

DISTURBI ALIMENTARI

**Interventi multidisciplinari
nel percorso di cura**

**A cura di
Chiara Comi, Emiliano Monzani**



Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

DISTURBI ALIMENTARI

**Interventi multidisciplinari
nel percorso di cura**

**A cura di
Chiara Comi, Emiliano Monzani**

Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione , di <i>Chiara Comi, Emiliano Monzani</i>	pag.	11
1. I disturbi alimentari. Un'introduzione , di <i>Gianluigi Luxardi</i>	»	15
1. Premessa	»	15
2. I disturbi alimentari	»	17
2.1. Anoressia nervosa (AN)	»	17
2.2. Bulimia nervosa (BN)	»	18
2.3. Binge eating disorder (BED)	»	20
2.4. Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)	»	21
2.5. Altre categorie diagnostiche	»	22
3. Le cause dei disturbi alimentari	»	25
4. Il funzionamento mentale nei disturbi alimentari	»	27
5. Conclusioni	»	34
2. Approccio multidisciplinare integrato ai disturbi alimentari , di <i>Umberto Nizzoli</i>	»	35
1. Di cosa si parla?	»	35
2. Puntini sulle "i"	»	36
3. Team	»	36
4. Multidisciplinare integrato	»	38
5. Interdisciplinare	»	38
6. Il team da chi è composto	»	40
7. Tensioni fra discipline	»	41
8. Lavoro istituzionale	»	42
9. La formazione che non c'è	»	42
10. La formazione in atto	»	43

11. Professionisti “in recovery”	pag.	43
12. Diversità	»	43
13. Il team è composto da individui	»	44
14. Leadership	»	44
15. Perché tanta fatica	»	45
16. Team building	»	46
17. Interdisciplinarietà	»	47
18. I doppi (e tripli) assetti	»	47
19. Rischi e vantaggi del team	»	48
20. Criticità	»	49
21. Le famiglie	»	49
22. Professionisti “esterni”	»	50
23. Rete territoriale ed expert by experience	»	50
24. Burnout	»	51
25. Team management, supervisioni	»	52
3. I luoghi della cura. I livelli di trattamento nei disturbi alimentari , di <i>Giorgio Odone, Chiara Comi, Maria Felicia Calvieri, Cristian Pellicoli, Ornella Marangoni, Nicoletta Colombi, Emiliano Monzani</i>	»	53
1. Introduzione	»	53
2. Medico di medicina generale e pediatra di libera scelta	»	54
3. Terapia ambulatoriale multidisciplinare integrata	»	55
3.1. Fase diagnostica e di orientamento	»	55
3.2. Fase di terapia	»	57
3.3. Dimissioni	»	58
3.4. L’esperienza di Treviglio: funzioni, punti di forza e criticità di un ambulatorio pubblico	»	59
4. Trattamento semiresidenziale	»	62
5. Trattamento residenziale	»	63
6. Ricovero ospedaliero	»	63
4. L’osservatorio del medico di medicina generale nella presa in carico di pazienti con disturbi alimentari. La sua collaborazione con centri specializzati, famiglie e associazioni , di <i>Liliana Giust</i>	»	65
1. Premessa	»	65
2. Il ruolo del medico di medicina generale	»	66
3. Le famiglie e le associazioni di familiari	»	69
4. Conclusioni	»	75

5. Il pediatra nel lavoro con i disturbi alimentari. Prevenzione e intercettazione precoce , di <i>Roberta Giacchero</i>	pag. 77
1. I disturbi alimentari (DA) in età pediatrica	» 77
2. Prevenzione	» 78
3. Prima visita	» 80
4. Esame obiettivo	» 81
5. Esami ematochimici e strumentali	» 81
6. Conclusioni	» 83
6. L'intervento medico internistico nel trattamento dei disturbi alimentari , di <i>Chiara Cappelletti</i>	» 84
1. Premessa	» 84
2. La psicoeducazione	» 85
3. Le complicanze mediche	» 86
3.1. Complicanze cardiovascolari	» 87
3.2. Complicanze endocrine	» 88
3.3. Complicanze gastrointestinali	» 89
3.4. Complicanze polmonari	» 91
3.5. Alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico e complicanze renali	» 92
3.6. Complicanze ematologiche	» 93
3.7. Complicanze dermatologiche	» 93
3.8. Complicanze scheletriche	» 94
3.9. Complicanze neurologiche	» 95
4. La sindrome da rialimentazione (refeeding syndrome)	» 96
5. La visita medica del paziente con sospetto disturbo alimentare	» 97
5.1. Esame obiettivo	» 97
5.2. Esami ematochimici e strumentali	» 98
6. Livelli di intensità di cura e trattamento	» 100
7. Conclusioni	» 101
7. Il ruolo dello psichiatra nell'équipe di cura. Competenze ristrette e competenze allargate , di <i>Giovanni Abbate-Daga, Francesco Bevione, Nadia Delsedime, Carlotta De Bacco, Paola Longo</i>	» 103
1. Introduzione	» 103
2. Principi generali di trattamento	» 104
3. Il ruolo dello psichiatra nel lavoro in équipe	» 105
4. "Competenza ristretta" dello psichiatra all'interno dell'équipe	» 109

