

I DISTURBI ALIMENTARI

ANORESSIA E BULIMIA

CHI POCO: L'ANORESSICA

Cristina ha 22 anni, è alta 1,70 metri e pesa 44 chili. I suoi “pasti” sono costituiti da una mela, un finocchio o uno yogurt (rigorosamente “magro”!). Più volte al giorno sale sulla bilancia con la paura di essere aumentata anche solo di qualche etto. Quando questo si realizza, terrorizzata si dedica subito a un'intensa attività fisica, spostando mobili in casa o con lunghe camminate.

Continua a vedersi grassa, con i fianchi troppo larghi. I suoi pensieri ruotano intorno a questi temi: il peso, la forma fisica e il cibo.

Non sortiscono alcun effetto di rassicurazione i giudizi di parenti e amici, preoccupati per lei: “Sei troppo magra”. Sono inattendibili, solo lei conosce la sua forma corporea e sa che c'è ancora qualcosa di troppo, da eliminare. Con chi insiste perché mangi di più (genitori, medici, insegnanti) Cristina inizia una sfida, una battaglia in cui già si sente vincitrice.

Quando vuol raggiungere un obiettivo si impegna con determinazione e ottiene ottimi risultati.

Così si è verificato, sempre, in campo scolastico. Con i compagni gareggiava per i migliori voti della classe. Gli insegnanti la descrivevano come un'ottima allieva: giudiziosa, brillante, responsabile. Anche all'Università non si smentisce: “giusta” con gli esami e ottime votazioni.

In famiglia fino all'adolescenza era la classica “brava bambina”, per poi diventare improvvisamente testarda e oppositiva. Ha poche amiche. Aveva un ragazzo ma due anni fa lui l'ha lasciata.

Cristina ha cominciato a seguire una dieta ferrea verso i 15 anni, per ridurre quelle forme che riscontrava con disagio nel suo corpo. Dopo un po' di tempo non ha più avuto il ciclo mestruale.

Spesso è triste, insoddisfatta senza capire bene il perché. Ha dentro una profonda sofferenza: si sente sola e alterna paura e ribellione. Riconosce un malessere (“Sto male”) ma non riesce a considerare e a individuarne le cause.

Cristina rappresenta la realtà comune a molte anoressiche: riduzione estrema del cibo e controllo continuo del peso, immagine corporea distorta (pur essendo sottopeso si percepisce in soprappeso), pensieri focalizzati sul cibo e sul corpo, opposizione a interventi che sollecitano un'alimentazione più completa ed equilibrata, ottimi risultati scolastici, assenza del ciclo mestruale, umore depresso.

Il termine anoressia deriva dal greco an-òrexis e significa letteralmente “mancanza di appetito”. In realtà anche l'anoressica avverte lo stimolo della fame ma prevale la paura di ingrassare che la spinge a un'assunzione estremamente limitata di cibo.

...CHI TROPPO: LA BULIMICA

Michela ha 30 anni, è alta 1,63 metri e ha un peso nella norma di 55 chili. Le amiche la invidiano per come riesce a non privarsi di dolci e a mantenere una linea perfetta. Non immaginano il dramma che Michela vive, in segreto. Da quando è in crisi col marito, ha cominciato a “consolarsi” con il cibo. Ci sono momenti in cui perde il controllo e ingurgita in breve tempo una quantità abnorme di cibo: un panettone, due torte, poi apre il frigo e mangia ciò che trova, anche alimenti surgelati. Non si ferma finché lo stomaco, dilatato, non riesce più a contenere altro. Si rende improvvisamente conto di quanto è successo; presa dal panico e dai sensi di colpa va in bagno, si mette due dita in bocca e vomita ciò che ha prima ingerito.

I suoi pensieri oscillano in modo contraddittorio tra la preoccupazione di mantenere una buona forma fisica e l'attrazione per il cibo, provvedendo affinché in casa non manchino abbondanti scorte.

Ha un umore instabile e prova interiormente tristezza, forti sensi di colpa e bassa autostima.

