



I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: ANORESSIA, BULIMIA, OBESITÀ



A cura di C.I.D.A. onlus
(Centro Italiano Disturbi del
Comportamento Alimentare e Dipendenze)



*I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono in costante e preoccupante aumento tanto da costituire una vera e propria **epidemia sociale**. Si stima, per difetto, che in Italia ne soffrano circa 3 milioni di giovani: il 95,9% sono donne e il 4,1% uomini, pari a 8 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.*

*Accanto alle **forme più conosciute** (anoressia, bulimia, obesità) sono comparsi disturbi da alimentazione incontrollata, **disturbi specificatamente infantili** (ad es. l'alimentazione estremamente selettiva) e **maschili** (ad es. la vigoressia) con caratteristiche proprie.*

*I disturbi del comportamento alimentare sono gravi **patologie psichiche** che incidono profondamente anche sul fisico e costituiscono modalità differenti di esprimere, con il corpo, un profondo disagio personale che a parole risulta difficile da esternare.*

*Si tratta di **malattie complesse di natura psicologica**, le cui cause sono multifattoriali e i cui effetti possono portare a gravi ripercussioni sullo stato di salute fisica e mentale, sulle relazioni sociali, caratterizzate dall'ossessione per l'immagine corporea, il peso, il cibo e che possono condurre, nei casi più gravi, anche alla morte.*

*Questo opuscolo, patrocinato da SIRIDAP (Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso), è stato realizzato dall'equipe multidisciplinare di C.I.D.A. (Centro Italiano Disturbi del comportamento Alimentare) onlus e stampato grazie al sostegno del Comune di Cernusco sul Naviglio, senza alcuna pretesa di esaustività o finalità di trattamento, allo scopo di **informare e sensibilizzare** i cittadini su queste importanti tematiche al fine di prevenire l'insorgenza di queste patologie. Il nostro desiderio è che questi brevi contenuti possano aiutare a riconoscere i primi segnali di un disagio in essere così da potersi occupare per tempo dello stesso, riducendo così il lasso di tempo intercorrente fra l'insorgenza delle prime avvisaglie sintomatologiche e l'incontro con professionisti in grado di trattare i disturbi alimentari supportando, allo stesso tempo, il soggetto e la famiglia nell'affrontare il percorso di cura.*

*Dott.ssa Valentina Carretta
Psicologa Psicoterapeuta
Presidente C.I.D.A. onlus*

ANORESSIA NERVOSA

Nell'anoressia nervosa non osserviamo un soggetto privo di appetito, ma, paradossalmente un soggetto disperatamente affamato, non solo di cibo.

Vi sono diversi indicatori che possono orientare il nostro sguardo e meglio aiutarci a comprendere se ci troviamo dinnanzi a qualcosa su cui porre attenzione. Ad esempio, un'**eccessiva restrizione alimentare** senza, apparente, necessità che porta a un peso corporeo significativamente inferiore rispetto a quello di partenza, in un lasso di tempo molto breve. Possiamo inoltre osservare un'**intensa paura di aumentare di peso** o di diventare grassi, ovvero un'attenzione smodata data all'immagine corporea e al peso che vanno a determinare l'aumento o la diminuzione di autostima del soggetto.

Da segnalare che, molto spesso, la persona ha profonde difficoltà a riconoscere la gravità della propria condizione di sottopeso e i rischi connessi.

L'anoressia comincia, frequentemente, con una **dieta**, spesso fai-da-te, ma non solo, che poi sfugge di mano e rischia di procedere all'infinito nella speranza di raggiungere un peso ideale, un'immagine ideale, che, proprio perché nel campo ideale è, per sua natura, irraggiungibile.

Risulta però importante non pensare al disturbo alimentare come una questione di sola apparenza, infatti, ascoltando le storie di queste persone, si evince come vi siano, di base, **difficoltà emotive rilevanti**, estremamente singolari, radicate nella storia di quel soggetto.

Il corpo esprime, ciò che il soggetto, a parole, non riesce a esprimere.

BULIMIA NERVOSA

Il carattere distintivo della bulimia è il desiderio sfrenato di alimentarsi “come se non ci fosse un domani” – raccontano spesso le persone – desiderio spesso legato ad una sensazione di **fame eccessiva**, senza limite. Accade di frequente che i soggetti che soffrono di bulimia in seduta raccontino come loro abbiano bisogno della sostanza-cibo, come il tossicomane ha bisogno della sua dose. Particolare è il fatto che queste abbuffate alimentari avvengano in **solitudine** e siano accompagnate dalla

sensazione di **perdere il controllo** durante l'episodio oltre che da un successivo profondo **senso di colpa**.

