ed è stata percepita dalla ragazza come un rimedio. Si tratta di una modalità un po' magica, se vogliamo: "Se sarò magra mi sentirò sicura e tutto andrà a posto da solo". Nella realtà, non solo il rimedio si è rivelato peggiore del male, ma si sono aggiunti altri problemi dovuti al fatto che il processo di crescita si è bloccato. Alla

fine la persona si sente disorientata, diversa dai propri compagni che nel frattempo hanno seguito il loro normale processo di sviluppo, priva di strumenti per affrontare la propria vita. La ragazza si ritrova con ridotta capacità di autogestione, con difficoltà significative sul piano sociale e relazionale, incapace di assumere responsabilità e prendere decisioni. Se ci fermiamo qui, la tentazione di rifugiarsi nuovamente nella propria bolla (dove il solo problema è rappresentato dal controllo del cibo) può essere molto forte e quindi portare alla ricaduta. Il lavoro psicoterapico avrà il compito di recuperare o costruire ex novo quelle strutture interiori e quelle abilità interpersonali necessarie per inserirsi nuovamente con fiducia nel mondo. Il riconoscimento della crisi attraversata e delle ragioni che l'hanno determinata, insieme alla consapevolezza del percorso compiuto, diventano ulteriori elementi di rafforzamento personale che aiuteranno la persona ad affrontare le successive sfide della vita.

In conclusione, dobbiamo pensare all'integrazione di riabilitazione nutrizionale e psicoterapia come ad un tutto inscindibile che, pur variando nel tempo nell'impegno, rappresenta l'unica condizione per rispettare e tutelare la persona nella sua complessità. In questo senso si parla di riabilitazione psico-nutrizionale.

Integrazione tra psicoterapia e riabilitazione nutrizionale

Fase	Tipo di trattamento	Prevalenza dell'intervento
Fase iniziale	Recupero del peso e delle normali attitudini verso il cibo, riduzione dei sintomi da digiuno	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Nutrizionale Psicologico </div>
Fase successiva	Lavoro su autostima, abilità sociali e relazionali, identità di sé, gestione dei traumi, autogestione, soluzione dei conflitti, ecc.	

La riabilitazione psico-nutrizionale

Il recupero del peso e la normalizzazione del comportamento alimentare, come abbiamo detto, non possono essere scissi dal lavoro psicoterapico. La strategia della riabilitazione psico-nutrizionale è mirata alla ricostruzione globale del benessere psicologico e fisico dell'individuo.

Il fondamento della riabilitazione psico-nutrizionale sta nella riduzione della sintomatologia da digiuno attraverso il recupero di abilità e attitudini verso il cibo sufficientemente buone. Nella riabilitazione psico-nutrizionale l'approccio è collaborativo, non prescrittivo, prevede che il percorso nutrizionale venga concordato, la paziente sia informata del proprio peso, le difficoltà vengano discusse assieme. È pertanto un approccio meno invasivo, “*le-nient*” con il termine inglese.

Al recupero di queste abilità consegue la ripresa del peso corporeo che permette di ottenere un miglioramento dei sintomi fisici e psichiatrici dovuti allo stato di malnutrizione, consentendo l'avvio di un intervento psicoterapico.

Fino a qualche tempo fa la riabilitazione nutrizionale coincideva con la cosiddetta rialimentazione, ossia con le procedure di **alimentazione artificiale** o di **alimentazione forzata**. Si tratta di metodologie tuttora usate quando vi siano condizioni critiche dal punto di vista medico che però vanno sempre integrate, appena possibile, da una ripresa dell'alimentazione per via naturale per mantenere la normale funzionalità dell'intestino. Il recupero ponderale in questi casi spesso è temporaneo in quanto la paziente, ancora non motivata al trattamento, tenderà appena possibile a restringere vanificando i risultati ottenuti.

Un'altra metodica riabilitativa è la cosiddetta **alimentazione meccanica**. In questa prospettiva il cibo viene proposto alla paziente come una medicina, indipendentemente dalle sue paure e dalla sue preferenze. Alla ragazza, secondo questo approccio, viene chiesto di affidarsi totalmente ai curanti che stabiliscono cosa e quanto deve mangiare, proprio come se il cibo fosse un medicamento. Il razionale di questo intervento si fonda sul fatto che i pensieri relativi all'alimentazione sono ossessivi e quindi ogni decisione affidata alla ragazza sofferente si tradurrebbe in un rimuginio inconcludente che andrebbe ad aggravare ossessività e fobie. Coerentemente viene