5. “Competenza allargata” dello psichiatra all’interno dell’équipe	pag. 113
6. Esperienza di Torino	» 117
7. Conclusioni	» 120
8. L’intervento psicologico nel trattamento dei disturbi alimentari , di <i>Gianluca Castelnuovo</i>	» 121
1. Introduzione	» 121
2. La necessità di un approccio interdisciplinare e non solo multidisciplinare	» 122
3. Il ruolo dei fattori psicologici nella genesi, mantenimento e aggravamento dei disturbi alimentari	» 125
4. La valutazione psicodiagnostica: il colloquio psicologico-clinico	» 127
5. La valutazione psicodiagnostica: qualche nota sui test	» 130
6. L’intervento psicoterapeutico funziona? Qualche considerazione su un tema fra i più divisivi	» 131
7. Psicoterapie per i DA: un rapporto fecondo con la psicofarmacologia	» 135
9. I familiari, validi alleati nella cura , di <i>Maria Rita Troiani, Maria Cristina Stefanini</i>	» 137
1. Introduzione	» 137
2. La famiglia: problema o soluzione?	» 138
3. Il New Maudsley Model: descrizione generale del modello	» 140
3.1. Il training con i familiari	» 142
4. La nostra esperienza con il New Maudsley Model	» 147
10. Quale trattamento per l’ARFID? , di <i>Chiara Comi</i>	» 151
1. Introduzione	» 151
2. Il Family-Based Treatment per l’ARFID	» 152
3. Conclusioni	» 155
11. Relazione e tecnica. Le attività del dietista nel trattamento dei disturbi alimentari in contesto ambulatoriale , di <i>Nicoletta Colombi</i>	» 156
1. Il livello di cura ambulatoriale e la figura del dietista	» 157
1.1. La struttura del percorso nutrizionale nel trattamento ambulatoriale	» 157
2. Stesura piano alimentare	» 163
3. Visite di controllo e monitoraggio peso	» 164

4. Ruolo della famiglia e assistenza ai pasti	pag. 167
4.1. Come aiutare il paziente durante il pasto	» 168
4.2. Come aiutare il paziente dopo il pasto	» 169
5. Come prevenire il drop out nel trattamento dietetico nel campo dei disturbi alimentari: la motivazione e le leve del cambiamento	» 169
12. L'educatore professionale al centro per la cura dei disturbi alimentari (CDCA). Il funambolo, di Simone Raineri, Elisa Belotti, Noemi Rubagotti, Fabrizio Zucchinali	» 171
1. Premessa	» 171
1.1. Il contorno legislativo D.M. n. 520/98	» 171
1.2. Educare come mediare, operare in/con equilibrio	» 172
2. L'educatore professionale, il polimorfo	» 173
3. Come opera l'educatore professionale nel CDCA? È una questione di prospettiva (incipit)	» 174
4. Lavoro integrato di équipe	» 175
5. Il lavoro degli educatori professionali: la prospettiva (reprise)	» 176
5.1. Il contatto con l'esterno	» 178
5.2. Il pasto assistito: alimentazione meccanica e relazione	» 179
5.3. Ascolto delle persone	» 180
5.4. Gruppi	» 182
5.5. Sc(Hi)acciaDCA	» 188
6. Conclusioni: operiamo in/con equilibrio	» 189
13. La riabilitazione psichiatrica nel trattamento dei disturbi alimentari. Ruolo del TeRP, tra evidence based medicine ed evidence based practice, di Annapaola Mazza, Angelo Oggianu	» 191
1. Introduzione	» 191
2. Il ruolo del TeRP nell'équipe per il trattamento dei disturbi alimentari	» 192
3. Profili neuropsicologici e cognitivà nei disturbi alimentari	» 195
4. La Cognitive Remediation Therapy nei DA	» 198
5. Strumenti e metodologie della Cognitive Remediation Therapy	» 199
6. Training Metacognitivo (MCT) nei DA	» 203
7. Conclusioni e ricerche future	» 205

14. L'arteterapia nel percorso di cura dei disturbi alimentari , di <i>Cinzia Caronda</i>	pag. 207
1. Che cos'è l'arteterapia?	» 207
1.1. L'atelier di arteterapia del modello Polisegnico	» 208
2. Perché l'arteterapia nei disturbi alimentari	» 208
3. I temi che ricorrono nei percorsi arteterapeutici	» 210
3.1. La richiesta d'aiuto	» 213
3.2. Il cibo	» 213
3.3. Il desiderio	» 214
3.4. La depressione	» 215
3.5. La solitudine	» 217
3.6. La rabbia	» 218
3.7. La paura	» 219
3.8. Il giudizio	» 220
3.9. Il corpo	» 221
3.10. L'identità	» 222
4. Conclusioni	» 223
15. Corpo nuovo cercasi. DanzaMovimentoTerapia e disturbi alimentari , di <i>Cristina Garrone</i>	» 225
1. I disturbi alimentari (DA) e la DanzaMovimentoTerapia	» 225
2. Il laboratorio	» 225
3. Nello specifico della DanzaMovimentoTerapia	» 227
4. Nello specifico dei disturbi alimentari	» 229
5. Per concludere	» 230
6. Riflessioni finali	» 231
16. Antropologie dei disturbi alimentari , di <i>Angela Molinari</i>	» 233
1. Introduzione	» 233
2. Eating disorders e "cultura"	» 236
3. Antropologia e corporeità	» 239
4. Eating disorders e "femminile"	» 242
5. Eating disorders in "trattamento"	» 246
17. Nutrimente: l'importanza delle rete , di <i>Simona Anselmetti, Elisabetta Costantino</i>	» 250
1. Nutrimente nasce dalla multidisciplinarietà	» 250
2. L'importanza della rete nella prevenzione a tutti i livelli	» 251
2.1. Prevenzione universale (o primaria)	» 253
2.2. Prevenzione selettiva (o secondaria)	» 256
2.3. La prevenzione indicata (o terziaria)	» 262
Riferimenti bibliografici	» 267

Introduzione

di Chiara Comi*, Emiliano Monzani**

I disturbi alimentari (DA) sono uno dei problemi di salute pubblica più comuni in adolescenti e giovani adulti nei paesi occidentali (Qian *et al.*, 2022; Taquet *et al.*, 2022; Udo e Grilo, 2022). Sono patologie specifiche delle abitudini alimentari e del comportamento relativo al controllo del peso, che sfociano in un deterioramento clinicamente significativo della salute fisica e delle condizioni psico-sociali (APA, 2013). Si caratterizzano per un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma fisica. Nei DA, l'alimentazione è caratterizzata da modalità disordinate, restrittive, ossessive e ritualizzate che minano la possibilità di consumare un pasto in modo normale (Lask e Bryant-Waugh, 2007). La fissazione per il corpo è pervasiva tanto da influenzare l'autostima, la socialità e le relazioni familiari.

