



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE UMANISTICHE

**DIPARTIMENTO DI ITALIANISTICA, ROMANISTICA,
ANTICHISTICA, ARTI E SPETTACOLO**

Corso di Laurea Magistrale in Letterature Moderne e Spettacolo

Tesi di Laurea

I disturbi del comportamento alimentare:
aspetti clinici e loro analisi nella letteratura

Relatore: Garello Valentina

Correlatore: Tongiorgi Duccio

Candidato: Gardella Carola

Anno Accademico 2021/2022

INDICE:

INTRODUZIONE

• CAPITOLO I

1. I disturbi del comportamento alimentare secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5)
2. Anoressia nervosa
3. Bulimia nervosa
4. Disturbo da alimentazione incontrollata (BED)
5. Altre tipologie di eating disorders
6. Dati epidemiologici e fattori di rischio
7. Protocolli e terapie utili per trattare i DCA

• CAPITOLO II

8. DCA nella letteratura
9. *“Gaia di nome – I disturbi alimentari nell’adolescenza”* di Laura Romano e Roberto Pozzetti
10. *“Tanto domani non mangio”* di Angela Papi
11. *“Briciole, storia di un’anoressia”* di Alessandra Arachi
12. Analisi e punti in comune tra i romanzi

• Conclusioni

• Bibliografia

• Sitografia

INTRODUZIONE

In questo mio lavoro di tesi ho voluto affrontare l'argomento dei disturbi del comportamento alimentare, anche noti come DCA, ormai oggi giorno terribilmente diffusi soprattutto tra i più giovani.

Negli ultimi vent'anni la letteratura specialistica riguardante questo particolare tipo di disturbi è cresciuta notevolmente, sia per il maggiore interessamento di esperti clinici, sia per la sua diffusione a macchia d'olio soprattutto nella società occidentale.

Questo elaborato sarà diviso in due parti principali: nella prima, andrò ad analizzare i DCA dal punto di vista clinico, con una maggiore attenzione per quanto riguarda la loro trattazione nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Verranno approfondite le tre principali tipologie di disturbo del comportamento alimentare: l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata, che saranno poi oggetto anche del capitolo successivo dove andrò ad analizzare queste tematiche all'interno di romanzi appartenenti alla letteratura moderna.

Verrà dato spazio anche ad altre tipologie di DCA, forse meno note ma sicuramente non trascurabili, i cosiddetti "disturbi dell'alimentazione sottosoglia", ossia quei disturbi che pur necessitando di attenzione clinica non soddisfano i criteri diagnostici per uno dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione compulsiva). Verranno poi esaminati tutti quei fattori di rischio e le caratteristiche sociologiche che possono avere una notevole incidenza per il verificarsi di tali disturbi. È infatti stato dimostrato che l'età, il sesso, la situazione familiare ma anche traumi infantili possono renderci più soggetti a cadere in una difficile relazione con il cibo.

Ho voluto dedicare un paragrafo a tutti quei protocolli o terapie possibili per trattare pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, soffermandomi sulle varie strategie psicologiche che i clinici mettono in pratica per curare i pazienti, dai casi più lievi a quelli più complessi, con particolare interesse alla terapia cognitivo-comportamentale, all'approccio multidisciplinare e alla terapia familiare.

Nel secondo capitolo, facendo riferimento al mio corso di studio che si concentra sulla letteratura moderna, andrò ad analizzare (dopo un'attenta lettura) tre romanzi contemporanei che trattano questa tematica.

Ho scelto tre libri che trattano le tre patologie maggiormente diffuse, dall'anoressia al binge eating, in modo da poter avere una visione più ampia di come tali patologie vengano affrontate in letteratura e di come spesso quest'ultima possa essere uno strumento di conoscenza, anche utile per i più giovani, in modo che possano essere informati anche attraverso fonti non necessariamente di natura clinica.

Dopo un discorso generale relativo all'argomento dei DCA all'interno della letteratura moderna, ho iniziato con il primo dei tre romanzi da me scelti, "*Gaia di nome*", che tratta di un'adolescente alle prese con una difficile relazione con il cibo in seguito a un trauma subito e alla scarsa attenzione della famiglia nei suoi confronti. Il romanzo mette in risalto la fragilità dei giovani di oggi, che per riempire dei vuoti spesso vengono inghiottiti in questo circolo vizioso che li porta a soffrire di una vera e propria patologia.

L'epilogo della storia di Gaia è "sospeso".

Al lettore la scelta di dare una personale conclusione al romanzo, nella consapevolezza che non sempre tutte le storie sono a lieto fine e che i disturbi alimentari non sono da sottovalutare mai.

Il secondo romanzo preso in analisi tratta invece il tema delle abbuffate compulsive, mi tocca particolarmente essendone io stessa stata affetta per un periodo della mia vita. "*Tanto io non mangio*" è un libro autobiografico in cui l'autrice ci racconta la sua esperienza attraverso la narrazione di una serie di disturbi del comportamento alimentare che ha dovuto affrontare negli anni. Ho tenuto particolarmente a questo romanzo in quanto molto spesso, se si parla di DCA, si pensa automaticamente ad anoressia o bulimia, senza contare invece che ne esistono molte forme, più o meno subdole; quindi, ho voluto presentare anche un'altra faccia della difficile relazione con il cibo.

Il terzo e ultimo romanzo è forse il più famoso, "*Briciole*", il quale tratta invece proprio dell'anoressia che è forse il disturbo del comportamento alimentare più conosciuto e trattato. Il filo conduttore di questo romanzo è sicuramente l'estraneità tra il mondo interno e quello esterno, pur essendo stato pubblicato nel 1994, è ancora oggi un punto

di riferimento per chi voglia conoscere il mondo interiore di chi soffre di un disturbo di questo genere.

Per concludere, con questa tesi ho voluto fornire una visione più ampia sui DCA, offrire un piccolo “scorcio” di come essi vengano trattati nella letteratura, per sensibilizzare su questi disturbi che distruggono la vita a milioni di persone ma di cui troppo poco si parla, quasi fosse un tabù, una vergogna o, peggio, non un problema reale ma qualche semplice vizio come essere troppo golosi o, al contrario, con poco appetito.

Conoscere è il primo passo per guarire.

CAPITOLO I

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE SECONDO IL MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI (DSM 5)

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) è un sistema nosografico dove vengono elencati i disturbi mentali e psicopatologici. È un manuale la cui prima versione risale al 1952, redatta dall'*American Psychiatric Association (APA)* a cui ne sono susseguite altre nel 1968, nel 1980, 1987, 1994 fino ad arrivare all'ultima edizione del 2013 che è, per l'appunto, il DSM-5.

Esso è nato dalla necessità di uniformare a livello globale tutte quelle conoscenze che inizialmente erano in balia di diverse scuole di pensiero¹ e nel susseguirsi delle varie edizioni sono state apportate numerose modifiche e tentativi di miglioramento, cercando sempre di allinearsi con le esigenze e le caratteristiche multiculturali di una società multietnica e aperta.

La serie dei DSM è stata ampiamente condivisa dalla comunità psichiatrica e psicologica mondiale tanto da risultare di fatto utilizzata in migliaia di ricerche nella letteratura internazionale degli ultimi 30 anni, in manuali e trattati, da organizzazioni sanitarie governative, da associazioni scientifiche, in ambiti legali, forensi e di medicina generale. Alcune scelte ancora accendono spirito critico e dubbi suggerendo revisioni o modifiche, controversie, sane in un dibattito scientifico e utili per scambi e confronti e per la crescita del pensiero.²

Il manuale è un punto di riferimento per i professionisti del settore, pur nell'impossibilità di inquadrare il pensiero e i comportamenti umani in categorie ben distinte, è comunque fondamentale per la diagnosi di disturbi mentali.

La versione più aggiornata risale al 2013 (a distanza di vent'anni da quella precedente) e presenta numerosi miglioramenti, introduce novità importanti anche grazie all'attività di ricerca svoltasi negli ultimi anni dalla comunità scientifica.

¹Grob GN (1991). Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *Am J Psychiatry*; 148: 421-31.

²Massimo Biondi (2014), Il DSM-5: l'edizione italiana; *La rivista di Psichiatria*, Vol 49 pag 57-60

La struttura del manuale è rimasta saldamente ancorata alle edizioni presenti, pur con dei piccoli accorgimenti, ma l'*American Psychiatric Association* ha preferito mantenersi su un approccio categoriale anziché passare a uno dimensionale.

Essendo un testo basato su convenzioni tra figure professionali diverse e con idee diverse, il DSM-5 può essere per alcune scelte ampiamente criticabile; le diagnosi del DSM-5 hanno certamente luci e ombre, e non sono esenti da difetti.

A questo proposito si sono recentemente registrati da un lato commenti spinti da un sereno spirito di osservazione e di critica, e dunque finalizzati a migliorare, dall'altro commenti (anche autorevoli) offuscati da un piacere di polemizzare fine a sé stesso.

Numerose sono state le critiche rivolte al manuale del 2013, prima fra tutte l'etichettare come "disturbo mentale" anche caratteristiche che fanno parte invece del vissuto di ognuno di noi, errore dovuto alle soglie diagnostiche troppo basse che spesso fanno rientrare problemi minori nelle categorie dei disturbi³ (d'altra parte però se si avessero delle soglie troppo alte, si rischierebbe di non dare la giusta assistenza a persone davvero malate). Questo avviene perché la psichiatria non è una scienza esatta e quindi qualsiasi criterio venga stabilito sarà comunque oggetto di critiche.

C'è poi chi ha avanzato la critica che il DSM-5 sia stato influenzato da scelte di tipo economico, tra gli psichiatri che hanno lavorato alla redazione del manuale e le case farmaceutiche. Per quanto riguarda il ruolo delle aziende farmaceutiche, è matematico pensare che esse trovino beneficio nell'incremento di prescrizioni di neuro-psico-farmaci ed è quindi naturale pensare che possano contribuire a "spingere" verso un allargamento dei confini diagnostici dei disturbi al fine di poter incrementare le proprie vendite. È (o dovrebbe essere) tuttavia altrettanto pacifico il fatto che l'aumento del consumo di psicofarmaci nel mondo non dipende tanto dalle aziende che li producono, quanto dall'aumento dell'incidenza dei disturbi psichiatrici nella società.

Secondo recenti proiezioni dell'OMS i disturbi mentali, se non adeguatamente fronteggiati, sono destinati a divenire la seconda causa di disabilità nel mondo; l'impatto economico della morbidità psichiatrica in Europa è pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea. I tassi di suicidio sono aumentati del 60% dal 1960 al 2012, con aumenti registrati soprattutto nei Paesi in via di sviluppo.⁴

³Biondi 2014, p.58

⁴Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-81.

Il DSM-5 fornisce la seguente definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale".⁵

Va ricordato che il DSM-IV non forniva una definizione di disturbo dell'alimentazione e questo aveva determinato numerosi problemi nello stabilire il confine diagnostico dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati che non avevano criteri diagnostici positivi come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Il gruppo di lavoro sui disturbi dell'alimentazione che ha sviluppato i nuovi criteri nel DSM-5 si è posto come obiettivo primario quello di minimizzare l'uso della diagnosi vaga "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato" per far sì che i pazienti ricevano una diagnosi che descriva accuratamente i loro sintomi e comportamenti, il primo passo per definire un piano di trattamento.

Fra le categorie diagnostiche troviamo⁶:

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da alimentazione incontrollata
- Pica
- Disturbo da ruminazione
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Ovviamente il DSM-5 presenta alcune differenze diagnostiche rispetto al DSM IV-R, vediamo le principali⁷:

⁵American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano.

⁶American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

⁷ <https://www.itcc.it/dca-dsm/>

Anoressia Nervosa

DSM IV-R	DSM 5
<p>A - Severa perdita di peso (< dell'85% di quello previsto come appropriato).</p> <p>B - Paura d'ingrassare (anche essendo molto sottopeso e continuo timore di perdere il controllo sul proprio peso e sul corpo).</p> <p>C - Preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico (eccessiva influenza sui livelli di autostima).</p> <p>D - Amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi).</p> <p>Due sottotipi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con Restrizioni - Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione 	<p>B- Include non solo il timore apertamente espresso di aumento di peso, ma anche un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso.</p> <p>D- Non è più richiesta la presenza di amenorrea (questo permette di fare diagnosi anche a uomini)</p> <p>- E' stato introdotto il grado di severità, ossia i valori del BMI (Body Mass Index, o IMC, Indice di Massa Corporea) che ne attestano la gravità.</p> <p>Lieve: BMI ≥ 17 Moderata: BMI 16- 16,99 Severa: BMI 15-15,99 Estrema: BMI < 15</p>

Bulimia Nervosa

DSM IV-R	DSM 5
<p>A - Ricorrenti di abbuffate . Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti aspetti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo oggettivamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili. 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando). <p>B - Ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.</p> <p>C - Le abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno due volte a settimana per tre mesi.</p> <p>D - La valutazione di sé è <u>inappropriatamente</u> influenzata dalle forme e dal peso del corpo.</p> <p>E - Il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.</p> <p>Tipo purgativo: il soggetto ha l'abitudine di provocarsi il vomito, o quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.</p> <p>Tipo non purgativo: il soggetto usa altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non ha l'abitudine di provocarsi il vomito né quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.</p>	<p>C- Riduzione della frequenza media minima richiesta di abbuffate e di inappropriati comportamenti compensativi da due a una volta alla settimana negli ultimi tre mesi.</p> <p>- Scompaiono i tipi: purgativo e non purgativo.</p> <p>-Viene indicato il grado di severità, valutato in base al numero episodi compensatori inappropriati vengono messi in atto a settimana</p> <p>Lieve: 1-3 Moderata: 4-7 Severa: 8-13 Estrema: 14 o più</p>

Disturbo da Alimentazione Incontrollata

DSM IV-R	DSM 5
<p>A - Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti.</p> <p>1) Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.</p> <p>2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).</p> <p>B - Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangiare molto più rapidamente del normale; - Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno; - Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame; - Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite; - Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo <p>C - Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.</p> <p>D - Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni la settimana per almeno sei mesi.</p> <p>E - Non vengono usati comportamenti compensatori inappropriati e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di Anoressia o di Bulimia Nervosa.</p>	<p>D- La frequenza media minima di abbuffate necessarie per la diagnosi è stata cambiata ad almeno una volta alla settimana negli ultimi 3 mesi (la stessa della Bulimia nervosa).</p> <p>Viene indicato il grado di severità in base al numero di abbuffate a settimana.</p> <p>Lieve: 1-3 Moderata: 4-7 Severa: 8-13 Estrema: 14 o più</p>

Va sottolineato che l'obesità non compare fra i disturbi alimentari previsti dal DSM-5 e non comparirà nemmeno nella sua prossima versione, nonostante tale ipotesi sia stata presa in considerazione.

I cambiamenti principali riguardano l'aver raggruppato in un'unica categoria diagnostica, chiamata disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, l'aver fornito una nuova definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'aver incluso nuove categorie diagnostiche e modificato alcuni criteri diagnostici. Un cambiamento minore è stato l'abbandono dei numeri romani per definire le edizioni del DSM a favore dei numeri arabi (da DSM- IV a DSM-5).⁸

Sicuramente una delle novità riguardanti i DCA, è l'introduzione del disturbo dell'alimentazione incontrollata nel DSM-5, il DSM-IV-TR infatti aveva incluso il disturbo da alimentazione incontrollata come elenco provvisorio di criteri "a scopo di ricerca". Essenzialmente, l'edizione vedeva il disturbo da binge eating come appena riconosciuto e i criteri diagnostici non erano ancora stati individuati.

Idealmente, questo cambiamento dovrebbe fornire maggiore validità a coloro che stanno lottando con il BED e sperabilmente fornirà loro più copertura e opzioni di trattamento.

È importante notare che il DSM è sempre, ed è sempre stato, un work in progress. Continuano a essere dibattiti e disaccordi tra i professionisti anche sui criteri diagnostici più attuali.

⁸American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa è un grave disturbo dell'alimentazione, il disturbo psichiatrico con il più alto tasso di mortalità. "Anoressia nervosa" è un termine che, letteralmente, sta ad indicare una perdita dell'appetito dovuta a cause psicologiche e non a malattie organiche. In realtà il termine, nonostante sia ormai largamente diffuso, appare scorretto. Nelle pazienti anoressiche, infatti, il sintomo della fame è presente. Ma è presente un patologico controllo di questo stimolo corporeo.

Negli anni, i criteri per la diagnosi di questo particolare DCA sono cambiati, grazie all'attenta attività di ricerca da parte degli operatori del settore.

Fino al 2013 ad esempio, nel DSM-IV-TR, la penultima versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa erano:

- Rifiuto di mantenere un peso corporeo normale
- Un peso corporeo inferiore all'85% del peso corporeo ideale relativo ad età, altezza e condizioni fisiche
- Paura di prendere peso e di ingrassare
- Un disturbo nel modo di percepire il corpo o la negazione della gravità del grave sottopeso
- La presenza di amenorrea (mancanza di tre cicli consecutivi)⁹

Con la pubblicazione del DSM-V nel 2013, l'*American Psychiatric Association* ha cercato di risolvere i problemi diagnostici soprattutto focalizzandosi sui sintomi. Infatti, se il DSM-IV-R dava maggiore importanza al punto di vista cognitivo, il nuovo manuale si è spostato maggiormente sulla natura comportamentale che interferisce con un sano peso corporeo.

Nello specifico i cambiamenti riguardano:

- **Il peso:** se nel DSM-IV-TR il criterio del peso riguardava un calo ponderale sotto l'85% del peso ideale atteso, nel DSM-5 è scomparso il criterio di cut-off. Si fa quindi riferimento ad un più generico "peso significativamente basso".
- **Paura di ingrassare:** se nel DSM-IV-TR il criterio riguardava la preoccupazione soggettiva di prendere peso, nel DSM-5 maggiore enfasi viene data ai comportamenti di controllo del peso e delle forme corporee. Si fa quindi riferimento ad un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso.
- **Amenorrea:** il criterio dell'amenorrea, presente nel DSM-IV-TR è stato completamente eliminato dall'attuale versione del DSM e non rappresenta più un criterio diagnostico.

⁹American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R). American Psychiatric Pub.

Queste differenze, tra DSM-IV-TR e DSM-5, hanno favorito una migliore precisione diagnostica. Infatti, i criteri troppo specifici del DSM-IV-TR avevano favorito l'esponenziale aumento di diagnosi generiche di EDNOS (Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati) a discapito di quelle specifiche.

Con l'introduzione del DSM-5 e la modifica di alcuni criteri si sono ridotte le diagnosi generiche (che nel DSM-5 non sono più EDNOS ma OSFED) e l'aumento di diagnosi specifiche (anoressia, bulimia e binge eating disorder ad esempio) come recentemente sottolineato in letteratura.

I criteri diagnostici DSM-5 dell'anoressia nervosa sono i seguenti:

- Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
- Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.¹⁰

Troviamo poi alcuni sottotipi di anoressia nervosa:

-Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

-Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

-In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.¹¹

¹⁰American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

¹¹ <http://www.dallegrove.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5/>

-In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale:

-Lieve: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²

-Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²

-Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²

-Estremo: Indice di massa corporea < 15 kg/m²¹²

Sulle cause che possano portare all'anoressia nervosa, gli specialisti non sono ancora del tutto chiari, questo perché la psicologia non ha confini netti e quindi stabilire con certezza delle cause risulta ancora oggi piuttosto complicato.

Sicuramente possono essere individuati dei fattori di tipo psicologico, come la tendenza alla depressione e all'ansia, la difficoltà di riuscire a gestire una vita carica di stress, eccessiva preoccupazione per quanto riguarda la difficoltà a gestire il proprio futuro. A ciò può sicuramente sommarsi l'eccessivo controllo delle proprie emozioni e la presenza di ossessioni e compulsioni, pur senza la diagnosi di un disturbo ossessivo-compulsivo.

Ci sono poi dei fattori ambientali che devono essere tenuti in considerazione, come la pubertà. È stato infatti dimostrato che essa sia un fattore critico per lo sviluppo dell'anoressia nervosa, la presenza di grossi cambiamenti ormonali insieme a stress, ansia e scarsa autostima durante la pubertà costituisce una miscela esplosiva in grado di scatenare il disturbo, negli individui già predisposti.

Sicuramente la società e la cultura occidentale hanno un ruolo nello sviluppo di tale patologia, soprattutto per quanto riguarda il sesso femminile, esposto a una serie di messaggi mediatici che diffondono il messaggio della magrezza associata a una vita bella e di successo.

Altri fattori ambientali, forse secondari, possono essere l'ambiente scolastico (soprattutto negli adolescenti), in particolar modo quando ci si trova di fronte a episodi di bullismo, nonché attività sportive come, ad esempio, la danza dove la magrezza viene inseguita come un modello ideale. Sicuramente un ruolo fondamentale è giocato dall'ambiente familiare. Una situazione familiare difficile, magari con abusi, può sicuramente portare a sviluppare anoressia nervosa o altri disturbi del comportamento alimentare.

È stato anche dimostrato che uno dei fattori scatenanti può essere la dieta: dieta dimagrante, pensata per soggetti sovrappeso, dove la persona perde gradatamente il controllo.

¹²<http://www.dallegrave.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5/>

Per quanto riguarda invece i fattori biologici e genetici, è stato dimostrato che cambiamenti nelle funzioni cerebrali o nei livelli ormonali possano avere un ruolo nell'anoressia nervosa, anche se non è stato chiarito se i cambiamenti riscontrabili nelle persone con anoressia possano essere causa del disturbo o se piuttosto siano una conseguenza dello stato di malnutrizione. Il rischio di sviluppare l'anoressia nervosa è maggiore nelle persone con una storia familiare di disturbi alimentari, depressione o abuso di sostanze.¹³

L'anoressia nervosa, se trascurata, a lungo termine può portare a conseguenze tragiche e può lasciare complicanze permanenti.

I problemi di salute associati con l'anoressia sono:

- problemi ai muscoli e alle ossa, tra cui debolezza, fragilità ossea (osteoporosi) e problemi di sviluppo fisico nei bambini e negli adolescenti
- problemi sessuali, tra cui assenza del ciclo (amenorrea) e infertilità nelle donne, perdita del desiderio sessuale e disfunzione erettile nell'uomo
- problemi cardiocircolatori, tra cui scarsa circolazione, battito cardiaco irregolare, bassa pressione arteriosa, malattia della valvola cardiaca, insufficienza cardiaca, gonfiore ai piedi, alle mani e al viso (edema)
- problemi al sistema nervoso, difficoltà di concentrazione e di memoria e in qualche caso perfino convulsioni
- altri problemi, danni renali o epatici, anemia e basso livello di zuccheri nel sangue (ipoglicemia)

Alcune persone con anoressia possono sviluppare un altro disturbo alimentare chiamato bulimia nervosa (fa riferimento a quelle persone che dopo essersi abbuffate stanno male e usano i lassativi nell'intento di liberarsi del cibo mangiato).¹⁴

La paura di ingrassare e la convinzione di essere grassi inducono i malati di anoressia nervosa ad assumere dei comportamenti anomali, finalizzati alla perdita di peso.

