



Cibus

Anoressia, bulimia e obesità
Guida per una migliore comprensione

REGIONE TOSCANA
Azienda USL 8 Arezzo - Università degli Studi di Firenze

Cibus

Anoressia, bulimia e obesità
Guida per una migliore comprensione

Valdo Ricca
Claudia Ravaldi
Edoardo Mannucci
Carlo Maria Rotella
Gian Franco Placidi

Publicazione realizzata nell'ambito del Progetto sperimentale
"Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento Alimentare",
dell'Azienda USL 8 di Arezzo - Dipartimento Salute Mentale - Centro per i DCA,
finanziato dalla Regione Toscana.

Indice

| | |
|--|----|
| Perché questo testo | 5 |
| Introduzione | 7 |
| Alimentazione, obesità e disturbi del comportamento alimentare | 7 |
| Cenni storici | 8 |
| Sovrappeso e obesità | 11 |
| Come calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) | 12 |
| Perché il peso tende a modificarsi? | 12 |
| Il mito del cibo proibito | 14 |
| Cosa è l'obesità | 15 |
| Pregiudizi che colpiscono i soggetti obesi | 15 |
| L'obesità infantile | 16 |
| Come modificare positivamente il peso corporeo | 17 |
| Quale terapia? | 19 |
| Alcune tecniche per migliorare l'alimentazione | 20 |
| Attività fisica | 21 |
| Obesità. Concetti utili | 21 |
| Cosa è un Disturbo del Comportamento Alimentare? | 22 |
| Perché non bisogna sottovalutare un DCA | 22 |
| Sintomi caratteristici dei soggetti con DCA | 23 |
| I comportamenti alimentari non equilibrati | 23 |
| Anoressia nervosa (AN) | 25 |
| Alcune delle caratteristiche più ricorrenti nei soggetti con anoressia nervosa | 26 |
| Sintomi associati | 27 |
| Effetti del digiuno | 29 |

| | |
|--|----|
| Bulimia nervosa (BN) | 30 |
| Cosa è un'abbuffata? | 30 |
| Cosa significa perdere il controllo? | 32 |
| Alcune delle caratteristiche più ricorrenti nei soggetti con bulimia nervosa | 33 |
| Sintomi associati | 33 |
| Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCANAS). | 34 |
| DCA. Concetti utili | 35 |
| Diffusione dei DCA | 36 |
| I DCA colpiscono soltanto le donne? | 36 |
| Le cause | 37 |
| Cosa favorisce un DCA | 38 |
| Fattori socioculturali | 40 |
| Distorsione dell'immagine corporea | 42 |
| Attività fisica e comportamento alimentare | 43 |
| Le cause dei DCA. Concetti utili | 44 |
| Modelli di terapia | 45 |
| Quale psicoterapia? | 46 |
| Come aiutare un soggetto obeso durante il trattamento: il problema della motivazione | 47 |
| Come aiutare un soggetto affetto da DCA durante il trattamento: il problema della motivazione | 50 |
| Comportamenti da evitare | 54 |
| Le bugie | 55 |
| Comprendere la paura | 55 |
| Notizie sugli autori | 59 |

Perché questo testo

Sovrappeso, obesità, anoressia e bulimia sono termini entrati da tempo nel linguaggio comune, ad indicare la crescente importanza che i problemi relativi al peso e al corpo hanno assunto negli ultimi anni. I mezzi di informazione sono sempre più prodighi di notizie riguardanti patologie quali l'anoressia o l'obesità, spesso associate a consigli o pareri più o meno documentati circa interventi sicuramente efficaci e risolutivi. Parallelamente, la diffusione di queste patologie, tipiche dei paesi industrializzati, è costantemente in crescita.

Gli autori di questo testo, da vari anni impegnati nel trattamento di questi disturbi, sono convinti che, nell'insorgenza e nel mantenimento degli stessi, giochino un ruolo chiave la non conoscenza di un insieme di principi di base relativi al corpo e al cibo. Queste conoscenze, qualora adeguatamente presentate e successivamente messe in atto, potrebbero ridurre sensibilmente la diffusione di patologie oramai di grande rilevanza sociale. D'altra parte, la possibilità di riconoscere tempestivamente comportamenti scorretti e sintomi, suggestivi di una patologia legata al corpo e al cibo, potrebbe consentire interventi tempestivi che probabilmente impedirebbero l'evoluzione verso forme patologiche conclamate.

La sfida che gli operatori del settore devono raccogliere è cercare di raggiungere ampie fasce di popolazione mediante un'informazione semplice e efficace al fine di ridurre l'incidenza di questi fenomeni. Questo testo si pone quindi l'obiettivo di trattare, con semplicità e coerenza scientifica, le problematiche relative al cibo e al corpo, al fine di informare adeguatamente i genitori e le persone comunque più a contatto con bambini e adolescenti.

Gli Autori

Introduzione

Alimentazione, obesità e disturbi del comportamento alimentare

Da molti anni nei paesi occidentali industrializzati si sta verificando un crescente ed allarmante aumento del peso corporeo medio, con un numero crescente di soggetti obesi nella popolazione generale.

L'obesità, malattia medica nota per il suo carattere di cronicità e per le patologie che ad essa sono associate, è diffusa sia nella popolazione adulta sia in quella infantile.

Il fenomeno è particolarmente preoccupante negli Stati Uniti, ma numerosi dati indicano come anche in Europa ed in Italia il numero dei bambini e degli adolescenti obesi sia in forte crescita.

Quanto accade è dovuto a molti fattori, solo in minima parte costituzionali, ed è strettamente legato a una modificazione radicale dello stile di vita dal dopoguerra ad oggi, con la comparsa di una serie di abitudini che favoriscono l'eccesso del peso corporeo, quali il costante utilizzo dei mezzi di trasporto, l'elevato numero di ore trascorso alla televisione, il consumo di spuntini o pasti preconfezionati e così via.

L'obesità e il sovrappeso possono interferire con il lo stato di salute, sia a causa di patologie correlate quali ad esempio il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiocircolatorie, sia a causa di profondi disagi psicologici legati alla scarsa accettazione del proprio corpo e al fallimento dei tentativi di perdere peso.

Frequentemente una condizione di sovrappeso o di obesità si associa alla presenza di un disturbo che riguarda lo stile alimentare, i pensieri e le emozioni legate all'alimentarsi, nonché al proprio corpo. Al tempo stesso, considerando la storia clinica di molti pazienti in età adolescenziale o nella giovinezza, l'eccesso corporeo e la distorsione nel modo di percepire il cibo e il corpo favoriscono l'insorgere di un insieme di patologie che, nel loro insieme, prendono il nome di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Si riconoscono tre tipi di disturbo del comportamento alimentare: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da Alimen-

tazione Incontrollata (DAI); ognuno di questi disturbi può sussistere senza una storia di eccesso del peso corporeo, ma può anche far seguito ad esso (cosa che avviene spesso per AN e BN) o precederla (cosa che avviene frequentemente per il DAI).

I DCA rappresentano un gruppo di patologie particolarmente diffuse nell'infanzia, nell'adolescenza e nella prima età adulta. La caratteristica principale di tali disturbi è una modificazione del consueto comportamento alimentare, che va dal rifiuto generico del cibo a vere e proprie abbuffate, associata ad altri comportamenti o preoccupazioni relativi al peso e alla forma corporea. Aspetti principali di tali patologie sono l'esordio insidioso, che può ritardare il momento della diagnosi e della cura, e le gravi complicanze mediche. Per il loro decorso, per i gravi rischi associati e per i lunghi percorsi terapeutici, queste malattie provocano un forte disagio nel paziente e nei suoi familiari. In particolare ricordiamo che la cura dei pazienti affetti da DCA, specialmente se di età inferiore ai 18 – 20 anni, coinvolge anche il nucleo familiare, richiedendo una forte partecipazione dei componenti della famiglia stessa per la risoluzione del problema.

Cenni storici

La storia del genere umano è pervasa da una incessante ricerca del “bello” e dal tentativo di conformarsi a dei canoni estetici di riferimento.

L'attenzione per il corpo e il tentativo di renderlo sempre più bello e “attraente” per sé stessi e per gli altri è nota da molti secoli, basti ricordare il culto del corpo muscoloso e atletico presente fra gli antichi greci e i lunghi rituali di bellezza cui si sottoponevano le matrone romane.

La cura del corpo, centrale in molte culture, si lega strettamente al benessere economico, per cui le classi sociali più elevate nei secoli passati, e i paesi industrializzati dei giorni nostri, diventano assai facilmente il punto di origine di mode, abitudini, tendenze che cercano di perseguire un determinato obiettivo estetico.

Non più di un secolo fa le donne dovevano avere una vistosa scollatura, spalle morbide, seni grandi, come ci testimonia (con grande disappunto) questo medico dell'epoca:

“Va qui ricordato che errori estetici di carattere mondano, dei quali tutte le donne sono schiave, possono indurle a voler restare obese per essere in linea con la moda. Non c’è dubbio che, per avere un décolleté vistoso, ogni donna si sente obbligata ad avere depositi di adipe intorno al collo, sulle clavicole e nelle mammelle. Ma il fatto è che il grasso si accumula in quelle regioni con grande difficoltà (...) e possiamo essere sicuri che addome, fianchi ed estremità inferiori sono di una grassezza spaventosa. Quanto alla terapia, non è possibile ottenere la riduzione della pancia senza che la paziente si rassegni a sacrificare la parte superiore del suo corpo. Per lei è un vero sacrificio, poiché rinuncia a ciò che il mondo considera bello. Heckel F., “Les grandes et petites obésités”, 1911



Nei secoli scorsi, al tempo stesso, erano già presenti le altre patologie prima accennate: l’anoressia nervosa, ad esempio, era stata una patologia già descritta nell’età classica e in epoca medievale, soprattutto nei testi che narrano le vite di alcune famose mistiche. La prima descrizione medica ufficiale risale però alla seconda metà dell’800 quando due medici, l’inglese Gull e il francese Lasègue misero in evidenza che:

- le persone colpite appartengono più spesso al sesso femminile;
- sono principalmente di giovane età;

- rifiutano la maggior parte dei cibi;
- dimagriscono in modo così grave che presentano amenorrea (perdita delle mestruazioni).

Gull e Lasègue individuarono anche che fra le caratteristiche tipiche dell'anoressia, almeno nelle prime fasi, ci sono l'irrequietezza e l'estrema vivacità, che spesso contrastano con le gravi condizioni fisiche.