In adolescenza i più diffusi DA sono: l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. In queste patologie l'età di esordio è generalmente compresa tra i 15 e i 19 anni (Lindvall Dahlgren *et al.*, 2017) ma negli ultimi si è abbassata e non è raro trovare DA anche tra bambini e preadolescenti (Morris *et al.*, 2022; Poppe *et al.*, 2015). Il disturbo dell'alimentazione incontrollata (binge eating) ha un esordio più tardivo. Non esistono dati completamente condivisi dalla comunità scientifica, italiana e internazionale, sul numero di persone colpite da disturbi alimentari a causa della mancanza di uniformità dei criteri presi in considerazione per diagnosticarli e per la mancanza di studi eseguiti sull'intera popolazione. Una ricerca recente (Silén *et al.*, 2020) ha rilevato che la prevalenza lifetime dei disturbi alimentari

* PhD, psicologo, psicoterapeuta, è dirigente psicologo del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Bergamo Ovest.

** Psichiatra, psicoterapeuta, è direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASST Bergamo Ovest.

in Finlandia è del 17,9% nelle femmine e del 2,4% nei maschi (anoressia nervosa 6,2% nelle femmine e 0,3% nei maschi; bulimia nervosa 2,4% nelle femmine e 0,16% nei maschi, altri disturbi dell'alimentazione 5,1% nelle femmine e 1,9% nei maschi). In Italia, alcune studi (Favaro *et al.*, 2003; Faravelli *et al.*, 2006) rilevano una percentuale compresa tra lo 0,2 e lo 0,8% per l'anoressia e dell'1-5% per la bulimia, in linea con i dati forniti dagli altri paesi ma la pandemia ha fatto aumentare, in media del 30%, le diagnosi di DA rispetto agli anni precedenti, con un abbassamento della fascia di età e un incremento soprattutto dei casi gravi di anoressia nervosa (Fernández-Aranda *et al.*, 2020; Dalle Grave, 2021; Haghshomar *et al.*, 2022; Marucci *et al.*, 2022; Racine *et al.*, 2022; Spina *et al.*, 2022; Taquet *et al.*, 2022; Toulany *et al.*, 2022).

I DA sono patologie complesse che possono essere spiegate solo attraverso modelli multifattoriali (Engel, 1977; Garner, 1993). Le caratteristiche patologiche di questi disturbi, infatti, sono determinate da un articolato insieme di fattori socioculturali, individuali, biologici e familiari da considerarsi predisponenti, precipitanti e di mantenimento (Luxardi e Marchiol, 2022; Ostuzzi e Luxardi, 2003).

Negli ultimi anni sono stati fatti progressi significativi nella gestione dei disturbi alimentari con il riconoscimento di un modello di cura d'elezione che si basa su un principio generale (Donini *et al.*, 2010; Nizzoli *et al.*, 2013; Woodruff, Clark, Joy *et al.*, 2020): la gestione multidisciplinare. Ciò è messo in particolare evidenza dalle linee d'indirizzo nazionali (Ministero della Salute, 2013, 2017) e dalle linee guida internazionali (APA, 2006; MARSIPAN, 2010; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014; NICE, 2017).

I disturbi alimentari sono patologie complesse che richiedano un trattamento strutturato da un'équipe che sia in grado di effettuare una valutazione diagnostica e interdisciplinare (medico-psichiatrica, psicologica e nutrizionale) e che possa proporre modelli di trattamento co-condivisi in grado di affrontare la psicopatologia specifica del disturbo e l'eventuale comorbilità psichiatrica, internistica, nutrizionale e offrire un sostegno anche alle famiglie. Questo comporta l'attivazione di un'équipe specialistica multiprofessionale la cui composizione dovrebbe includere una combinazione stabile almeno delle seguenti figure professionali (De Virgilio *et al.*, 2012; Ministero della Salute, 2013): medico psichiatra/neuropsichiatra infantile, medico internista/pediatra, psicologo psicoterapeuta individuale e familiare, dietista/nutrizionista.

Il concetto di trattamento multidisciplinare implica l'esistenza di diverse figure professionali che si distinguono per ruolo e competenze, ma che collaborano alla riuscita di uno stesso progetto terapeutico. Questa modalità

di lavoro si caratterizza per l'integrazione concreta delle proposte terapeutiche dei vari operati in un progetto unitario che ha come fine il benessere psico-fisico e socio-relazionale del paziente. Un tipo di trattamento come questo non è la semplice somma degli interventi dei vari specialisti. È necessario un coordinamento, un team management, costanti riunioni di équipe, e una progettualità co-costruita affinché non ci si faccia sopraffare nella gestione di questi pazienti e delle loro famiglie. La messa in campo di varie professionalità in un singolo gruppo di lavoro porta il paziente e i suoi cari a riflettere sui vari aspetti del disagio e a elaborarli in un unico intervento allargato. Inoltre, i percorsi di trattamento multidisciplinari permettono di rispondere più velocemente alle differenti esigenze del paziente e della sua famiglia a seconda della fase della patologia, della situazione organica e della diagnosi psichiatrica/psicologica (individuale-familiare). È evidente che il lavoro con persone che soffrono di un disturbo alimentare presenta un'elevata complessità ed è quindi importante capire come viene tradotta nella pratica clinica la fondamentale premessa della multidisciplinarietà.

Come lavora un'équipe? Come lavorano le singole professionalità? Quali sono gli interventi più efficaci? Come attivare interventi precoci? Sono alcune delle domande a cui si è cercato di rispondere in questo libro. Nel testo si è tentato, quindi, di perseguire due obiettivi principali.

Il primo è quello di presentare le varie figure coinvolte del trattamento delle patologie alimentari, mettendo in rilievo per ciascuna, specificità, competenze e posizione all'interno dell'équipe. È dato ampio spazio alle peculiarità di ciascuna professionalità, mantenendo, però, sempre uno sguardo al progetto generale, al lavoro degli altri operatori, al livello di cura e al contesto di riferimento (familiare e culturale) del paziente. Nei vari capitoli prevalgono la clinica e la riabilitazione alla teoria. C'è il racconto concreto dell'impegno quotidiano di molti professionisti che lavorano da anni nell'ambito dei disturbi alimentari.

