

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Con il termine Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si fa abitualmente riferimento ad alcuni disagi psichici caratterizzati da un alterato rapporto con il cibo e con il proprio corpo. In questi disturbi l'alimentazione può assumere caratteristiche assai disordinate, caotiche, ossessive e ritualistiche tali da compromettere la possibilità di mantenere normali attitudini verso il cibo e il momento del pasto.

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 dobbiamo pensare ad un disturbo alimentare.

Accanto all'alterazione del comportamento alimentare vi è anche un'alterata valutazione del corpo e delle sue forme, con la sensazione di essere grassi e brutti e quindi socialmente non accettabili cosa che può fortemente influenzare la propria autostima.

Esistono tre tipi di Disturbi del Comportamento Alimentare: anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge eating disorder.

L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da una restrizione dell'alimentazione dovuta ad un'eccessiva preoccupazione per il peso. Essa si esprime in una continua e ossessiva paura di ingrassare e nella ricerca spasmodica e ingiustificata di una continua ed estrema magrezza. I pensieri nei riguardi del cibo e del suo controllo divengono così presenti quotidianamente da impedire qualsiasi altra idea o riflessione. Nelle donne la perdita di peso è accompagnata dalla scomparsa delle mestruazioni (amenorrea).

L'ossessione verso il cibo si manifesta in alcuni specifici rituali alimentari quali: il mangiare molto lentamente e a piccoli bocconi, usare le posate in modo anomalo, nascondere il cibo e lasciare sempre qualcosa nel piatto, bere quantità eccessive di liquidi fuori pasto o al contrario non bere quasi mai, conteggiare le calorie di tutto quel che si mangia, controllare cosa e quanto mangia chi è a tavola con loro.

Vi sono poi implicazioni importanti sul piano emotivo in quanto emergono stati depressivi, ansiosi e di irritabilità oltre alla tendenza all'isolamento sociale anche perchè lo stare con gli amici prevede spesso momenti conviviali quali mangiare la pizza o il gelato e in queste occasioni chi soffre di anoressia sperimenta solo ansia, imbarazzo, voglia di evitamento e di autoesclusione.

Tale disturbo è presente in uguale misura in tutte le classi sociali e coinvolge prevalentemente, ma non esclusivamente, il sesso femminile. L'età di insorgenza è compresa fra i 12 e i 25 anni, con una maggiore frequenza fra i 13 ed i 16. Raramente si manifesta dopo i 30 e in questi casi, se si va ad indagare bene nella storia passata del soggetto, spesso si ritrovano precedenti segnali di disagio e insofferenza rispetto alla dieta e al corpo se non una vera e propria pregressa crisi anoressica poi superata.

La bulimia nervosa è per certi aspetti simile all'anoressia poiché il nucleo centrale di entrambe le patologie è rappresentato da una paura morbosa di essere sovrappeso e dall'enorme influenza che il peso e la forma del corpo hanno sulla valutazione della stima di sé. Nonostante ciò il decorso della bulimia è diverso. Le persone bulimiche hanno un peso corporeo nei limiti della norma e alternano tentativi di dimagrire con abbuffate e condotte di compensazione (tra cui principalmente l'induzione di vomito). Ogni volta che l'individuo pratica un'abbuffata ha la sensazione di perdere il controllo con conseguente forte senso di colpa e pensieri negativi postumi.

La bulimia nervosa è presente nell'1-3% della popolazione in età a rischio. Analogamente all'anoressia riguarda nella grande maggioranza dei casi le donne e colpisce nella fascia d'età compresa tra i 12 e i 25 anni, con un picco di insorgenza verso i 18-19. Infatti, diversamente dall'anoressia che si presenta tipicamente all'inizio della adolescenza, la bulimia compare più frequentemente in un'età che coincide con la fine degli studi liceali quando si verificano i primi cambiamenti verso l'autonomia e l'indipendenza con l'accesso all'università o l'inizio del lavoro.

Il "Binge Eating Disorder" (BED) o disturbo da alimentazione incontrollata è un disturbo caratterizzato dalla presenza di "abbuffate" non accompagnate però da strategie di compensazione

(vomito autoindotto, estenuante esercizio fisico o uso massiccio di lassativi). Le persone che manifestano questo disturbo assumono, in un lasso di tempo limitato, quantità esagerate di cibo, con la parallela sensazione di perdere il controllo sull'atto del mangiare. Questo comportamento si ripete anche più volte la settimana e pure nei momenti in cui non si avverte alcuna sensazione fisica di fame. Il problema principale sembra consistere in una difficoltà nel controllare l'impulso ad alimentarsi e per questo motivo tale disturbo è quasi sempre correlato all'obesità. Nei soggetti con BED è frequentemente concomitante un quadro psicologico problematico caratterizzato da depressione, ansia e insoddisfazione corporea.

Anoressia, bulimia e BED possono colpire **anche gli uomini** in quanto i DCA non sono un fenomeno esclusivamente femminile, sebbene si abbattano prevalentemente sulle donne. Il corpo maschile attualmente sempre più ostentato sui rotocalchi e nelle pubblicità è un chiaro segnale che l'ossessione della forma fisica è sconfinata nel mondo maschile. Tuttavia, il recente incremento dei casi di disordini alimentari fra gli uomini è dovuto soprattutto ad un aumento della capacità di chiedere aiuto e di rivolgere una domanda di cura alle istituzioni terapeutiche.