Tra questi comportamenti anomali, rientrano solitamente:

- L'osservanza di una dieta altamente restrittiva, se non di un vero e proprio digiuno. Questo, poi, è ciò che causa le manifestazioni fisiche sopra riportate.
- La pratica estenuante e continua di attività fisica.
- Il vomito auto-indotto, per eliminare il cibo assunto e che il malato ritiene possa indurre un aumento di peso. In genere, a questo comportamento si associa anche l'assunzione di lassativi, diuretici, purganti e altri prodotti simili.
- Il conteggio ossessivo delle calorie assunte giornalmente.

¹³Franco Angeli (2013) Una bibliografia ragionata su: l'anoressia mentale, pp 1-17

¹⁴Ministero della Salute. Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute. 2013, n. 17/22

La paura di ingrassare e l'idea di essere grassi condizionano fortemente la vita di un malato di anoressia nervosa. Quest'ultimo, infatti, è in genere un soggetto che è preoccupato quasi unicamente per il cibo e di misurare il proprio peso corporeo, salta i pasti canonici, è di umore piatto e quasi privo di emozioni.

Talvolta il malato tende ad isolarsi dal contesto sociale e fatica ad instaurare o mantenere rapporti con altre persone, è irritato e irascibile. Un'altra caratteristica è il mentire su tutto ciò che riguarda il cibo, affermando di aver mangiato quando invece non è così. Nei casi più gravi possono verificarsi tendenze suicide e autolesionismo.¹⁵

Paradossalmente i pazienti con anoressia nervosa sono ottimi cuochi, impegnati collezionisti di ricette o di tutto ciò che a che fare con l'alimentazione e con le diete, inoltre tutti i soggetti con un disturbo alimentare psicogeno sono dei sognatori di pasti abbondanti ed invitanti.

In questi soggetti è presente un'alterata immagine corporea, riferita alla valenza positiva o negativa che il soggetto esperisce di fronte all'immagine del proprio corpo, che li porta a vedersi e sentirsi "grassi" anche quando sono in una situazione di grave sottopeso. Il concetto di consapevolezza del proprio corpo (body awareness) non è soltanto riferito alla percezione della propria apparenza esterna. Questi soggetti infatti, oltre alle distorsioni relative al proprio aspetto esteriore, tendono a manifestare confusione relativa alle proprie esperienze sensoriali e psichiche, come ad esempio alterazioni relative ai cicli mestruali, alla sensazione di caldo e freddo, ed a un errato riconoscimento della propria fatica fisica.¹⁶

Altra credenza di fondamentale importanza nei disturbi alimentari è la bassa autostima. Le persone con disturbi del comportamento alimentare sarebbero caratterizzate da un sentimento pervasivo, vago e generico di non essere sufficientemente qualificate, competenti o adatte alle richieste della vita e trascorrono molto tempo rimuginando proprio su questi pensieri negativi.

Il rimuginio è stato poco studiato nei disturbi del comportamento alimentare anche se alcuni studiosi sostengono che esso svolge un ruolo fondamentale nella psicopatologia di questi disturbi. I soggetti con DCA, infatti, passano molto tempo preoccupandosi e pensando al peso, al grasso e alla forma corporea poiché essi temono proprio delle conseguenze negative legate ad essi (relazioni interpersonali, senso di autoefficacia, paura di essere criticati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, ecc.).¹⁷

¹⁵Piero De Giacomo , Caterina Renna , Antonietta Santoni Rugiu, (2005) MANUALE SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE Anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata.

¹⁶Adele De Pascale, Paola Cimbolli (2014) Disturbi delle condotte alimentari. L'approccio del cognitivismo sistemico post razionalista

¹⁷Sassaroli S., Bertelli S., Boccalari L., Sangiorgi E., Giovini M., Lamela C., Rebecchi D., Scarone S., Vinai P., Ruggiero G.M., "Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio", (2007), *Cognitivismo clinico*, vol.4 (1), pp.34-46.

Altro comportamento molto diffuso è il cosiddetto food-checking, ossia il controllo sistematico del cibo attraverso il contare le calorie, pesare il cibo di continuo, tagliuzzarlo in piccoli pezzi, scolare l'olio. Il food checking contribuisce a mantenere il disturbo dell'alimentazione aumentando i pensieri e la preoccupazione che a loro volta attivano lo schema di autovalutazione disfunzionale.

I soggetti con anoressia nervosa passano molto tempo al giorno ad ispezionare, scrutare, misurare e controllare il proprio aspetto fisico; ispezionando in dettaglio il proprio corpo davanti allo specchio; misurando le parti del corpo con un metro; pesarsi spesso; confrontare il proprio corpo con altre persone e/o con le modelle dei giornali e della televisione; chiedere rassicurazioni sul proprio aspetto fisico. Il *body checking* è un meccanismo di mantenimento del Disturbo Alimentare per diverse ragioni:

- maggiore è il tempo passato a controllare le parti del corpo e maggiore è la preoccupazione per il peso e le forme che a sua volta mantiene in uno stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale *body checking*;

- i comportamenti di *body checking* sono effettuati ponendo un'attenzione selettiva su alcune parti del corpo.¹⁸

Per quanto riguarda le terapie per il trattamento e la guarigione dall'anoressia nervosa, esse variano in base alla gravità del paziente e dalla percentuale di peso corporeo perso.

Come riportato dalle guide NICE relative alla diagnosi e al trattamento dei disturbi alimentari, data la complessità degli stessi si evidenzia l'importanza di un approccio multidisciplinare che comprenda non soltanto un percorso psicoterapeutico individuale, ma anche un coinvolgimento delle famiglie e in alcuni casi l'utilizzo di un'adeguata farmacoterapia e il coinvolgimento di figure medico-nutrizionali. Nei casi in cui lo stato di denutrizione sia grave è necessario intervenire attraverso il ricovero ospedaliero.

Attraverso un inquadramento diagnostico iniziale che serve a raccogliere oltre alle informazioni di vita e sintomatologiche anche l'eventuale presenza di un disturbo di personalità si procede poi con la terapia individuale. Dapprima viene condiviso con il paziente il funzionamento del disturbo e i fattori di mantenimento con l'obiettivo di normalizzare il peso e diminuire i comportamenti di controllo. Col progredire degli incontri si affrontano i processi centrali del disturbo, tra cui preoccupazione per forma e peso corporei, restrizione dietetica cognitiva e calorica, e anche il vissuto emotivo analizzando le emozioni che incidono e influiscono sui comportamenti maladattivi, per poi arrivare ad affrontare perfezionismo, difficoltà relazionali e per ultimo, ma non per importanza, bassa autostima nucleare. L'obiettivo di tale percorso è quello di apprendere che controllo, perfezionismo e più in generale il disturbo alimentare rappresentano un modo negativo e a lungo andare disfunzionale per affrontare i vissuti emotivi di sofferenza.¹⁹

Nella fase finale del percorso vengono rafforzate le strategie utili per affrontare eventuali ricadute e vengono fissati incontri periodici di presa visione dei progressi.

¹⁸Selvini Palazzoli M., (1981), L'anoressia mentale, Feltrinelli, Milano.

¹⁹Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003), Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment, in "Behaviour Research and Therapy", 41, pp. 509-528.

Per quanto riguarda la presa in carico e il trattamento psicologico del disturbo alimentare in generale e quindi anche dell'anoressia nervosa ci si può avvalere, oltre che della terapia cognitivo comportamentale individuale, anche di colloqui per i familiari, in cui vengono analizzati con uno specialista le caratteristiche del disturbo, le difficoltà riscontrate dai familiari nell'approcciarsi a tale sofferenza e come superarle, e di colloqui di gruppo specifici per il disturbo. Il tutto nell'ottica di un approccio multidisciplinare che coinvolga il terapeuta individuale, il terapeuta che si occupa dei colloqui con la famiglia, i familiari che sono alleati fondamentali per il superamento del disturbo, il gruppo terapeutico e le figure medico-nutrizionali e psichiatriche.

Gli studi farmacologici sono scarsi e non dimostrano un benefico effetto dei farmaci sul disturbo. L'approccio più ragionevole è quello di non utilizzare alcun farmaco nella fase acuta di perdita di peso. Questo perché spesso i sintomi depressivi e ossessivo-compulsivi si riducono con l'aumento ponderale. Se tuttavia, dopo il raggiungimento di un adeguato peso corporeo, la depressione permane, può essere utile l'uso di antidepressivi.

Occasionalmente si possono utilizzare degli ansiolitici ma la loro utilità sembra limitata. L'uso degli antipsicotici è riservato solo alle pazienti più difficili e refrattarie.²⁰

L'anoressia nervosa è un disturbo alimentare prettamente femminile, anche se, negli ultimi anni, si sta diffondendo sempre più anche nella popolazione di sesso maschile.

Secondo alcune stime, relative al Mondo Occidentale, le donne con anoressia nervosa sarebbero tra le 9 e le 43 ogni 1.000 (cioè tra lo 0,9 e il 4,3%); mentre, gli uomini con anoressia nervosa sarebbero al massimo 3 ogni 1.000 (cioè circa lo 0,3%).

In genere, i soggetti affetti sono adolescenti, di età compresa tra i 14 e i 17 anni.

Alcune ricerche empiriche hanno messo in evidenza che il fenomeno si manifesta con alcune oscillazioni periodiche probabilmente in relazione al fluttuare dei canoni estetici femminili. Infatti, i tassi più acuti di incidenza della patologia sono stati riscontrati negli anni Venti e Trenta, Sessanta e Settanta, in periodi cioè, in cui veniva "apprezzata" un'immagine di donna sottile. Diversi studi sull'argomento hanno riscontrato, inoltre, una diffusa prevalenza del fenomeno tra i soggetti appartenenti a classi sociali medio-alte e provenienti da paesi industrializzati e sembra che la scuola secondaria, il college o il campus risultino gli habitat ideali per la comparsa del disturbo.²¹

²⁰Dalle Grave, R. (2016). Come vincere i disturbi dell'alimentazione: Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale. Verona: Positive Press.

²¹Dalle Grave, R. (1998). Anoressia nervosa: I fatti. Positive Press: Verona.

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato dall'eccessiva assunzione di cibo, definito come abbuffata, seguita da episodi volti a liberarsi della quantità di cibo ingerita con metodi quali il vomito autoindotto o l'uso di lassativi. Questa patologia è difficile da riconoscere in quanto spesso le persone affette presentano un peso corporeo nella norma.

Secondo il DSM-5 per parlare di bulimia nervosa devono essere presenti i seguenti criteri diagnostici:

- Le abbuffate ricorrenti, che consistono nel mangiare per un determinato periodo di tempo quantità di cibo superiore rispetto alla norma. Ovvero un consumo di grandi quantità di cibo indipendentemente dalla percezione di fame e con la sensazione di perdita di controllo. Quando parliamo di “grandi quantità di cibo” facciamo riferimento a una quantità di cibo ingerita sensibilmente superiore a quella che normalmente una persona assume durante un pasto. Per “discreto lasso di tempo” si intende un periodo non superiore alle 2 ore.
- L'individuo ha la sensazione di perdere il controllo durante l'abbuffata: la perdita del controllo è caratterizzata dall'incapacità di astenersi dal mangiare o dall'impossibilità a fermarsi una volta iniziato.
- La presenza di condotte di compenso (o atti compensatori), finalizzate a neutralizzare gli effetti delle abbuffate, come il vomito autoindotto (che è il comportamento di compenso più frequentemente utilizzato), l'assunzione impropria di lassativi e diuretici o la pratica eccessiva di esercizio fisico. Le “condotte di compenso” sono comportamenti disfunzionali che hanno come finalità il controllo del peso corporeo. L'eccessiva preoccupazione per il peso, infatti, così come le sensazioni negative avvertite dopo l'abbuffata, portano a cercare di eliminare il cibo appena ingerito o le calorie introdotte. Come detto, per chi soffre di bulimia nervosa le principali condotte di compenso sono il vomito-autoindotto, l'abuso di lassativi e diuretici e l'iperattività, tutti comportamenti sintomatici scatenati dall'abbuffata. In alcuni casi, comunque, soprattutto in pazienti molto gravi, episodi di vomito auto-indotto sono pianificati e ricercati.
- Una continua ed estrema preoccupazione per il peso e le forme corporee.
- Le abbuffate sono vissute in genere con estrema vergogna e disagio; spesso sono associate a momenti di solitudine, di stress, di sensazione psicologica di vuoto o di noia, e il cibo viene rapidamente ingerito in maniera scomposta, incoerente ed eccessiva.
- Le abbuffate e gli atti compensatori devono verificarsi in media una volta alla settimana per tre mesi.²²

²²American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

Tra i sintomi più diffusi c'è sicuramente il forte dolore allo stomaco, dovuto all'allargamento e distensione dell'organo in seguito all'abbuffata che provoca una sensazione di eccessivo riempimento. A ciò va aggiunta la paura di ingrassare e il senso di colpa che prende il sopravvento portando la persona a espellere il cibo ingerito generalmente attraverso il vomito autoindotto.

Questo meccanismo porta la persona a una riduzione del senso di malessere ma rinforza soltanto il disturbo alimentare perché l'aver svuotato lo stomaco riaccutizza il senso di fame che porta a rimettere in atto un'altra abbuffata.

Altro sintomo peculiare è la fame nervosa. Spesso, infatti, la fame fisiologica viene sostituita da quella psicologica, una fame nervosa di origine psicogena, spesso legata più al tentativo di controllare le emozioni negative piuttosto che a un bisogno fisiologico reale. Questo insieme di sintomi crea un circolo vizioso (abbuffate/condotte di compenso) che si ripropone costantemente ed è l'aspetto centrale del comportamento alimentare della bulimia.²³

Come già accaduto precedentemente parlando dell'anoressia nervosa, anche individuare le cause della bulimia nervosa non è semplice. Non esistono infatti cause certe e dirette ma piuttosto delle predisposizioni o fattori di rischio che possono portare una persona a sviluppare questo tipo di disturbo del comportamento alimentare. Tra le cause principali possiamo trovare:

- tendenza all'impulsività in un più generale quadro di disregolazione emotiva;
- una storia personale di abusi o traumi;
- cambiamenti di vita importanti;
- problemi familiari;
- problemi interpersonali;
- insoddisfazione per il proprio corpo fino a un vero e proprio disturbo dell'immagine corporea;
- scarsa autostima

Ci sono anche vari fattori che contribuiscono a mantenere viva la bulimia, così come accade con l'anoressia, come la bassa autostima e il perfezionismo clinico.²⁴

Per quanto concerne i fattori genetici, è bene sottolineare che il preciso peso che la genetica apporta allo sviluppo dei DCA è ancora sconosciuto.

È stato osservato come il rischio di sviluppare la malattia sia maggiore nei parenti di primo grado di un individuo che soffre di DCA; per quanto invece concerne i fattori familiari, alcuni studi hanno evidenziato come i pazienti bulimici percepiscano le loro famiglie (soprattutto i padri) come controllanti e invadenti.

Le persone con bulimia nervosa, rispetto alle altre di pari età e status socioculturale, mostrano una maggiore necessità di separazione dovuta alle difficoltà di adattamento in un sistema familiare in cui il senso di appartenenza è più importante di quello di identità. In effetti, è proprio a causa dell'alta frequenza delle difficoltà familiari che si

²³Dalle Grave R. (2003) Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press.

²⁴Dalle Grave R. (2003)

consiglia ai pazienti con bulimia nervosa e con DCA più in generale di affiancare una terapia familiare a quella individuale.²⁵

Ciò che rende la bulimia una malattia subdola è il fatto che essa non è facilmente riconoscibile quanto l'anoressia nervosa. Infatti, mentre l'anoressico perde peso costantemente ed è quindi visibile agli occhi di familiari o amici, il bulimico può essere sottopeso, normopeso o addirittura sovrappeso e ciò rende molto più difficile il riconoscimento di un disturbo del comportamento alimentare.

Alcuni sintomi possono facilitare la diagnosi, quali la costante fluttuazione del peso corporeo, le aritmie cardiache, i vasi sanguigni rotti negli occhi in seguito allo sforzo compiuto per vomitare, le ghiandole ingrossate nel collo e nella mascella, traumi nella cavità orale in seguito a un'eccessiva espulsione di succhi gastrici, disidratazione e infiammazione dell'apparato gastro-esofageo.

Anche dal punto di vista diagnostico la bulimia nervosa presenta alcune importanti differenze dall'anoressia nervosa, le due più importanti sono senz'altro il peso e la presenza del ciclo mestruale (per quanto riguarda ovviamente soggetti di sesso femminile), che sono regolari nella bulimia ma alterati nell'anoressia. Un'altra differenza sostanziale, questa volta tra bulimia nervosa e obesità, è data dal fatto che nella prima sono presenti abbuffate e condotte compensatorie che i pazienti obesi invece non hanno. Una diagnosi tempestiva è fondamentale per poter fornire al paziente un aiuto concreto e competente; spesso si va ad intervenire con diete o chirurgia bariatrica su pazienti che invece soffrono di DCA e hanno bisogno di supporto psicologico o psichiatrico.²⁶

La bulimia nervosa ha un'incidenza che va dal 3.8% al 9% della popolazione liceale/universitaria, con prevalenza dello 0.1% nel sesso maschile e 1-3% in quello femminile.

Il disturbo riguarda maggiormente le ragazze (circa l'85-90% dei casi) con esordio tra i 12 e i 35 anni. La presenza di bulimia nervosa in adolescenza aumenta in modo esponenziale la probabilità di soffrire di questo disturbo anche in età adulta. È stato recentemente dimostrato che l'urbanizzazione ha avuto un ruolo fondamentale per l'incremento di bulimia nervosa; infatti, essa risultava 5 volte maggiore nelle aree urbane rispetto a quelle rurali.

Inoltre, mentre il tasso di persone affette da anoressia nervosa è rimasto praticamente invariato negli anni, le diagnosi di bulimia sono cresciute di tre volte. Questo dimostra che nonostante questi disturbi appartengano entrambi ai DCA, hanno sviluppato caratteristiche epidemiologiche totalmente differenti negli anni.²⁷

²⁵Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.

²⁶Dalle Grave R. (2003) *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.

²⁷Massimo Cuzzolaro (2014) *Anoressie e bulimie - Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*-Il Mulino

Sicuramente la bulimia nervosa è uno dei disturbi più difficili da diagnosticare, vista anche la comorbidità con altre patologie psichiche che rendono ancora più difficile la diagnosi. In genere, di fronte a un caso sospetto di bulimia, i medici ricorrono a un esame obiettivo scrupoloso, ad alcune analisi di laboratorio, a una valutazione del profilo psicologico e ad alcuni esami strumentali per valutare la salute di certi organi vitali (cuore in primis).

Anche se non sono specifici, questi test permettono di stabilire, con un certo grado di sicurezza, la problematica in corso e la sua gravità. L'esame obiettivo consiste nella valutazione medica dello stato di salute generale del paziente. Sono oggetto di osservazione: il cosiddetto indice di massa corporea (per capire le condizioni di peso del sospetto malato), l'aspetto della pelle e dei capelli, il ritmo cardiaco, la dentatura, il tono muscolare, l'aspetto della gola.

Inoltre, l'esame obiettivo comporta anche una serie di domande relative al ciclo mestruale (nel caso in cui il soggetto analizzato sia una donna) o alla funzione erettile (in caso di soggetto di sesso maschile). Le analisi di laboratorio comprendono, generalmente, un emocromo completo e una valutazione del livello dei vari elettroliti.

La valutazione del profilo psicologico spetta, in genere, a un esperto in materia di malattie mentali e psicologiche. Brevemente, consiste in un questionario in cui lo specialista chiede al paziente di descrivere i propri pensieri, le proprie abitudini e il proprio rapporto con il cibo.²⁸

La cura della bulimia nervosa contempla sia trattamenti farmacologici sia trattamenti psicoterapeutici e riabilitativi. In generale, gli studi hanno dimostrato che i farmaci antidepressivi risultano efficaci nella cura della bulimia; in genere, infatti, è presente una flessione del tono dell'umore con depressione in comorbidità.

La cura con antidepressivi si è dimostrata efficace nel miglioramento del tono dell'umore e nella riduzione del sintomo delle abbuffate nel breve periodo. Oltre all'eventuale terapia farmacologica, di fondamentale importanza per la cura della bulimia nervosa, sono essenziali i percorsi terapeutici e riabilitativi.

La cura si concentra su diversi aspetti tra cui:

- disagi psicologici profondi e sottostanti il disturbo;
- il riconoscimento e la distinzione della fame fisiologica da quella “psicologica” (o nervosa)
- una migliore gestione delle proprie emozioni;
- il ripristino di una condotta alimentare sana (eliminando così il ciclo “abbuffate/condotte di compenso”);
- terapia familiare per comprendere quali fattori e problematiche hanno portato allo sviluppo del disturbo ripristinando una sana comunicazione in famiglia²⁹

²⁸Colette Combe (2007) Capire e curare la bulimia

²⁹Dalle Grave R (2012) Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Un Programma Basato sulla Terapia Cognitivo Comportamentale. Verona, Positive Press

In caso di trattamento della patologia si registrano migliorie anche nel 50% dei casi, di casi studiati anche a distanza di anni dall'avvenuta "guarigione". Il disturbo è molto incline a essere recidivo. Il 25% dei casi mostra il fallimento delle terapie in quanto molti soggetti bulimici abusano soventemente anche di alcool o droghe. Inoltre, la maggior parte dei soggetti affetti da bulimia dimostra anche disturbi di personalità (ad esempio disturbo borderline di personalità e disturbo bipolare) che ne complicano la prognosi.³⁰

³⁰<https://it.wikipedia.org/wiki/Bulimia>

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BED)

Il disturbo da alimentazione incontrollata (o binge eating disorder), letteralmente “abbuffata di cibo”, indica episodi in cui si assumono grandi quantità di cibo in un tempo relativamente breve con la sensazione di perdere il controllo su cosa e quanto sta mangiando. Queste crisi sono accompagnate da un forte disagio psicologico e seguite da senso di colpa e vergogna, che spesso inducono a mangiare da soli o di nascosto.

La caratteristica principale del disturbo, come riportato dall’ultima e più recente versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5), sono i ricorrenti episodi di abbuffata, che devono verificarsi mediamente almeno una volta a settimana per 3 mesi.

Un “episodio di abbuffata” nel disturbo da binge eating è definito come “mangiare in un determinato periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili”. Un episodio di eccessivo consumo di cibo da binge eating deve essere accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo per essere considerato un episodio di abbuffata. Questi episodi di abbuffata devono essere caratterizzati da un marcato disagio.

Inoltre, queste abbuffate nel binge eating sono caratterizzate dai seguenti aspetti:

- mangiare molto più rapidamente del normale
- mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
- mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente affamati
- mangiare da soli a causa dell’imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l’episodio

Nel binge eating la gravità viene valutata in base alla frequenza degli episodi di abbuffata:

- lieve se sono presenti 1-3 episodi di abbuffata a settimana
- moderata se sono presenti da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana
- grave se sono presenti da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana
- estrema se sono presenti 14 o più episodi di abbuffata a settimana³¹

Generalmente, il disturbo si manifesta in persone sovrappeso o obese. La differenza sostanziale con la bulimia nervosa è che, nel BED, non seguono pratiche compensatorie in seguito all’abbuffata. Chi ne è affetto da molto tempo o in maniera grave è inevitabile che vada incontro a sovrappeso o a obesità. Al di là del disagio psichico al quale va incontro la persona affetta da binge eating, la condizione di obesità o sovrappeso al quale può andare incontro comporterà anche disturbi tipici dell’obesità.