Infine, il secondo obiettivo è quello di favorire la conoscenza dei disturbi alimentari per quelle figure che possono svolgere un ruolo determinante nella presa in carico precoce: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, insegnanti, allenatori, educatori. È noto che un intervento entro i tre anni dall'esordio della malattia migliora la prognosi e quindi il ritardo con cui viene fatta la diagnosi può avere serie ripercussioni sulla storia del disturbo. Purtroppo, la diagnosi precoce rappresenta una sfida in quanto la natura della psicopatologia di questi disturbi, caratterizzata da disconoscimento, ambivalenza, segretezza e vergogna rende difficile per la persona che ne soffre parlare apertamente. Una buona conoscenza dei campanelli d'allarme è d'obbligo, quindi, per chi è a stretto contatto con adolescenti e giovani adulti.

1. I disturbi alimentari. Un'introduzione

di *Gianluigi Luxardi**

1. Premessa

Ciò che intendiamo con la comune dizione disturbi alimentari (DA) si riferisce a un gruppo di patologie che vengono descritte nella quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) all'interno della categoria dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, nella quale vengono raggruppati i disturbi tipici dell'età adulta con quelli dell'infanzia che precedentemente erano disgiunti. I disturbi descritti all'interno di questa categoria (alcuni noti, altri meno conosciuti) sono un universo variegato, hanno punti in comune ma anche rilevanti differenze. In tutte le patologie descritte l'alimentazione può assumere caratteristiche assai disordinate, caotiche, ossessive e ritualistiche tali da compromettere la possibilità di consumare un pasto in modo "abbastanza normale" e di tenere un rapporto sereno con il corpo.

Tutti possiamo avere nel nostro stile alimentare aspetti peculiari ma quando questi elementi divengono tali da compromettere la qualità della nostra vita e dei nostri rapporti sociali, quando la visione del nostro corpo è alterata fino a farci sentire socialmente non accettabili, allora dobbiamo pensare a un disturbo alimentare.

Tra questi disturbi sono comprese l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da binge eating restrittivo dell'assunzione di cibo (meglio noto con l'acronimo BED), il disturbo evitante/restrittivo (meglio noto con l'acronimo ARFID), oltre a una serie di manifestazioni che si collocano al confine della patologia. Stime prudenti inducono a ritenere che la frequenza di queste malattie, tra le giovani donne, sia dello 0,5% per l'anoressia,

* Psicologo, psicoterapeuta, formatore e supervisore, già responsabile del Centro per i disturbi alimentari dell'ASL di Pordenone.

tra l'1% e il 2% per la bulimia e circa del 3-4% per ciò che riguarda gli altri disturbi. In sostanza si può affermare che circa il 5-6% della popolazione femminile, in età compresa tra i 12 e i 25 anni (ma ci sono segnali di una precocizzazione dell'esordio) soffre di un alterato e patologico rapporto con l'alimentazione e il corpo. Tale percentuale può salire al 10% se consideriamo anche i disturbi parziali, cioè quelle situazioni non ancora francamente patologiche ma che possono rappresentare un campanello d'allarme per la possibile evoluzione nella malattia. I maschi sono rappresentati in misura inferiore, intorno al 10% della casistica, ma anche in questo caso ci sono segnali di un allargamento di queste patologie all'universo maschile, spesso in forme legate a una ossessiva cura del corpo.

I disturbi alimentari hanno molti punti di contatto con comportamenti abituali che possono essere discutibili ma non sono considerati patologici. Questo spesso induce confusione e talvolta ne ritarda il riconoscimento precoce, così cruciale per un buon esito dei trattamenti. La domanda "quali comportamenti alimentari sono da considerare patologici e quali no?", non permette facili risposte. In generale possiamo dire che un comportamento, atteggiamento o pensiero è patologico quando ne consegue una limitazione della libertà di scelta della persona. Se una persona compie scelte alimentari, o relative a pratiche che riguardano il corpo, per evitare stati d'angoscia o sensi di colpa è probabile che ci troviamo di fronte a comportamenti malati. Un altro criterio riguarda la qualità della vita: definiamo patologico ogni atteggiamento cui consegue un impoverimento sul piano della salute, della vita di relazione, degli interessi culturali e dei progetti di vita. Spesso questo declino avviene lentamente e talvolta senza essere avvertito. L'eccessiva focalizzazione su un obiettivo, che nel tempo si trasforma in una ossessione, è un altro elemento che caratterizza la patologia. Ce lo possiamo immaginare come una "occupazione" del nostro spazio mentale, a detrimento delle routine quotidiane, dei nostri interessi, degli affetti e dei problemi che dobbiamo risolvere.

Infine, possiamo dire che la salute mentale è legata alla corretta percezione della realtà. Tutti noi siamo estremamente attenti al nostro aspetto fisico e spesso siamo anche inquieti nei confronti del cibo, pensiamo che faccia ingrassare o che faccia male. Nel disturbo alimentare la dispercezione corporea tuttavia assume connotati francamente allucinatori.

2. I disturbi alimentari

2.1. *Anoressia nervosa (AN)*

L'anoressia nervosa è un disturbo alimentare caratterizzato da una restrizione dell'alimentazione dovuta a un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee, che si manifesta in una continua e ossessiva paura di ingrassare e nella ricerca della magrezza. I pensieri nei riguardi del cibo e del suo controllo divengono così "pervasivi", così fortemente presenti nella nostra mente, da assumere la forma di una sorta di rimuginio instancabile che non lascia spazio ad altro.

Le anoressie non sono tutte uguali, ne vengono specificati due sottotipi:

- tipo restrittivo: viene indicato quando la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo;
- tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: quando sono presenti ricorrenti abbuffate (in genere soggettive) o condotte di eliminazione (vomito, abuso di lassativi o diuretici).