La bulimia è caratterizzata dall'**abbuffata** (ovvero dall'ingestione, in un tempo estremamente limitato, di una quantità ingente di cibo, ad esempio sei panettoni in trenta minuti, senza fare distinzione fra cibi cucinati, crudi o surgelati) seguita da **condotte di eliminazione**, o condotte compensatorie: vomitare o utilizzare lassativi o diuretici, allo scopo di evitare che il peso aumenti.

Come nell'anoressia, anche nella bulimia, incontriamo importanti oscillazioni dell'autostima a seconda della forma e del peso corporeo. La bulimia è poi quasi sempre associata ad ansia e instabilità emotiva e dell'umore.

Questa patologia è più **subdola** dell'anoressia, in quanto non immediatamente visibile, infatti, i soggetti sono spesso normopeso o leggermente sovrappeso o sottopeso.

Le crisi bulimiche possono essere estremamente invalidanti, soprattutto se ci troviamo dinnanzi a forme estreme dove il soggetto mangia e vomita in media 15 volte al giorno.

Accade con una significativa frequenza che il soggetto passi dall'anoressia alla bulimia e viceversa. Da un certo punto di vista, è possibile leggere la bulimia come il naufragio del "progetto anoressico". Laddove la persona non riesce più a tenere sotto controllo la fame e a privarsi del cibo, la fame dilaga ed esonda in maniera incontrollabile.

OBESITÀ PSICOGENA

Obeso deriva dal latino *obesum* dove *ob* sta per "a causa di/del" ed *esum* ovvero "mangiato", participio passato del verbo "edere" cioè "mangiare", o, per meglio puntualizzare, a causa dell'eccesso di mangiare, di un **eccesso pulsionale**. Questo tratto caratterizza l'obesità, le persone obese tendono ad essere persone eccessive, ad esempio nel valore che attribuiscono all'altro, nella dedizione che rivolgono all'altro, nella quantità e nella frequenza del cibo che assumono. Questo eccesso diventa manifesto nel loro corpo dove possiamo osservare un **troppo pieno** quale esito di un **godimento illimitato**, fuori controllo e inarginabile che mette a rischio la vita stessa del soggetto.

Possiamo osservare questa assenza di limite già nei bambini piccoli che non incontrano negli adulti di riferimento quel **limite** al godimento che è necessario affinché il piccolo possa, pian piano, misurarsi con questo limite fondamentale, limite necessario perché questi possa accedere al mondo e al vivere sociale.

L'incontro con i pazienti in seduta mette in chiara luce questa tendenza all'eccesso, al godimento fuori limite e uno degli ambiti in cui questo è ben visibile attiene al luogo della tavola dove il cibo viene eletto quale oggetto di una pratica di soddisfacimento senza confini.

Possiamo quindi vedere come l'obesità psicogena – non l'obesità dovuta a disfunzioni metaboliche o altre condizioni mediche – si fondi su importanti **fattori psicologici**.

Il corpo viene dimenticato dal soggetto obeso e l'adipe viene generalmente vissuto come una **barriera** che lo protegge dalle sue emozioni e dall'incontro con l'altro dove il cibo sembra essere l'unica compensazione ad una modalità relazionale disfunzionale nella quale la persona obesa, per poter essere accettata e non entrare in conflitto con l'altro, cerca di conformarsi a tutte le richieste derivanti dall'altro, senza interrogarsi su ciò che realmente desidera.

L'assunzione esagerata di cibo e il significativo aumento ponderale possono compromettere seriamente la qualità di vita del soggetto e, nei casi più gravi, possono portare all'**invalidità**.

ALTRI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) codifica altri quattro disturbi alimentari, più una quinta categoria.

Nella categoria disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione si raccolgono le forme incomplete o lievi dell'anoressia, della bulimia e del BED (Binge Eating Disorder) e due disturbi autonomi, che sono identificati da un unico sintomo. Nel **disturbo da condotte di eliminazione** la persona non si abbuffa né è propriamente anoressica, ma mette in atto le modalità di controllo del peso tipiche della bulimia e dell'anoressia *purging* (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici o di farmaci). La **sindrome da alimentazione notturna** ci interessa particolarmente per quanto è vicina ad un comportamento

normale: l'abitudine così diffusa di alzarsi di notte per una tappa in cucina non è per tutti così innocente e piacevole. Può essere l'indizio di un disagio e provocare conseguenze sul benessere e sull'efficienza.