L'obesità, rispetto agli altri disordini alimentari, rappresenta una questione a parte non essendo una patologia legata al genere sessuale.

Esistono molteplici **fattori predisponenti** che possono aumentare le probabilità che in un certo soggetto si sviluppi un DCA. Tra questi sicuramente ci sono alcune caratteristiche di personalità quali: il perfezionismo (molto spesso infatti le persone che soffrono di questi disturbi sono ambiziose e ottengono ottimi risultati in qualunque campo si cimentino dalla scuola allo sport); una bassa autostima e una profonda insicurezza personale che esprimono il timore di non essere accettati dagli altri per quello che si è; l'essere molto sensibili al giudizio altrui; il terrore di fallire; l'attitudine a concepire il proprio valore personale come legato unicamente all'immagine esteriore; la tendenza ad idealizzare la magrezza (cosa peraltro ampiamente rinforzata dai messaggi pubblicitari); l'aver un pensiero di tipo dicotomico (del tipo tutto o niente) per cui risulta facile fare l'equazione magro=bello e grasso=brutto.

Un ulteriore elemento predisponente è di tipo anagrafico: gli adolescenti sono più vulnerabili visto che stanno attraversando un periodo di vita estremamente delicato che comporta il passaggio dalla dipendenza tipicamente infantile all'autonomia dell'adulto. Il disturbo alimentare può nascere, infatti, dall'incapacità di far fronte a questi cambiamenti, dalla paura della maturità e da tutte le richieste e responsabilità che essa comporta. In un certo senso la malattia è un mezzo, un modo per restare o ritornare bambini, in una situazione "protetta" sia sul piano fisico che su quello affettivo, cognitivo e sociale.

Alcune teorie si sono occupate dei fattori predisponenti di tipo familiare facendo prevalentemente riferimento ad un rapporto disturbato tra madre e figlia o ad una particolare configurazione della dinamica familiare che presenterebbe una madre dominante e iperprotettiva ed un padre assente. In realtà è impossibile sapere se un particolare clima familiare sia causa piuttosto che conseguenza del disturbo. Sarebbe strano, infatti, immaginare che di fronte ad una figlia che deperisce giorno per giorno un genitore non diventi iperprotettivo e che questo non provochi un grande aumento della tensione familiare. Ciò che appare dalle osservazioni allargate di famiglie con un componente affetto da anoressia è che esiste una molteplicità di situazioni ed è difficile trovare dei denominatori comuni. Oggi non viene più accettata l'idea che vi sia una famiglia "tipica" che favorisce l'insorgenza dell'anoressia anche se una considerazione a parte va spesa per quei nuclei familiari in cui si presta particolare attenzione all'aspetto fisico e all'alimentazione. E' probabile infatti che un clima familiare in cui questi aspetti vengono enfatizzati possa portare alla costruzione di un'immagine di sé polarizzata sull'aspetto esteriore.

Per quanto riguarda le variabili socioculturali bisogna dire che l'anoressia e la bulimia sono patologie diffuse esclusivamente nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo. D'altra parte l'aumento dei casi dei DCA negli ultimi anni va di pari passo con la diffusione di articoli relativi alle diete e ai prodotti dimagranti. L'immagine attuale di donna di successo non è legata tanto al possesso di particolari capacità quanto piuttosto a modelli irreali di bellezza e magrezza (si pensi

alle copertine delle riviste e alle passerelle in cui imperano ragazze ossute e dall'aspetto emaciato). E' facile intuire quanto potere questi modelli culturali possano avere su persone particolarmente vulnerabili come per esempio gli adolescenti o coloro che hanno una spiccata tendenza al perfezionismo ed una bassa autostima.

Oltre ai fattori predisponenti esistono anche dei **fattori scatenanti**. Intraprendere una dieta dimagrante anche in condizioni di modesto sovrappeso, qualora esista una predisposizione al disturbo, potrebbe rappresentare un fattore 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 problema.

A volte l'inizio del disturbo non è scatenato dall'insoddisfazione per il proprio corpo, ma piuttosto da problematiche adolescenziali quali 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 la conseguente 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.

Infine vale la pena di spendere qualche parola anche sui **fattori di mantenimento** della malattia che altro non sono se non tutti quegli eventi che contribuiscono a rinforzare e perpetuare la condizione patologica una volta che essa si è già innestata. E' molto importante tenere in debita considerazione questi aspetti poiché, soprattutto nelle situazioni più gravi e di lunga durata, gli interventi psicoterapeutici vanno indirizzati proprio alla riduzione di questi fattori.

Inizialmente sono importanti gli aspetti legati al pensiero ovvero tutte quelle idee irrazionali che la persona possiede sul peso e sulle forme corporee che la spingono a ripetersi la frase "è assolutamente fondamentale che io sia magra!". Inoltre, spesso queste idee vengono rinforzate dall'esterno: non è raro trovare qualcuno che si complimenta con una ragazza normopeso che si mette a dieta.