L'anoressia nervosa è presente in uguale misura in tutte le classi sociali. L'età di insorgenza del disturbo è compresa fra i 12 e i 25 anni, con la frequenza maggiore fra i 13 e i 16 anni. Negli ultimi anni tuttavia si assiste a esordi precoci del disturbo. La precocità è un elemento di preoccupazione ulteriore perché va a interferire in maniera rilevante con il processo di sviluppo in tutti i suoi aspetti, questo verrà meglio chiarito nel capitolo sulle complicanze mediche. L'anoressia si manifesta raramente dopo i 30 anni. Nei casi tardivi, se si va a indagare bene la storia passata si ritrovano spesso precedenti segnali di disagio rispetto alla dieta e al corpo se non una pregressa crisi anoressica ben superata. La storia tipica nell'anoressia nervosa è quella di una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilogrammo superfluo, di migliorare il proprio aspetto fisico ritenuto in qualche modo inadeguato o di correggere le proprie abitudini alimentari ritenute sbagliate e dannose. Con questo obiettivo, in principio spesso condiviso dai familiari, si inizia a ridurre le quantità di cibo e/o a eliminare alcuni cibi ritenuti dannosi e troppo calorici. Altre volte la dieta viene intrapresa per combattere una modesta acne o per supposte intolleranze per le quali si è ritenuto utile eliminare alcuni cibi giudicati nocivi.

A poco a poco la sorveglianza sul cibo tende a farsi sempre più rigida e allo stesso tempo cresce la paura di perdere il controllo. Progressivamente viene eliminata una parte consistente degli alimenti che prima venivano assunti e che ora sono ritenuti pericolosi e ipercalorici. C'è la tendenza ad aumentare il consumo di bevande calde per contrastare lo stimolo della fa-

me e aumentare la sensazione di sazietà, oltre che per contrastare il freddo che giorno per giorno diventa sempre più intenso.

Diventa difficile riconoscere gli stimoli della fame e della sazietà. Se la mancanza del senso della fame è un elemento di rassicurazione, l'incapacità di sentirsi sazi è invece allarmante, da l'idea di poter mangiare all'infinito. Subentra il timore di non essere più in grado di controllare la situazione, cedere una volta significa cedere per sempre. D'altra parte, la capacità di resistere al cibo diventa la fonte maggiore (e ben presto l'unica) di autostima.

Quando la fame viene percepita diventa al tempo stesso una compagna e una nemica. La maggior parte delle ragazze che soffrono di anoressia sperimenta una fame intensa e investe sempre più energie per riuscire a mantenere il controllo. Da sensazione corporea si trasforma in un pensiero ossessivo, un ragionare costante riguardo al cibo che diventa il pensiero prevalente nella giornata. La restrizione alimentare induce nell'organismo meccanismi biologici atavici di protezione per la sopravvivenza, che portano il cervello a concentrarsi sul cibo. La fame sempre più potente può generare nel tempo spinte compulsive e determinare un viraggio verso la forma bulimica dell'anoressia o una sindrome bulimica vera e propria.

In alcune ragazze il controllo del peso viene ottenuto soprattutto attraverso una attività fisica intensa e esasperata, difficilmente controllabile (compulsiva), spesso utile anche per scaricare l'ansia del pasto. Alle volte si tratta di pratiche sportive faticose come lunghe camminate e corse, altre in un impegno costante, spesso non consapevole in attività domestiche (pulizie, lavori vari) evitando di riposarsi. Tipica è la situazione della ragazza che studia in piedi e si sente a disagio se le si chiede di sedersi. Si viene a volte a configurare una anoressia da iperattività, spesso presente nelle ragazze che praticano uno sport agonistico. In questi casi può non essere presente un forte controllo sull'assunzione di alimenti. Ciò che caratterizza queste forme è l'assenza di piacere e di amore per ciò che si sta facendo, l'unico obiettivo è quello di evitare il senso di colpa per non aver consumato quanto stabilito o per non essere stati sufficientemente performanti nei risultati conseguiti.

2.2. *Bulimia nervosa (BN)*

Restando tra le sindromi più conosciute, l'altra forma del disturbo alimentare è la bulimia nervosa. Il nucleo centrale, come per l'anoressia, è rappresentato da una paura morbosa di ingrassare e dall'eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sulla valutazione del proprio valore come

persona. Tuttavia, l'aspetto corporeo è differente rispetto all'anoressia, chi soffre di bulimia ha generalmente un peso nella norma o è leggermente sovrappeso. L'esordio può essere simile, caratterizzato da una intensa volontà di perdere peso e da una forte insoddisfazione per il proprio corpo. Il decorso invece è diverso, con un peso abbastanza normale mantenuto alternando tentativi di dimagrire con abbuffate e condotte di compenso (principalmente il vomito indotto).

La bulimia nervosa è presente nell'1-3% della popolazione femminile in età a rischio. Dato che il peso ricade nei limiti della norma non è facile identificare chi ne soffre, che a sua volta tende a tenere nascosto il problema. Studi di comunità hanno appurato che solo il 10% dei pazienti si rivolge al medico di famiglia e solo il 5% a un centro specialistico, per cui potremmo dire che la bulimia presenta un gigantesco effetto iceberg. Come l'anoressia nervosa, è diffusa soprattutto nei paesi industrializzati e riguarda nella maggioranza dei casi il genere femminile. È più frequente nelle grandi aree urbane rispetto alle zone rurali e, come l'anoressia, colpisce ragazze in età compresa tra i 12 e i 25 anni, con un picco di insorgenza verso i 18-19 anni. Pertanto, mentre l'anoressia si presenta tipicamente all'inizio della adolescenza, la bulimia compare successivamente e spesso ne è un'evoluzione. Altre volte l'insorgenza è preceduta da ripetuti tentativi di dieta (comportamento definito come dieting) che solitamente falliscono entro breve tempo.

Il comportamento più caratteristico della bulimia nervosa è l'abbuffata, un episodio in cui viene assunta molto rapidamente una grande quantità di cibo. Gli alimenti più presenti sono in genere carboidrati e in particolare i dolci, sia per una necessità biologica di fonti di glucosio, sia perché sono quelli maggiormente desiderati e quindi "proibiti". Talvolta però si ricorre semplicemente a quelli disponibili, che non richiedono una lunga preparazione, anche mescolando sapori molto diversi fra loro. Nei casi estremi vengono consumati alimenti congelati e persino cibi avariati. Durante l'abbuffata è forte la sensazione di perdere il controllo, talvolta anche con una alterazione della coscienza. Tutto avviene in tempi brevi e con dei rituali, in genere accompagnati da un forte senso di disagio, di vergogna e di colpa.