Vi sono poi altri tre disturbi, che sono caratteristici dell'infanzia ma possono manifestarsi anche in età adulta.

Con **disturbo da evitamento/restrizione nell'assunzione di cibo** si intende un digiuno che si differenzia dall'anoressia per l'assenza della preoccupazione per il peso e per l'immagine. Il bambino o l'adulto che ne sono colpiti dicono che il cibo li disgusta o che fa male, o, semplicemente, cessano di alimentarsi. Alcuni si nutrono solo di integratori. Il disturbo in forma grave può essere estremamente pericoloso, e richiedere la nutrizione artificiale.

Nel **disturbo da ruminazione** il cibo viene rigurgitato, o masticato e sputato.

Nel disturbo denominato **pica** il bambino ingerisce costantemente oggetti non commestibili, ad esempio carta, sapone, capelli.

Sono comportamenti normali e transitori nel bambino piccolo, che si protraggono o ricompaiono per un arresto dello sviluppo, o per una regressione. Anche se spesso non è così semplice si può individuare un fattore di scatenamento, ad esempio nella nascita di un fratellino.

Questa osservazione ci aiuta a vedere che la differenza tra normalità e patologia c'è, ma è sempre situata lungo un asse di continuità e che il sintomo ha sempre una posizione nell'insieme della vita del soggetto.

LE DIPENDENZE

Le dipendenze dalla droga, dall'alcool, dal cibo, dai social network, dal gioco d'azzardo, ... sono spesso additate come uno dei mali della società contemporanea, ma se ci soffermiamo ad osservare con maggiore attenzione questi fenomeni, e, soprattutto, osserviamo l'approccio della persona dipendente al suo oggetto-dipendenza, possiamo notare un paradosso importante: **ciò che dalla società** (punto di osservazione esterno) **è visto come un problema, dal soggetto** (punto di osservazione interno) **è visto come una soluzione** perché la droga, l'alcool, il cibo, i social network, il gioco d'azzardo, ... si configurano invece come la risposta a un problema. È certamente paradossale, in apparenza, ma questo rapporto con l'oggetto-dipendenza

può rappresentare una soluzione che il soggetto ha trovato, non un problema. È una soluzione fallimentare, una soluzione patologica, ma, innanzitutto, una soluzione, una stampella che il soggetto utilizza, quindi dotata di un senso e, per questo motivo, è una scelta che si può interrogare.

Gli “oggetti-dipendenza” offrono un’apparente garanzia, una sicurezza, mentre la donna, l’uomo, l’amico, possono lasciarci, abbandonarci, tradirci, deluderci, la droga, l’alcool, il cibo, i social network, il gioco d’azzardo, ... sono sempre a disposizione e permettono di non incontrare l’altro.

L’incontro con i pazienti in seduta mette in chiara luce come il quadro delle dipendenze sia articolato e complesso, come tossicomania, alcolismo e disturbi alimentari, ad esempio, non creino questione e problema al soggetto, ma anzi possano essere funzionali in quanto permettono il legame sociale e l’aggregazione oppure, al contrario, la separazione. Non ultimo, soprattutto nella fase dell’adolescenza in cui il soggetto è alla ricerca della propria identità, offrono **un’identità ben definita e connotata** precisamente: “sono un alcolista”, “sono un’anoressica”.

EFFETTI SUL CORPO DEI DISTURBI ALIMENTARI

Molte delle conseguenze somatiche dei disturbi del comportamento alimentare sono entrate a far parte della nostra cultura: ad esempio, l’associazione tra obesità e diabete, ipertensione, infarto e ictus. Non tutti però sanno, ad esempio, che l’obesità provoca disordini ormonali e riduce la fertilità, il desiderio e la potenza sessuale.

L’anoressia, o meglio la malnutrizione, può portare alla morte e con numeri allarmanti: 5 % almeno di mortalità, 200 morti all’anno solo in Italia, prima causa di morte tra le giovani donne, rischio di morte 10 volte superiore per la fascia di età e si può proseguire con altri dati come questo, senza considerare i suicidi. Anche ricominciare a nutrirsi, se non viene fatto gradualmente, può portare ad una sindrome metabolica potenzialmente mortale, chiamata **sindrome da rialimentazione**.

Quasi sempre provoca l’arresto delle mestruazioni (amenorrea) e, nelle persone più giovani, l’arresto dello sviluppo puberale, inoltre può

prodursi per **carenza di calcio** la perdita dei denti e una grave **osteoporosi**.