Molti studiosi negli ultimi trent'anni si sono interessati a questo disturbo e ai disturbi ad esso associati [Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)], e negli ultimi anni tali patologie sono state riunite nell'insieme dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Inizialmente si pensava che questi disturbi colpissero esclusivamente le ragazze di buona famiglia, ricche e colte; è stato invece poi verificato come tali problemi sono diffusi in tutte le classi sociali, possono colpire anche i maschi e non necessariamente si accompagnano con altre patologie psichiatriche. Si può affermare che la loro diffusione è in parte legata a problematiche di tipo socioculturale. In particolare, al giorno d'oggi si attribuisce una connotazione fortemente negativa all'eccesso ponderale, considerato antiestetico ed espressione di scarsa volontà, mentre a questo si contrappone la magrezza, alla quale vengono associati dei valori, quali la forza di volontà e l'autocontrollo, che vanno al di là dei semplici canoni estetici. Molto spesso, quindi, un soggetto precedentemente svalutato in quanto in sovrappeso troverà nel raggiungimento di un forte dimagrimento un mezzo per ottenere approvazione nella collettività.

Sovrappeso e obesità

Sovrappeso e obesità sono due condizioni la cui caratteristica principale è l'aumento del peso corporeo. Il peso corporeo subisce numerose modificazioni fisiologiche durante le diverse fasi della vita (infanzia, adolescenza, gravidanza, menopausa etc) e può comunque avere alcune minime variazioni (2-3 chilogrammi nel soggetto adulto in buona salute) che non devono destare preoccupazione. Se pensiamo dunque che queste variazioni sono fisiologiche, dobbiamo vedere in modo critico il concetto di peso "ideale", quel magico numero troppo spesso cercato per definire il peso più giusto, più bello e quindi più ambito. È ormai noto che il peso "ideale" non è un concetto applicabile alla salute dell'uomo, e che in realtà una persona può definirsi di peso normale quando il suo peso è compreso in un intervallo definito di chilogrammi. Per fare un esempio pratico, generalmente un soggetto adulto di sesso femminile che sia alto 1,65 m può pesare da 55 a 65 Kg restando comunque normopeso.



Come calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC)

Il peso di per sé, espresso come numero, non riesce a dirci molto dell'effettiva corporatura di un soggetto, se non è completato con l'altezza.

Un facile calcolo eseguito dividendo il peso in chilogrammi per l'altezza in metri moltiplicata per se stessa ci aiuta in questa operazione.

$$\text{Peso in Kg} / (\text{altezza in m})^2$$

Da questo calcolo si ottiene l'Indice di Massa Corporea, un numero che può avere un intervallo di normalità fra 18 e 24,9 nel soggetto adulto, con alcune piccole variazioni dipendenti dal sesso e dall'età.

Tabella IMC

| | Classe di Obesità | IMC (kg/m ²) |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|
| Sottopeso | – | <18 |
| Normale | – | 18 - 24,9 |
| Sovrappeso | – | 25,0 – 29,9 |
| Obesità moderata | I | 30,0 – 34,9 |
| Obesità severa | II | 35,0 – 39,9 |
| Obesità grave (morbigena) | III | ³ 40 |

Un IMC normale è compreso fra 18 e 24,9: un IMC inferiore indica una magrezza eccessiva, un IMC superiore può indicare sovrappeso (IMC da 25 a 29.9) o obesità (IMC³ 30).

Perché il peso tende a modificarsi?

Il peso può variare per motivi più o meno fisiologici; tuttavia, le cause che portano ad un sovrappeso o all'obesità sono spesso dovute a modificazioni di altro genere, che non possono essere esclusivamente attribuite a “crescita”, “invecchiamento”, “gravidanza”, “menopausa” e così via.

Per semplificare, diremo che i principali fattori che modificano il peso sono l'età, il sesso, malattie endocrine come l'ipotiroidismo (che però in genere non spiegano da sole l'obesità) ed una predisposizione genetica; più frequentemente invece il sovrappeso e l'obesità sono legati a una prolungato squilibrio fra la quantità di calorie ingerite e la quantità di calorie consumate.

L'organismo umano ha bisogno di una certa quantità di calorie da consumare per mantenere attive alcune attività di base (respirare, far circolare il sangue, mantenere la temperatura corporea, rigenerare i tessuti interni e così via) e per il suo benessere è dunque fondamentale un'adeguata alimentazione, che permetta l'assorbimento di tutti i nutrienti e una soddisfacente riserva di energie.

Quando l'organismo consuma quasi tutto quello che introduce con l'alimentazione, il peso tende a rimanere stabile, quando l'organismo spende in termini di energia più di ciò che guadagna tende a perdere peso, quando invece le calorie in entrata superano abitualmente quelle spese nelle normali attività, si ha l'aumento di peso.

La condizione di sovrappeso, che si raggiunge a causa dello squilibrio nel rapporto calorie consumate/calorie ingerite, è caratterizzata da un modesto aumento del peso corporeo (IMC 25-30), ed è più facilmente correggibile rispetto ad una situazione di obesità.

Il mito del cibo proibito

I soggetti colpiti da sovrappeso o obesità, ma anche i soggetti affetti da DCA, tendono a temere in modo particolare alcuni tipi di alimenti, sposando la convinzione che gli alimenti si dividano in “dimagranti” e “ingrassanti”. Tale convinzione, sostenuta dai mezzi di informazione e diffusa spesso in modo distorto, fa sì che gli alimenti solitamente più piacevoli e dunque più appetitosi siano considerati capaci di “produrre un immediato aumento di peso” non appena ingeriti. Sarà capitato a molti di voi, anche a quelli con IMC normale, di pesarsi durante le feste natalizie o dopo una cena particolare e di attribuire l’eventuale aumento di peso ai cibi ingeriti la sera prima. È molto importante sottolineare come nessun alimento produce nell’immediato un aumento di peso visibile sulla bilancia, e che non è sostenibile che, eliminando tutti gli alimenti pericolosi per la linea, un soggetto riesca a perdere peso progressivamente (vedremo in seguito, parlando delle diete, come sia vero l’esatto contrario). Dunque bisogna ricordare che l’alimentazione è tanto più sana quanto più è varia, che è preferibile mangiare ogni alimento valutando opportunamente le quantità e migliorando la capacità di organizzazione dei pasti e delle tecniche per riconoscere la sazietà. Questo problema può essere affrontato con l’aiuto di un nutrizionista esperto.

Cosa è l'obesità

L'obesità si suddivide in lieve, moderata e grave (o morbigena) a seconda della sua entità. Essa frequentemente si associa a numerose patologie, quali ad esempio ipertensione, malattie cardiovascolari, disturbi respiratori, diabete, infertilità, artrosi.

L'attenzione crescente per l'obesità e il sovrappeso che si è avuta negli ultimi 50 anni è dovuta al progressivo aumento del peso medio delle popolazioni occidentali, con percentuali assai alte di soggetti in sovrappeso o obesi negli Stati Uniti e in generale nei paesi ad alto reddito.

Attualmente si calcola che la percentuale di soggetti obesi anche in Italia sia in rapido aumento; nelle aree urbane la percentuale di soggetti sovrappeso o obesi si avvicina a quella del Nord America. Questo fenomeno, legato ai processi di industrializzazione, al benessere, alla vita sedentaria, si registra sempre più spesso anche nella popolazione dei giovani adulti e in quella infantile.



Pregiudizi che colpiscono i soggetti obesi

- Gli obesi sono golosi senza regole
- Gli obesi non hanno forza di volontà

- Gli obesi hanno più problemi psicologici delle persone normopeso
- Un soggetto obeso, per definirsi “dimagrito”, deve perdere tutto il peso in eccesso
- Con la forza di volontà è possibile raggiungere il peso ideale e mantenerlo.

L'obesità infantile

L'obesità infantile spesso costituisce la base su cui sviluppa l'obesità in età adulta. Anche l'obesità del bambino si associa ad altre malattie ed è responsabile di moderati/gravi disagi psicologici che ostacolano il corretto inserimento del bambino nell'ambiente sociale. La diagnosi di obesità nel bambino è un po' più complicata che nell'adulto dato che l'organismo è in continua crescita (non può essere fatta semplicemente con l'IMC); è pertanto necessario che il bambino venga visitato dal pediatra che verificherà l'andamento del peso su apposite tabelle di crescita. In Italia, tra il 15 ed il 20% dei bambini sotto i 12 anni è sovrappeso ed alcuni di essi già presentano le complicanze tipiche dell'obesità.

L'obiettivo principale nella terapia dell'obesità infantile non è perdere peso, ma bloccare il suo aumento. L'intervento precoce è molto importante e per attuarlo si privilegia il ricorso ad una attività fisica programmata e controllata piuttosto che la sola dieta ipocalorica.

Spesso i bambini trascorrono gran parte della loro giornata seduti, restano in casa da soli per periodi più o meno lunghi e talvolta consumano i pasti (o spuntini) in solitudine davanti alla televisione. La modifica del peso non può prescindere dalla modificazione di queste abitudini di vita. Si è dimostrato inoltre molto efficace il coinvolgimento dei familiari nell'attività fisica, che deve essere vissuta dal bambino piacevolmente, come un gioco e non come una punizione; anche la modifica dello schema alimentare dovrà rispettare per quanto possibile i gusti e le esigenze del bambino, coinvolgendo attivamente i genitori nella gestione e nella preparazione dei pasti.

Ciò che abbiamo detto vale in gran parte anche per gli adolescenti, i quali tuttavia beneficiano maggiormente di un trattamento individuale in parallelo a quello dei familiari.



Come modificare positivamente il peso corporeo

Una volta calcolato l'IMC, è possibile stabilire insieme al proprio medico la necessità o meno di perdere peso. Per anni la terapia dell'obesità è stata concentrata esclusivamente sulla dieta, intendendo per dieta un periodo più o meno lungo di restrizione alimentare (mangiare una quantità di cibo molto ridotta, eliminare alcuni cibi, ridurre più o meno drasticamente le calorie).

Questa terapia determina un iniziale dimagrimento, spesso anche molto evidente, ma è inevitabilmente seguita dal graduale recupero del peso, che finisce addirittura per superare il peso di partenza. Ciò avviene sia perché nessuno può restare a dieta per sempre, sia perché l'organismo si oppone tenacemente a qualsiasi brusco turbamento del proprio equilibrio, compreso quello del peso.

Dobbiamo aggiungere che i regimi dietetici che spesso vengono proposti sono totalmente inadeguati (ad esempio mangiare pochi cibi o tutti sconditi, fare solo due pasti al giorno, bere litri di tisane, eliminare drasticamente alcuni nutrienti, nutrirsi solo di altri e così via) e non possono essere portati avanti se non per brevi periodi.