Michela rappresenta la realtà comune a molte bulimiche: abbuffate (assunzione in breve tempo di una quantità abnorme di cibo, fino ai 5 chili, con la sensazione di non riuscire a smettere), successiva presa di coscienza con angoscia dell'accaduto e conseguente vomito autoindotto per eliminare il cibo ingurgitato, pensieri focalizzati sul cibo e sul corpo, umore depresso, bassa autostima.

A differenza del disturbo anoressico, evidente e visibile, quello bulimico rimane spesso nascosto, un segreto accompagnato da profonda vergogna, difficilmente confidato a qualcuno. Il termine bulimia deriva dal greco: bòus = bue e limòs = fame per indicare la “fame da bue” che sembra caratterizzare l'abbuffata.

... DUE FACCE DELLA STESSA MEDAGLIA.

Benché esistano delle chiare differenze tra l'anoressia e la bulimia (nell'anoressia c'è una severa autodisciplina mentre nella bulimia troviamo impulsività, perdita di controllo) la maggior parte degli autori considera questi disturbi due facce della stessa medaglia, ovvero due espressioni diverse e contrapposte di una comune difficoltà.

Alla base c'è un disagio psicologico che si canalizza in una preoccupazione eccessiva per il corpo e in un rapporto con il cibo seguendo la logica: o tutto o niente.

Sia l'anoressica che la bulimica si concentrano su pensieri inerenti al corpo e al cibo fuggendo così, inconsapevolmente, dal loro mondo emotivo (costituito da molte paure, ansie, rabbia).

Una prova di come questi due disturbi siano collegati è che spesso nel corso della vita avviene un'oscillazione da un disturbo all'altro.

Inoltre: abbiamo parlato al femminile (anoressica-bulimica) perché entrambi i disturbi riguardano le donne per oltre il 90% dei casi.

LE CAUSE

Sono di vario genere. Soffermarsi solo su una renderebbe l'interpretazione parziale e riduttiva. Per rendere ragione della complessità del fenomeno, presentiamo, seppur brevemente, quattro tipi di fattori che contribuiscono, interagendo tra loro, alla comparsa di un problema alimentare.

• Fattori sociali

I disturbi dell'alimentazione sono praticamente assenti nei paesi del terzo mondo e si sono diffusi nelle società occidentali con il crescere della ricchezza e della disponibilità di cibo. La nostra cultura attuale propone inoltre l'ideale di un corpo magro e snello. Molto significativi a proposito i risultati di una recente ricerca sui sensi di colpa degli italiani, uomini e donne: al primo motivo per cui ci si sente in colpa c'è l'eccedere con il cibo!

• Fattori familiari

Pur riconoscendo la peculiarità di ogni storia personale e familiare si sono individuate alcune caratteristiche familiari maggiormente correlate con l'insorgenza di un disturbo alimentare.

Significativo risulta soprattutto il rapporto con la madre, spesso simbiotico: una relazione molto stretta dove la figlia non riesce a distinguere fra emozioni e desideri propri e materni in quanto la madre riversa sulla figlia delle aspettative legate ai suoi desideri non realizzati e vorrebbe una figlia perfetta.

Sovente nella storia di anoressiche e bulimiche sono presenti eventi traumatici: lutti (es: la morte di un genitore), separazioni (l'allontanamento per varie cause di uno dei genitori), abusi sessuali o maltrattamenti, malattie gravi e ospedalizzazioni. Talvolta nella famiglia è presente una patologia, mentale o fisica, o un membro della famiglia ha problemi legati a una dipendenza: disturbi alimentari, alcolismo, tossicodipendenza.

• Fattori individuali

Sono maggiormente a rischio le ragazze in età adolescenziale. L'inizio del disturbo avviene in media intorno ai 18 anni, con due picchi di maggior frequenza: a 15 anni, subito dopo lo sviluppo puberale, e a 18 anni, età di un passo in avanti verso l'autonomia. Due tappe significative inerenti la crescita. Si è rilevata una differenza nel periodo medio di insorgenza, legata al tipo di disturbo: 17-18 anni per l'anoressia, 19-20 per la bulimia.