evitata ogni discussione sul peso, le cui variazioni possono non essere comunicate alla paziente. Questa modalità non deve essere considerata coercitiva, in quanto ognuna delle azioni descritte fa parte di un programma precedentemente concordato. Il risultato atteso è il ripristino del peso e, conseguentemente, la riduzione dei sintomi da digiuno e quindi delle ossessioni e delle fobie. Il limite dell'approccio descritto, a nostro parere, può essere visto nell'eccessiva delega che la paziente attribuisce, in modo più o meno consapevole, ai curanti. Talvolta può essere necessario chiedere di delegare alcune decisioni, tuttavia, se il trattamento non prevede una crescita della consapevolezza ed una progressiva restituzione delle responsabilità, si corre il rischio di mettere la persona di fronte ad un cambiamento che non è preparata ad accettare. Accanto al necessario recupero del peso, abbiamo bisogno di un lavoro finalizzato ad accrescere motivazione e consapevolezza, a individuare il nesso tra il comportamento alimentare e il disagio psicologico e a insegnare strategie per affrontare i problemi, tanto sul piano alimentare quanto su quello psicologico-relazionale.

Nella tabella successiva sono riportati gli obiettivi della riabilitazione psico-nutrizionale intesi come acquisizione delle capacità necessarie per affrontare uno schema alimentare "abbastanza normale" (ricordiamo che una normalità intesa come "norma assoluta" non esiste nell'alimentazione).

Obiettivi della riabilitazione psico-nutrizionale

- raggiungere e mantenere uno stato nutrizionale accettabile
- interrompere e abbandonare i comportamenti dietetici in generale
- ristabilire un comportamento alimentare “abbastanza normale”
- far recuperare capacità di risposte normali agli stimoli della fame e della sazietà
- raggiungere e mantenere un peso corporeo accettabile recuperare accettabili attitudini rispetto al cibo

Accanto al recupero del peso viene prevista la discussione e il superamento delle idee preconcepite relative al peso, alla forma del corpo e al cibo, così come il recupero della sensibilità psicologica e biologica di fame e sazietà. Tutto ciò avviene in un contesto multidisciplinare integrato dove le diverse figure professionali lavorano con la paziente per motivarla, incoraggiarla e rassicurarla nel suo percorso di cura e per valutare realisticamente i cambiamenti conseguiti. La prosecuzione naturale e necessaria della riabilitazione psico-nutrizionale è la psicoterapia.

Quale psicoterapia?

La **psicoterapia** è il trattamento di elezione per i disturbi del comportamento alimentare. Non possiamo immaginare un intervento di cura che non la preveda. Come si è detto, la psicoterapia deve essere coordinata

all'interno di un'équipe multidisciplinare che prevede interventi nutrizionali, farmacologici, pedagogici.

C'è un grande dibattito su come funziona la psicoterapia e su quali sono gli elementi che portano a risultati apprezzabili. Gli studi storici che hanno comparato le diverse psicoterapie hanno riscontrato scarse differenze negli effetti e ciò ha portato a considerare una serie di fattori, definiti aspecifici, che sono comuni a tutte le tecniche psicoterapiche, al di là delle diverse metodologie e impostazioni teoriche.

Da questa prospettiva, vengono identificati cinque fattori necessari a produrre un cambiamento:

(a) un legame forte ed emotivamente connotato tra paziente e curante. In altre parole, nella scelta del terapeuta bisogna considerare un elemento di scelta e di investimento nei confronti della persona

(b) un *setting* di cura riservato e adeguato. È difficile pensare a una terapia efficace se viene somministrata in modo frettoloso e in un ambiente dove si è disturbati.

(c) un terapeuta che offra una spiegazione di esauriente dell'origine del disturbo emotivo. È importante che il terapeuta venga percepito come competente e sia in grado di chiarire i dubbi del paziente. L'esperienza specifica nel settore in cui si opera serve anche per costruire una solida relazione di cura.

(d) una spiegazione adattiva e accettabile per il paziente. Il terapeuta a questo proposito dovrà tenere conto dell'interpretazione che il paziente dà della propria situazione, anche se non è corretta. La si modificherà insieme

progressivamente, senza che il paziente senta che la sua visione delle cose venga rifiutata.

(e) una serie di procedure che conducano il paziente a comportarsi in modo più adattivo, utile e positivo. Anche se il trattamento sarà lungo è cruciale che ne vengano percepiti presto gli effetti positivi, anche parziali. Il terapeuta dovrà da subito individuare obiettivi di lavoro che migliorino la situazione del paziente. Ciò rinforzerà la motivazione alla cura.