Il disturbo da binge-eating è stato incluso nel DSM-5 come categoria distinta di disturbo dell’alimentazione, mentre nel DSM-IV era descritto nell’Appendice B nelle categorie

³¹American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

che necessitavano ulteriori studi e era diagnosticabile solamente usando l'ampia categoria diagnostica "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato".

Nel DSM-5 il disturbo da binge-eating ha mantenuto i criteri diagnostici simili a quelli del DSM-IV con l'eccezione del criterio D (frequenza e durata abbuffate). Nel DSM-5, infatti, abbuffate si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due giorni la settimana per 6 mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.³²

Tra i sintomi psicologici del BED ritroviamo, come negli altri disturbi del comportamento alimentare, una bassa autostima, un abbassamento dell'umore e un'immagine fortemente negativa del proprio corpo.

La relazione tra obesità e Disturbo da Alimentazione Incontrollata è bidirezionale: le problematiche di salute, le difficoltà relazionali e la stigmatizzazione sociale dell'obesità favoriscono la comparsa di pensieri ossessivi negativi che, cronicizzati, determinano stati d'ansia e depressione. Di fronte alle emozioni negative, l'assunzione di cibo può ricoprire un ruolo consolatorio e avvenire in modo disfunzionale.

Nel soggetto con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, che spesso soffre già di disturbi ansioso-depressivi, questo circolo vizioso viene potenziato dal senso di sconfitta per l'incapacità di controllare il proprio rapporto con il cibo. Ne nasce una fame psicogena insaziabile che porta alle crisi di binge eating e concorre a peggiorare il Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) e l'obesità stessa. Proprio per questa stretta relazione, i pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata spesso si rivolgono agli ambulatori per l'obesità per richiedere cure.

Anche in questo caso le cause che possono portare allo sviluppo del BED non sono facilmente individuabili. Tra i fattori di rischio possiamo trovare le problematiche sociali e culturali. La pressione sociale per la magrezza può causare un peggioramento dello stato d'animo di una persona in sovrappeso rendendola più vulnerabile allo sviluppo del disturbo da alimentazione incontrollata. Alcuni genitori inoltre, inconsapevolmente, possono facilitare lo sviluppo di un binge eating disorder usando il cibo per confortare o premiare i loro figli. Anche i bambini esposti a frequenti commenti critici sui loro corpi e sul loro peso sono maggiormente vulnerabili allo sviluppo di questo disturbo come degli altri disturbi alimentari. Tra le cause psicologiche si può notare come la depressione e il binge eating disorder sono fortemente legati tra loro. Molti soggetti che soffrono di binge eating sono depressi o lo sono stati in precedenza. Alcuni possono avere problemi di controllo degli impulsi o nella gestione e nell'espressione dei propri stati d'animo. Inoltre, la bassa autostima, la solitudine e l'insoddisfazione verso il proprio corpo possono essere causa di un binge eating disorder.³³

³²Dalle Grave, R. (2014). Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è e come affrontarlo. Verona: Positive Press.

³³Fairburn, C.G. (2014). Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating. Milano: Raffaello Cortina.

Chi soffre del disturbo dell'alimentazione incontrollata molto spesso utilizza il cibo per "anestetizzare" emozioni negative, stress, ansia, peggiorando soltanto la propria situazione psicologica, perché al termine delle abbuffate chi è affetto da questo disturbo avverte profonde sensazioni di disagio e colpa legate alla percezione di "perdita di controllo" rispetto alla quantità di cibo ingerita durante l'abbuffata.

Spesso chi soffre di binge eating disorder tenta di ridurre il proprio peso corporeo attraverso le diete. Ma essendoci un problema psicologico alla base, questi tentativi falliscono. Alimentando nel soggetto un senso di frustrazione e di fallimento, riducendo autostima e autoefficacia.

Tra i sintomi ricorrenti di chi soffre di BED possiamo riconoscere:³⁴

- abbuffata compulsiva che avviene in momenti di solitudine
- mancanza di fame fisiologica
- scarsa autostima
- sintomi depressivi
- diete fallite

Essendo un DCA che molto spesso è associato alla condizione dell'obesità, le problematiche legate al BED sono le stesse legate al forte sovrappeso, come diabete, problemi alle articolazioni e al sistema cardiocircolatorio, problemi ormonali e respiratori. A parità di peso, però, le persone con BED riportano con più frequenza insoddisfazione nei riguardi della loro salute fisica, utilizzazione delle cure sanitarie, insonnia, menarca precoce e dolori al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli e hanno un maggior rischio di sviluppare le componenti della sindrome metabolica (cioè obesità addominale, dislipidemia, ipertensione arteriosa e alterata glicemia a digiuno) rispetto a quello attribuibile alla sola obesità.

Le persone con BED riportano una peggiore qualità della vita legata alla salute rispetto alla popolazione generale e scarsa soddisfazione della loro vita. L'associazione del disturbo con l'obesità e la depressione aggrava ulteriormente la qualità di vita fisica e psicologica, rispettivamente. Infine, è stata osservata una scarsa fitness fisica che sembra in parte essere influenzata negativamente sia dall'obesità sia dalla depressione spesso coesistente al disturbo dell'alimentazione.³⁵

Come accade in tutti i disturbi del comportamento alimentare, anche nel BED sono presenti dei fattori che contribuiscono al mantenimento del disturbo e non permettono una guarigione totale. Tra questi troviamo eventi e cambiamenti emotivi associati, un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, degli obiettivi di peso non realistici e la restrizione dietetica disfunzionale. L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo è presente in circa il 50% delle persone con BED e va distinta dall'insoddisfazione corporea, termine usato quando a una persona non piace il proprio aspetto fisico. L'insoddisfazione corporea è molto diffusa tra le persone e non rappresenta necessariamente un problema clinico.

³⁴Dalle Grave, R. (2014). *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è e come affrontarlo*. Verona: Positive Press.

³⁵Dalle Grave, R. (2018). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale (terza edizione)*. Verona: Positive Press.

Una persona ha un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo quando giudica il suo valore largamente, e in alcuni casi esclusivamente, in termini di controllo del peso e della forma del corpo. Espressioni tipiche di chi ha un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo sono frequenti check del peso e della forma del corpo, l'evitamento di pesarsi e di esporre il proprio corpo, il sentirsi grassi e conseguente adozione di una dieta ferrea o di altri comportamenti estremi di controllo del peso.

La presenza di obiettivi di peso e di obiettivi primari non realistici sembra associarsi all'interruzione del trattamento o al non impegnarsi nel mantenimento del peso perso, perché le persone considerano il risultato ottenuto insoddisfacente.

Inoltre, le persone con BED che hanno obiettivi di peso non realistici adottano spesso in modo intermittente la restrizione dietetica disfunzionale che contribuisce a mantenere le abbuffate, questo perché è molto probabile rompere le regole dietetiche quando sono rigide, numerose e difficili da seguire.

In questi casi, l'individuo interpreta le minime trasgressioni alimentari come l'evidenza della sua mancanza di autocontrollo e non del fatto che le regole dietetiche sono troppo rigide ed estreme. Ciò favorisce l'abbandono temporaneo dello sforzo di controllare l'alimentazione (pensiero "tutto o nulla") e l'episodio di abbuffata.³⁶

Durante l'episodio di abbuffata sono spesso assunti gli alimenti evitati nelle fasi di restrizione perché considerati troppo calorici. Gli studi hanno evidenziato che non c'è una dipendenza fisica dai carboidrati: ciò che caratterizza gli episodi di abbuffata non è la qualità dell'alimentazione ma la quantità di cibo assunto - tipicamente tra le 1000 e le 2000 calorie. L'elevato introito di calorie con gli episodi di abbuffata spiega perché, quando esse sono frequenti, le persone tendano ad aumentare di peso e a sviluppare e a mantenere una condizione di obesità. Inoltre, le e persone con BED e obesità sono spesso sedentarie, la sedentarietà favorisce lo sviluppo di emozioni negative (per esempio la noia), che a loro volta spesso sono un fattore scatenante e mantenente degli episodi di abbuffata e di alimentazione sregolata e in eccesso.

Se prendiamo in considerazione i comportamenti alimentari patologici risulta evidente la differenza tra l'anoressia ed il BED. Nel primo caso, infatti, c'è una severa perdita di peso conseguente a una restrizione nell'alimentazione. Nel binge eating avviene l'esatto opposto, cioè un aumento di peso in seguito alle abbuffate compulsive. Nel confronto tra la bulimia ed il BED esiste, invece, la sovrapposibilità di alcuni sintomi. In entrambi i casi sono intraprese abbuffate alimentari con una frequenza almeno bisettimanale, accompagnate sempre dalla perdita del controllo ma, mentre un bulimico vive un profondo senso di colpa successivamente all'abbuffata, questo nel BED non avviene. Successivamente all'abbuffata il paziente con diagnosi di bulimia è spinto dal proprio senso di colpa al vomito autoindotto o all'utilizzo di altre drastiche strategie compensatorie (uso massiccio di lassativi, diuretici, esercizio fisico eccessivo o prolungati periodi di astensione alimentare) fino alla sedazione dell'ansia.

³⁶Dalle Grave, R. (2014). *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è e come affrontarlo*. Verona: Positive Press

Il paziente con diagnosi di BED, invece, convive con i sentimenti depressivi e di colpa successivi alle abbuffate senza tecniche compensatorie.³⁷

Il BED è il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione più comune nell'adolescenza. Nella popolazione generale degli Stati Uniti, per esempio, è presente nell'1,3% degli adolescenti e la sua prevalenza tende ad aumentare nel tempo sia nei maschi che nelle femmine.

A differenza di altri disturbi dell'alimentazione che colpiscono maggiormente i soggetti di sesso femminile, nel binge eating la situazione pare equilibrata tra maschi e femmine.

Inoltre, il BED può essere molto difficile da diagnosticare, così come accade per la bulimia nervosa.³⁸

Per quanto riguarda il trattamento, anche il disturbo dell'alimentazione incontrollata richiede un supporto multidisciplinare e non è sufficiente curare l'obesità, ma occorre un aiuto psicologico. Il primo passo da affrontare è quello della rieducazione alimentare, grazie alla presenza di un dietista che possa seguire passo dopo passo il paziente per lo sviluppo di un corretto stile alimentare. Grazie a questo percorso si riuscirà a raggiungere una consapevolezza corporea, che permetterà al paziente di distinguere la fame fisiologica da quella psicologica.

L'aspetto centrale nel trattamento del BED è sicuramente la cura psicologica, che prevede una rieducazione emotiva per imparare riconoscere le proprie emozioni, comunicarle e infine trovare alternative più salutari per gestirle. Il lavoro dello psicoterapeuta si orienterà su diversi binari, anche per capire cosa porta il paziente a sfogare le proprie emozioni sul cibo. Sarà poi necessario impostare uno stile di vita attivo. Prendersi cura del proprio stile di vita è il terzo cardine del percorso di cura ed è considerato un punto di arrivo nella cura del disturbo da alimentazione incontrollata.³⁹

Sono stati testati anche alcuni antidepressivi per il trattamento del BED; tuttavia, non si sono rivelati particolarmente efficaci perché sebbene riducano gli episodi di abbuffata, spesso si associano ad un aumento del peso producendo un effetto opposto a quello desiderato.

³⁷P. Cotrufo, Il disturbo da alimentazione incontrollata: dati epidemiologici e caratterizzazione clinica, Istituto di Psichiatria, Università di Napoli SUN

³⁸<https://onlinejedo.positivepress.net/articoli/10.32044/ijedo202006/>

³⁹Fairburn, C.G. (2014). Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating. Milano: Raffaello Cortina.

ALTRE TIPOLOGIE DI EATING DISORDERS

-PICA:

Il picacismo, anche denominato allotriofagia o, più semplicemente, pica, è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato dall'ingestione portata avanti nel tempo di sostanze non nutritive (terra, sabbia, carta, gesso, legno, cotone, etc.).⁴⁰

Questo disturbo non viene diagnosticato ai bambini di età inferiore ai due anni che frequentemente mettono in bocca o ingeriscono una varietà di oggetti.

La pica viene diagnosticata quando:

- Un paziente mangia materiale non nutritivo e non alimentare in modo persistente per almeno un mese.
- L'ingestione di questi materiali è inappropriata per il livello di sviluppo del paziente.
- L'ingestione di questi materiali non fa parte di una tradizione culturale.
- Se l'ingestione si verifica in un paziente con un altro disturbo, è sufficientemente persistente e grave da richiedere un trattamento specifico.⁴¹

Tra le conseguenze, spesso gravi, della pica, troviamo l'occlusione intestinale in seguito all'ingerimento di materiale, l'avvelenamento da piombo e l'infestazione da parassiti quando si ingerisce la terra o altro materiale sporco.

Generalmente questo disturbo riguarda soggetti che già presentano altri disturbi mentali (autismo, schizofrenia ecc.) e può durare diversi mesi per poi scomparire da solo. Anche la negligenza e la mancanza di supervisione sono fattori di rischio, secondo il DSM-5. Un bambino maltrattato che non è adeguatamente nutrito può provare a mangiare sostanze non alimentari. Esiste poi una forte associazione tra pica e disturbo ossessivo-compulsivo.⁴²

L'esordio della pica avviene, di solito, durante l'infanzia, sebbene non vi siano specifiche sull'età per lo sviluppo del disturbo. Esso è più comune nelle aree di basso status economico, ad esempio l'Africa ha una maggiore incidenza di questo disturbo rispetto ai paesi occidentali.

Tuttavia, se pica ha un valore spirituale, medicinale o sociale in una cultura, allora non si qualifica come pica secondo i criteri del DSM-5.

Un individuo impegnato nella pica può soffrire di carenze nutrizionali, contrarre infezioni e morire a causa della pratica. Si verificano ostruzione e infezione intestinale e del colon. La pica viene spesso portata all'attenzione dei medici a causa di disturbi addominali.

⁴⁰<https://it.wikipedia.org/wiki/Picacismo#:~:text=Il%20picacismo%2C%20anche%20denominato%20allotriofagia,%2C%20cotone%2C%20etc.>

⁴¹American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

⁴²Evelyn Attia (2020), Columbia University Medical Center, New York State Psychiatric Institute;

-DISTURBO DA RUMINAZIONE:

La ruminazione è un disturbo del comportamento alimentare dove il soggetto rigurgita il cibo dopo il consumo, rigurgito che può anche non essere del tutto volontario.

I soggetti affetti da questo disturbo rigurgitano il cibo ripetutamente dopo aver mangiato, normalmente tutti i giorni. Possono non presentare nausea e non avere conati di vomito. Il soggetto può rimasticare il cibo rigurgitato, quindi sputarlo o inghiottirlo di nuovo. Diversamente dal vomito, che è un'espulsione energica ed è generalmente causato da un disturbo, il rigurgito non è un'espulsione energica e può essere volontario. Tuttavia, il soggetto può riferire di non riuscire a smettere di farlo.

Alcuni soggetti con disturbo da ruminazione sono consapevoli che il comportamento sia socialmente inaccettabile e cercano di dissimularlo o di occultarlo, magari mettendo la mano davanti alla bocca o tossendo. Alcuni di loro evitano di mangiare in pubblico per non rigurgitare davanti agli altri o non mangiano prima di qualsiasi attività sociale o lavorativa.

Se limitano il consumo di cibo (per evitare che gli altri li vedano rigurgitare), possono perdere peso o sviluppare carenze nutrizionali.

I criteri per la diagnosi da disturbo della ruminazione sono i seguenti:

- I medici diagnosticano il disturbo da ruminazione nei soggetti che riferiscono di avere ripetutamente rigurgitato il cibo per almeno un mese.
- La ruminazione viene diagnosticata quando, dopo un'attenta analisi, si escludono disturbi gastrointestinali e altri disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia ecc.)
- Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.⁴³

Per poter individuare gli interventi corretti occorre innanzitutto distinguere la ruminazione dal vomito e dai comportamenti a questo connesso.

L'unico trattamento possibile per questo disturbo è la modifica comportamentale, con strategie cognitivo-comportamentali che aiutano i pazienti ad apprendere comportamenti opportuni. La ruminazione nelle persone adulte con ritardo mentale è stata associata a condizioni psicologiche particolari, come la depressione e l'ansia cronica.

Rispetto al DSM-IV, i cambiamenti nei criteri diagnostici del disturbo di ruminazione sono stati minimi, se si eccettua il fatto che nel DSM-5, questo disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia, ma nell'ampia categoria diagnostica "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione".⁴⁴

⁴³American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

⁴⁴<https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-nutrizione-alimentazione/disturbo-ruminazione>

-DISTURBO DA EVITAMENTO/RESTRIZIONE DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

Il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato dalla persistente incapacità di soddisfare le appropriate capacità nutrizionali e/o energetiche associato a:

- Significativa perdita di peso o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto o una crescita discontinua nei bambini
- Significativo deficit nutrizionale
- Richiesta di alimentazione supplementare per sostenere un apporto nutrizionale adeguato
- Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale⁴⁵

Il disturbo non deve essere connesso alla mancanza di cibo o a pratiche di tipo culturale, inoltre va distinto dall'anoressia e bulimia perché in questo caso non c'è nessuna anomalia per quanto riguarda la percezione del proprio peso e del proprio corpo.

Ovviamente devono essere escluse tutte le cause che portano all'alimentazione selettiva, come la scarsità di cibo, fattori culturali, una malattia medica concomitante o un altro disturbo mentale che possano meglio spiegarlo (ad es. anoressia e bulimia nervosa), inoltre si deve poter escludere che l'evitamento del cibo abbia a che fare con il timore di ingrassare e con un'eccessiva attenzione al corpo (peso e forma).

Questo disturbo può manifestarsi in modalità differenti e questo ha permesso di distinguere tre sottotipi:

1. Evitamento del cibo emotivo: il paziente perde completamente interesse per il cibo e per l'attività di nutrizione e quindi ciò si manifesta in un disturbo emotivo.
2. Evitamento del cibo sensoriale: il paziente in questo caso evita il cibo per cause legate alle sue proprietà sensoriali (consistenza, gusto, colore, aspetto ecc.).
3. Evitamento del cibo per paura di conseguenze negative: il paziente evita di mangiare perché teme conseguenze spiacevoli come soffocare, vomitare, reazioni allergiche.⁴⁶

Il disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione del cibo (ARFID) si sostituisce al Disturbo della nutrizione nell'infanzia o prima giovinezza (FD) descritto nel DSM-IV TR. A differenza di quest'ultimo, l'ARFID non fa riferimento a un periodo dello sviluppo limitato, con il vantaggio di poter essere diagnosticato durante tutto l'arco di vita.

Una particolare patologia che viene inclusa nel disturbo di evitamento dell'assunzione di cibo è l'ortoressia.

⁴⁵American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

⁴⁶<https://www.stateofmind.it/tag/disturbo-evitante-restrittivo/>

Chi è affetto da ortoressia conduce uno stile di vita che ruota completamente e persistentemente intorno ad una corretta alimentazione, tanto da influenzare la quotidianità dell'individuo. Il soggetto si focalizza sul controllo della quantità e della qualità del cibo, arrivando ad evitare tutte quelle situazioni che non gli permettono di esercitarlo. Le conseguenze sono quindi l'isolamento sociale e una carenza nutrizionale anche severa.

Risulta molto difficile distinguere l'ortoressia da uno stile di vita salutista. È comunque possibile fare riferimento a criteri psicologici che consentano di cogliere i campanelli d'allarme di uno stile alimentare patologico.

Generalmente alla base dell'ortoressia c'è la paura di ingrassare o di ammalarsi per via del cibo, questo porta ad esercitare un controllo maniacale sulle abitudini alimentari. Questo porta a prestare una grande attenzione agli ingredienti di ciascun cibo, alle etichette e alle calorie di ogni alimento. Interviene inoltre una componente psicologica importante: entro una simbolizzazione del contesto del tipo "buono-cattivo", gli alimenti non conosciuti o non accettati vengono vissuti come cattivi e in quanto tali minacciosi.⁴⁷

Indipendentemente dall'età il disturbo può influenzare negativamente il funzionamento familiare, basti pensare allo stress vissuto al momento dei pasti o in altri contesti conviviali in cui sono presenti amici o parenti.

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo insorge nell'età evolutiva ma può persistere nell'età adulta, soprattutto se l'evitamento si basa su aspetti sensoriali. Come il DSM-5 sottolinea, sono ancora poche le evidenze per poter fare un collegamento causale tra il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo in età infantile e un disturbo alimentare in età adulta. Tra i fattori di rischio che possono portare a sviluppare questa patologia troviamo tra i fattori ambientali l'ansia familiare e la presenza di genitori che sono affetti di un disturbo alimentare. Tra i fattori fisiologici c'è una relazione tra disturbo dell'evitamento e problemi gastrointestinali (o vomito).

Sicuramente una situazione psicologica già compromessa può favorire lo sviluppo di tale disturbo, come l'ansia, disturbi dello spettro autistico, depressione, deficit di attenzione.

Nel trattamento di questo disturbo è importante escludere la presenza di fattori di rischio ambientale, come una scarsa disponibilità di cibo in famiglia, problemi di salute (per esempio anemia) e fattori culturali e religiosi. Una volta escluse queste situazioni, si procede con un intervento di tipo comportamentale. Vista l'età di insorgenza del disturbo, è molto importante fare anche un lavoro con i genitori dei bambini/adolescenti, al fine di indagare quali aspetti della relazione genitore-bambino promuovono e mantengono il comportamento alimentare disfunzionale.⁴⁸

⁴⁷Grazia Fernanda Spitoni, Serena Aureli (2018) Quando il cibo sano diventare un'ossessione.

⁴⁸Giancarlo Di Luzio (2019), Le relazioni psicopatologiche con il cibo. Società psicoanalitica italiana.

-DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.

In questa tipologia troviamo:

- Anoressia nervosa atipica: vengono soddisfatti tutti i criteri dell'anoressia nervosa ma, nonostante una perdita di peso consistente, il paziente rimane all'interno del suo range di normalità.
- Bulimia nervosa (a bassa frequenza/a durata limitata): sono soddisfatti i criteri della bulimia nervosa ma sia le abbuffate che le pratiche compensatorie si verificano meno di una volta a settimana e per meno di tre mesi.
- Binge eating (a bassa frequenza/a durata limitata): anche qui abbiamo la soddisfazione dei criteri del disturbo dell'alimentazione incontrollata, ma le abbuffate si verificano meno di una volta a settimane e per meno di tre mesi.
- Disturbo da condotta di eliminazione: in questo caso si hanno frequenti condotte di eliminazione di cibo (tramite vomito, lassativi, farmaci) senza abbuffate.
- Sindrome di alimentazione notturna: in questo caso si verificano abbuffate dopo il risveglio dal sonno o dopo il pasto serale. In questo caso si ha anche un cambiamento nel meccanismo sonno/veglia.⁴⁹

⁴⁹American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

-DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).⁵⁰

⁵⁰American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO

La ricerca epidemiologica, che si occupa della stima degli indici d'incidenza (frequenza di nuovi casi osservati in un'unità di tempo nell'ambito di una certa popolazione) e di prevalenza (numero di casi di malattia rilevabili in un dato momento nell'ambito di una certa popolazione) ha consentito di fare delle riflessioni importanti sulla distribuzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Negli ultimi anni tali disturbi sono aumentati in Occidente, ma appaiono i primi casi anche tra le persone più benestanti nel Terzo Mondo.