Se si pensa alle speranze che si accompagnano all'inizio di una nuova dieta, al grande dispendio di denaro che spesso le diete comportano,

e ai sacrifici cui il soggetto si sottopone pur di avere un qualche risultato, si può comprendere come sia frustrante per il soggetto sovrappeso constatare che il peso, dopo una fase iniziale, non scende ulteriormente, nonostante gli sforzi compiuti.

Il soggetto obeso, spesso vittima dei pregiudizi riguardanti la sua presunta mancanza di volontà, inizia in molti casi a pensare di “avere qualcosa di sbagliato”, perché mentre lui “non riesce a stare a dieta”, molti professionisti del settore assicurano risultati duraturi. Può perciò rischiare di trascorrere gran parte della vita facendo diete su diete, perdendo peso e riguadagnandolo, senza mai risolvere il problema di base (fenomeno dello yo-yo).

Numerose evidenze scientifiche ci dicono che la dietoterapia indiscriminata non garantisce alcun risultato a lungo termine ed è anzi dannosa perché espone ad un veloce recupero del peso inizialmente perso.



Inoltre la condizione di obesità può accompagnarsi a sintomi depressivi o ansiosi, che non aiutano il soggetto ad affrontare con equilibrio l'obiettivo della perdita di peso e facilitano talvolta un discontrollo nel comportamento alimentare (abbuffate, spuntini frequenti, iperalimentazione notturna *etc...*).

La dieta stessa provoca spesso, qualora associata a un rapido dimagrimento, un peggioramento dell'umore che si può complicare con una vera e propria depressione.

Ogni programma di riduzione dell'eccesso del peso corporeo deve dunque essere condotto da uno specialista esperto di obesità, meglio se affiancato da altri specialisti del settore (dietista, endocrinologo, psicologo, psichiatra), affinché la perdita di peso sia lenta, progressiva, duratura e legata principalmente a modificazioni sostanziali dello stile di vita.

Perché sia efficace, un programma di dimagrimento deve necessariamente prevedere l'aumento dell'attività fisica, indispensabile per ottenere risultati duraturi, e l'utilizzo di tecniche specifiche volte a correggere alcuni comportamenti o abitudini alimentari dannose.

Quale terapia?

Attualmente le linee guida internazionali indicano che l'approccio all'obesità deve essere effettuato da professionisti di formazione diversa (nutrizionisti, dietisti, endocrinologi, psichiatri e psicoterapeuti) che lavorino in *equipe* costituendo una rete di supporto per il paziente.

Il processo terapeutico è infatti piuttosto lungo, richiede molte energie ed il lavoro di gruppo presenta la duplice utilità di motivare il paziente e seguire più attentamente i vari aspetti della patologia e della terapia.

A questo proposito numerose evidenze indicano nell'approccio cognitivo comportamentale (che sarà descritto più avanti) il trattamento più indicato nella grande maggioranza dei casi. La chirurgia è invece riservata esclusivamente a casi particolari di obesità.

Alcune tecniche per migliorare l'alimentazione

Migliorare il comportamento alimentare è il primo passo per ottenere una normalizzazione del peso corporeo, sia per i soggetti in sovrappeso, sia per quelli sottopeso. Un comportamento alimentare corretto implica un cambiamento di alcune abitudini che sono diventate la norma per la maggior parte dei soggetti. È frequente che i ritmi di lavoro costringano il soggetto ad alzarsi molto presto, a saltare la colazione, a posticipare l'ora del pranzo nel pomeriggio; nei casi di lavori che prevedono turni, avere un ritmo regolare è assai difficile. Ecco alcune situazioni su cui è possibile concentrare i nostri sforzi per correggere in modo realistico i più comuni errori alimentari:

- Fare sempre la spesa in base ad una lista programmata con cura: i supermercati ci tentano offrendo prodotti che spesso in realtà non ci servono.*
- Fare la spesa dopo aver mangiato: sarà più facile, essendo sazi, non lasciarsi tentare.*
- Evitare le confezioni formato famiglia o le offerte 3x2 o simili. · Tenere il cibo in una sola stanza: i dolciumi, i cioccolatini ed i liquori dovrebbero stare in un mobile e non sparsi in bella vista.*
- Programmare in anticipo ed in modo realistico quello che si mangerà nella giornata e nella settimana: fare il programma aiuta ad essere obiettivi evitando di mangiare in modo improprio (troppo o troppo poco).*
- Mangiare sempre nello stesso luogo: è importante concentrarsi sul fatto che si sta mangiando; bisogna evitare ad esempio di mangiare a letto o sul divano.*
- Mangiare lentamente, seduti, in un ambiente tranquillo e possibilmente insieme ad altri.*
- Fare un pausa tra una portata e l'altra per valutare la propria sazietà.*
- Non lavorare o fare altre cose mentre si mangia. Per riconoscere la sensazione di sazietà è importante dare il tempo ai sensori del cervello di codificare gli stimoli che vengono dallo stomaco. Per fare questo occorrono almeno venti minuti, per cui questa dovrà essere considerato come la durata minima di un pasto.*

Attività fisica

L'attività fisica aumenta il consumo di calorie perché aumenta la "vitalità" del tessuto muscolare, il quale si sviluppa a scapito della massa grassa. Aiuta inoltre a controllare l'appetito, riduce numerosi fattori legati all'obesità (ipertensione, elevati livelli della glicemia e del colesterolo) e combatte l'osteoporosi. L'attività fisica aumenta il benessere psichico, migliora l'umore, aumenta l'autostima e l'energia nella vita quotidiana. È l'unico strumento che si è dimostrato in grado di mantenere la perdita del peso corporeo opponendosi al fenomeno dello yo-yo.

Obesità. Concetti utili

L'obesità è una vera e propria malattia, che spesso provoca l'insorgenza di altre patologie; è molto diffusa nei paesi occidentali e può avere molte cause. Il ruolo principale nello sviluppo e nel mantenimento dell'obesità è giocato dal mantenimento di uno stile di vita malsano, nel quale:

- A) l'alimentazione è povera di frutta, verdura, fibre e ricca di zuccheri semplici e grassi animali (abbondanti nei pasti preconfezionati);*
- B) l'attività fisica è estremamente ridotta o inesistente. La terapia dell'obesità deve risultare dall'integrazione di una dieta moderatamente ipocalorica, un miglioramento del comportamento alimentare e delle abitudini di vita e un aumento dell'attività fisica.*



Cosa è un Disturbo del Comportamento Alimentare?

I DCA sono patologie in cui il sintomo più evidente è l'alterazione del comportamento alimentare, unito a una valutazione estremamente negativa del proprio corpo, della sua immagine e del peso.

È molto frequente che i soggetti affetti siano convinti di essere grassi pur essendo sottopeso, abbiano il terrore di ingrassare pur mangiando pochissimo, o si sentano spinti ad alternare momenti di digiuno a momenti in cui vengono ingerite grosse quantità di cibo.

È importante ricordare che tali sintomi sono vissuti dal soggetto con grande partecipazione e sofferenza, e che queste convinzioni sono così forti da non lasciare spazio, assai spesso, a nessun tipo di ragionamento o trattativa.

Ai sintomi si associano a lungo andare depressione, ansia, irritabilità, comportamenti rituali o aggressivi, che si attenuano e scompaiono generalmente con la risoluzione del problema alimentare.

Spesso i DCA si presentano all'esordio con pochi sintomi e non assumono le caratteristiche cliniche di anoressia o bulimia conclamate, rischiando di passare inosservati per lunghi periodi; queste forme, che chiameremo subcliniche, sono molto diffuse ed è raccomandabile non trascurarle dato che spesso rappresentano la fase iniziale dei disturbi conclamati.

Perché non bisogna sottovalutare un DCA

I DCA sono caratterizzati da un'elevata mortalità, che dipende in larga parte dalle complicazioni mediche secondarie ai disturbi iniziali, e in parte dall'elevato rischio di suicidio.

Numerosi studi indicano come la mortalità varia dal 5% al 18%, è più alta quando la malattia ha una lunga durata, è dovuta spesso a problemi cardiocircolatori (aritmie, arresto cardiaco) o come già accennato a tentativi di suicidio. La mortalità nei soggetti affetti da DCA è più elevata rispetto a tutte le altre patologie psichiatriche.

Sintomi caratteristici dei soggetti con DCA

- Elevata paura di ingrassare anche se il peso è normale o basso
- Pesarsi continuamente / Rifiutare categoricamente di pesarsi
- Controllare per molto tempo (ore) il proprio corpo o alcune sue parti davanti allo specchio
- Sentirsi grassi
- Rifiuto di mangiare la maggior parte dei cibi
- Digiuno prolungato
- Alternanza digiuno/abbuffata
- Utilizzo costante di strategie per non aumentare di peso dopo aver mangiato anche modeste quantità di cibo (vomito, uso di lassativi o prodotti dimagranti, uso di diuretici, esercizio fisico estenuante)
- Sensazione di perdita di controllo sul cibo o sulla fame (sentirsi spinti a divorare il cibo, senza riuscire a fermarsi)
- Provare costantemente profondi sensi di colpa relativi al cibo, al peso o alla forma corporea
- Cercare di buttare via o nascondere il cibo per non mangiarlo
- Convinzione che il proprio valore dipenda esclusivamente dal peso e dall'aspetto fisico
- Sensibilità esagerata ai commenti altrui sul peso o l'aspetto fisico

***Nota Bene:** non è necessario presentare tutti questi sintomi per essere ammalati di DCA e non è detto che la presenza di uno solo di questi sintomi, per un periodo limitato di tempo, permetta di fare diagnosi. Ad ogni modo, nel caso in cui vostro figlio/a manifesti questo tipo di sintomi sospetti per un DCA, è molto importante fare riferimento ai medici competenti il più presto possibile, per poter affrontare la cosa con maggior tempismo e quindi anche con maggior serenità.*

I comportamenti alimentari non equilibrati

Un discorso a parte meritano quei comportamenti alimentari particolari che, pur non rappresentando di per sé un disturbo alimentare, possono esserne alla lunga la causa o comunque favorire l'insorgere di danni alla salute del soggetto, a causa di una alimentazione sbilanciata. Ci si

riferisce ai soggetti vegetariani estremi, a coloro che eliminano per principio alcuni alimenti dalla dieta o anche a coloro che seguono una dieta fin troppo rigidamente salutista e controllata. Se infatti nel primo caso si possono verificare pericolose carenze di sostanze essenziali, nel secondo caso la presenza di un eccessivo controllo sull'alimentazione può nascondere un DCA agli esordi.