Una solida alleanza terapeutica, che rappresenta il maggiore dei fattori prognostici favorevoli, nasce da queste considerazioni. L'alleanza terapeutica è lo strumento più prezioso nella relazione di cura e quando viene danneggiata, per incomprensioni o altro, deve essere prontamente restaurata. Una alleanza ricostruita non è più debole, al contrario viene rafforzata, un po' come succede nelle amicizie.

La psicoterapia è dunque una cura che avviene per mezzo della relazione tra due persone che collaborano insieme sulla base della loro esperienza. Il terapeuta è un esperto in generale nel campo dei problemi di cui ha esperienza. Il paziente è un esperto in particolare in quanto nessuno conosce la sua situazione meglio di lui.

Potremmo quindi concludere che, nel momento in cui vengano inserite in un contesto multidisciplinare e integrate con gli altri trattamenti, è verosimile che non vi siano grandi differenze tra psicoterapie con diverse impostazioni teoriche, quando vengano somministrate con pro-

fessionalità ed esperienza nel campo dei disturbi alimentari. Vi sono tuttavia importanti indicazioni di validità per le terapie che, per il fatto di poter essere standardizzate e manualizzate, possono essere sottoposte a valutazione empirica.

Tra le psicoterapie maggiormente studiate, la **cognitivo-comportamentale (CBT)** è stata ampiamente utilizzata nella cura dei DCA e ha dimostrato una buona efficacia nella bulimia nervosa, anche se è applicabile a tutti i disturbi alimentari.

L'obiettivo di questo modello psicoterapico è quello di modificare le convinzioni scorrette riferite al peso, all'immagine corporea e più in generale al modo di interpretare la propria condizione di vita. Persegue il fine di sviluppare abilità e comportamenti efficaci ad aumentare la capacità di affrontare le sfide quotidiane, incrementando autostima e capacità di sano controllo. La CBT è stata in particolare ben studiata e strutturata per la cura della BN dando risultati significativi e validi; permane comunque una quota (30% circa) di soggetti che non rispondono a questo approccio. La CBT è molto utilizzata anche per la cura della AN ma non vi sono ancora prove certe della sua efficacia. In generale non vi sono dati empirici che testimonino la maggiore efficacia di un modello di cura rispetto a un altro. Per il BED si utilizza una versione della CBT modificata, che ha i medesimi contenuti del trattamento della bulimia ma una durata superiore. Tuttavia, a fronte di una evidenza relativa all'efficacia nella riduzione della frequenza delle abbuffate, non si hanno nell'obesità con

episodi di iperalimentazione incontrollata risultati validi rispetto al peso.

Esiste una versione “migliorata” (*enhanced*) della CBT, definita appunto CBT-E, che permette una estensione della metodica a tutte le forme del disturbo alimentare e una sua somministrazione più flessibile, in base alle caratteristiche del paziente. Il lavoro viene focalizzato sui processi centrali che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione del paziente. In generale, questo comporta affrontare le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione. In sottogruppi di pazienti possono essere affrontati anche alcuni meccanismi di mantenimento aggiuntivi, come il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali.

Nel trattamento della bulimia ha mostrato una buona efficacia anche la **terapia interpersonale (IPT)**, diversa dalla CBT in quanto non pone obiettivi legati ai temi del disturbo alimentare, ma si focalizza sul modo in cui il paziente affronta le relazioni interpersonali, con una forte spinta al cambiamento. Sviluppata originariamente per la cura della depressione, è stata applicata alla cura della bulimia e del disturbo da Binge Eating. Affronta le difficoltà dei rapporti interpersonali alla base dei disturbi dell'alimentazione.

La psicoterapia interpersonale prevede tre fasi. Nella prima viene identificato il focus del trattamento identificando l'area su cui si vuole lavorare tra le seguenti:

- Difficoltà a stringere e mantenere legami significativi
- Conflitti con parenti ed amici
- Difficoltà nei cambiamenti di ruolo,
- Lutti e perdite non elaborate

Nella seconda fase il paziente assume un ruolo più attivo ed è invitato a parlare delle sue attuali difficoltà e a cercare di metterle in relazione al focus del problema che è stato precedentemente identificato. Viene anche invitato a intraprendere qualche cambiamento e a sperimentare nuovi modelli di rapporto. Nell'ultima fase si lavora per individuare i problemi che si dovranno fronteggiare in futuro.

La **Terapia Familiare (TF)** è stata storicamente considerata il trattamento di elezione per i disturbi del comportamento alimentare, come la CBT per le fobie e la psicanalisi per l'isteria.