Le modalità compensatorie tipiche sono rappresentate dai comportamenti di eliminazione o purgativi, ossia il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi o di diuretici. Alcune persone non usano condotte purgative ma alternano le abbuffate al digiuno oppure si impegnano per più ore al giorno in estenuanti attività fisiche. Nella precedente classificazione diagnostica (DSM-IV) venivano considerati due sottotipi di bulimia: il tipo purgativo e il tipo non purgativo. Il primo sottotipo è tipico di persone che presentano una sintomatologia caratterizzata da depressione, ansia e comportamenti

impulsivi (difficoltà a controllare le proprie emozioni, atti autolesivi, talvolta atti antisociali); il sottotipo non purgativo presenta prevalentemente caratteristiche ossessive. Nel sottotipo purgativo è evidente la somiglianza con coloro che soffrono di anoressia di tipo bulimico; la differenza sta nel peso, che nella bulimia è superiore a 17,5 punti di BMI¹.

È interessante notare come la bulimia, una volta strutturata, perda ogni significato di controllo del peso (che spesso resta identico a quello che si avrebbe con un'alimentazione normale) ma si mantenga perché offre soddisfazioni e conferme. Per la precisione la soddisfazione è doppia: nel momento in cui si restringe ci si sente forti ed efficaci perché si controlla il cibo; nel momento dell'abbuffata l'appagamento ottenuto con il cibo è amplificato dalla restrizione precedente ed è particolarmente efficace nella gestione delle emozioni. In seguito, ovviamente subentrerà il senso di colpa, ma questo verrà facilmente gestito rinforzando il proposito di una prossima restrizione o ricorrendo al vomito.

2.3. *Binge eating disorder (BED)*

Se anoressia e bulimia sono probabilmente i disturbi alimentari più conosciuti, il più frequente è però il disturbo da binge eating, noto anche con l'acronimo BED, che è caratterizzato dalla presenza di abbuffate non accompagnate da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso. A differenza dalla bulimia non si riscontra il circolo vizioso tra i tentativi di restrizione, l'abbuffata e i comportamenti eliminativi. Il problema principale consiste nella difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi. Il BED è solitamente correlato all'obesità. È presente nel 2-3% di tutti i soggetti obesi e nel 30% circa di quelli che richiedono una cura. È stato inoltre documentato che la presenza del BED è più elevata con il crescere del BMI, in particolare nei soggetti con valori superiori a 40 è quasi sempre presente. Nei soggetti BED è frequente la presenza di un quadro psicologico problematico caratterizzato da depressione e insoddisfazione corporea. Negli obesi BED i disturbi dell'umore e altri quadri psicopatologici sembrano essere presenti in circa l'80% dei casi.

Una variante del BED è la night eating syndrome (NES), una particolare combinazione di un disturbo alimentare, di un disturbo del sonno e talvolta di un disturbo dell'umore.

1. Acronimo di body mass index. Si calcola come rapporto tra peso in chilo e altezza in metri. Il BMI normale è compreso tra 18,5 e 25.

2.4. Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

A seguito all'ultima revisione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), nel 2013, è stato inserito nella categoria dei disturbi alimentari il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, anch'esso meglio conosciuto con l'acronimo inglese ARFID (avoidant restrictive food intake disorder). Precedentemente era considerato un disturbo dell'infanzia, attualmente invece i criteri sono stati ampliati fino ad abbracciare una casistica presente anche nell'età adulta. Nella definizione attuale, l'ARFID è una sorta di contenitore che raggruppa una gamma di disturbi con caratteristiche simili. Sono stati identificati tre profili:

- apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo. Spesso sono presenti difficoltà emotive come preoccupazioni, ansia o tristezza che interferiscono con l'alimentazione e producono un disinteresse nei confronti del cibo;
- evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo. Alcune persone, ad esempio, mangiano solo cibi con certe consistenze, colori, temperature o sono molto sensibili alle variazioni dei gusti. Alcuni cibi vengono evitati si pensa di non tollerare certe caratteristiche di quell'alimento. Si tratta di una variante più grave di quella che, in altre classificazioni, viene definita alimentazione selettiva;
- preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare. In un certo numero di casi è conseguente a situazioni traumatiche quali l'eventualità della lisca o della briciolina in gola, l'episodio di vomito che ha spaventato il bambino, ecc. In questi pazienti sono anche comuni sintomi come il dolore addominale, la nausea e la malattia da reflusso gastroesofageo.

La differenza con l'anoressia nervosa consiste nella mancanza di preoccupazione, tanto nei bambini quanto negli adulti, per il peso o la forma corporea. Gli effetti tuttavia sono spesso quelli di un dimagrimento estremo potenzialmente molto pericoloso. Per le condizioni fisiche spesso questo disturbo è confuso con l'anoressia e ciò indispettisce le persone che ne soffrono, che sarebbero contente di aumentare di peso ma non riescono per il timore o il disinteresse a nutrirsi.

I tre profili possono variare in termini di gravità, ma non si escludono a vicenda. È da sottolineare che, sebbene questa suddivisione sia clinicamente utile quando si effettua la formulazione del caso, i sottotipi dell'ARFID non hanno ancora ricevuto una validazione empirica. Essendo una classificazione di recente introduzione, non ci sono molti studi sulla prevalenza, i dati preliminari indicano che chi soffre di questo disturbo tende ad avere

un'età inferiore rispetto ai pazienti con anoressia e nervosa e che il disturbo sembra colpire un maggior numero di maschi.

Inoltre, l'ARFID è spesso correlato a disturbi d'ansia e, in alcuni casi, al disturbo da deficit di attenzione/iperattività e ai disturbi dello spettro autistico. Non si può escludere che, in un numero limitato di casi, al passaggio dall'infanzia all'adolescenza, ci sia un viraggio dall'ARFID all'anoressia, attraverso l'interiorizzazione di modelli culturali di restrizione alimentare.