Anoressia nervosa (AN)

Il termine anoressia deriva dal greco e indica letteralmente “mancanza di appetito”. Questo termine è abbastanza improprio poiché in realtà le persone affette da AN non smettono mai di avere fame, ma hanno così tanta paura del cibo che tentano di ingannare lo stimolo della fame (bevendo, ad esempio, notevoli quantità di acqua o mangiando grandi quantità di verdure o fibre) oppure lo negano (rifiutando di alimentarsi o dichiarandosi sazi dopo minuscoli bocconi).



L'AN è una patologia che ha come nucleo caratteristico un'estrema paura di aumentare di peso, una profonda sensazione di essere sovrappeso o francamente grassi (pur essendo spesso già molto magri o normopeso) e il continuo timore di perdere il controllo sul proprio peso, sul cibo e sul corpo. Per questi motivi, i soggetti affetti cercano di ridurre il più possibile l'assunzione del cibo, eliminano alcuni cibi considerati pericolosi per la linea e cercando in ogni modo di perdere peso (anche a costo di mentire sull'assunzione di cibo e sostenere enormi liti con i familiari).

I soggetti anoressici solitamente:

- A) rifiutano di mantenere il peso corporeo al di sopra o al pari del peso minimo normale per l'età e per la statura (il loro peso rimane al di sotto dell'85% di quello previsto come appropriato)
- B) provano un'intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando sono francamente sottopeso
- C) vivono il peso o la forma del corpo in modo alterato; il peso e la forma del corpo hanno eccessiva influenza sui livelli di autostima. Rifiutano inoltre di ammettere la gravità del loro sottopeso tendendo a minimizzare
- D) vanno incontro a amenorrea (assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi) nelle femmine, impotenza nei maschi

Si possono riconoscere due forme di anoressia, caratterizzate dalla presenza o meno di comportamenti estremi per controllare il peso e le calorie:

A) Anoressia con abbuffate e/o condotte di eliminazione, in cui ci sono frequenti perdite di controllo nell'alimentazione, abbuffate con grandi quantità di cibo e uso di metodi per non aumentare di peso come provocarsi il vomito, usare lassativi o diuretici, dedicarsi ad esercizio fisico estenuante.

B) Anoressia con restrizioni (restrittiva), caratterizzata da una riduzione drastica della quantità di cibo ingerita, fino ad arrivare al digiuno. Il peso è molto basso e si cerca spesso di ridurlo ulteriormente senza ricorrere ad abbuffate o vomito se non saltuariamente.

Alcune delle caratteristiche più ricorrenti nei soggetti con anoressia nervosa

- Dimagrimento grave o ingente perdita di peso
- Paura di aumentare di peso
- Sensazione di essere grasso/a
- Paura di ingrassare
- Scomparsa delle mestruazioni, oppure impotenza
- Continui tentativi di mantenere basso il peso
- Aumento del dispendio energetico (esercizio fisico), negando la fatica

- Eccessivo perfezionismo (nelle attività scolastiche e non)
- Frequenti sbalzi d'umore con progressiva chiusura rispetto ad amici e parenti
- Tendenza a consumare i pasti in solitudine
- Notevole interesse per i libri di cucina e per le ricette
- Tendenza a cucinare per parenti e amici veri e propri manicaretti (senza assaggiarli)
- Tendenza a nascondere il cibo, a sminuzzarlo in piccoli pezzi e a mangiarlo assai lentamente.

Sintomi associati

I soggetti affetti da AN solitamente presentano anche disturbi relativi all'umore, oscillando da un'iniziale euforia e iperattività ad una progressiva depressione, con profonda tristezza, apatia, perdita di interesse per le cose piacevoli, allontanamento dagli altri, perdita di concentrazione e memoria. Tali disturbi, in parte dovuti allo squilibrio nutrizionale e al dimagrimento (vedi box), solitamente si riducono con il graduale recupero del peso. Altri sintomi che si possono manifestare sono i disturbi d'ansia, relativi soprattutto ai momenti del pasto, o a situazioni sociali che implicano il consumo di cibo. Spesso le festività, i compleanni o le cene fra amici e parenti sono vissuti come vere e proprie prove di autocontrollo, cui spesso i pazienti finiscono col rinunciare.



Un altro disturbo che possiamo trovare associato all'anoressia nervosa è il disturbo ossessivo-compulsivo, in cui il soggetto è in preda a continui pensieri sul corpo e il cibo che non lo abbandonano mai, neanche a scuola o sul lavoro; ciò rende molto difficile per questi soggetti mantenere gli elevati livelli di rendimento cui sono abituati perché sono continuamente distratti. Il soggetto, nel tentativo di diminuire la sua preoccupazione, esegue continuamente alcuni rituali, come sistemare le pietanze sul tavolo in un certo ordine, contare ripetutamente le calorie degli alimenti, mangiare sempre agli stessi orari, con la stessa apparecchiatura o con lo stesso abito. Tali abitudini riguardano anche il corpo, che diventa oggetto di estenuanti esercizi fisici o di minuziosi e ripetuti controlli al tatto o alla vista davanti allo specchio, oppure di pesate giornaliere multiple (alcuni soggetti arrivano a pesarsi 10 – 15 volte al giorno).



Effetti del digiuno

È stato dimostrato che anche soggetti sani che si sottopongono a diete estreme o digiuno per limitati periodi di tempo vanno incontro ad una serie di cambiamenti del loro comportamento ascrivibili alla malnutrizione. Queste modificazioni riguardano: Atteggiamenti particolari nei confronti del cibo come preoccupazione estrema per le calorie, esagerato consumo di caffè o bevande stimolanti, rituali alimentari bizzarri, occasionali abbuffate. Sintomi quali ansia, depressione, irritabilità e attenzione esasperata nei confronti di argomenti quali cibo e corpo; isolamento sociale. Diminuzione di memoria e concentrazione. Modificazioni fisiche come insonnia, metabolismo rallentato, debolezza, elevata sensazione di freddo, rallentamento dei battiti cardiaci. Tutti questi sintomi, che sono tipici dell'anoressia, regrediscono lentamente con il recupero del peso corporeo. Tale recupero deve sempre avvenire lentamente poiché un recupero troppo rapido del peso può essere a sua volta causa di complicanze mediche. Bisogna inoltre considerare che un graduale aumento del peso è importante per permettere al paziente di accettarlo più serenamente. In questa fase il soggetto deve essere seguito da diverse figure professionali dato che è dimostrato che un intervento, basato esclusivamente sul recupero del peso, è destinato a fallire.

Bulimia nervosa (BN)

La bulimia è caratterizzata dalla presenza di ricorrenti abbuffate con forti sensazioni di perdita di controllo sul cibo (vedi box).

Anche la Bulimia Nervosa può avere due sottotipi:

Bulimia Nervosa con condotte di eliminazione: in cui si utilizzano le strategie finalizzate a non aumentare di peso (vomito etc.);

Bulimia Nervosa senza condotte di eliminazione: si ricorre al digiuno o all'esercizio fisico eccessivo, ma non al vomito o all'uso di lassativi e diuretici.

Cosa è un'abbuffata?

Per abbuffata si intende mangiare in un definito periodo di tempo (esempio mezz'ora) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili, accompagnata dalla sensazione di perdere il controllo sul cibo (ad esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando). Spesso la spinta a mangiare voracemente è così forte che il soggetto non riesce neppure a scegliere cosa mangiare, ma consuma a caso pietanze dolci, salate, talvolta solo parzialmente cucinate, senza riuscire a sentire nessun sapore. Solitamente l'abbuffata termina quando il soggetto inizia a sentirsi male per l'eccesso di cibo introdotto, oppure quando è finito tutto quello che era possibile mangiare. Di solito l'esperienza di un'abbuffata provoca profondi sensi di colpa e/o di paura di acquistare peso e lascia il soggetto assai spossato e triste.

Le abbuffate sono vissute con estrema vergogna e disagio e spesso sono seguite da strategie utilizzate per prevenire l'aumento di peso (vomito, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo).

I soggetti bulimici hanno spesso un peso normale ma sono costantemente preoccupati per il cibo, la forma e il peso corporei, si sentono spesso inadeguati ed estremamente sofferenti, anche perché provano una



forte sensazione di vergogna relativa sia al loro corpo che alle loro perdite di controllo, che confessano con enorme sofferenza. Il loro benessere e la loro autostima finiscono per essere costantemente e esclusivamente influenzati dai problemi relativi al cibo e alla paura di perdere il controllo.

La sensazione peggiore provata da questi soggetti è l'incapacità di frenare l'impulso a compiere un'abbuffata, vale a dire la perdita di controllo. La vergogna che si associa a questi sintomi è così grande che molti pazienti riescono a condurre una vita apparentemente normale senza destare nei familiari o amici alcun sospetto, vivendo le loro perdite di controllo in segreto e solitudine.

È importante considerare che le abbuffate sono quasi sempre secondarie alla dieta estrema e al digiuno e tendono a scomparire con la normalizzazione dell'alimentazione.

È dunque fondamentale che il soggetto possa lavorare con un'*équipe* di specialisti allo scopo di regolarizzare l'assunzione di cibo, dato che la diminuzione delle abbuffate provoca di per sé un aumento dell'autostima, una maggior fiducia nelle proprie capacità e la sensazione di poter in qualche modo combattere attivamente il disturbo.

Cosa significa perdere il controllo?

Nell'accezione comune il concetto di perdere il controllo implica il non riuscire a padroneggiare qualcosa, e spesso ciò viene ricondotto a una cattiva od insufficiente volontà del soggetto. In realtà quando si parla di perdita di controllo nei DCA, bisogna allontanarsi da questo tipo di definizione, evitando di attribuire il disturbo ad una mancanza di volontà o di impegno da parte del soggetto. I soggetti affetti da DCA, pur sembrando determinati a perseguire i loro comportamenti patologici e rifiutando per lungo tempo qualsiasi forma di aiuto, si rendono molto spesso conto degli effetti negativi del loro comportamento, ma non sempre riescono a eliminare i sintomi, anche se aiutati da terapeuti esperti. Questo è dovuto al fatto che perdere il controllo e quindi abbuffarsi con grandi quantità di cibo non è qualcosa di voluto, ma bensì è subito dal soggetto e vissuto come un pericolo di fronte al quale si sente impotente. È pertanto molto importante che familiari e amici non accusino i soggetti di poca volontà o scarsa capacità di resistere agli impulsi, ma cerchino quanto possibile di affiancare soggetto e terapeuta nella battaglia contro il disturbo. Nota Bene: tale discorso vale anche per i soggetti obesi, cui spesso si rinfaccia una totale mancanza di volontà riguardo al perdere peso.