Il modello si fonda sulla constatazione che l'ambiente familiare gioca un ruolo molto importante nello sviluppo e nel mantenimento di un disturbo alimentare. Oggigiorno la terapia familiare, soprattutto nella sua versione anglosassone (*Family Based Therapy*) è il trattamento indicato per le ragazze giovani con una recente insorgenza del disturbo alimentare. Oggi si tende a rivedere le ipotesi che individuano la famiglia come agente causale prevalente del disturbo, tuttavia è indiscutibile che la presenza di un disturbo alimentare comporta un profondo disagio nella famiglia, ingenerando a volte circoli viziosi che tendono a mantenere il problema. Nella nostra esperienza è

sempre utile, anzi necessario, farsi carico del disagio della famiglia, che spesso non riesce ad affrontare da sola le difficoltà e le tensioni che queste patologie generano. La famiglia va comunque accompagnata e sostenuta durante tutto il percorso di cura della ragazza malata.

Anche la **psicoterapia psicoanalitica** ha un ruolo significativo nei DCA, in particolare quando vi siano conflitti intrapsichici alla base del disturbo. La psicoanalisi presuppone che i sintomi siano l'espressione di un conflitto inconscio. La terapia ha la finalità, attraverso un lavoro di introspezione, di scoprire e analizzare questi conflitti. Molti dei sintomi dei disturbi alimentari possono essere interpretati simbolicamente come un rifiuto della femminilità, della maturazione, della dipendenza o della sessualità. Il terapeuta svolge una funzione di ascolto e di comprensione e interpreta le modalità di rapporto che si attualizzano nella relazione con il paziente. La terapia crea un contesto in cui il paziente, attraverso il riconoscimento delle proprie istanze inconscie, giunge ad una maturazione personale e alla capacità di fronteggiare il proprio problema. Le terapie psicodinamiche più recenti hanno modificato l'approccio originale che prevedeva un intervento limitato sul sintomo, condividendo il presupposto che l'approccio multidisciplinare sia il più indicato per la cura dei DCA. Una recente versione costruita in modo da essere empiricamente verificata ha dato risultati analoghi a quelli delle altre psicoterapie.

Vi sono infine trattamenti indicati per particolari situazioni. Per esempio, qualora al disturbo alimentare si ac-

compagni un Disturbo Borderline di Personalità può essere utile la **psicoterapia dialettica**, che ha dimostrato in questi casi la sua efficacia attraverso studi controllati.

Alcuni autori si soffermano inoltre sull'esistenza di situazioni traumatiche all'origine non tanto del disturbo alimentare quanto di una fragilità nervosa che può esserne all'origine. In questi casi vengono indicate terapie mirate a rielaborare il trauma, quali la **Psicoterapia Ipnotica** oppure la **Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (EMDR)**, tecnica recente ed innovativa, nata per il trattamento dei disturbi post-traumatici da stress.

Concludiamo ricordando che l'obiettivo del trattamento è il benessere del paziente e non l'adesione ortodossa a un modello. Si è già valutato che la flessibilità nella somministrazione della psicoterapia migliora le possibilità di adattamento del paziente. È importante ricordare ancora una volta che più del modello teorico della psicoterapia utilizzata conta l'esperienza del terapeuta nello specifico settore dei DCA e la sua capacità di stabilire una relazione terapeutica valida. Ricordiamo che anche la psicoterapia deve consentire la valutazione, in tempi ragionevoli di sei/dodici mesi, dei risultati ottenuti per essere definita utile ed efficace. Ciò è particolarmente importante in disturbi che cronicizzano molto in fretta come quelli del comportamento alimentare.

CAPITOLO 7

Cosa può fare la famiglia

Per molto tempo la famiglia del paziente con disturbo alimentare è stata vittima di una forma di stigmatizzazione. È stata ritenuta da un lato la causa, dall'altra un elemento di ostacolo al trattamento. La stigmatizzazione della famiglia è giunta ad assumere connotati pregiudizievole fino a essere violenti, come testimonia il brano che riportiamo di seguito:

“Alcune madri erano iperprotettive e inibivano una normale maturazione; altre instabili, fragili, distanti o nevrotiche. Ma la madre non era la sola o la principale causa della malformazione della personalità. C'erano padri che erano infedeli, sessualmente aggressivi, alcolisti o disinteressati. Alcune famiglie apparivano a posto, ma in molti casi c'erano intense disarmonie tra i genitori che creavano un ambiente infelice in casa. Si può concludere che un grande numero di questi pazienti sono cresciuti in ambienti familiari che tendono a produrre individui emotivamente compromessi”²³