Tra i fattori di rischio comuni a tutti i tipi di disturbi del comportamento alimentare possiamo trovare:

- Fattori di rischio generali: sesso femminile, adolescenza e prima età adulta, società occidentale.
- Fattori di rischio individuali: storia familiare (DCA, alcolismo, depressione in parenti di primo grado), esperienze pre-morbose (abusi durante l'infanzia, commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o amici, lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza, mass media), caratteristiche pre-morbose come bassa autostima, ansia, disturbi dell'umore, perfezionismo.⁵¹

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (ANORESSIA NERVOSA):

L'anoressia nervosa rimane, quasi esclusivamente, un problema femminile. È stato infatti dimostrato che la prevalenza di questa patologia fra i giovani maschi non supera lo 0.16%.

L'incidenza è di almeno 8-9 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, tra gli uomini.

Sia l'anoressia e bulimia si manifestano più spesso tra i 15 e i 19 anni. Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce.

Nell'anoressia nervosa, il tasso di remissione è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio, 70-80% dopo 8 o più anni. Nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita. La mortalità della malattia si aggira attorno al 5-6% e le complicanze mediche sono causa della metà circa dei decessi.⁵²

⁵¹Fairburn, C.G., Harrison P.J. (2003). Eating Disorders. Lancet, Vol. 361

⁵²de Girolamo G, Polidori G, Morosini P. (2005) Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. Epidemiol Psichiatric Society

Per quanto riguarda i fattori di rischio che possono portare all'insorgenza di questa patologia si devono ricordare:

- Fattori di rischio genetici: la componente genetica è molto forte e sembra contribuire allo sviluppo dell'anoressia nervosa nel 50 – 75% dei casi.⁵³ Generalmente se uno dei due genitori ha sofferto di disturbi alimentari nella sua vita, soprattutto di anoressia nervosa, il rischio del figlio di svilupparla a sua volta sarà di 10 – 11 volte superiore alla norma
- Fattori di rischio ambientali: ciò che rientra nel contesto sociale ed economico, come esperienze potenzialmente traumatiche, violenze, ambiente familiare problematico, rigide regole alimentari
- Fattori di rischio psicologici: ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, scarsa autostima, mania del controllo, depressione, perfezionismo patologico. Sono tutte condizioni che spesso portano il paziente a sviluppare il disturbo dell'anoressia nervosa.

⁵³Paolacci, S (2020). Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, Vol. 8.

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (BULIMIA NERVOSA):

La bulimia nervosa ha un'incidenza che va dal 3.8% al 9% nella fascia d'età liceale/universitaria, con prevalenza dello 0,1% nel sesso maschile e 1-3% in quello femminile.

Per quanto riguarda il sesso femminile, di solito il disturbo emerge tra i 12 e i 25 anni, con media a 18 anni. La presenza di bulimia durante l'adolescenza espone a un rischio 20 volte più alto di ricadere nel disturbo anche in età adulta. Inoltre, come già detto precedentemente, la bulimia sembra avere un maggiore impatto nelle zone urbanizzate piuttosto che in quelle rurali (circa cinque volte maggiore nelle città).⁵⁴

Circa il 50% dei pazienti ottiene una remissione totale dal disturbo alimentare, il 29,9% ne rimane affetto mentre circa un 23% anche a distanza di anni mostrava episodi di alterazioni dell'immagine corporea e comportamenti compensatori.

In una recente analisi, che descrive i tassi di mortalità dei pazienti con bulimia nervosa, è stato trovato un tasso di mortalità ponderato del 1,74 per 1000 persone-anno, il che significa che ogni anno 0,17% di pazienti muoiono. Inoltre, il tasso di suicidi tra le persone con bulimia nervosa è apparso di 7,5 volte superiore rispetto alla popolazione generale.⁵⁵

Tra i fattori di rischio più comuni per la bulimia nervosa troviamo:

- Ansia, stress, alterazioni dell'umore.
- Bassa autostima
- Disturbo di ansia sociale
- Dieta ferrea: spesso capita che la bulimia si scateni in seguito a una dieta molto restrittiva, in seguito alla quale la fame prende il sopravvento. Questo innesca il primo episodio di abbuffata che poi determina il concatenarsi di episodi bulimici.
- Traumi o abusi fisici subiti durante l'infanzia/adolescenza
- Fattori genetici o fisiologici, come obesità infantile e precoce maturazione puberale. Livelli anormali di molti ormoni, in particolare di serotonina, hanno dimostrato essere responsabili di alcuni comportamenti alimentari disordinati.
- Fattori sociali come i mass media. Le immagini mediatiche, al quale gli adolescenti sono sovraesposti, per la maggior parte dei casi propongono un'immagine corporea irrealistica che però finisce per influenzare l'idea di corporeità dei più giovani.
- Fattori ambientali scatenanti come lutti, trasferimenti, interruzioni di relazioni importanti ecc.⁵⁶

⁵⁴Massimo Cuzzolaro (2014) Anoressie e bulimie - Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi-Il Mulino

⁵⁵Vincenzo Manna, Epidemiologia dei disturbi alimentari: incidenza, prevalenza e mortalità, Università Sapienza di Roma

⁵⁶Faccio, E. (2001). Il disturbo alimentare. Modelli ricerche e terapie. Roma: Carocci Editore.

È dimostrato che vi è un'ampia incidenza di casi di bulimia tra i soggetti che praticano attività dove si predilige un fisico sottile, come la danza classica, la ginnastica artistica, il pattinaggio.

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (BED):

I dati epidemiologici riguardanti il binge eating sono più difficili da assimilare, in quanto manca una vera e propria attività di ricerca a riguardo.

Il disturbo da alimentazione incontrollata ha una prevalenza, nella popolazione delle giovani donne, dello 0,22%. Questo ne fa una sindrome di diffusione pari all'anoressia.

Il BED è il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione più comune nell'adolescenza. Nella popolazione generale degli Stati Uniti, per esempio, è presente nell'1,3% degli adolescenti e la sua prevalenza tende ad aumentare nel tempo sia nei maschi che nelle femmine. Inoltre, è presente in tutti i gruppi etnici/razziali con una prevalenza simile nei vari gruppi.

BED spesso non viene riconosciuto e, di conseguenza è poco trattato. Per esempio, in uno studio, 344 dei 22,387 (1,5%) intervistati hanno soddisfatto i criteri del DSM-5 per il BED, ma solo 11 su 344 avevano ricevuto la diagnosi di BED da un operatore sanitario.⁵⁷

Due terzi dei pazienti BED si ha un peso superiore alla norma, un sovrappeso con valori di BMI > 24 o obesità con BMI > 30. A tal riguardo, recenti statistiche riportano una prevalenza di BED pari al 16% nei soggetti che si sottopongono a programmi di dimagrimento non medici, al 30% nei pazienti in trattamento specialistico ambulatoriale e al 70% nei pazienti obesi ospedalizzati. Esso viene diagnosticato più frequentemente tra gli adulti nella fascia di età compresa tra i 30 e i 40 anni, la maggior parte dei quali alla catamnesi avevano presentato disordini dello spettro alimentare in media attorno ai 20-21 anni.⁵⁸

Per quanto riguarda i fattori scatenanti, ancora non si è giunti a una conclusione su quali siano effettivamente. Nelle precedenti ricerche, si imputava l'insorgere del disturbo a diete particolarmente restrittive. Ad oggi, è stato dimostrato che esso è precedente all'instaurarsi di un regime ipocalorico nel 49% dei casi e contemporaneo nel 13%, ma non è necessariamente correlato al sovrappeso dal momento che se è vero che il disturbo si presenta in pazienti obesi, esso però prende origine nel periodo dell'adolescenza in cui essi erano normopeso.⁵⁹

⁵⁷Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, pp. 17-30.

⁵⁸Telch CF, Agras WS (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?

⁵⁹Grilo CM, Masheb RM (2000). Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder.

L'origine del disturbo è da andare a ricercare in:

- Fattori esterni: ambito sociale, familiare, abitudini giornaliere.
- Fattori interni: emozioni negative, depressione, ansia, stress, disturbi cognitivi, disturbi dell'umore.

È stato osservato come gli episodi di binge eating si verificano soprattutto al mattino piuttosto che alla sera, o comunque quando il soggetto si trova prevalentemente da solo.

L'associazione con stati emotivi negativi viene spiegata tenendo in considerazione la funzione del sintomo che sarebbe volto a compensare il senso di solitudine presente al momento della crisi.

Se il discontrollo alimentare è favorito da stati d'animo quali disforia, senso di noia, tristezza, rabbia, i disturbi dell'umore in quanto tali si presentano in modo più frequente nei pazienti obesi BED positivi rispetto a quelli BED negativi.⁶⁰

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (PICA):

I tassi di prevalenza della pica non sono chiari.

La prevalenza esatta della Pica è spesso sotto riportata dal momento che molte persone possono essere in imbarazzo ad ammettere queste insolite abitudini alimentari e possono nasconderle ai loro medici. Anche se la pica è osservata a tutte le età e in entrambi i sessi, essa è molto prevalente tra i bambini e le femmine.

La pica è anche comunemente osservata nei bambini con disabilità dello sviluppo (ritardo mentale, autismo, etc). Tra gli individui con disabilità intellettiva, la prevalenza del disturbo sembra aumentare con la gravità della condizione. Si riscontra nelle donne durante la gravidanza; tuttavia, non ci sono molti studi a riguardo del decorso della pica nel periodo del post partum. La geofagia è la forma più comune di pica in persone che vivono in condizioni di povertà.⁶¹

Tra i fattori scatenanti troviamo:

- Teoria nutrizionale: gli enzimi del cervello che regolano l'appetito sono alterati da mancanze nutrizionali (ferro, zinco, ecc.) e innescano voglie specifiche.
- Teoria fisiologica: in alcuni casi l'ingerimento di sostanze può ridurre sintomi come nausea o diarrea pur andando ad aggravare la situazione nel lungo termine.
- Fattori psicologici: disturbi ossessivo compulsivi, difficoltà a gestire ansia e stress, schizofrenia, autismo.
- Eventi traumatici come separazioni, lutti, trasferimenti.

⁶⁰ Grilo CM, Masheb RM (2001) Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatient with binge eating disorder: frequency and association with gender, obesity, and eating-related psychopathology.

⁶¹<https://www.stateofmind.it/tag/pica/>

- Tradizioni culturali e religiose (soprattutto in India e Africa durante le gravidanze).
- Status sociale ed economico legato ad una scarsa disponibilità di cibo.⁶²

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (DISTURBO DELLA RUMINAZIONE):

La ruminazione inizialmente fu documentata nei neonati, nei bambini e nei disabili mentali. Successivamente è stata riconosciuta come un disturbo che colpisce maschi e femmine di ogni età ed altrimenti sani.

La frequenza nella popolazione generale non è stata calcolata.

Descritta talvolta come rara, in altri casi si preferisce definirla non come rara ma come scarsamente riconosciuta. Il disturbo colpisce prevalentemente il genere femminile. L'età media di insorgenza è di 12 anni, con un'insorgenza precoce nei maschi rispetto alle femmine (11 anni).

Ci sono poche prove riguardanti un'origine ereditaria della sindrome. Tuttavia, vi sono casi dove si riportano intere famiglie affette dalla sindrome di ruminazione.

Anche in questo caso, i fattori di rischio possono essere

- psicologici (ansia, stress, disturbi ossessivo-compulsivi).
- biologici (età, sesso, problemi gastrointestinali)
- ambientali (famiglia affetta dallo stesso disturbo, problemi di interazione sociale).⁶³

-DATI EPIDEMIOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO (DISTURBO DI EVITAMENTO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO):

Per quanto riguarda questo disturbo, l'esordio avviene generalmente durante l'infanzia o durante l'adolescenza (sono rari i casi in età adulta), con età media di insorgenza intorno ai 12 anni.

Colpisce individui di tutte le classi sociali con un'insorgenza del 30% nei soggetti maschili e un 70% in quelli femminili.

Generalmente circa un 15% di pazienti che richiedono un trattamento ospedaliero in centri specializzati nella cura dei DCA risponde ai criteri per una diagnosi da evitamento dell'assunzione di cibo.

Non ci sono dati di prevalenza sulla popolazione non clinica negli adulti.⁶⁴

⁶²Mascolo M. Mancini V. (2017). La pica: un disturbo dalle voglie alimentari insolite.

⁶³B. Timothy Walsh (2020) College of Physicians and Surgeons, Columbia University

⁶⁴R. Dalle Grave Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID). www.dallegrave.it

Questo disturbo è influenzato da diversi fattori:

- Ambientali: ansia familiare o genitori con disturbo alimentare pregresso.
- Genetici/fisiologici: problemi gastrointestinali, reflusso, vomito.
- Psicologici: ansia, autismo, iperattività, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo.⁶⁵

Un limite importante presente nella comprensione clinica di tale disturbo sono le scarse conoscenze circa le tappe di sviluppo della selettività/evitamento del cibo in adolescenti e in adulti. Studi recenti hanno però dimostrato che la selettività del cibo non sia solo una fase temporanea tipica dell'infanzia, ma che questa, in alcuni casi possa avere una continuità nell'adolescenza e nell'età adulta, nei cosiddetti “mangiatori schizzinosi” o “picky eaters”.

⁶⁵<https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-nutrizione-alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-assunzione-cibo>

PROTOCOLLI E TERAPIE UTILI PER TRATTARE I DCA

Le linee guida per il trattamento e la cura dei disturbi del comportamento alimentare sono ben esposte nel DSM-V, che riassume le tappe fondamentali per una corretta terapia:

- diagnosticare e trattare le complicanze mediche
- aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento
- aumentare il peso corporeo (nell'anoressia)
- ristabilire un'alimentazione adeguata
- affrontare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività)
- correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso
- curare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione
- cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- aumentare il livello di autostima
- prevenire le ricadute⁶⁶

Ovviamente ogni disturbo del comportamento alimentare prevede un suo determinato protocollo di cura.

Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, che è anche la patologia con il tasso di mortalità più alto tra i disturbi alimentari, il trattamento prevede una combinazione tra psicoterapia e riabilitazione nutrizionale.

Prima di iniziare il trattamento, i componenti della equipe multidisciplinare effettueranno una dettagliata valutazione delle condizioni fisiche, psicologiche e sociali e svilupperanno un piano terapeutico.

Possono essere intraprese diverse tecniche psicologiche, prima tra tutte **la terapia cognitivo-comportamentale** (o CBT), la quale si basa sul presupposto teorico che il nostro modo di vedere una certa situazione condiziona i nostri comportamenti e, viceversa, i nostri comportamenti influenzano il nostro modo di pensare. Lo psicoterapeuta incoraggerà l'adozione di un modo di pensare più giusto e realistico che avrà come conseguenza un comportamento più sano.

La terapia può avere una durata da sei mesi a un anno e si articola generalmente in tre fasi:

- La prima fase è finalizzata a normalizzare il peso e ad abbandonare i comportamenti di controllo del peso;
- La seconda fase tende a migliorare l'immagine corporea, la valutazione di sé e i rapporti interpersonali;

⁶⁶American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Pub

- La terza fase prevede l'applicazione di procedure finalizzate a prevenire le ricadute, a mantenere i risultati raggiunti durante il trattamento e a preparare la fine della terapia.⁶⁷

La terapia cognitivo-comportamentale risulta utile soprattutto nei casi in cui, assieme al DCA, non è presente un altro disturbo psicologico di differente natura. La terapia cognitivo-comportamentale può essere individuale o di gruppo, tuttavia, per trattare l'anoressia nervosa l'approccio di gruppo viene sconsigliato in quanto l'estrema competitività che caratterizza l'anoressia nervosa può portare a processi di imitazione dei comportamenti più restrittivi e patologici delle altre pazienti.

Si può ricorrere successivamente a una **terapia interpersonale** (IPT), la quale si basa sul presupposto che le relazioni del soggetto con altre persone e con il mondo esterno possano influenzare la salute mentale dell'individuo.

Nel corso della psicoterapia interpersonale, il terapeuta esplora quali sono gli aspetti negativi che entrano in gioco nelle relazioni interpersonali e suggerisce come risolvere queste difficoltà.

Ci sono poi diversi **interventi sulla famiglia**, coinvolgendo i familiari nella discussione su come il disturbo stia condizionando la loro vita. Può aiutare i familiari a capire meglio il disturbo e come si possa essere d'aiuto al familiare anoressico.

Si cercherà di portare il soggetto ad un **aumento di peso sano ed equilibrato**, accrescendo le quantità di cibo in modo graduale. All'inizio, alla persona vengono prescritte piccole quantità di cibo da mangiare, poi le porzioni possono aumentare progressivamente man mano che il corpo si abitua ad assumere la giusta quantità di cibo. Lo scopo è quello di seguire un'alimentazione regolare, con tre pasti al giorno, possibilmente con supplementi vitaminici e minerali.

L'obiettivo del trattamento ambulatoriale è ottenere un incremento medio di peso di 500 gr a settimana. Durante il ricovero in un centro specialistico, invece, l'obiettivo è quello di ottenere un incremento settimanale di peso compreso tra i 500gr ed 1 Kg.

Infine, in casi estremi di pazienti che rifiutano il trattamento pur essendo gravemente malati, si può ricorrere a un **trattamento sanitario obbligatorio** (TSO), previsto dalla Legge 833/78 (art.34) o dalla Legge 13 maggio 1978, n. 180 per ripristinare un apporto nutrizionale adeguato e migliorare le condizioni fisiche gravemente compromesse che sono le principali condizioni per il miglioramento del quadro psichiatrico. Tuttavia, questo rimane un tema dibattuto negli anni. Alcuni autori hanno sostenuto che sottoporre il paziente a una nutrizione forzata può minare la relazione terapeutica e avere un impatto incerto sul decorso e

⁶⁷Bruch H., (1997) Terapia cognitiva comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione, Feltrinelli, Milano

sull'esito a lungo termine dell'anoressia nervosa, mentre altri hanno affermato che il TSO va considerato come un trattamento compassionevole ed è per tale motivo giustificato.⁶⁸

La terapia cognitivo-comportamentale è anche quella più utilizzata per trattare pazienti affetti da bulimia nervosa (CBT-BN). È appurato che, tra i pazienti che completano il trattamento, il 40-50% interrompe del tutto gli episodi bulimici con miglioramenti mantenuti nel lungo periodo. La CBT-BN risulta più efficace di cure farmacologiche e di altri trattamenti psicoterapici e dal 2004 è stata indicata come intervento di prima scelta per trattare pazienti affetti da DCA ed è l'unica terapia ad aver ricevuto un criterio di evidenza "A" dalla NICE⁶⁹.

Tuttavia, nei casi di bulimia nervosa, la terapia cognitivo-comportamentale è consigliata soprattutto per trattare casi adulti. Questo rappresenta un grosso limite, in quanto essi rappresentano solo il 30% dei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Per avere benefici a lungo termine, il trattamento deve focalizzarsi soprattutto sull'eccessiva restrizione alimentare, sull'errata percezione corporea e alle tendenze a modificare le proprie abitudini nutrizionali in base a esperienze o sentimenti negativi.

Stabilire una relazione di lavoro estremamente collaborativa è fondamentale. Tra il paziente e il terapeuta deve consolidarsi la fiducia reciproca.⁷⁰

Per la cura dei disturbi del comportamento alimentare sono previsti cinque livelli di intervento, secondo il Ministero della Salute:

- Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
- Secondo livello: terapia ambulatoriale specialistica
- Terzo livello: terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno o day hospital (diagnostico/terapeutico/riabilitativo),
- Quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. 26)
- Quinto livello: ricoveri H24 (ordinari e d'emergenza).⁷¹

Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale perché non interrompe la vita del paziente e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Purtroppo, circa il 30% dei pazienti non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive. Per tale motivo è necessario sviluppare un sistema a rete che prevede un approccio a passi successivi in cui la maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento.

⁶⁸ Dalle Grave R., (2005) Terapia cognitiva comportamentale multi-step dei disturbi dell'alimentazione: casi clinici, Positive Press, Verona.

⁶⁹ National Institute for Clinical Excellence

⁷⁰ Fairburn G.C. (2018), La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione

⁷¹ Ministero della salute, Quaderni del Ministero della salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013



72

In Italia purtroppo ci troviamo ancora oggi di fronte a numerosi problemi per la cura e il trattamento dei DCA.

In primo luogo, i centri clinici sono poco diffusi in Italia, alcune regioni sono in grado di fornire ai pazienti tutti i livelli di cura coordinati, mentre in altre mancano. In secondo luogo, le opzioni di trattamento offerte ai pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione nei servizi clinici esistenti dipendono dalle risorse disponibili e dalla formazione ricevuta da clinici. Nella maggior parte dei casi sono somministrati trattamenti in cui si combinano, non sempre in modo coerente, psicoterapie generiche di diversa natura con interventi nutrizionali prescrittivi e psicofarmacologici, dettati principalmente dalla formazione ricevuta dai vari operatori e non da un modello teorico comune specifico per la cura dei disturbi dell'alimentazione.

Inoltre, in alcuni servizi clinici c'è un' enfasi eccessiva sul ricovero, ed è comune per i pazienti ricevere cure completamente diverse. Questo crea discontinuità nel percorso di cura e disorienta comprensibilmente i pazienti sulle strategie e procedure da utilizzare per affrontare il disturbo dell'alimentazione. Alcuni centri di ricovero hanno liste d'attesa eccessivamente lunghe.

⁷² R. Dalle Grave- Un modello di gestione clinica dei disturbi dell'alimentazione

In Italia purtroppo anche i terapeuti specializzati nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, raramente ricevono una formazione sulle psicoterapie basate sull'evidenza. Per tale motivo è necessario sviluppare nuove modalità di formazione, come per esempio, corsi post-universitari specificatamente costruiti per formare i terapeuti e far acquisire loro le abilità necessarie per usare queste forme di psicoterapia. I corsi dovrebbero includere le metodologie abitualmente usate per formare i clinici negli studi controllati, come la disponibilità di un manuale, l'uso di un approccio didattico interattivo, l'osservazione di sedute attuate da esperti ecc.

Dopo la dimissione è inoltre indispensabile, per limitare il tasso di ricaduta che affligge i trattamenti intensivi, fornire ai pazienti un trattamento ambulatorio che non sia in contraddizione con quanto fatto durante il ricovero. Infine, è auspicabile riuscire a dedicare maggiori risorse alla ricerca per sviluppare trattamenti più potenti ed efficaci per tutti i disturbi dell'alimentazione rispetto a quelli attualmente disponibili.⁷³

Un altro aspetto fondamentale per la cura e il trattamento di questi disturbi è la gestione multidisciplinare della patologia. I DCA sono patologie complesse che quindi richiedono una collaborazione tra professionisti del campo, per una valutazione diagnostica il più completa possibile. Questo perché ci sarà bisogno di un trattamento in grado di affrontare la psicopatologia del disturbo e la comorbidità psichiatrica, nutrizionale e internistica.