Alcune delle caratteristiche più ricorrenti nei soggetti con bulimia nervosa

- Preoccupazione per il peso e la forma corporee
- Bassi livelli di autostima
- Tentativi continui di stare a dieta, abolendo alcuni cibi ritenuti ingrassanti
- Alternanza di periodi di digiuno e di abbuffate, anche nella stessa settimana
- Utilizzo frequente di strategie che compensino l'eccesso di calorie assunto con la dieta
- Frequenti sbalzi d'umore, con momenti di euforia alternati a momenti di profonda tristezza (che solitamente anticipano e/o seguono le abbuffate)
- Umore depresso
- Peso solitamente normale
- Irregolarità mestruali

Sintomi associati

Alla bulimia nervosa si associano frequentemente disturbi dell'umore, come depressione o ansia, che tendono a mantenere il disturbo e ad ostacolare la guarigione. L'umore di questi soggetti ha spesso marcate oscillazioni: nello stesso giorno o comunque in periodi molto brevi si passa dall'euforia alla tristezza più nera, e ciò è dovuto in gran parte alla valutazione del proprio corpo, alla stima di sé e all'alternanza digiuno/abbuffate.

I soggetti con bulimia sembrano avere una maggior percentuale di comportamenti autolesivi, come cercare di provocarsi ferite o bruciature, consumare alcolici o sostanze stupefacenti, associati a marcata sofferenza.

Per tali caratteristiche questi soggetti possono facilmente incorrere in tentativi suicidari, e devono dunque essere attentamente seguiti da personale specializzato.

Anche in questo caso il supporto della famiglia e l'alleanza dei vari membri contro il disturbo può essere determinante per promuovere il miglioramento.

Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCANAS).

I Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCANAS) sono i DCA che non presentano tutti i sintomi o segni dei disturbi conclamati, e che per questo possono essere diagnosticati molto tardi o sfuggire all'osservazione del medico poco esperto o dei genitori, anche se possono essere molto gravi.

Alcuni esempi di DCA NAS:

1. Ci sono tutti i segni e sintomi dell'anoressia nervosa ma il ciclo mestruale è regolare.
2. Ci sono tutti i segni e sintomi dell'anoressia nervosa ma il peso è normale.
Questo è il caso del soggetto obeso che in brevissimo tempo perde molto peso riducendo drasticamente l'assunzione di cibo o aumentando l'esercizio fisico e che ad un occhio distratto può passare inosservato.
3. Ci sono tutti i segni e sintomi della bulimia nervosa che tuttavia si manifestano di rado
4. Il soggetto ha un peso normale che viene mantenuto evitando di assumere calorie e cercando di bruciarne il più possibile per timore di ingrassare.
5. Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo per ingannare la sensazione di fame.

Una nota a parte merita il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), in cui il soggetto ha ricorrenti episodi di abbuffate ma non cerca di consumare le calorie in eccesso né ridurre il peso corporeo con le strategie di compenso tipiche degli altri DCA. I soggetti affetti da DAI hanno in genere un peso superiore alla norma, consumano in brevissimo tempo grandi quantità di cibo e provano un'intensa sensazione di perdita di controllo. Solitamente tali soggetti si vergognano sia del loro stile

alimentare disturbato che del loro corpo, hanno una scarsa autostima e sono estremamente condizionati da questo problema nei rapporti con il prossimo. Attualmente si ritiene che circa un ventesimo dei soggetti obesi sia affetto da DAI.

DCA. Concetti utili

I DCA sono malattie che non dipendono dalla volontà della persona che ne soffre. I tentativi di migliorare il proprio aspetto fisico e di cambiare la propria immagine costituiscono negli adolescenti la causa per iniziare una dieta dimagrante o incrementare sistematicamente l'esercizio fisico. Profonde alterazioni del comportamento alimentare in adolescenti fino ad allora apparentemente normali non devono mai essere sottovalutate.

Diffusione dei DCA

Come già detto in precedenza, i DCA hanno un'origine assai antica, anche se la loro diffusione è stata massima negli ultimi trent'anni, e colpiscono perlopiù adolescenti e giovani donne. Attualmente la diagnosi di DCA viene effettuata con elevata frequenza in molti paesi del mondo, e si presta maggiore attenzione alle prime fasi del disturbo, cercando di fare una diagnosi precoce e di essere molto tempestivi nel trattamento. Bisogna ricordare che la distribuzione per aree geografiche mostra una maggiore diffusione nei paesi occidentali, nei quali non ci sono differenze all'interno dei diversi gruppi culturali. Etnie diverse, che entrano in contatto con il modello culturale occidentale, presentano un aumentato rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare rispetto ai soggetti che restano nel loro paese d'origine. Attualmente si calcola che nella fascia di popolazione più a rischio, quella di adolescenti e donne fra i 12 ed i 25 anni, si possa fare diagnosi di DCA nel 10% circa di soggetti, percentuale che talvolta arriva al 20%. I DCA sono però presenti sia in popolazioni più giovani, per cui l'età di esordio del disturbo si sta abbassando, sia in popolazioni di soggetti adulti (numerose sono i casi di esordio intorno ai trent'anni d'età).

I DCA colpiscono soltanto le donne?

Nonostante il maggior numero di soggetti malati sia di sesso femminile, è vero che tali patologie colpiscono anche soggetti di sesso maschile, con le stesse caratteristiche di presentazione e gli stessi esiti. Si dice che la proporzione fra femmine e maschi affetti sia di 9 a 1 – 20 a 1, ma numerosi studi recenti ci indicano che il fenomeno dei DCA nei maschi sta aumentando. Se pensiamo ai nuovi modelli di bellezza che ultimamente impongono ai maschi una cura del corpo esasperata e meticolosa per raggiungere e mantenere un fisico muscoloso e atletico e a come si sta diffondendo, anche nell'immaginario maschile, l'idea della dieta come mezzo per avere un fisico ideale, non dobbiamo stupirci del crescente numero di ragazzi che sviluppano un disturbo alimentare. Considerato

questo, bisogna dunque dire che i DCA non sono una malattia esclusiva del sesso femminile, ma colpiscono indipendentemente dal sesso per una molteplicità di fattori fra cui uno dei più importanti è l'influenza culturale.

Le cause

Per molti anni un alterato rapporto genitori-figli è stato proposto come causa dei DCA, attribuendo una gran parte della responsabilità soprattutto alle madri.

Questa ipotesi, che ha provocato un senso di colpa in svariate generazioni di madri, si è poi rivelata solo parzialmente veritiera, e numerosi studi dimostrano che l'origine dei DCA è multifattoriale. Questo termine indica che il disturbo è dovuto a più cause ed è mantenuto da diversi fattori (biologici, personali, familiari, socioculturali *etc.*). Un approccio di questo tipo è più funzionale per il trattamento del disturbo e non dà luogo a ingiustificati sensi di colpa, permettendo un miglior coinvolgimento della famiglia nel trattamento.

Quando il DCA esordisce in giovani o giovanissimi soggetti, il coinvolgimento dei familiari risulta indispensabile per un trattamento efficace. È pertanto sbagliato amplificare i sentimenti di colpa o di impotenza che molti genitori spesso hanno in questi casi. È utile invece rendere partecipi, quando possibile, i familiari, assegnando loro compiti precisi per aiutare attivamente i figli a gestire il problema alimentare.

Passando in rassegna le cause dei DCA, innanzitutto dobbiamo sottolineare che la loro insorgenza è promossa dalla presenza di idee errate e dannose (dette disfunzionali) nei riguardi del peso e delle forme corporee, spesso patrimonio della propria cultura, sia familiare che sociale. Il raggiungere ed il mantenere un peso ai limiti della norma o francamente inferiore è una sorta di imperativo culturale, molto ben radicato nelle società occidentali perché legato da tempo all'immagine del benessere e della piena realizzazione personale.

I soggetti più suscettibili a questo tipo di richiamo sono donne giovani o giovanissime con una bassa opinione di sé e dunque spesso insicure, che vedono nel raggiungimento di un basso peso e di una più accettabile forma fisica la soluzione degli insuccessi della loro vita.

Se inizialmente si cerca di diminuire il peso e cambiare l'aspetto fisico o con la sola dieta o con le strategie di compenso già citate, alla fine si può instaurare un pericoloso circolo vizioso (dieta – abbuffata – vomito – dieta – abbuffata – vomito e così via) che monopolizza interamente la mente del soggetto.

Secondo alcuni autori il soggetto anoressico combatte contro il suo corpo, non potendo sostenere i cambiamenti, fisici e psichici, legati al passaggio dall'infanzia all'adolescenza, e da questa alla vita adulta; non potendo evitare il suo nuovo corpo adulto, cerca di reagire a questa situazione amplificando i meccanismi di controllo sul peso e quelli di restrizione alimentare.

Cosa favorisce un DCA

In primo luogo le pazienti anoressiche provano almeno all'inizio della loro malattia una sensazione di forza, di estrema padronanza di sé e di superiorità rispetto a coetanei ed adulti, che deriva dal riuscire a perdere peso o dal mantenersi sottopeso a dispetto della fame, delle preoccupazioni sollevate nei familiari e dei commenti degli altri.



Ciò è dovuto al fatto che dopo aver trascorso un periodo spesso confuso, pieno di tristezza e paura riguardo al timore che il corpo possa cambiare o per la certezza che il corpo sia già orribilmente grosso e gonfio, finalmente si arriva ad una soluzione apparentemente definitiva

e sicura. La soluzione di cambiare comportamento alimentare o di controllare tenacemente la linea sembra fin dall'inizio una vera e propria sfida (la volontà ferrea contro i bisogni fisiologici, il digiuno o la malnutrizione contro un corpo che cresce) e si accompagna ad una netta riduzione dell'ansia. Inizialmente i soggetti con DCA appaiono infatti più tranquilli e sereni, perché hanno la sensazione di riuscire a gestire pienamente il loro corpo (e per questo affrontano col sorriso sulle labbra enormi sacrifici) e dunque di essere capaci. Si deve infatti considerare che il mantenimento della condizione di sottopeso si affianca spesso ad un senso profondo di realizzazione di sé, di piacere e di virtù, il che rinforza il comportamento anoressico e può aggravarne gli esiti, se non affrontato con tempestività.