2.5. Altre categorie diagnostiche

Ci sono poi una serie di varianti alle sindromi principali. Una prima notazione riguarda i disturbi sotto soglia, in particolare l'anoressia nervosa atipica: in questo caso vengono soddisfatti tutti i criteri diagnostici tranne quello del peso, che si mantiene dentro il range di normalità. Questo avviene quando si verifica un dimagrimento veloce in una situazione di sovrappeso o ai limiti superiori del normopeso. Spesso queste situazioni non vengono notate perché nessuno si allarma per la velocità del dimagrimento in una persona che deve perdere peso. Il fatto è che la velocità del dimagrimento dipende dal fatto che si perde qualcosa di pesante, ossia la massa magra. La perdita di massa magra provoca la cosiddetta sintomatologia da digiuno che è una potente causa di mantenimento di un comportamento alimentare restrittivo e ha conseguenze importanti sulla salute dell'organismo. La conseguenza principale sul comportamento è l'estrema difficoltà di controllare l'alimentazione, che diventa sempre più restrittiva.

Tra le varianti dello spettro bulimico, la principale è costituita dal purging disorder, o disturbo purgativo. La differenza principale tra purging disorder e bulimia nervosa è l'assenza di alimentazione incontrollata, in altre parole le quantità di cibo assunte sono in genere "normali", senza la sensazione di aver perso il controllo. Il vomito o l'abuso di lassativi vengono ricercati come mezzo per gestire l'emotività. Alle volte le persone mangiano per poter vomitare selezionando il cibo in modo che si possa espellere facilmente. Il digiuno, la grave restrizione calorica o l'esercizio fisico compulsivo in genere non sono presenti. Il peso solitamente è normale, ma può essere inferiore a quello che avrebbero naturalmente. Le complicanze mediche sono piuttosto gravi, dai problemi ai denti ai disordini elettrolitici. La prevalenza del disturbo purgativo è stimata tra l'1-5%.

Una ulteriore variante è costituita dalla sindrome "mastica e sputa" (chewing and spitting): chi ne soffre passa parte del suo tempo a masticare grandi quantità di cibo che poi non viene deglutito. Il chewing and spitting

è un comportamento compulsivo che interessa circa il 25% delle persone con anoressia o bulimia, ma può presentarsi anche da solo. In entrambi i casi, si tratta di un modo di assaporare il cibo senza che questo venga assorbito dall'organismo e provochi un aumento di peso. In questa pratica vengono unite assieme le caratteristiche preponderanti dei disordini alimentari, lo stile comportamentale delle dipendenze e la compulsività tipica delle ossessioni. Non sempre questo disturbo viene riferito perché se ne prova un senso di colpa e vergogna.

Terminiamo questa rassegna con la descrizione di alcuni comportamenti alimentari che non rientrano tra le patologie riconosciute e codificate ma possono allo stesso modo essere causa di disagio e portare a una perdita di qualità della vita.

Tra questi troviamo l'ortoressia, descritta per la prima volta da Bratman nel 1997. L'ortoressia è l'ossessione per il mangiar sano, che fonda le sue radici su conoscenze superficiali delle corrette regole alimentari. L'adesione alle regole autoimposte è il veicolo attraverso il quale la persona costruisce la propria autostima, che può diventare così ipertrofica fino a indurre il disprezzo per chi non segue le stesse regole.

L'isolamento sociale è spesso l'esito di una scelta di vita che non può essere condivisa da chi non ha le stesse abitudini; l'attenzione alla qualità del cibo prevale sui valori morali e sulle relazioni sociali, lavorative e affettive, minando il funzionamento globale e il benessere dell'individuo.

Le conseguenze maggiormente problematiche sono tuttavia a carico delle persone più vicine, le figlie in particolare, che se interiorizzano queste visioni rispetto al cibo e alla cura del corpo, possono assumere atteggiamenti che, in soggetti predisposti, conducono allo sviluppo di un disturbo alimentare.

Secondo i dati del Ministero della salute, le persone affette da ortoressia sarebbero trecentomila in Italia (a fronte di tre milioni di pazienti con disturbi alimentari), con una prevalenza maggiore tra gli uomini che tra le donne (11,3% vs 3,9%). La maggior diffusione nel genere maschile può spiegarsi con il proliferare di stereotipi culturali legati alla forma fisica maschile, e trova un interessante parallelismo nella corrispondente diffusione della vigoressia, o preoccupazione cronica di non avere un corpo sufficientemente muscoloso, prevalente tra i maschi.

La vigoressia (chiamata anche bigoressia, reverse anorexia o complesso di Adone) è una forma di dismorfofobia (ossia una preoccupazione ossessiva e spesso priva di fondamento che un particolare tratto del corpo sia portatore di un'imperfezione), contraddistinta dalla continua ossessione per il tono muscolare, l'allenamento, la massa magra, per una dieta ipocalorica e iperproteica e, infine, per la tenuta atletica del corpo. L'aspetto

fisico e l'alimentazione sono al centro di ogni pensiero quotidiano, lo sport d'elezione è il sollevamento pesi e c'è un rischio concreto di abuso di integratori alimentari e, particolarmente pericoloso, di steroidi anabolizzanti. L'ossessione è talmente rilevante da mettere l'esercizio fisico al centro della propria vita, mentre i rapporti affettivi, sociali, il lavoro e lo studio finiscono in secondo piano.

Un ulteriore comportamento problematico è quello che va sotto il nome di dieting, letteralmente "stare a dieta". È una condizione frequente che può andare dalla reiterazione poco costruttiva di diete rivelatesi inefficaci alla pratica maniacale e ossessiva di persone che stanno perennemente a dieta, attenti a ogni minima caloria che ingeriscono, spesso accompagnata da una cura esagerata per il corpo con l'uso eccessivo di prodotti cosmetici e l'assidua frequentazione della palestra. Le persone che presentano questo comportamento conducono una vita normale, condizionata però dalle esigenze della dieta tanto da rendere complicato uscire a cena con amici e fare una vita sociale accettabile. Queste persone finiscono per essere vittime del marketing delle diete e dei prodotti dimagranti, verso cui non c'è un'attenzione sufficientemente critica che permetta di capire se il programma che si sta iniziando sia utile o meno.