Secondo il Ministero della Salute, l'équipe specialistica dovrebbe essere composta da uno psichiatra, un medico di area internistica/nutrizionale, uno psicologo, un dietista/nutrizionista, educatore e tecnici della riabilitazione psichiatrica.⁷⁴

Anche l'approccio multidisciplinare può presentare una serie di svantaggi:

- Un trattamento con terapeuti multipli incoraggia il paziente a ripartire il suo problema e a parlare di problemi specifici con specifici terapeuti. Il risultato è che nessun terapeuta osserva e apprezza l'intero quadro clinico del paziente.
- La somministrazione di un trattamento da parte di terapeuti che condividono la loro conoscenza senza un modello teorico e clinico condiviso facilita la somministrazione di informazioni contraddittorie ai pazienti sul loro disturbo e sulle strategie per affrontarlo. Questo può creare confusione nei pazienti sui problemi da affrontare per superare il disturbo dell'alimentazione e far sviluppare il senso di non essere in controllo durante il trattamento.
- Rischio di divisioni e conflittualità tra i membri dell'équipe che possono avere convinzioni diverse sulle modalità di cura e sui problemi che devono essere affrontati; la divisione e la conflittualità dell'équipe possono essere

⁷³Waller, G. (2016). Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Curr Psychiatry*

⁷⁴De Virgilio, G., Coclite, D., Napoletano, A., Barbina, D., Dalla Ragione, L., Spera, G., & Di Fiandra, T. (2012). Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. Roma: Rapporti ISTISAN 13/6.

utilizzate dai pazienti per aumentare la loro resistenza alla cura.⁷⁵

Il maggiore vantaggio dell'approccio multidisciplinare è la presenza di clinici con multiple competenze che può facilitare la valutazione e la gestione di pazienti complicati con gravi problemi medici e psichiatrici coesistenti al disturbo dell'alimentazione.

Per evitare problemi relativi all'incomprensione e ai diversi metodi di approccio, è fondamentale che i membri dell'equipe, pur mantenendo i propri ruoli professionali, condividano la stessa filosofia e mantengano un linguaggio comune con il paziente.⁷⁶

Un altro trattamento fondamentale è la terapia familiare, soprattutto nei casi di DCA negli adolescenti o nei bambini.

I familiari, infatti, sono utili perché spesso possono essere d'aiuto al paziente nell'attuare alcuni cambiamenti (per es. aiutandolo a gestire i pasti e le difficoltà quotidiane). Ci sono anche casi però in cui è la famiglia stessa a rendere difficile un cambiamento, per esempio avanzando critiche sull'aspetto fisico o sul modo di mangiare del paziente. È quindi di fondamentale importanza spiegare loro che cosa si sta cercando di fare al momento, prestando molta attenzione al loro punto di vista, rispondendo alle loro domande e affrontando i problemi che emergono.

L'aiuto della propria famiglia deve essere sempre accettato dal paziente, e può essere fornito nella gestione dei pasti e nel creare un ambiente familiare caldo e accogliente.⁷⁷

Soprattutto quando si trattano casi di adolescenti, la presenza e l'aiuto dei genitori è di fondamentale importanza per la guarigione del paziente, in quanto essi possono prendere decisioni riguardanti lo stato di salute del figlio, essere coinvolti nel trattamento e creare un ambiente che faciliti il cambiamento dell'adolescente. Generalmente si fissa un primo incontro con i genitori per valutare l'ambiente familiare, le dinamiche e la loro familiarità con i disturbi del comportamento alimentare.

I genitori dovrebbero essere successivamente educati sui disturbi dell'alimentazione e sul trattamento e, in base al tipo di terapia eseguita il loro ruolo può essere centrale nell'aiutare la figlia o il figlio a consumare i pasti oppure di supporto ad applicare alcune procedure del trattamento.⁷⁸

Il ruolo dei farmaci nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione è limitato. Per l'anoressia nervosa non ci sono trattamenti farmacologici, sebbene siano stati testati numerosi farmaci, come gli antidepressivi, gli antistaminici e recentemente gli

⁷⁵Dalle Grave, R. (2015). *La Terapia Cognitivo Comportamentale Multistep dei Disturbi dell'Alimentazione. Teoria, Trattamento e Casi Clinici*. Firenze: Eclipsi.

⁷⁶Ministero della Salute. (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione: Quaderni del Ministero della Salute 17/22*

⁷⁷De Virgilio, G., Coclite, D., Napoletano, A., Barbina, D., Dalla Ragione, L., Spera, G., & Di Fiandra, T. (2012). *Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Rapporti ISTISAN 13/6.

⁷⁸Ministero della salute, Quaderni del Ministero della salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013

antipsicotici atipici, nessuno ha mostrato di avere un effetto clinico utile nel migliorare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.⁷⁹

La situazione è diversa per la bulimia nervosa, dove gli antidepressivi producono una diminuzione della frequenza degli episodi di abbuffata, sebbene non sia chiaro se questo effetto sia duraturo.

Per il disturbo da binge-eating numerosi farmaci si sono dimostrati superiori al placebo nel ridurre gli episodi di abbuffata a breve termine. Non ci sono invece studi che abbiano dimostrato l'efficacia a lungo termine della terapia farmacologica per il disturbo da binge-eating.

C'è un emergente corpo di ricerca sul trattamento del disturbo da binge-eating. Gli studi effettuati indicano che un adattamento della CBT-BN e la psicoterapia interpersonale (IPT) producono una riduzione a breve e lungo termine degli episodi di abbuffata e della psicopatologia associata al disturbo, ma non hanno un effetto significativo sulla perdita di peso. Il trattamento comportamentale per la perdita di peso produce invece una riduzione degli episodi di abbuffata associata a una modesta perdita di peso. Risultati promettenti sulla riduzione degli episodi di abbuffata, ma non sulla perdita di peso, sono stati anche ottenuti dall'auto-aiuto guidato basato su manuali derivati dalla CBT-BN.⁸⁰

Recentemente la CBT-BN è stata superata da una versione transdiagnostica migliorata del trattamento, chiamata CBT-E, che è stata ideata per affrontare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione. Il trattamento sembra essere più potente della CBT-BN e determina una piena remissione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione in circa i due terzi dei pazienti non sottopeso (cioè quelli affetti da bulimia nervosa, disturbo da binge-eating e altri disturbi dell'alimentazione) che hanno una durata media del disturbo di nove anni.⁸¹

La teoria postula che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione sia il nucleo psicopatologico centrale dei disturbi dell'alimentazione. Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per esempio, relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono a esercitare sul peso o sulla forma del corpo o sull'alimentazione (spesso su tutte e tre le caratteristiche).⁸²

La CBT-E adotta una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali, ma favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare ottenere dei cambiamenti cognitivi.

⁷⁹Hay, P., & Touyz, S. (2015). Treatment of patients with severe and enduring eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 28(6), 473-477

⁸⁰Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*.

⁸¹Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., . . . Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, 166(3), 311-319.

⁸²Fairburn CG. La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Firenze, Eclipsi; 2010.

Nelle fasi più avanzate del trattamento, il paziente è aiutato a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale (mind-set) del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso per evitare la ricaduta.

Con i pazienti che non sono eccessivamente sottopeso, generalmente la CBN-E si articola in quattro fasi:

- Prima fase: della durata di quattro settimane, è focalizzata sul raggiungere una comprensione condivisa del disturbo dell'alimentazione del paziente e dei processi che appaiono mantenerlo.
- Seconda fase: le sedute sono effettuate a cadenza settimanale. In questa fase, che dura una o due sedute, sono rivisti in dettaglio i progressi effettuati nelle prime quattro settimane di terapia.
- Terza fase: le sedute sono focalizzate sui processi centrali che stanno mantenendo la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione del paziente, su cosa porta la preoccupazione per il peso e il corpo, la restrizione dietetica e le emozioni negative.
- Quarta fase: sono implementate procedure per minimizzare il rischio di ricaduta a breve e a lungo termine. In genere, una seduta di revisione è fissata 20 settimane dopo la conclusione della terapia per rivedere i progressi e per affrontare qualsiasi problema che rimane o che è emerso.⁸³

Per quanto riguarda invece i pazienti sottopeso, le quattro fasi sono state adattate nella durata e nel contenuto e il recupero del peso si articola in tre fasi:

- Prima fase: il paziente è aiutato ad arrivare alla conclusione che è necessario recuperare il peso e decide di farlo.
- Seconda fase: il paziente recupera peso fino a un peso basso salutare (IMC tra 19 e 20).
- Terza fase: il paziente diventa esperto nel mantenere il peso.⁸⁴

Con la terapia CBT-E, dei pazienti che non sono significativamente sottopeso, circa l'80% completa il trattamento e tra loro circa tre quarti raggiunge una piena guarigione che appare ben mantenuta nel tempo. Un ampio numero dei rimanenti pazienti migliora ma non raggiunge la guarigione. Il tasso di risposta è simile con i pazienti sottopeso, ma il trattamento è completato dal 65% dei casi.

I vantaggi emersi dalle ricerche su questa nuova terapia sono stati numerosi:

- Essa è risultata utile per curare tutti i tipi di disturbi del comportamento alimentare.
- Nella bulimia nervosa è risultata superiore a tutti i trattamenti psicologici con cui è stata confrontata, incluso la psicoterapia psicoanalitica e la terapia interpersonale.
- Ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adulti affetti da anoressia nervosa.

⁸³Dalle Grave R. (2012) Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Un Programma Basato sulla Terapia Cognitivo Comportamentale. Verona, Positive Press;

⁸⁴Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 2003, 41, 509-528.

- Ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa e sembra essere una potenziale alternativa al trattamento basato sulla famiglia.
- Può essere usata a livello ospedaliero e in day-hospital.⁸⁵

I protocolli e le terapie da seguire per la cura dei DCA variano in base al disturbo del paziente e alle caratteristiche da lui presentate. Generalmente il tasso di guarigione si aggira intorno al 76%, in base alle diverse definizioni applicate al concetto di guarigione, così come ai criteri impiegati per definirne il raggiungimento.⁸⁶

⁸⁵Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, ME, Bohn, K, Hawker, DM, . . . Palmer, RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2009;

⁸⁶Katzman, D. K., Golden, N. H., Neumark-Sztainer, D., Yager, J., & Strober, M. (2000). From prevention to prognosis: Clinical research update on adolescent eating disorders. *Pediatric Research*, 47(6), 709-712.

CAPITOLO II

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELLA LETTERATURA

L'argomento dei disturbi del comportamento alimentare è stato ampiamente trattato anche nella letteratura, soprattutto in quella femminile.

La loro rappresentazione all'interno della letteratura è cresciuta di pari passo alla diffusione delle sindromi nei contesti sociali. Già nel tardo Ottocento, periodo della scoperta dell'anoressia in ambito medico, alcuni scrittori hanno tratteggiato i personaggi, soprattutto femminili, con attitudini anomale nei confronti del proprio corpo e del cibo.

Ovviamente non si usava la terminologia medica per descrivere le condizioni dei personaggi, ma alcuni comportamenti erano simili a quelli delle persone affette da anoressia nervosa o bulimia.

Tracce di comportamenti anoressici e bulimici comparivano anche nella mitologia e nella letteratura greca. Seneca nel suo scritto "*Consolatio ad Marciam*" deplora le bizzarrie alimentari compiute dai patrizi nei banchetti definendole un ciclo di abbuffate, vomito, nuove abbuffate.

Negli ultimi decenni dell'Ottocento, attraverso la stesura dei romanzi e dei racconti, le donne iniziano a riscrivere la loro storia, includendo nelle pagine anche ciò che non è possibile avere nella realtà. La rappresentazione dell'anoressia e della relazione complicata con il cibo ed il corpo delle protagoniste della narrativa di fine Ottocento, diviene dunque una strategia per mettere in discussione un destino, che nel contesto socioculturale del tempo risulta prestabilito.

Il tema dell'anoressia è stato studiato solo da uomini almeno fino alla Seconda Guerra Mondiale e solo con l'inizio dell'interesse delle studiose si è cominciato a vederlo in modo diverso rispetto alla stereotipica percezione del disturbo alimentare come sintomo della naturale instabilità della donna.

Nelle letterature inglesi e francesi la raffigurazione dei disturbi alimentari può essere già individuata in alcuni romanzi della prima metà dell'Ottocento che descrivono approfonditamente i cambiamenti sociali delle donne e le lotte per la parità sociale, mentre le scrittrici in Italia iniziano a parlare più intimamente delle problematiche delle donne in forma narrativa nel tardo Ottocento.

Fra le prime intellettuali ci fu Jane Austen che racconta la storia di *Jane Fairfax* in *Emma* (1815). Jane è colpita da una malattia senza nome che nessuno sa spiegare, un male che le toglie la gioia di vivere e l'appetito. La malattia di Jane, che si manifesta solo con il rifiuto di cibo, altro non è che la somatizzazione del dolore, del tormento interiore collegato alle sue difficoltà di inserirsi in un contesto che vive come

opprimente. Il suo male diventa allora un atto d'accusa all'intera comunità sociale e la qualifica come una delle prime figure anoressiche della letteratura inglese.⁸⁷

⁸⁷Austen Jane, *Emma*, 1815.

La donna viene spesso dipinta come un essere pericoloso, da reprimere e controllare: il prototipo della pazza schizofrenica *Bertha Mason* in *Jane Eyre* (1847), *Lucy Snowe* di *Charlotte Brontë* (1816-1855), la libertina *Madame Bovary* (1856), nell'omonimo romanzo di *Gustave Flaubert* (1821-1880).

Alcune ricercatrici hanno individuato come elementi riguardanti i disturbi del comportamento alimentare siano già evidenti nella letteratura inglese del primo Ottocento, di pari passo con il cambiamento della condizione femminile e le lotte di parità sociale. In particolar modo Helena Mitchie si concentra sulla rappresentazione del corpo femminile nella narrativa vittoriana con un occhio di riguardo per la produzione delle sorelle *Brontë*, *Charles Dickens*, *George Eliot*, *Anthony Trollope* e *Thomas Hardy*.⁸⁸

La letteratura italiana, invece, ha catturato dei comportamenti anomali verso il cibo, senza rivelare apertamente o attraverso la terminologia medica che le protagoniste dei romanzi considerati soffrano di anoressia o abbiano un rapporto di amore e odio con le forme del proprio corpo. Si deve osservare che la situazione letteraria italiana ottocentesca, come quella sociale, differisce da quella d'Oltralpe e quella d'Oltremarica.

Descrizioni di protagoniste che sfogano le loro emozioni mangiando per colmare un vuoto sentimentale o una frustrazione mettono in discussione l'ordine sociale, in primo luogo perché non propongono donne conformi al modello inappetente proposto dall'immaginario collettivo di fine Ottocento, ed in secondo luogo perché il cibo diviene un gesto di sfida. I disturbi alimentari sono emersi come sinonimi della ribellione interiore delle giovani donne, diventando lingua sostitutiva per coloro che a causa delle convenzioni socioculturali del periodo sono state private della parola per esprimersi apertamente.

Per quanto riguarda il Novecento, invece, il dopoguerra coincide non solo con il fiorire dei disturbi alimentari in modo più consistente, ma anche con l'avvento della seconda ondata del femminismo italiano. Tra gli anni '50 e '60, contemporaneamente alla graduale presa di coscienza femminile, si assiste al cosiddetto Miracolo Economico, caratterizzato da una forte crescita finanziaria e dai conseguenti cambiamenti nello stile di vita, nell'alimentazione e nei consumi in tutte le classi sociali, nelle cucine arrivano i cibi industriali e il frigorifero.

Riguardo a questo punto è importante ricordare il lavoro di *Bruch The Enigma of Anorexia Nervosa* (1975), che individua nell'insorgenza del disturbo alcuni fattori sociopsicologici, tra i quali proprio la confusione sull'identità femminile in un'epoca di grandi cambiamenti.⁸⁹

Dagli anni '90 hanno iniziato ad emergere discorsi sulla patologia che interessano anche l'uomo. L'anoressia maschile, infatti, rappresenta il nuovo enigma a

⁸⁸Michie Helena, *The Flesh Made Word: Female Figures and Women's Bodies* (Oxford University Press: New York, 1987).

⁸⁹Hilde Bruch, *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa* (Harvard University Press Cambridge, 1975)

cui nuovamente medicina, psicologia e sociologia cercano di dare una risposta appropriata. Se il contesto socioculturale postmoderno ci presenta la figura dell'uomo anoressico anche la letteratura può offrirci delle immagini di protagonisti che hanno un rapporto conflittuale con il corpo ed il cibo.

Per esempio, *Dacia Maraini* con la raccolta di racconti *Mio marito (1968)*, traccia la figura non solo di un uomo in crisi identitaria, ma anche di protagonisti che rifiutano di mangiare normalmente e mostrano delle "attitudini anoressiche".

Nella letteratura contemporanea l'anoressia e la bulimia sono state rappresentate simultaneamente al problema dell'identità. La letteratura, infatti, può aver anticipato anche la crisi dell'identità maschile postmoderna, catturando immagini di uomini in lotta con il cibo prima della sua identificazione nell'ambito socioculturale.

Nei tempi moderni, l'ossessione per il cibo, la cucina, gli stili alimentari, si è diffusa in una società dove, paradossalmente, la maggior parte delle persone è costantemente a dieta. In questo variegato mondo contemporaneo, i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un'emergenza e, contemporaneamente, un'inquietante interrogativo. Nella letteratura contemporanea sono molti i romanzi moderni che trattano di questo argomento. Tra i più celebri ricordiamo, *Mangiare solo pensieri* di *Paolo Cattorini*, che pone il tema dell'anoressia attraverso una questione etica e delinea l'organizzazione valoriale che ruota attorno alla paura d'aumentare di peso, svolgendo una serie d'indagini preliminari.

Corpi senza peso di *Stefano Vicari e Ilaria Caprioglio*, racconta le storie di Cecilia, Serena, Diego, Alessia e Matilde che, a un certo punto della loro giovane vita, si ritrovano a fare i conti con un pensiero fisso che li sovrasta e li "possiede", svuotandone i corpi, minandone la giovinezza e sconvolgendo le loro famiglie: l'anoressia. Come le farfalle, leggere, sensibili e destinate ad una rapida fine, sono le persone colpite da disturbi alimentari, così è anche la protagonista del racconto di *Alessandro Mazzoche e Pasquale Ionata* *La caduta delle farfalle*. Ispirato ad una storia vera, alla forza dell'amore, dei legami familiari, dei sogni e della speranza di un futuro migliore.

Il libro di *Michele Riefoli* *Il rapporto mente-cibo*, risponde ai più frequenti quesiti sulle abitudini alimentari. Una guida completa sui meccanismi mentali in relazione all'alimentazione, dal concepimento alla vecchiaia, uno strumento di conoscenza a beneficio di coloro che intendono superare il loro amore/odio verso il cibo.

Insomma, quello dei DCA è un universo che è rimasto poco esplorato nella letteratura precedente al Novecento, per essere poi al giorno d'oggi territorio di romanzi e libri per ragazzi e adulti, anche a causa dell'aumento delle patologie e del numero dei pazienti che necessitano di essere seguiti da professionisti.

**“GAIA DI NOME – I DISTURBI ALIMENTARI
NELL’ADOLESCENZA” di Laura Romano e Roberto Pozzetti**

Il primo romanzo che affronteremo è “Gaia di nome – i disturbi alimentari nell’adolescenza” di Laura Romano e Roberto Pozzetti. In realtà non si tratta di un vero e proprio romanzo ma di un libro diviso a metà: nella prima parte troviamo la storia di Gaia, adolescente affetta da anoressia nervosa, nella seconda parte i due autori analizzano dal punto di vista clinico il campo dei disturbi del comportamento alimentare.

Laura Romano svolge infatti collaborazioni con numerosi enti pubblici e privati in aree e ambiti differenti come la salute mentale, l’infanzia e l’adolescenza. È particolarmente interessata alle tematiche relative a adolescenza e femminilità.

Roberto Pozzetti pratica invece come psicoanalista ed è membro della Scuola Lacaniana di psicoanalisi e dell’Associazione Mondiale di Psicoanalisi, oltre che esercitare come docente all’IRPA (Istituto di specializzazione in psicoterapia).

Il testo offre una dimostrazione di come discipline differenti (pedagogia e psicoanalisi) possano facilmente integrarsi, soprattutto quando ci si occupa di età evolutiva. I DCA richiedono, come già detto precedentemente, un approccio multidisciplinare; essendo che nella maggior parte dei casi l’esordio di un disturbo avviene durante la preadolescenza, i giovanissimi rischiano di compromettere non soltanto la propria salute fisica ma anche il proprio benessere psicologico e la propria progettualità personale, familiare, scolastica, lavorativa.

Cogliere i segni e i sintomi precocemente può permettere ai professionisti di prendersi cura della persona nel modo più adeguato, anche offrendo integrazione tra approcci differenti.

“Gaia di nome” non è un racconto biografico, storie e persone sono puramente frutto della fantasia degli autori, ma è esemplificativo di quanto accade nella vita di chi sviluppa un sintomo anoressico o bulimico. Gli eventi traumatici, infatti, possono contribuire a produrre i sintomi che vengono descritti all’interno del romanzo.

Gaia è una ragazza che fin da bambina ha dovuto lottare con la malattia psichiatrica che ha colpito sua madre. La mancanza di una figura materna e soprattutto la lontananza del padre, che si limita a lavorare e a vivere in modo completamente assente nella vita della figlia, portano Gaia a sviluppare episodi di autolesionismo.

Lo stupro subito da parte del patrigno di una delle sue migliori amiche svilupperà in lei l’anoressia nervosa, spinta dal desiderio di perdere la propria femminilità per non suscitare più nessun pensiero in un uomo.

Il romanzo inizia con la presentazione di Gaia da bambina, nel momento in cui a sua madre è stata diagnosticata la depressione. Da lì in poi per la donna sarà un susseguirsi di ricoveri e un lento spegnimento sia fisico che psicologico, che porteranno la figlia a sviluppare episodi di autolesionismo e abbuffate incontrollate di cibo.

Il fatto che Gaia sia rimasta la sola ad occuparsi della madre, visto che il padre è del tutto assente, rende ancora più pesante per la ragazza questa situazione. Ma Gaia vive tutto sommato un'adolescenza abbastanza serena, è contenta di sé stessa sia fisicamente che in ambito scolastico, è circondata di amiche e immagina una vita futura con il ragazzo che le piace.

Proprio la sua eccessiva autostima però, la porta in una condizione rischiosa, quando si accorge che il patrigno di una delle sue migliori amiche è interessato a lei. Una sera in cui Gaia si ritrova da sola con l'uomo viene stuprata, in modo violento e scioccante.

Questo segnerà per sempre una frattura nella vita della ragazza, che da quel momento cadrà in un vortice di disturbi psicologici, tra cui l'anoressia nervosa. In questo modo a Gaia sembra di aver ritrovato il controllo in quella vita segnata da eventi traumatici. Il corpo e il peso sono cose che lei può controllare. Più dimagrisce, più le forme del suo corpo si fanno meno appariscenti e meno corre il rischio di incorrere in un approccio maschile.

Gaia arriva a pesare 37kg, ma non le basta, vuole diminuire ancora in modo da arrivare ad annullarsi completamente.

Così, un giorno, mentre è fuori a correre per smaltire le calorie assunte in una forchettata di ricotta, sviene. Viene ricoverata in un centro di riabilitazione per chi soffre di DCA, ma anche qui Gaia dimostra di non avere nessuna intenzione di continuare a lottare per la propria vita. Nasconde il cibo, si stacca le flebo e arriva a pesare 31kg.

Il libro si conclude con un finale aperto, con Gaia che scruta la propria immagine riflessa allo specchio. Non si sa se la ragazza alla fine si salva. Non si sa se invece la malattia ha la meglio su di lei. Gli autori hanno voluto lasciare il finale aperto a più interpretazioni.

