

## DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Comprendono tre categorie di disturbi caratterizzati da alterazione del comportamento alimentare e della percezione dell'immagine corporea.

- **Anoressia Nervosa**
- **Bulimia Nervosa**
- **Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati**

## ANORESSIA NERVOSA

### *Diagnosi DSM-IV*

L'anoressia nervosa si caratterizza per un marcato rifiuto a mantenere il proprio peso corporeo al di sopra del limite minimo considerato normale rispetto all'età ed alla statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso al di sotto dell'85% rispetto a quello previsto) **[criterio A]**. Devono essere presenti anche un'intensa paura di acquisire peso o di diventare grassi anche quando si è sottopeso **[criterio B]**, un'alterazione nel modo di vivere il proprio peso e la forma del corpo, o un'eccessiva influenza del peso e della forma corporea sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso **[criterio C]**. Nel sesso femminile, dopo il menarca, deve presentarsi anche amenorrea, cioè l'assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi **[criterio D]**.

L'anoressia nervosa può essere distinta in *due sottotipi*: 1) *con restrizioni*, quando il soggetto non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici ed enteroclismi); 2) *con abbuffate e/o condotte di eliminazione*, quando queste condotte sono presenti regolarmente.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 281-282].

L'anoressia non è dunque caratterizzata, come potrebbe fare intendere il nome del disturbo, dalla mancanza di appetito, ma dal rifiuto a mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, a causa di una intensa paura di ingrassare e di una distorsione dell'immagine del proprio corpo.

Il disturbo interessa in prevalenza il sesso femminile, e inizia di solito in maniera subdola con il desiderio di intraprendere una dieta dimagrante, in una età compresa fra la prima adolescenza e l'inizio dell'età adulta. A differenza della maggior parte delle persone che intraprendono una dieta, i futuri anoressici persistono nel regime ipocalorico anche quando il dimagrimento raggiunge dimensioni allarmanti. Nelle fasi iniziali del disturbo le pazienti avvertono un incremento della propria autostima collegata alla perdita di peso e alle reazioni positive dell'ambiente, e in alcuni casi può essere presente un vero e proprio stato di euforia con sensazione di una grande energia mentale e fisica. Ben presto, tuttavia, la presenza della distorsione dell'immagine corporea ripropone l'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, continuamente monitorato con l'immagine riflessa da specchi che rimandano una immagine soggettivamente deformata. Il desiderio di dimagrire ulteriormente e la paura d'ingrassare cominciano a dominare la mente, le restrizioni alimentari si fanno sempre più severe, ma ciò si accompagna ad un aumento della pressione biologica e psicologica ad assumere cibo, che in alcuni casi si concretizza in episodi di abbuffate che muovono vergogna e senso di colpa, e attivano condotte di eliminazione. Si instaura così un circolo vizioso caratterizzato da restrizione alimentare → pressione biologica ad assumere cibo → paura d'ingrassare → restrizione alimentare più severa con incremento dell'attività fisica per bruciare calorie, o delle condotte di eliminazione a seguito di abbuffate o anche dell'assunzione di modiche quantità di cibo → ulteriore incremento della pressione biologica e psicologica ad assumere cibo e della paura d'ingrassare ecc.. Il tono dell'umore vira verso la depressione (in alcuni casi la depressione può essere già presente prima dell'inizio del disturbo alimentare), compare l'amenorrea, e con il cronicizzarsi della malattia le pazienti riducono gradualmente le proprie attività ed interessi, che con l'andare del tempo si limitano al pensiero del cibo e del peso del corpo. Particolarmente severe possono essere le conseguenze fisiche del digiuno e delle condotte di eliminazione, al punto da mettere a repentaglio la vita delle pazienti. Elevato è anche il rischio di suicidio.

## BULIMIA NERVOSA

### *Diagnosi DSM-IV*

La bulimia nervosa è caratterizzata da ricorrenti abbuffate [**criterio A**], definite come l'ingestione in un intervallo di tempo relativamente breve (per es. 2 ore) di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso intervallo temporale, e contemporanea sensazione di perdita di controllo (per es. sensazione di non potere smettere di mangiare o di non potere controllare cosa e quanto si sta mangiando). Inoltre devono essere presenti ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, eccessivo digiuno o esercizio fisico [**criterio B**]. Le abbuffate e le condotte compensatorie devono verificarsi in media almeno due volte la settimana per almeno tre mesi [**criterio C**]. I livelli di autostima devono essere fortemente influenzati dalla forma e dal peso corporeo [**criterio D**], ed il disturbo non deve presentarsi esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa. [**criterio E**].