• Fattori psicologici

Pur trattandoli per ultimi hanno un'importanza preponderante: la pianta del disagio anoressico o bulimico attecchisce nell'humus dei fattori precedenti solo con la presenza di una fragilità psicologica. Le radici di questa pianta poggiano infatti su un terreno di bassa autostima. Le ragazze anoressiche e bulimiche, benché all'apparenza risultino brillanti, intelligenti, "brave", si sentono spesso inadeguate e con molte paure. Le maggiori paure sono di crescere, di diventare adulte (l'anoressica esprime chiaramente questa paura perché, inconsciamente, cerca di mantenere un corpo da bambina); di comprendere le cause del proprio disagio(guardandosi dentro, rivisitando la propria storia); di vivere, "quando vivere significa affrontare un dolore non controllabile" (Fabiola De Clercq, cfr box) : la relazione con l'altro che può far del male, non rispettare, non volere bene.

Come afferma ancora la De Clercq: "la fame anoressica-bulimica non è infatti una fame di cibo, ma fame d'amore".

Un amore che a queste ragazze è mancato o non è stato trasmesso adeguatamente ed è all'origine della loro tristezza, insoddisfazione, rabbia in cui si trovano ingabbiate, senza riuscire a comprendere le cause sottostanti che sarebbero la via d'uscita e che "scaricano" allora sul corpo e sul cibo.

LE CURE

I disturbi alimentari provocano danni all'organismo e occorre talvolta ricorrere a cure mediche per dolori e ulcerazioni all'esofago, disidratazione, ipopotassemia, smalto dei denti rovinato dagli acidi gastrici, cefalea, amenorrea, insonnia. Il deperimento fisico dell'anoressica può rendere necessario un ricovero. Questi problemi fisici sono però la conseguenza di un disagio psicologico: quando quest'ultimo retrocede essi scompaiono. Vediamo allora varie modalità di trattamento psicologico che non si escludono tra loro ma possono affiancarsi efficacemente.

• Terapia individuale

E' un percorso finalizzato a mettere ordine nel mondo interiore, a risalire alle cause del disagio attuale. La persona impara a esprimere il malessere con le parole e non più con il corpo: entra in contatto con le proprie emozioni: le paure, la rabbia e comprende ciò che vi sta dietro.

Pian piano si riconcilia con la vita, con la propria storia orientandosi in modo più costruttivo verso il presente e il futuro e instaurando relazioni più autentiche e affettive.

• Terapia familiare

La terapia sistemica coinvolge tutti i membri della famiglia nel trattamento. Si fanno emergere i conflitti latenti e si cerca di risolverli insieme, si promuovono cambiamenti per migliorare la relazione e favorire la crescita dei singoli membri.

- **Terapia di gruppo**

I gruppi sono costituiti da chi soffre dello stesso disturbo. Esistono gruppi di autoaiuto, come quello dei Co-dipendenti anonimi. Incontrarsi con chi vive lo stesso dramma è di grande sollievo: si vince la vergogna, si esce dalla chiusura, si trova aiuto, confronto, sostegno e vicinanza.

BOX.:

Per bulimia:

Condotte compensatorie = vari metodi per prevenire l'aumento di peso. Tra queste abbiamo le condotte di eliminazione, come il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi, diuretici o enteroclistmi. Altre condotte compensatorie sono il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.

Fabiola De Clercq

ha raccontato la sua storia di anoressia e bulimia nel libro: "Tutto il pane del mondo". Ha fondato l'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari) con sedi a Milano e a Roma. N verde 800-165616

La diagnosi

Ecco quali possono essere, a grandi linee, i criteri sintomatici per diagnosticare i disturbi alimentari:

ANORESSIA: - peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto alla norma

- paura di ingrassare pur essendo sottopeso
- alterazione della percezione corporea influenzando fortemente il livello di autostima
- nelle femmine dopo il menarca, amenorrea (=assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi)

BULIMIA: - a: ricorrenti abbuffate - b: condotte compensatorie

- a e b si verificano almeno 2 volte la settimana, per 3 mesi
- livelli di autostima eccessivamente influenzati dal peso e dalla forma corporea

NAS (=disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati). Un esempio sono i disturbi da alimentazione incontrollata, con abbuffate ma senza condotte compensatorie, per cui si arriva all'obesità.

Maria Poetto