La seconda parte è dedicata all'analisi di quanto è avvenuto all'interno del romanzo, ma da un punto di vista clinico e non letterario.

La preadolescenza rappresenta sicuramente una fase di passaggio, critica e difficile. Il preadolescente è costretto a dire addio al suo corpo infantile e deve integrare a livello psichico un nuovo corpo, sessuato e definito. Spesso accade che questo non coincida con l'immagine corporea lungamente fantasticata negli anni infantili e soprattutto con il modello proposto dalla nostra società contemporanea. Ecco allora che il cibo può trasformarsi in uno strumento per tentare illusoriamente di gestire il corpo e manipolarlo, dandoci la sensazione di riprendere il controllo.

Nel romanzo possiamo vedere come una delle variabili che entrano in gioco sia il rapporto madre/figlia. Molto spesso è frequente nella figura materna un disturbo psicopatologico, ma recenti studi hanno voluto analizzare anche la figura della nonna, che assume un ruolo rilevante nel percorso identitario della bambina o adolescente interferendo con i processi di identificazione.

La nonna spesso si pone come modello conflittuale con la figura materna soprattutto nei casi in cui quest'ultima sia affetta da psicopatologie. Anche la perdita della figura della nonna può essere uno dei casi in cui si innesca il meccanismo di un disturbo alimentare.

Un altro elemento ricorrente nel libro e anche nei racconti di ragazze affette da anoressia e bulimia è l'abuso sessuale. A seguito di un simile evento traumatico, il corpo diventa un nemico ed è vissuto come fonte di sofferenza e pericolo, oltre che di vergogna e senso di colpa. Non tutte le vittime di violenze sviluppano un disturbo delle condotte alimentari, occorre che sull'evento si innestino altri elementi e che ciò avvenga all'interno di dinamiche relazionali familiari.

In questo romanzo, ad esempio, Gaia era già provata psicologicamente dalla difficile situazione familiare. Lo stupro non ha fatto altro che "far traboccare il vaso".

Due elementi concorrono allo sviluppo di un disturbo di questo genere in seguito a uno stupro o a un abuso: il fatto che il dolore non venga riconosciuto da parte dei genitori e l'età in cui esso avviene.

Molte ragazze, infatti, come anche accade a Gaia, sviluppano un disturbo perché le madri e i padri sono indifferenti, anaffettive, non colgono il dolore dei figli o non credono al loro racconto, o addirittura tendono a colpevolizzare i figli perché troppo seduttive o gratificate di essere un oggetto sessuale.

Il mancato riconoscimento delle emozioni da parte delle figure genitoriali apre ferite molto dolorose, una frattura nella percezione di sé.

Il secondo elemento da tenere in considerazione è l'età in cui avviene la violenza. Gli abusi subiti durante l'infanzia tendono a essere vissuti esclusivamente "da vittima", scatenando paura, disgusto, senso di violazione.

Nell'adolescenza la situazione è diversa, perché il corpo inizia a assumere femminilità e le questioni correlate a seduttività, desiderio e piacere assumono rilevanza. L'abuso in adolescenza, come abbiamo visto nel romanzo, non sviluppa solo senso di violazione ma anche senso di colpa. La vergogna abita il ricordo di quanto è accaduto, suscitando il desiderio di prendere il controllo su quel corpo così difficile da gestire.

Ogni individuo, generalmente, organizza la propria giornata in base a una determinata routine che permette di ottimizzare i tempi e rappresenta una sorta di assicurazione. Se ci accade qualche imprevisto, rispondiamo ad esso con irritazione e un temporaneo senso di perdita di controllo. Per le persone che soffrono di DCA, o che fondano la propria sicurezza su rituali come strategia di controllo, l'irruzione dell'imprevisto o lo stravolgimento della routine possono risultare ingestibili e destabilizzanti. I soggetti che soffrono, per esempio, di anoressia, tendono a portare avanti un rituale di "purificazione" prima o dopo il pasto, lavandosi ripetutamente non soltanto le mani ma l'intero corpo (possiamo vedere nel romanzo, come Gaia si lavi di continuo per cercare di "pulirsi" dalla vergogna e dal ribrezzo che le provoca sé stessa). Il corpo diventa metaforicamente il luogo malefico del danno, della vergogna, della colpa. Deve essere quindi continuamente pulito e purificato.

Al termine del pasto si verificano tutta una serie di condotte indicative di un DCA, prima tra tutte il vomito autoindotto (nei soggetti bulimici), l'assunzione di lassativi o diuretici, assunti senza cura o misura e spesso (trattandosi nella maggior parte di soggetti minorenni) rubati a parenti o amici. Tali farmaci vengono nascosti nei posti più incredibili.

Anche l'attività fisica, che consente di bruciare calorie, diventa spesso un rituale a cui un soggetto bulimico o anoressico non riesce a rinunciare. Spesso queste persone passano la notte intera a fare addominali o esercizi di altro tipo, trascinando il corpo oltre il limite naturale della sopportazione.

Le condotte autolesioniste (come vediamo nel romanzo) sono spesso presenti in soggetti affetti da DCA. I gesti più frequenti producono escoriazioni, bruciature, tagli. Tutto può trasformarsi in un'arma contro sé stessi, perché il male che si sente fisicamente non è nulla in confronto a quello che le divora da dentro.

Una delle metodologie più feconde e stimolanti è la narrazione (auto)biografica, che si rivela particolarmente utile nei contesti di cura perché permette una comunicazione interpersonale reciproca fra operatore e narratore.

Una storia di vita viene narrata a una pagina bianca o a un registratore, tecnica produttiva e generatrice di cambiamento con persone che soffrono di DCA. Essa favorisce l'affiorare di ricordi e stati d'animo legati a persone o situazioni che possono risultare di estrema utilità per sviluppare un piano terapeutico adeguato.

Il focus del testo si rivolge all'insorgenza in età adolescenziale con un'integrazione fra clinica psicoanalitica e una prospettiva più pedagogica. La prima parte del libro è un romanzo, dove si narrano le vicende di una protagonista, mentre la seconda ha un carattere più generale e analizza i vari aspetti clinici osservati nel libro.

“TANTO DOMANI NON MANGIO” di Angela Papi

Questo libro tratta la storia dell'autrice, negli anni in cui si sono alternate abbuffate incontrollate e digiuni obbligati. Angela Papi cerca, attraverso il suo romanzo, di individuare un sistema che le permetta di smettere di sprecare la propria vita davanti al frigorifero.

Fin dalle prime pagine, l'autrice chiarisce che il suo obiettivo non è quello di farci sentire meno soli nella battaglia contro le abbuffate compulsive, ma anzi, il suo scopo è quello di vincere questa battaglia.

Ogni tentativo fatto, se non porta a soluzione, è una ferita aperta. La scrittrice e protagonista ha l'intenzione di instaurare con il lettore un rapporto di fiducia reciproca.

Già di per sé, il termine “abbuffata” crea in noi e in tutte le persone che ne sono affette una sorta di ansia, definita “momento famelico” anche se non si tratta né di momenti, né di un problema di fame.

Il primo passo che l'autrice affronta è quello del riconoscimento. Riconoscere di avere un problema, riconoscere di che tipo di problema si tratta. La consapevolezza è già una parte della soluzione del problema, ma non basta.

Angela racconta le prime esperienze di abbuffate, come il battesimo di una parente dove il suo unico pensiero sia il buffet, con il cervello completamente in corto circuito e privo di autocontrollo. Angela continua a mangiare nonostante sia abbondantemente sazia da tempo, nella testa una sola parola: “ancora”. Per lei è come essere sotto a una specie di incantesimo, non le interessa ciò che le accade intorno e le conversazioni delle persone al suo tavolo. A lei importa soltanto il cibo e riempire il piatto. Alla fine della festa si sente così in colpa che non permette neanche al proprio fidanzato di toccarla o baciarla, tanto è il disgusto che prova per sé stessa. E il giorno dopo digiuna.

Angela ci racconta che nonostante abbia imparato, con il tempo, a gestire le proprie emozioni, le abbuffate continuavano. Si abbuffa quando è felice, quando è triste, quando è soddisfatta. E più aumentavano le abbuffate più aumentavano i sensi di colpa e la vergogna per sé stessa.

Questo libro nasce dall'esigenza dell'autrice di comunicare la propria storia, senza arrendersi all'idea che la vita si riducesse a una lotta continua tra lei e il cibo.

Quando aveva dodici anni, era magra e amava il cibo. Il commento di un'amica della madre su quanto lei mangiasse troppo per una ragazzina di quell'età, rimane per un bel po' aggrappato alla mente di Angela che si convince di mangiare troppo.

Durante l'adolescenza si ammala di anoressia, lei stessa non sa spiegare il motivo, forse la scarsa autostima, il rapporto problematico con la propria sessualità, manie di protagonismo?

A sedici anni inizia la propria lotta contro il cibo, lotta destinata a durare per gran parte della sua vita. Dalle pagine del suo diario da ragazzina, possiamo vedere come effettivamente Angela abbia un rapporto totalmente malato con il cibo, che le provoca un grande dolore e frustrazione. Nonostante ciò, l'autrice riesce a parlare di queste esperienze passate con una nota di ironia e comicità, in lotta con la famiglia che cercava a tutti i costi di farla mangiare mentre lei desiderava il contrario, liberandosi del cibo dalla finestra (centrando spesso anche i vicini che si trovavano lì sotto).

In prima liceo Angela si mette a dieta, per far sparire i rotolini di ciccia sulla pancia. Inizia a non mangiare più nulla se non enormi porzioni di frutta e verdura per dare allo stomaco e alla famiglia l'illusione di mangiare qualcosa.

Inizia l'anoressia nervosa, arrivando a pesare quarantotto chili per un metro e ottanta di altezza. Oltre al peso, è costata giornate da incubo dilaniata da fame e stanchezza, liti e depressione. Angela diventa maniaca del controllo, con i voti a scuola sempre più alti, pretende sempre di più da sé stessa. Iniziano gli atteggiamenti maniacali verso la pulizia e l'attività fisica e la ragazzina si spegne sempre di più detestando la compagnia di chiunque.

I genitori decidono, a 19 anni, di ricoverarla in clinica. Qui Angela guarisce, o meglio, riesce a riprendere i chili persi fino ad arrivare al normopeso. Ma è tutt'altro che guarita.

Sicuramente, per l'autrice, uno dei problemi più grandi è il fatto che non ci sia un'adeguata assistenza nel post-recupero. Nonostante durante il trattamento si venga seguiti da un team di specialisti, una volta raggiunta la meta si viene lasciati a sé stessi. La maggior parte delle persone che hanno sofferto di anoressia, una volta guariti, sviluppano altri disturbi come la bulimia e spesso trascorrono la propria vita a combattere una battaglia che, secondo altri, hanno già vinto. Nessuno dice ai pazienti che il lavoro inizia proprio ora, una volta guariti, e spesso si è soli senza più essere seguiti e affiancati da professionisti.

Per Angela inizia il periodo più doloroso, nonostante in molti pensassero che il peggio fosse ormai passato. Ha raggiunto il normopeso, quindi viene ufficialmente dichiarata guarita, ma in verità è proprio in questo momento che in lei nascono i disturbi più difficili da gestire. L'autrice inizia a mangiare incontrollabilmente, anche se durante i pasti, per compiacere la sua famiglia, consuma un pasto semplice che la illudono che possa tornare ad essere la Angela di un tempo. Di notte aspetta che la sua famiglia vada a letto per alzarsi e aprire il frigo, la cucina diventa un luogo incantato dove poter perdere il controllo. L'anoressia ti distrugge certamente, ma il mangiare in modo compulsivo non è meno distruttivo.

Angela rovina inevitabilmente i rapporti con amici e fidanzato, è sempre arrabbiata e suscettibile, si sente inadeguata la maggior parte del tempo, in trappola in un corpo che inizia ad ingrassare a causa della grande quantità di cibo che ingurgita.

Il piacere provato nel mordere il cibo lascia, nel giro di pochi minuti, il posto a un senso di colpa devastante. Angela arriva a chiedere ai propri conviventi di chiudere

a chiave il cibo, ma questo non serve a niente perché per lei mangiare è diventata un'ossessione e riesce a procurarsi il cibo in ogni modo possibile.

Mettersi a dieta per evitare le abbuffate è come cercare di spegnere il fuoco con la benzina. Questa frase mi ha fatto pensare molto. Chi si abbuffa non lo fa perché ignora cosa dovrebbe mangiare e in che quantità, ma lo fa perché lo sa perfettamente ma non riesce a farlo e questo è doppiamente frustrante.

Nessuno può insegnare all'autrice come mangiare meno: lei lo sa benissimo, lo ha fatto per anni. E allora di cosa aveva davvero bisogno?

Da piccoli ci raccontavano le favole, da adulti le favole iniziamo a raccontarcelo da soli, attraverso il dialogo interno cioè l'insieme di tutto ciò che diciamo a noi stessi dal momento in cui ci svegliamo fino a quando andiamo a dormire. In alcuni casi esso gioca a nostro favore, in altri ci impedisce di vivere serenamente e realizzare i nostri obiettivi. Non si tratta soltanto di forza di volontà, ma di intenzione. Di sicuro non manca la forza di volontà per essere felici, ma a volte la nostra intenzione è rivolta altrove. Chi lotta da anni con problemi di tipo alimentare, spesso tende a "smettere di provare a resistere" per evitare la frustrazione di un altro tentativo fallito.

La mente agisce (quasi) sempre per il nostro bene. Ha chiari i pericoli nel breve periodo, ci preserva dal rischio del fallimento, dell'ignoto, ma a volte rischia di ignorare i pericoli a lungo termine. Ma la nostra mente deve rimanere sotto il nostro controllo e sotto la nostra gestione. L'autrice sa di non poter tornare indietro, ma vuole far capire a più persone possibili che il problema delle abbuffate esiste, è reale, molto diffuso e soprattutto pericoloso.

Nonostante i suoi periodi di normopeso, grazie a digiuni alternati ad abbuffate, lei si considererà guarita quando potrà godersi ogni pasto con la gioia di mangiare. Smettere di abbuffarsi è il primo passo per fare pace con il cibo, ma non è di certo l'unico. Lo scopo è il poter decidere, poter scegliere quando e cosa mangiare e soprattutto quando fermarsi. Angela osserva le persone mangiare e poi fermarsi con naturalezza: lei non ne è capace, può solo sperare che la crisi dell'abbuffata sia meno violenta del solito.

Nel libro, ci racconta di quando si trova in prossimità di un buffet, con la sensazione familiare di panico che la assale per la paura di non potersi fermare. Il cervello si spegne e c'è un unico pensiero "vai e trova del cibo".

Forse chi non ci è mai passato può trovarla una cosa inverosimile e "strana", ma io capisco perfettamente cosa l'autrice voglia trasmetterci. È come un uomo primitivo che si trova davanti a del cibo disponibile senza dover cacciare.

Angela, all'interno del romanzo, ci racconta di quando durante una cena con gli amici a un "all you can eat" giapponese, ha ingurgitato così tanto cibo da stare male nelle ore successive. E mentre le amiche si lamentavano di aver mangiato troppo, lei aveva davvero mangiato eccessivamente, senza neanche respirare tra un boccone e l'altro. Il momento più tragico per l'autrice è la sera: dopo cena quando la giornata giunge al termine, dopo aver tenuto duro per tutto il giorno, si lascia andare al cibo

completamente. Una volta finito arrivano i rimorsi, tutti insieme, rimorsi che non la abbandonano neanche il giorno successivo.

La realtà per chi soffre di binge eating è molto più dura di ciò che si vuole descrivere nei libri o nelle riviste. Le abbuffate ti portano a perdere la dignità e l'amore per te stesso.

La prima abbuffata di Angela avviene nel mezzo del periodo dell'anoressia, quando lei decide di poter assumere qualche caloria in più. Ma quel pensiero scatena un meccanismo contorto che la porta, di notte, a divorare qualsiasi cosa ci sia nel frigorifero. I genitori non sono preoccupati, anzi, quasi sollevati che la figlia abbia mangiato di più. Neanche la sua psicoterapeuta sembra preoccuparsi molto. Invece per Angela è l'inizio di un circolo vizioso destinato a durare anni.

Nella maggior parte dei casi di disturbi del comportamento alimentare, si dà la colpa alle emozioni: si sente spesso parlare di fame nervosa e fame emotiva. La fame nervosa esiste, ma non è quello il principale motivo che porta un soggetto ad abbuffarsi. Prova ne è che, anche quando le emozioni cambiano, le abbuffate restano. Angela inizialmente considerava il suo disturbo come l'espressione massima di problematiche più profonde, ma in verità le abbuffate non sono l'effetto diretto di questi "problemi emotivi". E allora cosa le mantiene in vita?

Le abbuffate nella vita sono come un filtro tra la persona che si è e ciò che avviene intorno. Tolto quel filtro c'è tutta una vita da ri-scoprire come bambini alle prime armi con le emozioni.

L'autrice ci dice che l'obiettivo ultimo non deve essere quello della perdita di peso (conseguenza diretta quando si smettono le abbuffate) ma quello di poter vivere il rapporto con il cibo con serenità, senza più trasformarlo in un incubo. Sicuramente la perdita di peso può essere fonte di grande motivazione che ci può aiutare a resistere. Una volta guarita dal binge eating, Angela perde tutti i chili che aveva preso a causa delle abbuffate (circa venti chili). Stare meglio nei vestiti e con sé stessa è una grande motivazione per spingerla ad andare avanti in questa strada.

Per guarire in modo definitivo, l'autrice si mette alla ricerca di un'intenzione positiva dietro alle sue abbuffate. Il vantaggio secondario è spesso un beneficio che abbiamo a livello inconsapevole, che sostiene un determinato comportamento. Il bisogno di mangiare in modo compulsivo, difendeva Angela dal pericolo di ritornare ad essere magrissima, in una situazione che creava dolore a lei stessa ma anche a chi gli stava intorno. Sicuramente il "mangiare tanto" portava Angela ad un grande beneficio: poteva rimandare. Rimandava il momento in cui sarebbe stata felice. Procrastinare ha un grande vantaggio perché ci permette di non correre rischi.

Il fatto poi di mangiare quando si sente triste, felice o stressata aveva i suoi lati positivi: il cibo l'anestetizzava completamente. Al termine dell'abbuffata Angela è così sazia che le sue emozioni sono solo figure confuse sullo sfondo. L'unica emozione che si faceva sentire prepotentemente era il senso di colpa.

Anche il piacere gioca un ruolo fondamentale: il cibo è piacere, se poi rendiamo il cibo un qualcosa di proibito, il piacere aumenta in modo esponenziale.

Il piacere immenso provocato dal lasciarsi completamente andare, sapendo che dopo pochi minuti sarebbe arrivato il rimorso e questo porta Angela a rimandare il momento in cui avrebbe smesso di mangiare, perché a quel punto sarebbe stata divorata dalla frase “l’hai fatto ancora!”.

La psicoterapia permette ad Angela di individuare un altro fattore scatenante delle abbuffate, cioè il dolore per la perdita del padre, avvenuta quando lei aveva ventidue anni. Per lei era quasi un modo per incontrarlo di nuovo, essendo che era stato lui ad accudirla dopo il primo episodio di abbuffata. Una perdita del genere però non si riempie mai e tantomeno si può riempire con il cibo. Il modo migliore per onorare chi non c’è più è quello di essere felici.

Angela studia continuamente metodi per poter guarire, dopo aver tentato di tutto. Oltre alla disperazione per essere intrappolata in questa abitudine c’è anche la frustrazione per non aver ancora compreso i propri bisogni e le cause scatenanti del disturbo.

Poi, un lunedì di pioggia, cambia tutto. Angela era appena stata dalla sua dottoressa per un test sulle intolleranze alimentari, in quel periodo aveva preso diversi chili e si sentiva sempre molto gonfia. Le capitava sempre più spesso di divorare grandi quantità di cibo senza neanche masticarle, ma aveva bisogno di fingere che fosse colpa di qualche alimento che il suo corpo non tollerava. Una volta stilata la lista di ciò che può o non può mangiare, Angela arriva a casa e ingurgita grandi quantità di tutti i cibi proibiti dalla lista. In lei scatta qualcosa, per la prima volta si rende conto che il suo è un problema molto più grave di quanto pensi, che le prova dolore fisico e dolore mentale.

Si mette a studiare ogni libro possibile riguardante i meccanismi del cervello e così capisce che il suo cervello rettile (una delle parti in cui è suddiviso il nostro cervello, insieme al limbico e alla neocorteccia), è la parte più antica, quando nasciamo questa zona è già quasi sviluppata ed è fondamentale per la nostra sopravvivenza in quanto proprio qui hanno sede funzioni importanti come la nutrizione, la riproduzione, la fuga, la stimolo alla scoperta.

Grazie all’aiuto di esperti, Angela capisce che le capitava di abbuffarsi perché il suo cervello rettile si “agitava” quando lei gli forniva del cibo. La causa va fatta risalire ai tempi di carestia in cui faceva subire al suo corpo lunghi periodi di deprivazione alimentare, pur essendo affamata, in quel periodo il cervello era continuamente a caccia di cibo per necessità di sopravvivenza. La prima abbuffata è stato il momento in cui il cervello rettile ha conquistato la vittoria per la prima volta. Era il segnale che funzionava molto bene: aveva fatto in modo di costringerla a mangiare quando era sottopeso e malnutrita, ma il segnale era rimasto anche quando il corpo iniziava a riprendere i chili persi.

Attraverso la ripetizione quel comportamento si era consolidato nel corso del tempo; quindi, bisogna lentamente abituare il cervello a smettere di abbuffarsi. Grazie all’aiuto di persone esperte, Angela riesce a riconoscere lo stimolo e a non reagire ad esso.

Rieducare la mente per uscire dal labirinto delle abbuffate è possibile, imparando a conoscere gli stimoli e i pensieri, oltre che le proprie emozioni. Lo stimolo non arriva allo stesso modo per tutti: per l'autrice del libro, ad esempio, si manifesta sottoforma di immagini di cibi che avrebbe voluto mangiare, seguiti da sensazioni fisiche come formicolio a mani e piedi. Ogni volta che arriva lo stimolo, adesso Angela sa cosa fare: continuare semplicemente a fare ciò che stava facendo in quel momento.

Dopo anni di battaglie con questa problematica, sei quasi convinta che essa faccia parte di te e del tuo modo di essere. In verità non è così, è solo un comportamento messo in atto dal nostro cervello ma che non definisce ciò che siamo; inconsapevolmente andiamo a rafforzare queste abitudini nel corso del tempo, ma per l'autrice sapere e conoscere come funziona il cervello è stato un passo che le ha restituito la capacità di decidere quando smettere.

Quindi, nel caso dell'autrice, non era nulla di emotivo ma una cosa del tutto fisica; questo l'ha aiutata a poter rinunciare, lentamente, alle abbuffate senza paura di "ignorare" le proprie emozioni nascoste.

Ovviamente smettere di abbuffarsi non è semplice, come quando si cerca di guarire da una dipendenza, può accadere che vi siano delle ricadute. L'importante è non assecondarle perché più si limitano gli episodi, più il nostro cervello si abitua e il meccanismo abbuffata-piacere si interrompe.