La bulimia nervosa può essere distinta in *due sottotipi*. Il sottotipo *con condotte di eliminazione* prevede il regolare uso di vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi o diuretici. Il sottotipo *senza condotte di eliminazione* il peso corporeo è mantenuto tramite comportamenti quali il digiuno, l'eccessivo esercizio fisico senza condotte di evacuazione autoindotte.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 282-283].

Si tratta di un disturbo caratterizzato da una ricorrente perdita di controllo sul comportamento alimentare che si concretizza in episodi di abbuffate durante i quali in poco tempo vengono letteralmente ingurgitate notevoli quantità di cibo. Alle abbuffate seguono delle condotte compensatorie per tenere sotto controllo il peso, condotte caratterizzate dal digiuno e dall'attività fisica, o dal vomito autoindotto e dall'uso di lassativi e diuretici. Queste condotte compensatorie sono motivate così come nell'anoressia, dalla paura di ingrassare e da una distorsione dell'immagine corporea che influenza fortemente l'autostima, ma non conducono ad una perdita di peso, che pertanto rimane nei limiti della norma. Le abbuffate avvengono di solito di nascosto e in solitudine, e spesso sono programmate in anticipo e sono precedute in modo confuso da stati d'animo di solitudine, tristezza, noia, ansia o collera. L'ingestione del cibo avviene in modo vorace e compulsivo, senza particolare attenzione al gusto alla consistenza e gradevolezza degli alimenti, e si accompagna spesso ad uno stato d'animo dissociato, con sensazioni di stordimento e benessere simili a quelle dell'assunzione di una sostanza d'abuso. Dopo poco tempo dalla crisi lo stato mentale vira verso la depressione, con caduta dell'autostima e comparsa di sentimenti di colpa e di vergogna. Negli intervalli di tempo fra una crisi bulimica e l'altra le pazienti mantengono di solito le normali occupazioni, ma la loro mente è sempre più occupata dal controllo dell'alimentazione, dal disagio per l'aspetto del proprio corpo avvertito come grasso, dal pensiero del cibo e dalla paura di perdere nuovamente il controllo e ingrassare, seguiti dal desiderio di una nuova abbuffata e dalla spasmodica ricerca di cibo per attuarla, con comportamenti che ricordano la ricerca della sostanza del tossicodipendente.

Il disturbo inizia di solito nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, interessa con netta prevalenza il sesso femminile, e i primi episodi di alimentazione incontrollata si manifestano di solito durante una dieta restrittiva motivata dal sovrappeso. Può essere presente comorbilità con la depressione, disturbi d'ansia e di personalità, tendenza all'abuso di sostanze e alla promiscuità. L'andamento del disturbo è tendenzialmente intermittente con intervalli di remissione e ricadute in occasione di eventi stressanti. Le condotte di eliminazione possono portare a complicazioni fisiche collegate a squilibri elettrolitici provocati dal vomito e dalla diarrea, e alle lesioni provocate dagli acidi gastrici durante la risalita del cibo nel vomito autoindotto.

La distinzione dell'anoressia e della bulimia come entità diagnostiche separate è stata messa in discussione da alcuni clinici, a causa dei molti punti di contatto fra i due disturbi. Coloro che sono favorevoli alla distinzione fanno presente che vi sono molti casi puri di anoressia senza abbuffate e condotte di eliminazione, e casi puri di bulimia che non vanno mai sotto il peso normale e che non presentano una marcata alterazione dell'immagine corporea; diverse sono inoltre le implicazioni terapeutiche.

## **DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NON ALTRIMENTI SPECIFICATI**

### *Diagnosi DSM-IV*

Questa categoria include tutti quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano tutti i criteri dell'anoressia o della bulimia nervosa. Esempi sono: 1) la presenza nelle donne di tutti i criteri per l'anoressia nervosa eccetto l'amenorrea; 2) presenza di tutti i criteri per l'anoressia nervosa ad eccezione del peso che, se pur diminuito, risulta nella norma; 3) tutti i criteri per la bulimia nervosa risultano soddisfatti tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore ai due episodi per settimana per 3 mesi; 4) soggetti di peso normale che si dedicano regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo avere ingerito piccole quantità di cibo; 5) soggetti che ripetutamente masticano e sputano, senza deglutire, grandi quantità di cibo; 6) disturbo da alimentazione incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della bulimia nervosa.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 283-284].