Tale visione derivava principalmente dall'osservazione clinica del contesto familiare del paziente, che metteva in luce aspetti della dinamica familiare effettivamente esistenti, quali, per esempio, gli alti tassi di invischiamento, la rigidità o l'iperprotettività. In realtà,

²³ Bliss & Branch, *Anorexia Nervosa: Its Psychology and Biology*, 1960

appare oggi chiaro come sia difficile stabilire quanto gli aspetti di funzionamento familiare sopra citati rappresentino la causa del disturbo o piuttosto ne siano la conseguenza. L'arrivo in famiglia di un disturbo alimentare stravolge irrimediabilmente tutte le dinamiche preesistenti. Molti autori, in tempi più recenti e sulla base di ricerche di comunità, hanno sottolineato il pericolo di far coincidere le osservazioni sul funzionamento attuale della famiglia con le ipotesi su una genesi familiare del disturbo. Se si allarga il campo di osservazione non è difficile individuare che le differenze tra famiglie che presentino o meno un disturbo alimentare appaiono più sfumate o scompaiono del tutto. Ciò non significa, come vedremo, che queste famiglie non presentino aspetti problematici o fragilità nelle relazioni, ma ciò non avviene in maniera significativamente diversa da ciò che accade in altri nuclei in cui il disturbo alimentare non compare. La più importante società scientifica a livello internazionale, l'Academy for Eating Disorders ha puntualizzato questo concetto in modo molto chiaro. L'AED afferma che, se si concorda sul fatto che fattori di origine familiare possano giocare un ruolo nella genesi e nel mantenimento del disturbo alimentare, le attuali conoscenze ci conducono a rifiutare l'ipotesi che tali fattori costituiscano il meccanismo patogenetico esclusivo o anche uno dei principali. L'Academy ha anche fornito indicazioni precise su come affrontare questo argomento, contrastando fermamente ogni modello eziologico in cui le influenze della famiglia vengano viste come causa primaria di

anoressia e bulimia nervosa, e condannando le affermazioni che possano generare biasimo per i familiari in quanto responsabili del disagio dei figli.

Il clinico non deve andare alla ricerca del “colpevole” ma aiutare la famiglia a individuare cosa può fare, in quel momento specifico, per favorire il recupero del paziente. La famiglia riveste un ruolo importantissimo in tal senso ed è l’alleato naturale dei curanti: è stato stimato che il coinvolgimento nelle cure riduce significativamente l’abbandono del percorso terapeutico. La famiglia, paradossalmente, è importante anche quando non c’è. Anche nel caso di una terapia individuale di un adulto il terapeuta deve avere in mente il contesto relazionale da cui proviene la persona che ha davanti e deve aiutarla a collocare le sue vicende in questo tessuto di rapporti, perché solo recuperando la nostra storia quello che ci accade ritrova il suo significato.

D’altro canto, studi importanti hanno dimostrato il significativo impatto del disturbo alimentare sulla salute della famiglia, sottolineando l’esistenza di una forte correlazione tra la sintomatologia dei figli e alti livelli di *distress* nei familiari. La vita con una persona affetta da disturbo alimentare è associata a una ridotta qualità della vita in maniera simile a ciò che accade nelle famiglie di malati di schizofrenia o di tossicodipendenti. I familiari riportano in genere elevati livelli di ansia (circa il 50% con valori sopra i limiti) e di depressione (circa il 13% sopra i valori limite) e uno stato generale di insoddisfazione relativo ai propri bisogni che si traduce in un

deterioramento della qualità della vita. In generale si osservano:

- alti livelli di carico soggettivo (percezione dell'esperienza come estremamente pesante da portare avanti)
- alti livelli di carico oggettivo (tangibile alterazione dello stile di vita come conseguenza della malattia e della sofferenza del paziente)
- iper-coinvolgimento con il paziente.

L'esordio della malattia porta con sé una rivoluzione degli equilibri della famiglia e di ogni suo singolo componente, generando una condizione di confusione, disorientamento e sofferenza. Il sintomo più importante è la tendenza della famiglia ad isolarsi. Si riducono le frequentazioni di parenti e amici perché ci si vergogna e si teme di essere criticati e mal giudicati; perché si sperimentata lo stigma e la scarsa conoscenza che ancora esiste sul tema dei disturbi alimentari. Molti genitori vivono intensamente la sensazione di sentirsi soli e isolati.