Quando Angela guarisce la sua vita cambia completamente, perché non ruota più tutto intorno al cibo e può godersi davvero ciò che le sta intorno e le persone care. Riesce a godersi aperitivi e cene con gli amici, con la famiglia e il compagno. Smette di andare a correre, scoprendo che lo faceva semplicemente per il senso di colpa post-abbuffata e non per piacere. Inoltre, anche se non erano le emozioni a causare le abbuffate, sicuramente il cibo rappresentava una sorta di cuscinetto tra lei e ciò che accadeva nel resto del mondo.

Erano anni che non riusciva a percepire le proprie emozioni senza che esse fossero accompagnate dalla voglia irrefrenabile di mangiare. Vengono definiti "trigger", letteralmente "grilletti", ossia stimoli a cui diamo una risposta comportamentale apparentemente senza poter decidere. Per molto tempo l'autrice è stata convinta che i suoi grilletti fossero i contesti parentali, situazioni in cui c'era molto cibo, emozioni spiacevoli, il rimanere a lungo sola in casa. In verità, l'unico reale grilletto di Angela era l'impulso all'abbuffata, lo stato emotivo come un contesto sociale può renderci ancora più deboli, favorendo il nostro cedimento all'impulso.

Anche quando si impara a gestire le emozioni, l'impulso rimane. Pur avendo scoperto la causa del suo disturbo, si possono incorrere in problemi molto comuni.

Ad esempio, quando si impara a evitare le abbuffate, il senso di controllo che si avverte sul cibo è davvero fortissimo. Questo può portare al rischio di mangiare troppo poco rispetto al bisogno fisiologico. Se in un primo momento questo farà perdere peso e aumenterà la motivazione, a lungo andare può trasformarsi in un problema serio.

In questi casi lo stimolo delle abbuffate può persistere per motivazioni del tutto fisiologiche, per un reale bisogno di cibo.

Dopo molti anni passati ad abbuffarsi senza controllo, si rischia di non sapere più quando è necessario mangiare.

Inoltre, focalizzarsi sulla perdita di peso non è la cosa giusta da fare, perché potrebbe portarti a mangiare molto meno del tuo fabbisogno, ignorare i progressi dal punto di vista della rieducazione alimentare, entrare nella modalità “non mangio perché sono a dieta”. Il nostro corpo starà meglio automaticamente, perché non verrà maltrattato giorno dopo giorno.

Un altro rischio può essere quello di confondere un pasto abbondante con un'abbuffata: l'aspetto su cui concentrarsi non è la capacità di mangiare poco, ma il senso di controllo che si ha sul cibo.

In conclusione, liberarsi dalla schiavitù delle abbuffate non è altro che fare in modo che il nostro corpo veda che stiamo cercando di fare qualcosa per lui.

Alla fine del libro l'autrice può affermare di non avere più paura del cibo, guarire le ha restituito la vita che possedeva prima.

Ovviamente questo testo si basa sull'esperienza del tutto personale di Angela Papi, non vuole generalizzare il discorso, perché ciò che a lei ha fatto bene può non aiutare qualcun altro o viceversa. L'autrice cerca, attraverso questa biografia, di poter dare più consigli possibili alle persone che hanno il suo stesso disturbo.

Fin dall'inizio chiarisce che non si tratta di un parere “clinico” di una figura professionale, ma soltanto di consigli frutto di esperienze del tutto personali.

“BRICIOLE, STORIA DI UN’ANORESSIA” di Alessandra Arachi

Questo romanzo di Alessandra Arachi è stato pubblicato nel 1994 ma rimane ancora oggi un valido riferimento per chi vive l’esperienza di un disturbo del comportamento alimentare.

“Briciole” è un testo diretto, spesso duro, che racconta senza giraci attorno i pensieri e le emozioni di chi vive ogni giorno la paura del cibo, del peso e di quello che rappresenta per la propria storia e per la propria identità. L’inizio dell’anoressia raccontata in prima persona dall’autrice è, come spesso accade, in adolescenza: il confronto faticoso con gli altri, il corpo che cambia improvvisamente e non sempre nel modo desiderato, l’osservazione attenta di ciò che i coetanei più apprezzano e poi all’improvviso l’idea che basti dimagrire per non sentirsi più esclusi.

La ragazza protagonista ha diciassette anni, ha tutto sommato una vita felice. Tuttavia i suoi genitori, avendola vista ingrassata, decidono di metterla a dieta. Per la ragazza inizia un circolo vizioso, per lei il cibo da quel momento diventa un nemico da combattere, l’attività fisica un’ossessione in cui rifugiarsi quando mangia un pezzetto di pane in più.

Quando sua madre la forza a mangiare le polpette, avviene il primo episodio di vomito autoindotto per eliminare le calorie assunte. Inizialmente per lei vomitare è molto faticoso, ma con il tempo diventa sempre più facile e nessuno in casa sembra accorgersi di cosa stia accadendo e dei chili che scendono troppo in fretta.

Passa il tempo e la ragazza dimagrisce sempre di più, bevendo bicchieri di aceto perché considerato “brucia grassi”, iniziando a correre per sei ore al giorno, al mattino, al pomeriggio e alla sera. Studiare diventa un’altra delle sue ossessioni, nonostante il suo pensiero fisso fosse il cibo. Perché ricordiamo che un’anoressica ha fame, molta fame, non perde l’appetito, ma la disciplina e il controllo hanno il sopravvento.

Lentamente, la ragazza distrugge i legami con gli amici, il fidanzato e anche la famiglia, isolandosi completamente nel suo dolore. Arriva a pesare trentasei chili, perde molti capelli e persino le unghie. Passa le giornate sotto il sole estivo, nel tentativo di scaldarsi. Non riesce più a correre perché non ha forza nelle gambe. I genitori tentano di nutrirla con liquidi proteici, ma lei li butta via.

Una volta raggiunti i trenta chili, la protagonista capisce che deve guarire, così tenta di mangiare un po' di più pur continuando a vomitare dopo i pasti, con l’idea che qualche sostanza del cibo ingerito possa comunque rimanere nello stomaco per darle energia.

Un elemento fondamentale del romanzo sono i rapporti con gli amici e con i ragazzi in particolar modo. L’autrice intavola relazioni non durature con alcuni ragazzi, tra cui Osvaldo e Giorgio, entrambi egocentrici e narcisisti che non fanno altro che aumentare in lei la forza del disturbo alimentare.

Proprio la rottura della relazione con Giorgio innesca nella protagonista un meccanismo: mangiare fino a stare male e poi vomitare. Alla ragazza viene diagnosticata la bulimia nervosa. La madre tenta di nascondere il cibo in casa ma lei, non trovandolo, divora persino il cibo in scatola.

Grazie a qualche bibita gassata la ragazza riesce ad arrivare a pesare trentatré chili, ma, nonostante ciò, il ciclo mestruale non torna, come conseguenza principale del fatto che il corpo tenta di “risparmiare” per il nutrimento.

Neanche la psicoterapia ha gli effetti che i suoi genitori sperano su di lei. La morte del suo amico Saverio per overdose non fa altro che peggiorare ulteriormente la sua situazione, la vita ormai si articola in dormire, mangiare, vomitare.

Riesce, con fatica, a riprendere una decina di chili grazie ai frullati proteici, accettati solo perché in vista della maturità la ragazza ci tiene ad avere energie sufficienti. Guarda con soddisfazione le altre ragazze che osservano il suo corpo magro mentre lei divora coppe di gelato, ma quelle ragazze non sanno che appena dopo andrà a vomitarlo. La bulimia ormai governa le sue giornate. A casa tornava sempre sorridente, così i suoi genitori si convincono che la malattia stia passando e lei lentamente guarendo.

Anche all’università la mania del controllo ossessivo le permette di sostenere un esame dopo l’altro, in una facoltà scelta soltanto per volere dei propri genitori. Conosce Franco, un ragazzo a cui lei non è minimamente interessata ma con cui si fida per compiacere la famiglia e gli amici. Ben presto però la malattia torna prepotentemente a farsi sentire, molto più grave di prima.

La ragazza passa allora al ricovero in clinica dove inizia la terapia di modificazione comportamentale. La terapia viene stabilita a tavolino: i medici ti visitano, decidono quanti chili devi ingrassare. A quel punto se il paziente non mangia di sua spontanea volontà viene introdotta una sonda gastrica, con tre pasti al giorno indirizzati direttamente allo stomaco. La protagonista si ritrova così in un modo fatto di tubi e ospedali, dove vomitare risulta impossibile perché i bagni vengono controllati giorno e notte. Per togliere la sonda decide di iniziare a mangiare spontaneamente, per raggiungere i nove chili in più che le avrebbero permesso di essere dimessa.

Una volta presi chili sufficienti, viene dimessa, ma a casa succede la tragedia quando si accorge che i pantaloni che usava prima del ricovero non le entrano più. Scopre che in clinica non era ingrassata solo di nove chili, ma di dodici; quindi, si trovava più vicina ai cinquanta chili di quanto pensasse.

Per lei è una vera e propria tragedia, ma, nonostante ciò, decide di fare finta che tutto vada bene, per non rischiare un ulteriore ricovero. Decide di sposare Franco, non per amore, ma per avere la libertà di una casa propria in cui poter mangiare e poi vomitare senza avere sempre gli occhi dei genitori addosso. I mesi passano tra preparativi, abbuffate e vomito, in un circolo fatto di cibo e sensi di colpa.

Il giorno del matrimonio, lei va in bagno a vomitare dopo ogni portata. Inizia la sua nuova vita da moglie contenta solo di avere una casa vuota in cui nessuno poteva controllarla, ma è tutt’altro che felice, anzi.

È ben consapevole di non amare Franco, non ha mai pensato di amarlo neanche per un minuto. Ma ne valeva la pena per avere una libertà mai avuta, senza occhi vigili, per poter cucinare anche sei o sette volte al giorno e poter mangiare con tranquillità, non troppa, per non dare il tempo al cibo di essere assimilato prima di vomitarlo.

Passa tutte le sue giornate tra il frigorifero e il bagno, spendendo tantissimi soldi in cibo, soldi che decide di recuperare facendo ripetizioni a ragazzi delle scuole superiori. È così che conosce Massimiliano, un suo studente, che per lei è una boccata d'ossigeno.

Nella giovinezza di Massimiliano, la protagonista rivede tutto il suo passato di sogni infranti. Ma ben presto anche quell'incantesimo si affievolisce, e la ragazza si ritrova di nuovo investita dal circolo di abbuffate e vomito.

Tutta la sua vita ormai ruota intorno a trovare cibo e trovare posti in cui vomitarlo. Il libro è dominato da un'atmosfera cupa di silenziosa follia nella quale la protagonista cade più e più volte.

Alla fine, riesce a trovare la forza di porre fine a quel matrimonio di facciata, matrimonio che non aveva mai regalato felicità né a lei né al marito che nel frattempo si era tenuto occupato con numerose amanti.

Il libro termina senza una vera e propria guarigione, senza un "lieto fine", nonostante la protagonista inizi a stare meglio grazie all'amicizia di due compagni di università e all'incontro con la madre di un caro amico dell'adolescenza che era morto di overdose.

Nessun "e vissero felici e contenti", un po' come accade nella vita reale dove siamo costretti a combattere contro i nostri mostri quotidianamente.

Nel primo libro "*Briciole*", la giornalista Alessandra Arachi ci racconta come tutto è iniziato, riuscendo a spiegare "da dentro" cosa vuol dire convivere con il peso della malattia dell'anoressia addosso. Dal libro è stato tratto anche l'omonimo film tv Rai di Ilaria Cirino.

Nel secondo "*Non più briciole*", invece, la Arachi si concentra su tutti gli stereotipi che vogliono nella madre delle ragazze anoressiche la principale responsabile della malattia delle loro giovani figlie.

Non è facile comprendere il sacro furore che ha preso di mira le mamme. Le mamme delle ragazze anoressiche, per essere precisi. A loro, negli ultimi decenni, è stata data addirittura la colpa di essere la causa di questa malattia che, tra i disturbi della psiche, è quella con il più alto tasso di mortalità. A loro la croce del dramma. A loro il senso di impotenza. A loro. Ma non a Marta. Marta De Bellis non ci sta. Ha una figlia di sedici anni, Loredana, che un giorno decide di lasciare a metà il suo piatto di spaghetti e si infila dentro quel tunnel che ha un nome ben definito ma un'origine ancora oggi enigmatica: l'anoressia. Marta si trova a combattere. Contro la malattia di Loredana, ovviamente. Ma anche contro una montagna di stereotipi che le crollano letteralmente addosso, giorno dopo giorno. Medico dopo medico. Stereotipi che vogliono la mamma colpevole dell'anoressia della figlia. Stereotipi che Marta respinge puntualmente al mittente, come in una partita di tennis. Una partita mortale. Non c'è tempo da perdere. Perché il peso di Loredana scivola fino a raggiungere i

trentuno chili. E l'ago della bilancia non accenna a fermarsi.

Continuazione ideale di *"Briciole"*, primo romanzo italiano a portare l'anoressia all'attenzione del grande pubblico e successo editoriale che dura da più di vent'anni, *"Non più briciole"* torna a raccontare quel dramma scegliendo questa volta il punto di vista di una madre che, mentre lotta ogni giorno per salvare la propria figlia, lotta anche contro una terribile condanna senza appello che incombe su di lei e su tutte le madri.

Si tratta di un libro secco e tagliente, un libro "duro", dato che non si vuole indorare la pillola. Ma se da un lato non si tace su cosa voglia dire avere a che fare con una ragazza che passa dall'essere "florida e sana di bellezza" ad avere "i denti traballanti, i capelli di stoppa e le scapole visibili ad occhio nudo, che quasi vogliono scappare dalla schiena", dall'altro non si vuole minimamente (grande pregio della Arachi, del "suo lieve tocco", molto più particolare di certe ricerche fine a se stesse) indulgere ad effetti, magari andando ad insistere sui risvolti più ributtanti della questione.

"Non più briciole" è una specie di libro denuncia sulla cronica "colpevolizzazione" delle madri, da parte di psicologi e psicoterapeuti, rese le principali "imputate" di tutti i disturbi particolari che capitano ai loro figli.

Alessandra Arachi, raccontandoci la storia di Marta, madre certamente "non perfetta" (e forse per questo tremendamente vera), è come se volesse dirci che sarebbe bello, tristemente bello, se tutta le colpe potessero essere addossate alle madri. Purtroppo, non è così perché nessuno sa ancora "come si fa a curare l'anoressia". Non c'è una cura, nel senso di cura generale di questa malattia. C'è una cura particolare per tutti, ma va ricercata con calma e pazienza, con estrema calma e pazienza.

Talvolta, come in qualche libro giallo di grande pregio, è il colpevole quello a mancare, non il delitto.

Sia in *"Briciole"* che in *"Non più briciole"* Alessandra Arachi utilizza un linguaggio duro, quasi brutale, ma ci lancia anche un messaggio di speranza su come chiunque di noi, anche il più perso, può essere aiutato e salvato.

ANALISI E PUNTI IN COMUNE TRA I ROMANZI

Come abbiamo visto, i tre romanzi presi in analisi affrontano diversi disturbi del comportamento alimentare e in modo totalmente differente.

“Gaia di nome” racconta l’esperienza di anoressia nervosa di un’adolescente che viene poi costretta al ricovero, gli autori lasciano un finale aperto per permettere al lettore di stabilire lui l’esito della storia della protagonista.

“Tanto domani non mangio” tratta invece del disturbo del binge eating, in questo romanzo autobiografico l’autrice, presentandolo quasi come un manuale, dà ai lettori alcuni consigli utili per poter uscire dal circolo delle abbuffate compulsive.

“Briciole” tratta anch’esso di anoressia nervosa e bulimia nervosa, è un romanzo in prima persona pur non essendo mai specificato il nome della protagonista. Anche questo termina in modo aperto, senza una vera e propria guarigione, ma comunque in modo ottimistico.

Ciò che accomuna più di tutto le protagoniste di questi romanzi è innanzitutto il fatto di essere delle donne. Come ho specificato nei capitoli precedenti, i disturbi alimentari colpiscono nella maggior parte dei casi il sesso femminile, anche se negli ultimi anni si è visto un aumento delle patologie anche tra i ragazzi.

Negli ultimi anni, si è assistito ad un aumento di interesse nei confronti del corpo femminile e dell’immagine “ideale” a cui si dovrebbe aspirare secondo i canoni dettati dalla moda, dai mass media, dalle riviste e dalla televisione. La donna dei nostri tempi è una donna che “deve” essere ambiziosa e avere successo e allo stesso tempo essere bella e assomigliare il più possibile alle figure riportate nei giornali e in TV. Secondo alcuni esperti l’anoressia rappresenterebbe un rifiuto del ruolo femminile e il drastico dimagrimento potrebbe essere il tentativo di nascondere i segni della femminilità (forme corporee e mestruazioni).

Oltre agli aspetti sociali e culturali che possono in parte dare una spiegazione della maggiore prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nelle donne, non vanno trascurati gli aspetti biologici. Uno di questi sembra legato al ruolo degli ormoni sessuali nella regolazione della serotonina (un importante neurotrasmettitore cerebrale implicato nella regolazione dell’ansia, del tono dell’umore, dell’impulsività e delle sensazioni di fame e sazietà). Alcuni studi hanno rilevato che la riduzione della produzione di serotonina in seguito ad una restrizione calorica è molto più frequente nel sesso femminile, confermando quindi la presenza di un possibile ruolo degli ormoni sessuali femminili o di una differenza legata al genere.

Un altro punto in comune è il fatto che l’insorgere della malattia appare durante l’adolescenza: tutte e tre le protagoniste, infatti, fanno i conti con i propri disturbi del comportamento alimentare fin da quando sono adolescenti. Il sintomo anoressico ha esordio nel periodo adolescenziale, momento di transito dalla fase infantile a quella adulta.

È una fase in cui c’è ribellione nei confronti degli aspetti convenzionali, delle

imposizioni, delle regole dettate dall'ambiente in cui l'adolescente sta crescendo. Si tratta di un periodo molto delicato per la ragazza, la quale avverte esserci in atto dei cambiamenti a livello fisico e psicologico.

Negli ultimi due romanzi il disturbo permane anche in età adulta, mentre nel primo non sappiamo se Gaia effettivamente riesce a guarire o no.

La maggior parte dei protagonisti di romanzi riguardanti i disturbi del comportamento alimentari sono adolescenti, proprio perché è scientificamente provato che essi emergono in età preadolescenziale.

Anche la situazione familiare accomuna due delle tre protagoniste. Gaia e Angela, infatti, provengono da famiglie difficili, Gaia costretta a badare alla madre con problemi psicologici e completamente ignorata dal papà, Angela che non riesce a superare il lutto per il padre, il primo che l'ha accudita dopo l'abbuffata. Verso la fine degli anni Settanta, numerosi studi iniziarono a correlare l'assenza della figura paterna nella cultura educativa a fenomeni di disagio giovanile emergenti, evidenziando come la debolezza, la marginalità, l'intermittenza o l'assenza del padre fosse uno dei fattori che determinasse una crisi nella crescita.

Dalla analisi della figura materna e paterna emerge come sia di fondamentale importanza il ruolo che essi assumono all'interno del nucleo familiare e il significato che assume il legame che ciascuno instaura con il figlio.

La terza protagonista invece proviene da una famiglia "normale", da genitori amorevoli che si preoccupano per lei, segno che non sempre i disturbi emergono in contesti familiari difficili.

Un altro elemento che accomuna le protagoniste e che rappresenta uno dei sintomi principali di un DCA è l'iper-controllo e la mania di perfezionismo. Nel primo romanzo vediamo come Gaia si getti a capofitto nello studio per avere voti più alti della media ed essere la migliore della classe, così come accade alla ragazza del terzo romanzo preso in analisi, dove lei si impegna con anima e corpo nello studio maniacale pur non sostenendo nessun esame all'università.

I perfezionisti sono persone abituate a pretendere da se stesse performance di alto livello, anche quando la situazione non lo richiederebbe. Se impongono lo stesso standard anche agli altri, spesso trovano difficile collaborare in gruppo, sia in ambito professionale sia, nel caso dei più giovani, nelle attività scolastiche o nei lavori di gruppo all'università. Se, invece, applicano il cosiddetto doppio standard, sono indulgenti con gli altri ma ferrei con sé stessi. In ogni modo, questo atteggiamento favorisce un pensiero centrato sulla critica e sul giudizio.

Nelle pazienti che soffrono d'anoressia è tipico riscontrare perfezionismo ed è per questo che, spesso, sono state o sono studentesse eccezionali. Come prevedibile, però, queste pazienti applicano lo stesso ideale anche alla propria forma corporea e, di conseguenza, al controllo dell'alimentazione. Contare le calorie, pesare il cibo, selezionare o scartare alimenti in base alla presenza o all'assenza di determinati nutrienti sono le conseguenze di questa predisposizione.

Il marcato perfezionismo contribuisce ad aggravare il disturbo alimentare e, al contempo, peggiora la prognosi. Nel contesto della psicoterapia, per esempio, anche qualora la paziente arrivi a comprendere la necessità di modificare le proprie regole alimentari disfunzionali, esso può fare da ostacolo al cambiamento o meglio, far sì che i risultati positivi raggiunti siano sottovalutati o minimizzati.

Sicuramente tutte e tre le ragazze gestiscono in modo errato le proprie emozioni; mentre una regolazione funzionale delle emozioni, con il tempo, rende quest'ultime meno intense, gestirle con condotte compensatorie abbassa la soglia di tolleranza. Anche se, con l'aggravamento della malattia a queste pazienti sembra che le emozioni divengano via via sempre più intense, in realtà è la loro capacità di controllarle a essere peggiorata.

La differenza tra il secondo romanzo e gli altri due è che Angela riesce a trovare una spiegazione scientifica al suo disturbo del comportamento alimentare, andando ad affrontare il problema alla fonte, capendo che ciò deriva non tanto da una motivazione emotiva ma fisica. Negli altri due romanzi, invece, il disturbo probabilmente deriva da un deficit emotivo, soprattutto nel caso di Gaia è legato all'abbandono da parte dei genitori e a un trauma enorme, cioè lo stupro da parte del patrigno di un'amica.

Mentre nel terzo romanzo, la protagonista non sa dare una vera e propria spiegazione del perché si sia ammalata, probabilmente anche in questo caso c'è una motivazione dettata dall'emotività e di natura psicologica.

In tutti e tre i romanzi le protagoniste presentano una bassa autostima, l'adesione agli standard di magrezza, l'estremo e rischioso tentativo di controllare la propria forma corporea attraverso le restrizioni alimentari e le condotte compensatorie possono essere visti come un modo per acquisire valore e, quindi, amabilità.

In realtà, nessuna di queste azioni produce gli effetti sperati. Anzi, esse finiscono per confermare il senso d'inadeguatezza che è basilare nei DCA. Gli standard che le pazienti anoressiche o bulimiche impongono a sé stesse sono irrealistici e, sul lungo periodo, insostenibili, e fra l'altro l'autostima non è qualcosa che si possa migliorare in via definitiva attraverso comportamenti d'iper-controllo. Al contrario, essi sono un'ammissione implicita d'inadeguatezza.

Delle tre protagoniste soltanto una riesce a guarire in modo definitivo, seppur con qualche episodio di ricaduta, ed è Angela. Le altre due ragazze pur tentando varie strade di guarigione non riescono comunque ad uscire dal disturbo che le affligge.