La bulimia porta molto spesso al danno permanente dei denti, per effetto del vomito, ma può diventare ben più pericolosa. Il vomito, i lassativi e i diuretici fanno perdere molto potassio: la deprivazione severa di potassio provoca patologie acute potenzialmente mortali, ed in particolare l'arresto cardiaco.

Di anoressia, bulimia e obesità si può morire, soprattutto se queste si protraggono significativamente nel tempo e sono molto severe e aggressive.

L'attività di prevenzione assume quindi un ruolo fondamentale per la riduzione del rischio d'insorgenza di queste patologie e l'inizio tempestivo di un trattamento che riduca il rischio di una strutturazione e conseguente cronicizzazione della patologia.

IL RUOLO PREZIOSO DELLA FAMIGLIA

La psicologia degli anni settanta ha spesso visto nell'ambiente familiare o sociale un fattore determinante nell'insorgenza dei disturbi alimentari, identificando talvolta precise dinamiche patologiche nella famiglia, nella scuola, nelle strutture sportive, e così via. Questo ha spesso avuto l'effetto di colpevolizzare genitori, insegnanti e amici, caricando loro di ulteriori ansie e angosce aumentando così la disarmonia dell'intero contesto. Deresponsabilizzare completamente familiari, insegnanti e amici è altrettanto inadatto.

L'ambiente familiare e sociale può avere un ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento del disturbo, ma **non è la causa** e, soprattutto, può configurarsi come **un prezioso alleato** nel percorso di guarigione a fianco dei clinici. Le **cause** dei disturbi alimentari e delle dipendenze sono le più **diverse**, perché diversa è la reazione di ciascuno a quanto accade, a un trauma, a particolari fattori familiari e sociali. Questo in quanto ciascuno è caratterizzato da una propria sensibilità psicologica e da una particolare vulnerabilità.

Questi disturbi che hanno a che fare con un **dolore profondo**, non sono semplici capricci dell'appetito. Gli aspetti coinvolti possono essere di natura sia psicologica, sia sociale, sia traumatica. In seduta i pazienti

parlano spesso di un **trauma subito**, ad esempio situazioni vissute come abusi, mancanza di ascolto, profondi e inaspettati cambiamenti, terremoti, alluvioni, Negli adolescenti possiamo osservare una **profonda insicurezza e vulnerabilità**, la paura a vivere nel “mondo dei grandi” nonostante un’apparente forza, il timore di non sapere ancora “chi sono” fuori dal rassicurante ambiente familiare,

Familiari, docenti e amici hanno infatti un ruolo fondamentale e insostituibile, basti pensare al solo fatto che, generalmente, possono accorgersi prima della persona che soffre del disturbo di qualcosa che non va e quindi essere un primo luogo di aiuto, sostegno e conforto. Possono prendere contatto con professionisti e/o centri esperti nel trattamento di queste patologie e alimentare il desiderio del soggetto a intraprendere un percorso di cura, sostenendolo, soprattutto, laddove tale percorso si rivela difficoltoso. Questi possono, inoltre, mettersi in gioco direttamente nel percorso di cura.

IL RUOLO DELLE ALTRE FIGURE (AMICI, INSEGNANTI, EDUCATORI, ALLENATORI...)

Spesse volte non solamente i familiari diretti, ma anche gli amici più intimi sono **profondamente coinvolti**, invischiati e provati dall’anoressia, dalla bulimia, dall’obesità o da altre forme di dipendenza di cui soffre il loro amico. Allo stesso modo insegnanti, educatori, colleghi e istruttori sportivi possono trovarsi confrontati con soggetti che vivono questo tipo di difficoltà. Risulta importante considerare il fatto che, in alcuni casi, sono gli unici, o, quantomeno, i primi, a ricevere una confidenza o ad accorgersi della situazione. I sentimenti di impotenza, angoscia e disorientamento di fronte a questi disturbi caratterizzano e possono condizionare anche la loro vita.

Per questa ragione si evidenzia la necessità di **accogliere e sostenere** anche questi soggetti che, a vario titolo, si relazionano con persone che soffrono di un disturbo alimentare o di un’altra dipendenza, fornendo loro adeguato supporto e spazi di parola per poter esprimere anche le loro fatiche connesse al rapportarsi con questi disturbi del loro amico, conoscente.