Chi sviluppa un DCA tuttavia non è spinto esclusivamente da motivazioni socioculturali (tutti noi infatti siamo bersagliati ogni giorno da messaggi di questo genere, ma solo una minoranza sviluppa un DCA), ma nasconde invece spesso sottostanti e profondi fattori psicologici di disagio. L'anoressia oltrepassa di gran lunga i modelli estetici ideali, senza che lo stato di grave denutrizione turbi, almeno inizialmente, il soggetto affetto. I fattori sociali comunque rinforzano sempre il mantenimento del disturbo, promuovendo l'idea che la magrezza costituisca un indubbio valore distintivo, in grado di ridurre le insicurezze tipiche dell'età adolescenziale.



Fattori socioculturali

Sul mercato sono oggi facilmente reperibili un gran numero di riviste per adolescenti e non che pubblicano in ogni numero decine di pagine dedicate ad aspetto e forma fisica., In esse sono presenti consigli su come effettuare una dieta dimagrante o su cosa fare per migliorare la propria immagine. Da qualche anno gli editori si rivolgono con riviste specifiche anche agli uomini, diffondendo la cultura del *fitness*, della dieta, della perdita di peso a tutti i costi usando richiami culturali più maschili, come la necessità di avere un corpo muscoloso e forte.

Il continuo confronto con i mezzi di comunicazione (televisione, giornali, pubblicità) sembra esasperare la abituale tendenza degli adolescenti a adattarsi ai cambiamenti corporei attraverso altri cambiamenti, quali l'abbigliamento, il tipo di pettinatura, la scelta di orecchini o *piercing* etc.,. Un ruolo importante è dato anche dal desiderio di identificarsi con i propri coetanei, per cui si sviluppa la tendenza a emularne i comportamenti, nel tentativo di trovare in loro le risposte a quella sicurezza che non trovano in sé stessi, non avendo ancora una personalità strutturata in modo stabile.

Considerato tutto questo, non è difficile capire come quasi il 50% delle adolescenti voglia somigliare ai modelli dei media, talvolta fin da giovanissime, come nel caso di bambine delle scuole elementari che imitano le loro star preferite, non solo nel *look*, ma anche nello stile di vita, e dunque alimentazione, palestra, dieta etc.

Inoltre i modelli estetici ideali sono patrimonio culturale delle famiglie e dunque sono conosciuti anche dai bambini, che finiscono per considerarli un normale modello di riferimento. Sono infatti molti i bambini che esprimono la paura del grasso nonché il desiderio di iniziare una dieta anche se non ne hanno affatto bisogno.

Per molti anni, inoltre, i media hanno diffuso un identikit della ragazza affetta da DCA poco rispondente alla realtà, ma al tempo stesso affascinante; per molto tempo si è infatti detto che anoressia e bulimia sono caratteristiche proprie delle ragazze colte, intelligenti e di buona famiglia, appartenenti a classi agiate o addirittura alle famiglie reali. Questa visione elitaria del disturbo ha provocato una spinta all'emulazione dei modelli di magrezza, emulazione che è stata ed è sostenuta sia

dal desiderio di uniformarsi ai canoni estetici ideali, sia dal parallelo disprezzo per l'obesità, da cui deriva l'irrazionale paura di diventare obesi in soggetti normopeso o sottopeso.

Il disturbo alimentare esordisce quasi sempre dopo una dieta dimagrante intrapresa da un soggetto normopeso o con sovrappeso modesto. Non bisogna infatti dimenticare che soggetti adolescenti o giovani adulti che si sottopongono a una dieta rigorosa, aumentano di 18 volte il loro rischio di sviluppare DCA; una dieta più leggera lo aumenta comunque di 5 volte.

Attraverso il tentativo di raggiungere un'immagine corporea rispondente al modello ideale, si può facilmente rafforzare la distorsione dell'immagine corporea, che è un segno di psicopatologia.

Il soggetto vede il proprio corpo o parte di esso più grosso di quanto non sia in realtà, rifiuta il suo peso, quale esso sia, desidera perdere chili nonostante sia ben al di sotto del peso ideale, rifiuta di riprendere i chili persi, e nega la malattia e i rischi fisici legati alla malnutrizione.



Distorsione dell'immagine corporea

Per disturbo dell'immagine corporea si intende l'alterazione del modo di vedere il proprio corpo o alcune parti di esso, che appaiono agli occhi dei soggetti sproporzionalmente grandi rispetto alla realtà.

La percezione di un'immagine di sé grossa, gonfia o comunque assai sgradevole è così realistica e intensa che questi soggetti la credono reale, e dunque fanno il possibile per migliorarla.

Una grande parte del problema è rappresentata dal fatto che i soggetti sono insensibili alle rassicurazioni degli altri anche se spesso finiscono col chiedere continuamente conferme relative alla loro immagine.

Talvolta capita che il soggetto posto davanti allo specchio riconosca di essere magro, ma abbia lo stesso la sensazione interiore di essere grasso. Sentirsi grassi, così come vedersi grassi, contribuisce a mantenere il disturbo e aumenta notevolmente il senso di paura che questi soggetti provano.

La distorsione dell'immagine corporea occupa un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA. Essa è in gran parte promossa dall'affermazione di precisi canoni estetici e mantenuta nel tentativo di adeguarsi ad essi. Numerosi studi indicano che circa il 25% delle ragazze fra i 10 ed i 15 anni riferisce di sentirsi sovrappeso o obesa, anche se per la maggior parte sono normopeso o sottopeso, ed è stato notato che l'utilizzo di vomito o esercizio fisico estenuante si afferma nelle ragazze in maniera crescente con l'arrivo della pubertà e l'adolescenza, come tenace tentativo di controllo. In generale si può dire che lo stereotipo del corpo atletico e magro è diffuso al punto che ben il 50% di un ampio campione di giovani donne intervistate ha dichiarato di sentirsi grassa o obesa, affermando di ricorrere a diete e esercizio fisico, di saltare pasti o desiderare di perdere peso (anche se la maggior parte era normopeso) perché insoddisfatta del proprio corpo.

È interessante sottolineare che le grandi città dei paesi orientali, solitamente risparmiate dai DCA, cominciano adesso a popolarsi di soggetti affetti da queste malattie. Il problema si è recentemente esteso anche a paesi dove fino a qualche anno fa essere sovrappeso era indice di benessere e rispetto. Nelle isole Fiji i DCA sono comparsi non appena è stata diffusa la televisione satellitare americana.

Attività fisica e comportamento alimentare.

Se da un lato i vantaggi psicologici e fisici derivanti da un'attività fisica regolare siano ben noti, dall'altro molti studi hanno riscontrato uno stretto legame tra attività sportiva e DCA. Un esagerato aumento dell'attività fisica superiore alle normali abitudini ed alle reali necessità deve essere considerato sospetto di DCA, specialmente quando occupa la maggior parte del tempo disponibile, e rappresenta l'unico interesse perseguito con insistenza dal soggetto.

Infatti in un discreto numero di soggetti l'esercizio fisico eccessivo solitamente precede altri segni di DCA ed è spesso strettamente legato a una dieta rigida, per cui l'attività fisica tende ad aumentare mentre invece diminuiscono l'assunzione di cibo ed il peso.

Per molti anni si è parlato di discipline sportive a che possono favorire l'insorgenza di un DCA, fra cui danza classica, pattinaggio, atletica e in generale gli sport che hanno come caratteristica specifica il controllo costante del peso-forma per mantenere un livello ottimale di prestazione.

L'attenzione per il peso e la forma in certi settori dello sport è quasi sovrapponibile a quello dei pazienti affetti da DCA, con utilizzo di diete rigorose (spesso sbilanciate dal punto di vista nutrizionale) e di strenua attività fisica allo scopo di mantenere il peso nei limiti stabiliti. Per questi sportivi, il rischio di sviluppare un DCA è legato alla forte pressione dell'ambiente in cui viene praticato lo sport e al desiderio di migliorare continuamente la propria *performance* e il proprio stato di preparazione fisica.

Solo da qualche tempo è stato dimostrato che una simile preoccupazione per l'aspetto fisico e per l'alimentazione, associata spesso all'eccessivo allenamento, si ha anche in categorie di sportivi di sesso maschile, come i *body builders*.

Nelle palestre in cui si pratica *body building* è molto diffusa la consuetudine di controllare il peso e l'aspetto fisico attraverso la prescrizione di diete (sbilanciate perché iperproteiche) o il consumo abituale di integratori alimentari allo scopo di aumentare drasticamente il peso e la massa muscolare.

In generale bisogna ricordare che l'eccessivo allenamento, combina-

to con cattive abitudini alimentari e spesso anche con condotte compensatorie (vomito, diuretici, farmaci anoressizzanti,) unito alla crescente diffusione dell'attività sportiva agonistica, può avere gravi ripercussioni sulla salute degli atleti. Dovrebbe essere raccomandato un atteggiamento attento e responsabile nei riguardi della salute dell'atleta, ancor prima che della sua forma fisica, per promuovere maggior attenzione verso più corretti tempi di allenamento e più equilibrate abitudini alimentari.

Le cause dei DCA. Concetti utili

*Riassumendo, si può dire che le cause che possono portare allo sviluppo di un DCA sono molteplici. Fra queste alcune sono necessarie per provocare il disturbo (**fattori predisponenti**, senza di essi il disturbo non si manifesta), altre costituiscono l'innesco, l'inizio dei primi sintomi (**fattori scatenanti**), altri infine mantengono il disturbo e rendono difficile il processo di guarigione (**fattori di mantenimento**).*

Dal momento che le cause sono tante e diverse fra loro, per curare il disturbo non è necessario individuare di volta in volta la causa in gioco in quel caso.

Anche se per i familiari questo potrebbe risultare confortante, non è opportuno cercare a tutti i costi un colpevole o un perché della malattia. Impuntarsi sulla ricerca di una causa in una patologia che è invece promossa da tanti fattori finisce infatti per creare contrasti nella famiglia del soggetto affetto disperdendo le energie del nucleo familiare che dovrebbe invece essere compatto e unito.

Modelli di terapia

I problemi alimentari sono affrontati da diverse figure professionali (medici, nutrizionisti, psicoterapeuti, psichiatri) e con diverse metodologie di intervento.

In passato non esistevano linee guida riconosciute che indicassero il modo migliore di gestire questi disturbi, ed era molto frequente che per lungo tempo i soggetti malati venissero trattati da una sola figura professionale, con un'unica strategia di intervento (per esempio, solo la terapia nutrizionale, solo una delle svariate forme di psicoterapia, solo rigidi controlli medici e così via).

Si è visto da alcuni anni che il metodo più efficace per far fronte a questo tipo di disturbi è rappresentato da un approccio multidisciplinare (con più professionisti a gestire il problema) e da una terapia “integrata” a cui prendono parte, ciascuno con le sue competenze, medici endocrinologi e internisti, psichiatri, psicoterapeuti, nutrizionisti e talvolta fisioterapisti.