Un elemento che accomuna senz'altro Gaia e la protagonista di "*Briciole*" è il trauma. Gaia, infatti, è stata stuprata mentre la ragazza del terzo romanzo ha subito la perdita di un caro amico, di cui forse era innamorata, a causa di un'overdose.

Dati sperimentali hanno mostrato che quasi più della metà delle donne con disturbi dell'alimentazione ha riportato esperienze di abuso sessuale, nell'80% dei casi avvenute durante l'infanzia, e che nelle vittime di abuso sessuale infantile l'assenza di supporto interpersonale e la percezione di sé come vulnerabili e isolate sarebbero direttamente associate alla presenza dei sintomi del disturbo alimentare.

L'ipotesi generale emergente è che l'abuso sessuale rappresenti un fattore di rischio per l'intera categoria dei disturbi dell'alimentazione.

Chiunque, ad un certo punto del proprio percorso di vita, può trovarsi a dover affrontare un'esperienza traumatica, la cui risoluzione può essere molto complessa e/o rimanere bloccata nel tempo. Siamo tutti potenzialmente vulnerabili ai traumi: adulti, anziani, bambini, ricchi e persone poco abbienti, esseri umani capaci solitamente di superare grandi difficoltà.

Il trauma interviene massicciamente nella strutturazione e formazione dello schema cognitivo di sé, contribuendo all'emergere di convinzioni irrazionali che ruotano attorno ai temi della responsabilità ("E' colpa mia"), perdita del controllo ("Non ho più il controllo di nulla"), mancanza di sicurezza ("Sono vulnerabile"), autostima e senso di valore ("Non valgo"), senso di appartenenza ("Sono diverso"). Inoltre, può condurre a disregolazione emotiva, sintomi dissociativi, sintomi ansiosi e non di meno distorsioni della propria immagine corporea. Il disturbo alimentare, attraverso ad esempio le condotte eliminatorie e restrittive, può essere considerato la conseguenza disfunzionale del tentativo di far fronte agli eventi traumatici e alle emozioni ad essi associati.

Riassumendo, gli elementi che accomunano le tre protagoniste sono:

- Sesso femminile;
- Età di insorgenza del disturbo (adolescenza);
- Situazioni familiari complesse;
- Traumi;

La maggiore differenza tra loro però è la consapevolezza del proprio DCA, che mentre è ben presente in Angela e nella protagonista del terzo romanzo (lei stessa arriva a supplicare la madre di aiutarla a guarire) è quasi del tutto assente in Gaia.

Questo influisce notevolmente sulla volontà di guarigione, infatti Gaia risulta quasi rassegnata al proprio destino, non avendo neanche "voglia" di provare a combattere, mentre le altre due ragazze in un modo o nell'altro, cercano di trovare una soluzione (anche se per la terza protagonista questo riuscirà solo per brevi periodi).

Per ultima cosa, come già detto in precedenza, soltanto Angela tra le tre riuscirà a guarire quasi completamente; delle altre ragazze non si sa con certezza se siano guarite o no, ma il finale di "*Gaia di nome*" lascia quasi intendere che la giovane sia stata sopraffatta dalla propria malattia, mentre il finale di "*Briciole*" è aperto alla speranza che invece la protagonista sia riuscita a guarire.

CONCLUSIONI

Questo lavoro di tesi è diviso in due parti. Nella prima parte sono stati analizzati i disturbi alimentari dal punto di vista clinico, con osservazione dei fenomeni più frequenti (anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge eating). Nella seconda parte, anche basandomi sull'indirizzo del mio corso di studi, mi sono dedicata a come questo argomento viene trattato all'interno della letteratura soffermandomi sull'analisi di tre romanzi contemporanei.

Nel primo capitolo ho osservato la classificazione dei disturbi del comportamento alimentare secondo il DSM-5, un sistema nosografico nel quale vengono elencati i disturbi mentali e psicopatologici. Differentemente dal DSM-IV, il quale non forniva una definizione di disturbo dell'alimentazione, il gruppo di lavoro che ha sviluppato i nuovi criteri del DSM-5 si è posto come obiettivo primario quello di minimizzare l'uso della diagnosi vaga "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato" per far sì che i pazienti ricevano una diagnosi che descriva accuratamente i loro sintomi per poter pianificare un trattamento da portare avanti anche nel lungo termine.

Nel nuovo manuale sono stati modificati i criteri diagnostici, soprattutto per quanto riguarda le tre patologie principali, che sono l'anoressia, la bulimia e il BED, affinché si possa dare una diagnosi più corretta e in tempi relativamente brevi per favorire interventi tempestivi.

Nel secondo paragrafo del primo capitolo ho affrontato il primo disturbo del comportamento alimentare, probabilmente quello più conosciuto, cioè l'anoressia nervosa, fornendo dati riguardanti l'epidemiologia, i sintomi, la diagnosi e il trattamento di tale patologia. Ho esaminato le differenze diagnostiche tra il DSM-IV e il DSM-5 per evidenziare in particolar modo come si è evoluto lo studio della malattia nel corso degli anni e con l'avanzare delle ricerche in questo ambito.

Ciò che è emerso dalla mia ricerca è che si tratta di una patologia che colpisce in una percentuale maggiore il sesso femminile, generalmente in età pre o adolescenziale e che i sintomi principali sono la perdita del peso, l'amenorrea (nelle donne), una visione distorta della propria immagine corporea. Tra i fattori di rischio troviamo fattori di tipo sociale, ambientale, psicologico e biologico. Nessuno sa di preciso la causa scatenante dell'anoressia, anche perché non ne esiste una precisa ma una serie di cause legate tra loro e che generalmente sono collegate a un trauma o a una situazione familiare difficile.

Ho compiuto lo stesso lavoro di analisi nei paragrafi successivi, parlando di bulimia nervosa e binge eating. La bulimia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato dall'eccessiva assunzione di cibo, definito come abbuffata, seguita da episodi volti a liberarsi della quantità di cibo ingerita con metodi quali il vomito autoindotto o l'uso di lassativi.

Il metodo che ho seguito è stato lo stesso che ho seguito per l'anoressia nervosa, esaminando in primo luogo i differenti criteri diagnostici tra DSM-IV e DSM-5.

Anche per la bulimia in questa tesi sono stati affrontati i principali sintomi della malattia e le fasce di popolazione più colpite. Ciò che rende la bulimia una malattia subdola è il fatto che essa non è facilmente riconoscibile quanto l'anoressia nervosa. Infatti, mentre l'anoressico perde peso visibilmente, il bulimico può essere anche normopeso o addirittura sovrappeso e ciò rende molto più difficile il riconoscimento del disturbo. Tra i principali sintomi ho ricordato il dolore allo stomaco, provocato dai frequenti episodi di vomito autoindotto, la fame nervosa che va a sostituire quella fisiologica e l'estrema preoccupazione per la propria forma corporea.

Anche qui, come per l'anoressia nervosa, individuare una causa scatenante del disturbo è piuttosto difficile; esso può emergere in base a diversi fattori di natura genetica, sociale e psicologica. La bulimia nervosa ha un'incidenza che va dal 3.8% al 9% della popolazione liceale/universitaria, con prevalenza dello 0.1% nel sesso maschile e 1-3% in quello femminile.

Il disturbo riguarda maggiormente le ragazze con esordio tra i 12 e i 35 anni. La presenza di bulimia nervosa in adolescenza aumenta in modo esponenziale la probabilità di soffrire di questo disturbo anche in età adulta. I giovani affetti da bulimia sono cresciuti di tre volte negli ultimi anni.

La terza patologia esaminata è stata il binge eating, Il disturbo da alimentazione incontrollata indica episodi in cui si assumono grandi quantità di cibo in un tempo relativamente breve con la sensazione di perdere il controllo su cosa e quanto sta mangiando. A differenza della bulimia, le abbuffate non sono seguite da pratiche compensatorie come vomito o assunzione di lassativi/diuretici, portando la persona a provare un grande senso di colpa e vergogna.

Gli episodi di abbuffata sono caratterizzati dall'assunzione di cibo in un tempo relativamente breve, anche largamente al di là del senso di sazietà, cosa che provoca poi dei forti dolori di stomaco a causa della grande quantità di cibo ingerita.

In base alla frequenza con cui si presentano questi episodi, il binge eating viene classificato a seconda della gravità. Generalmente, chi ne è affetto da molto tempo o in maniera grave è inevitabile che vada incontro a sovrappeso o a obesità. Il BED, così come la bulimia, è piuttosto difficile da riconoscere e diagnosticare. Tra i sintomi più frequenti c'è sicuramente la mancanza di fame fisiologica, sintomi depressivi, scarsa autostima e fallimento ricorrente di diete o regimi alimentari.

Anche nel binge eating ci sono alcuni fattori scatenanti che possono essere di natura psicologica, ambientale o genetica. In molti casi la patologia si presenta in seguito a una dieta molto restrittiva, eventi traumatici o grandi cambiamenti.

A differenza di altri disturbi dell'alimentazione che colpiscono maggiormente i soggetti di sesso femminile, nel binge eating la situazione pare equilibrata tra maschi e femmine.

Nei paragrafi successivi sono state esaminate tutte le altre patologie che fanno parte degli eating disorders; ricordiamo infatti che non esistono soltanto le malattie principali ma il mondo dei disturbi del comportamento alimentare è molto più ampio e soprattutto è soggetto a continui cambiamenti e aggiornamenti.

Tra i disturbi del comportamento alimentare riportate dal DSM-5 ricordiamo:

- PICA (disturbo del comportamento alimentare caratterizzato dall'ingestione portata avanti nel tempo di sostanze non nutritive);
- DISTURBO DA RUMINAZIONE (disturbo del comportamento alimentare dove il soggetto rigurgita il cibo dopo il consumo, rigurgito che può anche non essere del tutto volontario);
- DISTURBO DA EVITAMENTO/RESTRIZIONE DELL'ASSUNZIONE DI CIBO (un disturbo dell'alimentazione caratterizzato dalla persistente incapacità di soddisfare le appropriate capacità nutrizionali e/o energetiche);
- DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON SPECIFICAZIONE (in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione);
- DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE (i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione sono presenti, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione);

Nel sesto paragrafo del primo capitolo, ho voluto dedicare uno spazio ai dati epidemiologici e ai fattori di rischio. La ricerca epidemiologica ha consentito di fare delle riflessioni importanti sulla distribuzione dei disturbi del comportamento alimentare. Tra i fattori di rischio comuni a tutti i tipi di DCA troviamo fattori di tipo generale (sesso, età, società) e fattori di tipo individuale (famiglia, esperienze, caratteristiche personali). Ho voluto esaminare nello specifico tutti i fattori di rischio e l'incidenza delle varie patologie, andandole a trattare una per una e non in senso generale, per dare un quadro più chiaro dell'epidemiologia e di tutti quei rischi che possono portare all'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare.

È stato dimostrato che, al di là di tutti i fattori che possono contribuire ad ammalarsi di una di queste patologie, il nostro cervello gioca un ruolo importante nel mantenere il disturbo nel tempo (come ci spiegherà anche Angela Papi nel suo romanzo).

Nell'ultimo paragrafo del primo capitolo, ho voluto soffermarmi in modo particolare sui protocolli e sulle cure che vengono messe in atto per curare persone affette da disturbi del comportamento alimentare. Le linee guida per il trattamento di queste patologie vengono spiegate in modo molto accurato all'interno del DSM-5. Le tappe da seguire sono innanzitutto *diagnosticare* e *trattare* le complicanze mediche che possono emergere nel tempo in seguito a un DCA. In particolar modo, è di fondamentale importanza la consapevolezza del paziente di avere un problema, consapevolezza che aumenterà la volontà di guarigione e collaborazione al trattamento.

In patologie come l'anoressia nervosa, che porta a una forte diminuzione

del peso, è di importanza primaria l'aumento del peso corporeo per arginare inizialmente le conseguenze che la malattia ha sulla salute fisica del paziente. Bisogna poi andare a indagare sulla nascita del disturbo, con un sostegno psicologico e una correzione dei pensieri patologici nei confronti del cibo.

Come è emerso più volte nel mio lavoro, nella cura dei DCA è fondamentale un approccio multidisciplinare da parte di più professionisti, per cercare di creare una strategia comune utile al paziente, strategia che molte volte purtroppo manca o viene poi abbandonata in seguito alla guarigione "clinica" della persona. Proprio la fase successiva alla guarigione è quella più delicata, quando si alza il rischio di ricadute; molto spesso però in questa fase il paziente non viene più seguito dal gruppo di specialisti e si trova molte volte abbandonato a sé stesso.

Ho preferito soffermarmi sulle terapie più importanti ed efficaci:

- la terapia cognitivo-comportamentale, la quale si basa sul presupposto teorico che il nostro modo di vedere una certa situazione condiziona i nostri comportamenti e, viceversa, i nostri comportamenti influenzano il nostro modo di pensare.
- la terapia interpersonale (IPT), la quale si basa sul presupposto che le relazioni del soggetto con altre persone e con il mondo esterno possano influenzare la salute mentale dell'individuo.
- la terapia familiare, coinvolgendo i familiari nella discussione e nella terapia stessa.
- CBT-E, una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali, che favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare e ottenere dei cambiamenti cognitivi.
- trattamento sanitario obbligatorio (TSO), ossia un ricovero forzato dove il paziente viene obbligato a nutrirsi tramite cibo o sondini gastrici.

Nel paragrafo mi sono soffermata in particolar modo sulla CBT-E, la quale ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa e sembra essere una potenziale alternativa al trattamento basato sulla famiglia. La terapia determina una piena remissione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione in circa i due terzi dei pazienti non sottopeso (cioè quelli affetti da bulimia nervosa, disturbo da binge-eating e altri disturbi dell'alimentazione).

Una volta terminato il primo capitolo, dove mi sono soffermata particolarmente sugli aspetti clinici e scientifici, ho analizzato brevemente l'uso dei DCA all'interno della letteratura.

Essendo un fenomeno abbastanza moderno e approfondito soltanto negli ultimi decenni, la letteratura antica non fornisce moltissime fonti, sebbene in alcuni personaggi di romanzi o opere teatrali si possano riconoscere sintomi che possono essere ricollegati a un disturbo del comportamento alimentare.

Ho scelto di inserire la letteratura all'interno del mio progetto di tesi perché strettamente legata al mio indirizzo di studi e perché, a mio parere, era interessante notare come l'argomento dei DCA fosse stato trattato da autori e autrici di romanzi.

Mi sono soffermata in particolar modo su tre romanzi di letteratura moderna:

- "*Gaia di nome – I disturbi alimentari nell'adolescenza*" di Laura Romano e Roberto Pozzetti

- "*Tanto domani non mangio*" di Angela Papi

- "*Briciole, storia di un'anoressia*" di Alessandra Arachi

Tutti e tre i romanzi narrano le vicende di protagoniste affette da disturbi dell'alimentazione. Ciò che accomuna le tre ragazze è il sesso femminile, la giovane età e i traumi passati a causa di una situazione familiare difficile.

In ogni paragrafo ho descritto brevemente la trama del libro, soffermandomi sulle sfaccettature delle protagoniste, anche per fornire un quadro più completo di come il disturbo alimentare abbia avuto un impatto devastante sulle loro vite.

Per prima, ho affrontato la storia di Gaia, affetta da anoressia nervosa, una storia straziante con finale aperto. Non sappiamo se la ragazza sia effettivamente guarita oppure non sia riuscita a combattere la sua malattia. Si tratta di un romanzo diviso in due parti, nella prima si racconta la storia della ragazza, in prima persona, dalla sua infanzia, allo stupro subito, fino ad arrivare al ricovero in una struttura. Nella seconda parte, gli autori cercano di dare una spiegazione scientifica della malattia anche basandosi su ciò che viene descritto nella storia di Gaia.

Il secondo romanzo tratta un disturbo completamente differente: il binge eating. È la storia di Angela, che soffre di abbuffate compulsive. Al contrario del caso precedente, accorgersi di questo disturbo è particolarmente difficile per chi le sta intorno. Ma nel libro Angela ci insegna come guarire da questo problema, con un'analisi dal punto di vista fisico e scientifico del nostro cervello. È un libro che in alcune parti è dominato dalla disperazione, dal senso di colpa e di vergogna, ma in altre è carico di speranza, di voglia di farcela e motivazione. L'autrice si è concentrata maggiormente sul punto di vista "fisiologico" piuttosto che psicologico.

Il terzo e ultimo romanzo, "*Briciole*", parla invece di una ragazza (di cui non conosciamo il nome) che soffre di anoressia e bulimia nervosa. Anche in questo caso come nel primo, non ci viene dato un vero e proprio finale conclusivo per la storia della protagonista.

Ho voluto esplorare le storie di queste ragazze per avere un'idea generale di come il problema dei DCA venga affrontato all'interno della letteratura, andando ad evidenziare in particolar modo i tratti in comune e le differenze tra le tre protagoniste.

Ovviamente, oggi troviamo numerosi romanzi che trattano di questi argomenti. Io ho scelto tre romanzi in cui vengono affrontati tre disturbi dell'alimentazione differenti.

Ho deciso di leggere questi tre libri perché, da una prima analisi, ho visto che le autrici non cercavano di “addolcire la pillola”, ma andavano a raccontare le esperienze delle protagoniste in modo molto chiaro, anche brutale, senza porsi il problema di turbare il lettore.

Ho trovato la loro scrittura molto onesta, onestà che serve a far comprendere il disagio che prova una persona che si trova a combattere contro un disturbo dell'alimentazione, le sfide che affronta ogni giorno, le cadute, i fallimenti e il senso di colpa.

Non sono state certamente letture semplici, ma tutti e tre i romanzi mi hanno insegnato qualcosa di nuovo.

Per concludere, in questo lavoro di tesi ho cercato di fornire una visione a 360° di ciò che sono i disturbi del comportamento alimentare, dal punto di vista scientifico, letterario, ma anche (e soprattutto) umano.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014;
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub, 2013;
- Angeli F. *Una bibliografia ragionata su: l'anoressia mentale, Rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 2003;
- Arachi A. *Briciole*, La Feltrinelli, 1994;
- Attia E. Columbia University Medical Center, New York State Psychiatric Institute, 2020;
- Biondi M. *Il DSM-5: l'edizione italiana; La rivista di Psichiatria*, 2014;
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. *Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*, 2016;
- Bruch H. *Terapia cognitiva comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*, Feltrinelli, Milano, 1997;
- Bruch H. *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University Press Cambridge, 1975;
- Combe C. *Capire e curare la bulimia*, La Borla Editore, 2007;
- Cotrufo P. *Il disturbo da alimentazione incontrollata: dati epidemiologici e caratterizzazione clinica*, Istituto di Psichiatria, Università di Napoli, 2015;
- Cuzzolaro M. *Anoressie e bulimie - Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*, Il Mulino, 2014;
- Dalle Grave R. *Anoressia nervosa: I fatti*. Positive Press: Verona, 1998;
- Dalle Grave R. *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press, 2003;
- Dalle Grave, R. *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è e come affrontarlo*. Verona: Positive Press, 2014;
- Dalle Grave, R. *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale*. Verona: Positive Press, 2016;
- De Giacomo P. Renna C. Santoni Rugiu A. *Manuale sui disturbi dell'alimentazione anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata*, 2005;
- De Girolamo G, Polidori G, Morosini P. *Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso deiservizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH*. Epidemiol Psichiatric Society, 2005;
- De Pascale A. Cimbolli P. *Disturbi delle condotte alimentari. L'approccio del cognitivismo sistemico post razionalista*, Alpes Italia Editore, 2014;
- De Virgilio G. Coclite D. Napoletano A., Barbina D. Dalla Ragione L. Spera G. & Di Fiandra T. *Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Rapporti ISTISAN 13/6, 2012;
- Di Luzio G. *Le relazioni psicopatologiche con il cibo*. Società psicoanalitica italiana. 2019;
- Faccio, E. *Il disturbo alimentare. Modelli ricerche e terapie*. Roma: Carocci Editore, 2001;

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment*. *Behaviour research and therapy*, 2003;
- Fairburn, C.G. *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating*. 2014;
- Fairburn CG. *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Firenze, Eclipsi; 2010;
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Palmer, R. L. *Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up*. *Am J Psychiatry*, 2009;
- Fairburn, C.G., Harrison P.J. *Eating Disorders*. *Lancet*, Vol. 361, 2003;
- Grilo C.M. Masheb R.M. *Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder*, National Library of Medicine, 2000;
- Grilo C.M. Masheb R.M. *Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatient with binge eating disorder: frequency and association with gender, obesity, and eating-related psychopathology*. National Library of Medicine, 2001;
- Grob G.N. *Origins of DSM-I: a study in appearance and reality*. *Am J Psychiatry*, 1991;
- Hawton K, van Heeringen K. *Suicide*. *The Lancet*, 2009;
- Hay, P. Touyz, S. *Treatment of patients with severe and enduring eating disorders*. *Curr Opin Psychiatry*, 2015;
- Katzman D. K., Golden N. H., Neumark-Sztainer D. Yager J. Strober M. *From prevention to prognosis: Clinical research update on adolescent eating disorders*. *Pediatric Research*, 2000;
- Manna V. *Epidemiologia dei disturbi alimentari: incidenza, prevalenza e mortalità*, Università Sapienza di Roma, 2019;
- Marzilli E. Cerniglia L. Cimino S. *A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies*. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2018;
- Mascolo M. Mancini V. *La pica: un disturbo dalle voglie alimentari insolite*, 2017;
- Michie H. *The Flesh Made Word: Female Figures and Women's Bodies*, Oxford University Press, New York, 1987;
- Ministero della Salute. *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione* Ministero della salute, Quaderni del Ministero della salute, n. 17/22 luglio-agosto 2013 Quaderni del Ministero della Salute. 2013, n. 17/22;
- Paolacci S. *Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment*. *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, Vol. 8, 2020;
- Papi A. *“Tanto domani non mangio-Mi abbuffavo poi smesso”*, 2019;
- Romano L. Pozzetti R. *Gaia di nome-I disturbi alimentari nell'adolescenza*, Il Ciliegio, 2016;
- Sassaroli S., Bertelli S., Boccalari L., Sangiorgi E., Giovini M., Lamela C., Rebecchi D., Scarone S., Vinai P., Ruggiero G.M., *“Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio”*, *Cognitivismo clinico*, vol.4, 2007;
- Selvini Palazzoli M. *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1981;

- Spitoni G.F. Aureli S. *Quando il cibo sano diventare un'ossessione*. Carocci Editore, 2018;
- Telch C.F. Agras W.S. *Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?* National Library of Medicine, 1994;
- Waller, G. *Treatment Protocols for Eating Disorders: clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions*. Curr Psychiatry, 2016;
- Walsh T. *College of Physicians and Surgeons*, Columbia University, 2020;

SITOGRAFIA

- <https://www.itcc.it/dca-dsm/>
- <http://www.dallegrave.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5/>
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Bulimia>
- <https://onlineijedo.positivepress.net/articoli/10.32044/ijedo202006/>
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Picacismo#:~:text=Il%20picacismo%2C%20anche%20denominato%20alotriofagia,%2C%20cotone%2C%20etc>
- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-nutrizione-alimentazione/disturbo-ruminazione>
- <https://www.stateofmind.it/tag/disturbo-evitante-restrittivo/>
- <https://www.stateofmind.it/tag/pica/>
- <https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/disturbi-nutrizione-alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-assunzione-cibo>