Queste dipendenze, dal cibo, dal tabacco, dal vino, ..., non sono un capriccio, ma malattie psicologiche, l’espressione di un

profondo disagio soggettivo. Risulta, pertanto, importante essere disponibili ad un **ascolto attivo**, che **non** sia **giudicante**, ma rispettoso degli spazi, dei tempi e dei modi che l'altro utilizza.

I familiari, ma anche gli amici più intimi, gli insegnanti, gli educatori, i colleghi e gli istruttori sportivi sono **risorse preziose** anche se non possono curare direttamente chi soffre di questi disturbi, ma possono sicuramente stare al loro fianco e individuare luoghi competenti al trattamento di queste problematiche e sostenere chi ne ha bisogno nel processo di avvicinamento a tali luoghi e durante il percorso di cura.

SI PUÒ GUARIRE

I dati epidemiologici dei disturbi alimentari si riferiscono alla generalità della popolazione e poco ci aiutano a rispondere nello specifico alla domanda specifica e puntuale di coloro che soffrono di queste patologie, dei loro familiari, dei loro amici.

Comunque, i numeri dimostrano che la maggior parte dei soggetti colpiti e che inizia con motivazione un percorso efficace di cura guarisce: le anoressie più delle bulimie e le bulimie più dei disturbi da alimentazione incontrollata.

Guarire si può.

È però un **percorso lungo, difficile e articolato**, della durata media di alcuni anni, magari suddiviso sui diversi livelli di assistenza presenti in Italia (1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; 2. Terapia ambulatoriale; 3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale; 4. Riabilitazione intensiva residenziale; 5. Ricoveri ordinari e di emergenza).

Ma **cosa significa guarire?** Poniamoci la questione: la risposta non sarà la stessa per tutti.

Sarà per esempio molto differente quella di una ragazza o di una donna anoressica e quella dei suoi familiari. Nessuna anoressica risponderà che guarire è riprendere peso. La risposta della bilancia è sempre temuta, gli etti in più sono sempre un sacrificio, il digiuno o l'abbuffata una tentazione, i pasti una preoccupazione: invitate a cena una persona che ha sofferto di anoressia e non faticherete a rendervene conto.

Si potrebbe ipotizzare che la risposta sia “tornare come prima” (tecnicamente si direbbe remissione sintomatica). Ma non è la risposta corretta.

Molti genitori rimpiangono la splendida e bravissima ragazza che li riempiva di soddisfazioni. Invece lei coltivava una sofferenza muta: che cosa può significare tornare come prima per lei? Nella migliore delle ipotesi, tornare a essere vulnerabile.

La psichiatria, le psicologie non analiticamente orientate e la psicoanalisi hanno fondamenti teorici e metodi molto diversi. **Le psicoterapie analitiche e la psicoanalisi vera e propria**, che si fondano sulla parola entro una modalità di ascolto e risposta del tutto diversa dal comune, cercheranno per questa strada di **dare forma al desiderio**, di farne assumere al soggetto piena responsabilità e di trasformare il godimento. Questa è la particolare forma di “guarigione” della psicoanalisi, e può assimilarsi ad una sorta di vita nuova.

Guarire non è ritornare indietro: è andare avanti, è cambiare, è diventare... e si può fare.

CIDA ONLUS E L'IMPORTANZA DELLA MULTIDISCIPLINARIETÀ

Nei disturbi del comportamento alimentare e nelle dipendenze il corpo è messo al centro, nella sua immagine, nella sua consistenza, nella sua salute e nella sua sopravvivenza. Non è sufficiente al professionista insegnare o convincere il soggetto ad alimentarsi o a diminuire le quantità assunte. **Dobbiamo occuparci del soggetto come un intero, corpo e mente.**

Per il trattamento dei disturbi alimentari è raccomandato un **approccio multidisciplinare** condotto da un'**equipe plurispecialistica** che comprenda professionisti con competenze specifiche che includano **aspetti psicologici, nutrizionali, psicosociali, medici e psichiatrici**, possibilmente integrati in una rete assistenziale che offra vari livelli di cura come specificatamente indicato nei Quaderni della Salute del Ministero della Sanità.



Con il patrocinio di SIRIDAP



**C.I.D.A. (Centro Italiano Disturbi del
Comportamento Alimentare e Dipendenze) onlus**

Indirizzo: Via Cavour n. 12
20063 Cernusco sul Naviglio (MI)
Sito web: www.cidaonlus.it
Email: info@cidaonlus.it

Presidente: Dott.ssa Valentina Carretta
Vicepresidente: Dott.ssa Elena Gerli