Va da sé che gli alti livelli di disagio, uniti al senso di colpa e di vergogna che spesso si riscontrano, si sommano alla preoccupazione per le condizioni del paziente con l'effetto di alimentare una spirale di tensione all'interno del contesto familiare che, se non correttamente gestita, può portare a un inasprimento dei sintomi alimentari, come abbiamo visto nel capitolo sulle cause. Da qui l'aumento del disagio percepito da tutti i componenti, fino alla creazione di un circolo vizioso che coinvolge tutto il

contesto familiare.

È cruciale comprendere come la famiglia possa essere diventata inconsapevolmente parte del sistema di mantenimento del disturbo e come le sue modalità abituali di risoluzione dei problemi possano risultare inefficaci. In altri termini, le famiglie riorganizzano, consapevolmente e inconsapevolmente, la loro vita intorno al disturbo alimentare. La comprensione delle modalità in cui ciò avviene è molto più importante – dal punto di vista del trattamento – della conoscenza di come il disturbo si è sviluppato.

Appare evidente dal quadro appena descritto come la famiglia possa favorire e inconsapevolmente ostacolare il recupero del paziente.

Che fare dunque?

Il primo passo è riconoscere la presenza stessa del disturbo. Questo aspetto non è così scontato, per svariati motivi: spesso i pazienti sono bravi a nascondere i comportamenti di restrizione o le abbuffate, talvolta per paura delle reazioni dei genitori, o per non essere ostacolati nel proposito di dimagrire. Altre volte i genitori non riconoscono il disturbo perché non lo conoscono o perché lo ritengono un capriccio o una fissazione passeggera. Oppure lo conoscono e lo temono e inconsciamente rifiutano di vederlo: “Non può capitare a me”. Quale che sia la ragione, bisogna sapere che ogni ritardo porta solamente a un inasprimento del problema. Capire subito è importante, più rapida è la presa in carico, più favorevole è l’esito del trattamento. Per questo motivo

è importante che le istituzioni promuovano la conoscenza di questi disturbi.

Un secondo aspetto che ci si trova ad affrontare è la motivazione del paziente (e della famiglia) al trattamento. I pazienti con disturbi alimentari sono persone che spesso, quanto meno all'inizio del disturbo, non hanno alcuna intenzione di abbandonare la loro condizione e che conseguentemente tenderanno a rifiutare un trattamento. In questo caso è bene essere comprensivi ma risoluti nell'affidarsi a dei centri esperti nel trattamento di tali disturbi. In quella sede gli operatori lavoreranno in primo luogo sulla motivazione al cambiamento.

All'arrivo al centro, alla famiglia verrà richiesto di coinvolgersi direttamente nel recupero del paziente. Il coinvolgimento passa attraverso l'acquisizione di conoscenze relative alla dinamica del disturbo alimentare. Conoscere permette di essere pronti a dare il giusto significato ai comportamenti patologici e a sapere come agire, differenziando il proprio comportamento da quello degli operatori. Il compito della famiglia, una volta stabilito un solido rapporto con i curanti, non è quello di contrastare il disturbo alimentare ma di salvaguardare quanto possibile la normalità della dinamica familiare, andando a preservare e rinforzare le parti sane del paziente.

In secondo luogo, il coinvolgimento della famiglia permetterà ad ogni componente di prendere contatto con i propri vissuti emotivi e con i comportamenti che ne

derivano, così da modificare pian piano atteggiamenti poco funzionali. Tutto ciò significa necessariamente mettersi in gioco, con la possibilità di scoprire alcune fragilità di sé e degli altri, cosa non sempre facile; ma significherà anche riscoprirsi e trovare i punti di forza e le risorse in sé e nei propri congiunti, per affrontare ogni nuovo giorno.

A questo proposito, Janet Treasure²⁴, fra i maggiori esperti a livello europeo, ha elaborato un modello di intervento che prevede il coinvolgimento attivo dei familiari nel trattamento dei pazienti con disturbo alimentare. L'obiettivo è di fornire loro le competenze per incoraggiare e sostenere la persona nel suo percorso, dando in questo modo continuità al trattamento. Questo scopo viene perseguito fornendo ai familiari delle strategie che migliorino la percezione delle proprie emozioni e dei propri comportamenti di fronte alla malattia, mirando ad acquisire delle modalità funzionali di gestione delle situazioni quotidiane in modo tale da ridurre il livello di stress.