Attualmente i disturbi dell'alimentazione sono considerati di origine multifattoriale, frutto dell'interazione fra fattori predisponenti, scatenanti e perpetuanti.

*Fattori predisponenti socioculturali e legati al genere:*

Le ricerche epidemiologiche evidenziano come i disturbi dell'alimentazione siano più diffusi nei paesi occidentali industrializzati, dove vi è una maggiore pressione culturale verso la magrezza come ideale di bellezza e salute, e contemporaneamente una maggiore disponibilità di cibo che ha portato ad un progressivo incremento del peso medio della popolazione giovanile. Nell'amplificazione di entrambi i fenomeni un ruolo non secondario è da attribuire ai messaggi pubblicitari dell'industria dietetica, dell'industria alimentare e della moda. Si sarebbe così determinato, in particolare fra gli adolescenti, uno scarto fra aspetto fisico reale ed ideale, che può favorire una iniziale distorsione della percezione della propria immagine corporea (ritenersi in sovrappeso anche quando non lo si è), la paura di ingrassare e la spinta ad intraprendere una dieta. La maggiore prevalenza di questi disturbi nelle donne sarebbe da collegare alle rapide ed importanti trasformazioni del corpo femminile durante l'adolescenza, che spesso sono in contrasto con gli standard ideali attuali della cultura giovanile, enfatizzati dalle riviste rivolte al pubblico femminile, che privilegiano una immagine unisex. Gli studi epidemiologici hanno inoltre richiamato l'attenzione sul maggiore rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione fra le giovani che lavorano come modelle o ballerine e nelle ginnaste.

*Fattori predisponenti familiari di ordine biologico:*

Le ricerche epidemiologiche evidenziano un maggior tasso di prevalenza dei disturbi alimentari fra i familiari di sesso femminile di primo e secondo grado, e una maggiore concordanza nei gemelli omozigoti rispetto ai dizigoti. L'eventuale fattore ereditario in causa potrebbe essere una predisposizione all'obesità o alla distribuzione del pannicolo adiposo in determinate zone del corpo, cosa che a sua volta può favorire la non accettazione della propria immagine corporea, e la spinta ad intraprendere una dieta. Non si può comunque escludere che la familiarità sia mediata da abitudini alimentari o da una maggiore vulnerabilità alla sofferenza psicologica.

*Fattori predisponenti familiari di ordine psicologico:*

Gli studi sul ruolo della famiglia nel favorire la comparsa di un disturbo dell'alimentazione derivano principalmente dalle osservazioni cliniche di S. Minuchin e H. Bruch.

Secondo Minuchin e coll. (1975) caratteristiche tipiche delle famiglie sono la fusionalità (genitori che ritengono di conoscere esattamente ciò che i figli pensano e provano), l'iperprotettività (estrema preoccupazione dei membri della famiglia per il benessere gli uni degli altri), la rigidità (tendenza ad evitare eventi che producono cambiamento, come per es. le richieste di autonomia dei figli adolescenti), e la mancata soluzione dei conflitti (tendenza ad evitare i conflitti o a vivere in situazioni di conflitto cronico). Studi successivi hanno solo parzialmente confermato queste osservazioni, perché spesso i resoconti e i vissuti dei pazienti differiscono da quelli dei genitori, e comunque resta aperta la possibilità che queste caratteristiche familiari siano conseguenti alla comparsa del disturbo.

Maggiori riscontri hanno trovato le osservazioni cliniche della Bruch (1973), che danno evidenza ad un approccio educativo e relazionale da parte dei genitori che non tiene conto dei bisogni, delle esigenze e volontà dei figli, e che limita le esperienze e le iniziative che non corrispondono alle aspettative e ai bisogni dei genitori, ingenerando nei figli dipendenza e senso d'incapacità. Un particolare rilievo viene inoltre dato alla difficoltà delle madri a discriminare i vari bisogni ed emozioni del piccolo bambino, e alla tendenza ad usare il cibo per placare ogni stato di disagio; ciò

favorirebbe nel bambino la comparsa di una difficoltà a distinguere i segnali che provengono dal proprio corpo e a dare nome ai propri stati emotivi.