Questa equipe non interviene contemporaneamente in tutte le fasi di malattia, ma è molto importante poter disporre di risorse di questo tipo durante le diverse fasi di malattia e soprattutto al momento iniziale, per poter stabilire l'entità del disturbo ed il più corretto trattamento. Il modello che viene proposto in questo testo si basa su un intervento di *equipe*, guidato sempre da personale medico.

Non bisogna dimenticare che i DCA sono malattie, a volte mortali, che spesso determinano gravi alterazioni delle condizioni fisiche dell'individuo.

È pertanto impensabile curarle senza l'intervento di un medico esperto nel loro trattamento e, allo stesso modo, è essenziale l'associazione con la riabilitazione nutrizionale e la psicoterapia.

Quale psicoterapia?

La psicoterapia Cognitivo Comportamentale si è affermata da molti anni come la psicoterapia con maggiore efficacia nel trattamento dei DCA. Molti terapeuti ricorrono ad altri tipi di psicoterapia, che pur possedendo una qualche efficacia non sono ben documentate dal punto di vista scientifico, per cui non è ancora possibile trarre conclusioni sufficientemente valide.

Un discorso a parte merita l'approccio sistemico relazionale, impostato sul trattamento della famiglia, che si è dimostrato valido nei soggetti di età inferiore ai 18 anni.

La psicoterapia Cognitivo Comportamentale permette spesso un efficace trattamento di patologie complesse quali i DCA e l'obesità, si avvale di protocolli di intervento, non prescinde dalle problematiche mediche, dal digiuno o da altre malattie concomitanti, il tutto nell'ottica di un trattamento integrato.

Si basa su una alleanza terapeuta – paziente, con la gestione del problema orientata alla diminuzione/scomparsa dei sintomi e al miglioramento generale delle condizioni psicofisiche. I compiti assegnati dal terapeuta al soggetto hanno lo scopo di aumentare l'autostima del paziente, e di allontanare l'idea di essere vittima di un circolo vizioso da cui non è possibile uscire. Anche questa terapia prevede alcuni incontri con le famiglie dei soggetti al fine di creare una rete che sostenga paziente e famiglia nel difficile percorso verso la guarigione.

Come aiutare un soggetto obeso durante il trattamento: il problema della motivazione

La terapia dell'obesità, per essere efficace, deve mirare a importanti cambiamenti nello stile di vita. Essi riguardano principalmente la riduzione della sedentarietà e la correzione di abitudini alimentari distorte. Questi cambiamenti richiedono molto tempo, sia nella prima fase della terapia (fase della motivazione al cambiamento), sia nelle fasi successive, che prevedono la messa in atto di modifiche comportamentali e successivamente il loro consolidamento al fine di renderle parti integranti delle proprie abitudini. Chi affronta il percorso terapeutico ha dunque davanti a sé una strada piuttosto lunga e impegnativa, dovendo modificare abitudini spesso molto radicate.

Le abitudini che più frequentemente ostacolano la normalizzazione del peso sono: effettuare pasti sproporzionati e/o sbilanciati, saltare i pasti, concentrare in un solo pasto la maggior parte dei nutrienti, consumare aperitivi o alcolici, utilizzare spuntini come pretesto per fare pausa al lavoro.

La sedentarietà è una abitudine assai dannosa che deve necessariamente essere modificata per lasciare il posto ad una attività fisica sana e regolare; una corretta attività fisica migliora l'umore, può ridurre l'appetito e, se svolta correttamente, contribuire grandemente alla perdita di peso corporeo ed al mantenimento di tale perdita.

I cambiamenti proposti, riguardo al cibo ed alla attività fisica si attuano con difficoltà maggiore rispetto ad una semplice dieta ipocalorica, perché richiedono il coinvolgimento attivo del paziente e una modifica del suo stile di vita. E' quindi molto importante che il paziente sia periodicamente stimolato a verificare con i suoi terapeuti i risultati raggiunti e impari da subito a prevenire i momenti più difficili in cui la tentazione di abbandonare il programma si fa molto forte (ad esempio, vacanze, momenti stressanti *etc...*).

Mantenere questi propositi è molto complicato anche per quei sog-

getti che richiedono aiuto attivamente e sono molto determinati nei loro obiettivi. Accade però che a volte si presentino al medico soggetti che all'inizio non sembrano voler aderire al percorso terapeutico, perché vi sono semplicemente stati trascinati dai familiari. La scarsa motivazione rappresenta sempre un ostacolo al successo del trattamento, e può generare nei confronti del terapeuta o del programma sentimenti che vanno dalla ostilità, alla indifferenza, fino alla ribellione aperta. In questo caso è necessario che il terapeuta lavori insieme al paziente sull'importanza della motivazione, valutando con lui vantaggi e svantaggi di un cambiamento.

Questo discorso è particolarmente evidente nel trattamento della obesità infantile, in cui la ribellione agli schemi imposti può essere molto forte. Nell'attesa di iniziare il programma, o nelle sue prime fasi, i genitori dovrebbero pertanto astenersi dal dare consigli o dal fare commenti, senza ricorrere a ricatti, minacce o promesse di premi per spingere il soggetto a seguire la terapia. I genitori inoltre non dovrebbero farsi condizionare da eventuali lamentele del figlio nei riguardi della terapia: essi non dovrebbero permettergli di interromperla senza un motivo valido, né di cambiare continuamente terapeuta nella speranza di trovare quello giusto. In queste prime fasi è essenziale che i genitori ribadiscano ai figli con fermezza la reale necessità di un trattamento, cercando di spiegare che si tratta di salute e che non è possibile rimandare o delegare ad altri la soluzione. D'altro canto, nel caso in cui la motivazione al trattamento cresca, i genitori non devono diventare troppo pressanti chiedendo al figlio ogni giorno i suoi programmi, intenzioni e progressi.

In ogni caso, l'inizio della terapia per il soggetto obeso può essere molto difficile; di solito egli ha una storia di diete fallite, si è sentito dire molte volte che non si impegna abbastanza e che la sua condizione di obeso dipende esclusivamente dalla sua poca volontà. Questo può rallentare il processo di cambiamento, che richiede comunque costanza, pazienza, e sostegno di familiari e conviventi.

Chi intraprende un programma di normalizzazione del peso, soprattutto se adolescente, deve essere affiancato nel suo percorso dai familiari. I familiari, ma anche gli amici, dovrebbero avere informazioni esaurienti sul metodo utilizzato, conoscere i punti chiave del programma e

incoraggiare il soggetto. È importante che il soggetto avverta la complicità dei familiari, che li senta vicini e ben disposti a sostenere il suo cambiamento. Una comprensione del problema aumenta la fiducia del soggetto nelle sue possibilità, lo rende più forte e anche più sereno. Il ruolo del familiare è difficile, perché si richiede una partecipazione alla terapia che va dalla condivisione dei pasti, al cambiamento delle abitudini nocive (sedentarietà), al sostegno psicologico nei momenti difficili. In queste fasi il familiare non deve mai assumere il ruolo di censore (ad es. “ricordati che sei a dieta” oppure “sei sicuro che puoi mangiare il gelato?”) oppure, al contrario, mettere alla prova il figlio/parente in trattamento. È importante inoltre che non vengano dati giudizi sull’operato del paziente.

Come aiutare un soggetto affetto da DCA durante il trattamento: il problema della motivazione

Chi ha un disturbo alimentare, soprattutto nelle prime fasi non pensa di essere malato, e tanto meno di dover intraprendere una terapia.

Di solito i soggetti con DCA nascondono molto bene i sintomi (ad esclusione del rapido dimagrimento o del marcato aumento di peso, che risultano più evidenti all'esterno) e possono dunque passare inosservati per un lungo periodo.

I genitori e gli amici di soggetti che presentano sintomi sospetti per un DCA, dovrebbero discutere con il soggetto la possibilità di iniziare un percorso terapeutico, affrontando il problema con fermezza e decisione. Chi ha un disturbo alimentare spesso si vergogna molto dei sintomi (soprattutto di quelli legati alla perdita di controllo), cerca di minimizzarli o nasconderli, oppure, specialmente se è anoressico, nega la malattia. Per portare un figlio dal terapeuta è spesso necessario imporsi, perché è molto difficile per un soggetto con DCA acconsentire al trattamento di un problema che per lui paradossalmente rappresenta una buona soluzione ad un problema preesistente (cioè la paura di non poter controllare il corpo, di non potergli impedire di ingrassare, di sentirsi brutto e grasso).

Anche in questo caso le minacce o i premi non hanno molto effetto, semmai inaspriscono il rapporto con il soggetto, che talvolta si trincerava dietro un ostinato mutismo; è preferibile motivare la decisione di consultare un medico con la preoccupazione per una situazione che sembra essere pericolosa per la salute e pertanto non è prorogabile.

È preferibile affrontare l'argomento in modo semplice e diretto, esprimendo preoccupazione per il soggetto piuttosto che chiedergli di fare qualcosa per farci stare più tranquilli o più felici. Il paziente deve affrontare il difficile percorso di guarigione per sé stesso, non per familiari, amici o conviventi. La richiesta di guarire per far stare meglio tutta la famiglia allontana il paziente dall'idea che guarire serve innanzitutto a

lui stesso, e lo mette nuovamente nella condizione di sentirsi in colpa per qualcosa che non dipende dalla sua volontà.

Se infatti la guarigione dipendesse dalla volontà, sicuramente molti soggetti affetti da DCA ben presto guarirebbero, se non fosse altro che per l'enorme senso di colpa nei confronti dei propri familiari.

Una volta che i familiari sono riusciti a portare il soggetto dallo specialista e a concordare l'inizio del trattamento, ha per loro inizio la parte più difficile; essendo il trattamento dei DCA piuttosto lungo e delicato, essi dovranno seguirlo in modo parallelo, magari sotto la guida di un medico esperto, al fine di non commettere errori durante il trattamento e rendere più facili i cambiamenti richiesti dalla terapia.

È buona norma evitare interferenze con il lavoro del proprio figlio insieme ai diversi terapeuti, sfruttando gli spazi concessi per avere o chiedere chiarimenti, senza pretendere di partecipare agli incontri del figlio o di conoscere tutto quello che il figlio pensa, racconta o fa durante la terapia.

Si chiede ai genitori di svolgere un compito molto difficile, considerata la loro preoccupazione, cioè si chiede loro di trascorrere molto tempo con i loro figli, affiancandoli nella difficile battaglia contro il disturbo senza assumere posizioni contrastanti rispetto a quelle concordate col terapeuta e con il figlio.