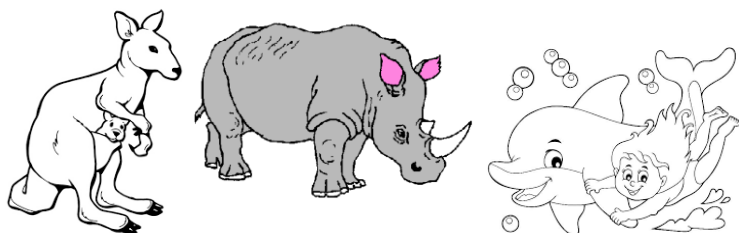
L'aspetto simpatico di questo metodo è l'utilizzo di una serie di "metafore animali" che permettono di riconoscere in maniera molto intuitiva il proprio stile di accudimento e le proprie reazioni emotive e comportamentali nei confronti dei comportamenti malati.

Per quanto riguarda i comportamenti le metafore

²⁴ Janet Treasure, Gráinne Smith, e al., *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The New Maudsley Method*, 12 lug. 2016

animali identificate sono tre: il canguro, il rinoceronte e il delfino. Il *canguro* rappresenta una modalità iperprotettiva nei confronti del familiare malato che, in maniera “soffocante”, impedisce la crescita del paziente che finisce per abituarsi a vivere dentro il marsupio. Il *rinoceronte* fa riferimento ad una modalità controllante fino ad essere irruenta, tipica di colui che impartisce ordini e cerca di convincere a cambiare comportamento con motivazioni logiche che tuttavia non vengono ascoltate.

Tale modalità appare limitante nei confronti della autonomia della persona, ma soprattutto favorisce la messa in atto di meccanismi di difesa da parte del paziente. Infine, il familiare *delfino*, che rappresenta la modalità a cui aspirare, si caratterizza per *sufficiente* equilibrio e capacità di dare una direzione. Il delfino incoraggia insistentemente e empaticamente il familiare con disturbo alimentare a raggiungere una situazione di sicurezza. Nuota accanto in modo incoraggiante, avanti guidando la strada, indietro e con calma per favorire l'indipendenza.



Per quanto riguarda le “metafore animali” volte a descrivere l’emotività, sono state identificate la medusa, lo struzzo e il San Bernardo. La *medusa* si caratterizza per una risposta emotiva “manifesta”, è un animale trasparente, si vede tutto ciò che le accade: sono persone apertamente angosciate, depresse, ansiose, irritabili e arrabbiate. Manca un filtro che permetta loro di decidere quale emozione far trasparire e in quale modo. Lo *struzzo* evita di vedere, di pensare e di affrontare il problema. Manifesta poche emozioni a se stesso e agli altri. Infine, il *San Bernardo*, che rappresenta la modalità a cui aspirare, esprime calma, affettuosità, rassicurazione, forza e capacità di tollerare le avversità, anche quando la situazione sembra o sta diventando drammatica.



Avere coscienza di quanto si sta provando e dei comportamenti che vengono messi in atto è importante. Ovviamente le metafore animali non rappresentano tipi umani, ma atteggiamenti che tutti noi possiamo assumere in qualche momento. La conoscenza delle nostre reazioni ci permette di modularle e di modificarle per ottenere un risultato migliore, per gestire in modo appropriato e

funzionale i nostri vissuti. Un supporto costante in un contesto di collaborazione con i curanti ci aiuta a comprendere in quale direzione andare. È importante considerare anche il supporto da parte delle associazioni dei familiari. Si tratta di genitori che hanno già vissuto i travagli che si stanno affrontando e sono spesso in grado di consigliare l'atteggiamento opportuno con maggiore profondità del dottore che sta dall'altra parte della scrivania. O comunque possono offrire conforto e solidarietà nei momenti difficili. È importante anche questo.

Un'ultima, ma non meno importante, azione che il familiare può intraprendere per aiutare i figli è prendersi cura di sé, sia come persona singola, che come nucleo familiare. Come abbiamo precedentemente visto, i familiari di chi soffre di disturbi alimentari manifestano spesso alti livelli di stress e percepiscono uno scarso supporto da un punto di vista sociale. Gli alti livelli di stress rischiano di inasprire il disagio e i comportamenti alimentari disfunzionali del paziente. Pertanto, è importante che ogni componente della famiglia trovi la propria valvola di sfogo per scaricare le tensioni. Il disturbo alimentare limita il nutrimento fisico di chi ne soffre, ma anche il nutrimento affettivo, sociale e culturale di tutta la famiglia. I familiari hanno bisogno di un supporto sociale che favorisca un senso di inclusione e comprensione. Anche qui, i gruppi di auto aiuto per i familiari dei pazienti con disturbo alimentare rappresentano una valida alternativa. Tali gruppi, che si

incontrano con una certa frequenza insieme a un facilitatore, permettono di condividere l'esperienza che si sta passando, le emozioni, le paure, le preoccupazioni, in un clima di fiducia, rispetto e comprensione, in cui sensi di colpa, vergogna e imbarazzo vengono superati. Permettono di superare l'isolamento e di trovare supporto, informazioni, energia nuova per affrontare l'esperienza che si sta vivendo.