*Fattori predisponenti collegati alla personalità e alla presenza di disturbi psicologici:*

Gli studi retrospettivi sulle caratteristiche di personalità precedenti la comparsa del disturbo alimentare segnalano nelle anoressiche caratteristiche di timidezza, perfezionismo e remissività, e nelle bulimiche instabilità affettiva e comportamenti istrionici. Studi prospettici ancora in corso segnalano come importante fattore di rischio la scarsa consapevolezza interocettiva.

La presenza di un disturbo depressivo è stato chiamato in causa come possibile fattore favorente sia l'anoressia sia la bulimia.

*Fattori predisponenti collegati a traumi infantili:*

Alcune ricerche hanno riscontrato una relazione fra disturbi alimentari e traumi collegati all'abuso sessuale e al maltrattamento fisico o psicologico.

*Fattori scatenanti:*

Il fattore scatenante l'insorgenza dei disturbi alimentari è quasi sempre l'inizio di una dieta restrittiva. Eventi di vita negativi possono a volte precedere l'esordio del disturbo.

*Fattori perpetuanti:*

Il principale fattore perpetuante è il circolo vizioso caratterizzato dalla restrizione alimentare che incrementa l'autostima per il proprio autocontrollo e diminuisce l'ansia collegata alla paura d'ingrassare, a cui segue un maggiore desiderio di cibo che arriva ad occupare totalmente la mente, la conseguente paura di perdere o la perdita del controllo sul desiderio con caduta dell'autostima e ricomparsa dell'ansia, e una rinnovata ricerca di controllo e di restrizione alimentare. Altri fattori perpetuanti possono essere per l'anoressia lo stato euforico e di apparente energia prodotto dal rilascio di endorfine endogene durante il digiuno prolungato, e per le bulimiche la ricerca delle sensazioni di momentaneo stordimento e benessere che si producono durante l'abbuffata. Da non trascurare, infine, è il fatto che la concentrazione del pensiero sul cibo e la dieta fa passare in secondo piano tutte le altre possibili fonti di preoccupazione e infelicità.

Le ipotesi psicoanalitiche sull'origine dei disturbi dell'alimentazione prendono le mosse dalle osservazioni cliniche di H. Bruch sulle caratteristiche della famiglia e delle madri dei futuri pazienti. Cresciute in un ambiente familiare che privilegia e impone ai bambini i bisogni e i desideri dei genitori, e che è sostanzialmente incapace di percepire adeguatamente le esigenze, i bisogni, i desideri e gli stati emotivi dei figli, le giovani anoressiche e bulimiche svilupperebbero un senso di poco valore di sé, di incapacità a comprendere e discriminare le sensazioni del corpo e gli stati emotivi, di soddisfare le proprie esigenze, e di impotenza ad incidere sull'ambiente. La tendenza delle madri a tacitare nella prima infanzia ogni malessere o frustrazione dei figli con il cibo può inoltre favorire il sovrappeso (futura fonte di difficoltà con i coetanei, e di visione negativa del proprio corpo), e caricare il cibo di sensazioni ambivalenti, in quanto contemporaneamente capace di placare l'ansia e il disagio emotivo, e di produrre insoddisfazione perché ripropone alla fine la sensazione di non comprendersi e di non essere stati realmente compresi.

L'ideale culturale della magrezza, e l'apparente facilità di raggiungerlo con una dieta, offrirebbe in adolescenza la possibilità di sentirsi capaci, desiderati e ammirati, aumentando così la propria autostima, e di fantasticare di poter padroneggiare, insieme al bisogno di nutrirsi, tutti quei bisogni che in passato sono stati fonte di frustrazioni e tutte le sensazioni confuse che provengono dal proprio corpo. Strutture caratteriali differenti indirizzerebbero il disturbo dell'alimentazione verso l'anoressia o la bulimia.

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale è dato rilievo i fattori socioculturali e di personalità, in quanto predisponenti all'insoddisfazione per l'immagine del proprio corpo e alla paura

d'ingrassare. Il digiuno e il calo ponderale assumerebbero la valenza di potente elemento di rinforzo per il fatto di ridurre l'ansia. La difficoltà a perseguire con costanza una dieta restrittiva faciliterebbe la comparsa di episodi di alimentazione incontrollata tipici dell'anoressia con condotte di eliminazione e della bulimia. In questi casi la condotta di eliminazione viene rinforzata dalla paura d'ingrassare.