In altre parole non è ammissibile che i genitori leggano il diario alimentare dei propri figli o li scrutino mentre sono in cucina o in bagno per essere sicuri che non nascondano qualcosa, così come non dovrebbero contestare le decisioni concordate con i terapeuti riguardo alle quantità di cibo da assumere o al tipo di compiti a casa da svolgere.

Nonostante la forte preoccupazione, inoltre, bisognerebbe evitare che il disturbo alimentare diventi il centro della vita di una famiglia, l'unica materia di confronto e dialogo. È deleterio che tutti ne parlino, che ci si informi soltanto di come va il disturbo e che l'umore di tutta la famiglia, così come le decisioni di vacanze o incontri, dipendano dal decorso della malattia.

Anche il sentimento di vergogna è spesso molto presente nei familiari di soggetti con DCA, che si trovano alle prese con malattie poco conosciute e spesso attribuite a "superficialità", "cattiva volontà" o "cat-

tiva educazione” (ad es. un tipico pregiudizio è che i malati di DCA siano solo ragazzi viziati che non hanno null’altro di cui preoccuparsi).

Dal momento che è ormai noto che i DCA sono malattie, esattamente come la polmonite o la depressione o il diabete, bisognerebbe ridurre il sentimento di vergogna, che può essere molto controproducente per il trattamento.

La vergogna può infatti diminuire le risorse dei genitori e può aumentare il senso di incapacità che provano i figli nei confronti di sé stessi.

Non serve neanche cercare di attribuire la colpa del DCA a qualcuno; spesso i pazienti cercheranno di incolpare i genitori o i curanti, così come a loro volta i genitori potranno incolpare i figli, i terapeuti o la scuola per il problema, senza per questo promuovere un cambiamento significativo.

L’attribuzione di colpe più o meno gravi scatena di solito la ricerca di altri nuovi colpevoli e crea una situazione piuttosto tesa e confusa in tutta la famiglia (specialmente quando i genitori o altri conviventi si incolpano reciprocamente). Può capitare che siano perse molte energie nel tentativo di attribuire la colpa o di discolarsi di fronte ai terapeuti; in questi casi sarebbe meglio affrontare una terapia della famiglia, per risolvere al più presto quei conflitti che renderebbero assai complicata e lenta la guarigione. L’attenzione di tutti deve infatti essere focalizzata sul momento attuale, su come risolvere adesso i problemi che turbano il paziente.

Come abbiamo già detto, il soggetto con DCA tende progressivamente a isolarsi dagli altri e cerca di evitare consigli, critiche e commenti riguardo al suo problema. Egli spesso vive con estrema sofferenza l’interesse degli altri (familiari e non) nei confronti della sua malattia, e questo accade anche con gli estranei. Se questi ultimi, senza avere delle specifiche competenze in merito, danno consigli, fanno critiche, attribuiscono colpe o meriti, si rischia di aumentare la confusione nei familiari e soprattutto nella paziente. Quindi interventi di questo tipo devono essere il più possibile arginati.

Un altro atteggiamento da evitare è istituire una sorta di controllo poliziesco prima, durante e dopo i pasti, sia per vedere quanto mangia

veramente il paziente, sia per verificare la presenza di meccanismi di compenso (ad esempio perlustrare il bagno cercando eventuali tracce di vomito, esporre i pazienti a insinuanti interrogatori su come dove quanto hanno mangiato, pretendere di leggere il diario alimentare).

Il paziente non deve essere indotto a cambiare i propri comportamenti alimentari per far contenti la mamma, il babbo, il fidanzato e così via, e deve essere continuamente consapevole che mangia e mangerà unicamente per sé stesso e che il suo problema non riguarda tutta la famiglia.

È importante lavorare su cosa il paziente può mangiare, e magari aiutarlo nella preparazione del pasto, senza che questo diventi fonte di discussioni.

Tutto ciò è molto più facile se è stato concordato con il nutrizionista un programma alimentare perseguibile.

Comportamenti da evitare

- *Chiudere a chiave dispensa, cucina e altri posti dove è riposto il cibo. Essere lontani dal cibo non è sufficiente per bloccare una crisi bulimica.*
- *Togliere le chiavi del bagno per poter in ogni momento entrare e controllare se il paziente vomita. Vomitare non è un capriccio, ma una necessità impellente.
Ci sono pazienti che finiscono per vomitare altrove, o cominciano a digiunare perché non sono certi di poter vomitare se perdono il controllo facendo l'abbuffata.*
- *Interrogare il paziente su quanto ha mangiato, o su cosa pensa che mangerà domani e fare calcoli di calorie. Spesso alcuni cibi fanno paura indipendentemente dalle calorie: ad esempio la carne e il pesce sono di solito assai temuti anche se cotti al vapore.
Ha poco senso dire al paziente che "tutta quella frutta" ha più calorie di una fetta di carne, perché egli potrebbe spaventarsi ed eliminare anche i cibi che mangiava con relativa tranquillità.*
- *Sostituirsi al lavoro dei terapeuti cercando di aumentare le quantità pattuite di cibo, di introdurre nell'alimentazione cibi non programmati dal paziente, o di promettere premi se mangerà di più o di meno, a secondo della patologia in questione. Ad esempio: fare regali alla paziente bulimica qualora riesca a non abbuffarsi.*
- *Cedere ai capricci alimentari del paziente.*

Evitare di cucinare per gli altri familiari cibi detestati dal soggetto o cucinare per tutti cibi dietetici può servire per placare inizialmente le minacce e le discussioni, ma non motiva il paziente al cambiamento. La famiglia, pur assecondando il percorso alimentare del soggetto e preparando per lui i pasti stabiliti, può e deve conservare le sue abitudini alimentari.

- *Nascondere alimenti ipercalorici in piatti semplici e accettati dal paziente. Se ad esempio si cerca di nascondere la panna nel minestrone di verdure, o l'olio o quant'altro, il paziente accorgendosene potrebbe dubitare della volontà dei genitori di aiutarlo. La fiducia reciproca, difficilissima da mantenere, deve essere coltivata con cura.*

Le bugie

Molti genitori si arrabbiano quando scoprono che buona parte di un pasto è finita nascosta nella spazzatura, o che la propria figlia, salita in camera per studiare, sia invece a pedalare sulla cyclette nonostante l'accordo di non fare attività fisica, o che al mattino sono sparite le scorte di biscotti appena comprate e qualcuno ha giurato di non aver mangiato durante la notte. I tentativi dei pazienti di nascondere la verità non devono essere severamente etichettati come bugie.

Essi nascono infatti dalla necessità di controllare il peso o effettuare le abbuffate e i meccanismi di compenso, necessità primarie per questi soggetti e dunque difese in ogni modo.

Scoprire le bugie dette dai propri figli durante la malattia non deve far sì che essi vengano considerati come dei bugiardi incalliti: la bugia riguarda le tematiche del disturbo tanto che il soggetto in via di guarigione smette di mentire perché diminuiscono i sintomi che promuovono la bugia.

Una buona alleanza col terapeuta diminuisce la necessità di mentire, perché aumenta parallelamente la fiducia in sé stessi e negli altri. È molto importante per il paziente comprendere le varie caratteristiche della malattia, fra cui il bisogno di mentire, la vergogna etc. La loro conoscenza permette di ridurre le sue sofferenze e a rendere più alta la sua motivazione.

Comprendere la paura

Ai genitori e agli amici è inoltre richiesto un ultimo sforzo, il tentativo di comprendere una delle più misteriose caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare, cioè la paura.

Quando si parla di paura dobbiamo pensare ad un'emozione molto forte e intensa, che paralizza il soggetto e modifica il suo comportamento.

Potremmo dire che tutti i disturbi del soggetto sono promossi da alcune paure caratteristiche, dalla paura del grasso alla paura degli alimenti, a quella delle occasioni sociali e così via, a loro volta originate da una paura ancora più grande e totalizzante.

Questa è la paura di perdere il controllo, costante di tutti i disturbi alimentari, così intensa da condizionare le giornate del soggetto, e così forte da spingerlo a comportamenti spesso estremi e molto sofferti.

Per la paura di perdere il controllo, direttamente sul cibo o sul corpo, indirettamente su tutta la loro persona e sul loro modo di essere, i pazienti si sottopongono a severi regimi restrittivi, evitano occasioni desiderate ma pericolose per il loro progetto, come feste, compleanni, cene di lavoro e così via, trascorrono moltissimo tempo bloccati su decisioni giudicate dagli altri ridicole, come scegliere al ristorante cosa mangiare o cosa acquistare al supermercato, vivendo nel terrore di sbagliare e perdere.

Spesso la paura si manifesta quotidianamente, a tavola, davanti a porzioni minuscole di cibo, rese ancora più minuscole da un continuo tagliuzzare e sminuzzare. Altre volte si manifesta laddove non sia possibile pesare i cibi e conoscere con esattezza il loro contenuto calorico, altre ancora quando non sia possibile compensare un'avvenuta perdita di controllo.

Ogni momento la paura sta lì, insieme al soggetto, che spesso non riesce più a studiare o a lavorare o ad uscire con gli amici, perché sottoposto a emozioni negative assai forti e poco gestibili.

Si può affrontare la paura e imparare a gestirla opportunamente durante la terapia, non si può invece cercare di eliminarla spiegando al soggetto quanto sia incredibilmente fuori luogo avere paura di un piatto di spaghetti o di una festa di compleanno.

I familiari dovrebbero pertanto sforzarsi di non ignorare la paura e cercare insieme al soggetto di rimpicciolirla gradualmente.

Una buona risposta al trattamento si accompagna alla riduzione della paura e a una migliore gestione di questa emozione.

Notizie sugli autori

Valdo Ricca

Dirigente Medico di I Livello e Responsabile dell'Unità di Ricerca per lo Studio e la Terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliera Careggi.

Professore a Contratto dell'Università di Firenze.

Claudia Ravaldi

Medico Specializzando, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Firenze.

Edoardo Mannucci

Dirigente Medico di I Livello dell'Azienda Ospedaliera Careggi.

Professore a Contratto dell'Università di Firenze.

Carlo Maria Rotella

Professore Associato di Endocrinologia.

Responsabile della Sezione di Malattie del Metabolismo e Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera Careggi.

Gian Franco Placidi

Professore Ordinario di Psichiatria.

Direttore della Clinica Psichiatrica Universitaria della Azienda Ospedaliera Careggi.

Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Firenze.

Copertina e illustrazioni a cura di:
Claudia Ravaldi e Sara Ravaldi

Finito di stampare
Maggio 2002
da