Dall'altra parte, il prendersi cura del proprio nucleo familiare riflette la necessità di riscoprire la persona affetta da disturbo alimentare e l'intera famiglia come qualcosa di più e di diverso al disturbo stesso. Il proprio figlio, fratello o genitore non è la malattia, ma è una persona con i propri interessi e con le proprie sfumature, che rischiano di essere offuscate dal disturbo, ma che ci sono. Allo stesso modo, la famiglia rappresenta un'entità molto più ampia e sfaccettata della malattia. Alle volte la malattia è l'occasione di riscoprire la ricchezza interiore propria e dei propri familiari. Le parole chiave sono quindi riuscire a ritrovare e riscoprire sfaccettature e curiosità: questo aiuterà anche il paziente, un po' alla volta, ad allontanarsi dal pensiero scarno e ripetitivo dei rituali ossessivi dell'alimentazione, riscoprendosi qualcosa di più e di diverso dalla malattia.

POSTFAZIONE

Leggendo questo libro, naturale prosecuzione ed evoluzione del primo “Fuori dal Tunnel”, mi rendo conto di quanta strada abbiamo percorso in questi anni nel cammino di conoscenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Come Presidente per più di dodici anni di ADAO Friuli ODV, associazione di familiari che si occupa di accompagnare, sostenere e supportare le famiglie nel doloroso percorso della malattia, non posso che essere orgogliosa del lavoro fatto. Lo stigma che circonda da sempre queste patologie – causato da ignoranza, paura, vergogna – lentamente sta cedendo il passo alla consapevolezza che la conoscenza dei DCA, l’informazione della popolazione e la formazione di coloro che per primi ne intercettano i sintomi premonitori – medici, insegnanti, educatori, allenatori – è fondamentale per fare diagnosi sempre più precoci e percorsi di cura sempre più efficaci, garanzia entrambi di alte percentuali di guarigione.

In questi anni Consult@noi, associazione nazionale di secondo livello che raccoglie e coordina una ventina di associazioni come la nostra presenti su tutto il territorio nazionale, ha lavorato per il riconoscimento e il raggiungimento di molti obiettivi, come l’istituzionalizzazione della “Giornata Nazionale del Fiocchetto Lilla”, che ricordiamo il 15 marzo di ogni anno; il Percorso Lilla nei Pronto Soccorso, progetto ancora in costruzione; da ultimo il riconoscimento dei Disturbi

dell'Alimentazione e della Nutrizione come entità a se stante all'interno dei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza), scorporati dagli altri disturbi mentali, che dovrebbe garantire maggiore accessibilità alle prestazioni del SSN e finanziamenti dedicati. Le criticità sono ancora molte e la strada da percorrere è ancora molto lunga. Stiamo lavorando perché in tutte le regioni d'Italia possano essere garantiti tutti i livelli di cura, in modo che non si debbano più compiere dolorosi viaggi della speranza. Stiamo lavorando per la formazione e l'aggiornamento costante dei medici e di tutto il personale sanitario, che si trova a intercettare queste patologie, spesso ancora misconosciute e sottostimate.

Questo libro, piccolo ma molto curato e documentato, è un ulteriore e spero utile tassello per raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissi. Le associazioni dei familiari, come ADAO Friuli, continueranno a lavorare per garantire che un numero sempre minore di giovani vite soccombano a queste malattie e siano spezzate per sempre. Ai genitori che ci hanno letto, desidero lasciare due parole "magiche" che non mi stancherò mai di ripetere: **pazienza e fiducia**. Abbiate pazienza, perché la lotta contro queste malattie è lunga e logorante. Abbiate fiducia, perché fidarsi dei curanti e affidarsi a loro permette di stabilire quell'alleanza terapeutica, senza la quale la guarigione è molto più difficile.

Liliana Giust
Vicepresidente ADAO Friuli ODV
ma soprattutto una mamma

Alba edizioni
Meduna di Livenza (Tv)
Tel. 338-5294684
E-mail albaedizioni@gmail.com
Facebook Alba edizioni
www.albaedizioni.it

Questo libro è stampato su carta certificata FSC quindi
proveniente da foreste gestite secondo rigorosi standard
ambientali, economici e sociali

Finito di stampare
da BooksFactory.it
nel mese di maggio 2022