Nelle situazioni più problematiche questo comportamento porta alla cosiddetta sindrome dello yo-yo (più correttamente definita sindrome del peso oscillante) in cui si alternano perdite di peso anche rilevanti (senza però curarsi se si perde massa grassa o massa magra) con recuperi che portano a un peso più elevato di quello di partenza. Questo accade perché nel tempo l'organismo sviluppa un metabolismo di risparmio, in altre parole impara a consumare meno. Questo tipo di atteggiamento, oltre a essere dannoso a livello individuale, può diventare un modello per i figli e quindi giocare un ruolo nello sviluppo di un disturbo alimentare.

L'ossessione per la forma corporea si può acutizzare in gravidanza, in particolare nelle donne con un disturbo alimentare conclamato, ma anche in situazioni in cui il dieting è particolarmente intenso. A questo proposito si parla di pregoressia (dalla fusione tra i termini "pregnancy" e "anorexia" - gravidanza e anoressia), con questo termine si designa un disturbo alimentare che consiste nell'ossessione di non voler aumentare di peso durante il periodo della gravidanza. Le conseguenze possono essere molto severe con grave rischio per la propria salute e quella del feto.

Un ultimo comportamento a rischio su cui vorremmo porre l'attenzione è quello che va sotto il nome di drunkoressia, termine coniato dal New York Times per identificare un'abitudine in cui vengono combinati abuso alcolico e restrizione alimentare. Si è diffusa negli Stati Uniti fra i giovani

tra i 16 e i 24 anni, in particolare fra le ragazze, che restringono l'alimentazione per compensare le calorie introdotte con aperitivi e drink che prevedono di assumere durante la serata. Il risultato è duplice: da un lato non si corrono rischi di aumentare di peso, dall'altro si potenzia l'effetto dello sballo assumendo alcool a stomaco vuoto.

A favorire lo sviluppo di questo comportamento sono stati anche i nuovi modelli del bere giovanile. Primo fra tutti il binge drinking, la tendenza a bere a ritmi compulsivi e in poche ore più alcolici insieme (birra, aperitivi, superalcolici), visti come mezzo per favorire la disinibizione in ambiente sociale. Spesso la drunkoressia si manifesta quando c'è già un disturbo anoressico o bulimico. Può capitare che la persona si induca il vomito per liberarsi delle calorie in più assunte a causa dell'alcol ingerito. Tuttavia, le persone con drunkoressia possono anche non presentare nessun altro disturbo alimentare.

La drunkoressia è ormai un fenomeno diffuso anche in Italia. Uno studio italiano del 2014, su un campione di circa tremila soggetti, rivelava una prevalenza del 32,2%, in misura maggiore nella popolazione femminile ma anche in quella maschile.

3. Le cause dei disturbi alimentari

Da quando sono stati descritti per la prima volta (Gull e Lasegue, 1998), i disturbi alimentari hanno suscitato una serie di interrogativi cui è estremamente difficile dare risposta. Come spiegare un comportamento tanto lontano da quello che percepiamo come il naturale istinto di sopravvivenza? Cosa può esserci dietro alla cieca determinazione a mantenere una condotta che lentamente indebolisce il corpo e lo porta a un invecchiamento precoce? E ancora, come avviene che ciò che può garantire la salute del corpo venga percepito come una minaccia terrificante?

Storicamente, nel tentativo di dare una spiegazione c'è stata un'oscillazione che ha portato a enfatizzare di volta in volta ipotesi strettamente organiche (danno dell'ipofisi, lesione del centro della fame, malattia genetica) accanto ad altre di orientamento psicologico e ambientale (caratteristiche di personalità, struttura della famiglia, condizionamenti socio-culturali). Oggi la comunità scientifica tende a proporre modelli multifattoriali che si rifanno a un'ottica bio-psico-sociale, ed è concorde nell'affermare che non esiste una causa unica ma una concomitanza di fattori che interagiscono tra loro. La multifattorialità è la base scientifica che ci porta ad affermare che il trattamento deve essere multidisciplinare.

Anche una volta data per assodata la multifattorialità, il pendolo continua a oscillare spinto dal progredire della ricerca scientifica. Negli ultimi anni c'è una grossa enfasi sugli aspetti genetici².

Per avere un'idea corretta sulla dinamica di sviluppo dei disturbi alimentari bisogna tenere presente una lunga serie di fattori ed eventi, alcuni dei quali giocano un ruolo importante rispetto a una vulnerabilità biologica e psicologica al disturbo (fattori predisponenti), altri nel passaggio dalla vulnerabilità al disturbo vero e proprio (fattori scatenanti) e altri infine nella formazione di un circolo vizioso che sviluppa e mantiene la malattia (fattori perpetuanti).

Per costruire un progetto di cura è estremamente importante disegnare la mappa di come questi fattori si intrecciano nel singolo individuo. Il compito del terapeuta è riconoscere come i fatti generali descritti nelle nosografie si declinano in maniera unica nel paziente che ha davanti. La psicoterapia è sempre una pratica all'inseguimento della soggettività. In questo si struttura la relazione terapeutica.

La cura consiste nel costruire un sistema in grado di fronteggiare le difficoltà che hanno portato allo sviluppo del disturbo così come le circostanze che lo mantengono, siano esse di ordine biologico o psicologico e relazionale. Gli attori di questo sistema sono i componenti dell'équipe multidisciplinare, la famiglia e tutte le istanze dell'ambiente di vita che in qualche modo hanno a che fare con la situazione. E ovviamente il paziente stesso.

Una trattazione esaustiva dei fattori che a vari livelli creano una predisposizione o portano all'esordio e al mantenimento del disturbo va oltre i limiti di questo lavoro³, tuttavia vorremmo concludere con una rassegna degli aspetti del funzionamento mentale che a vario titolo incidono sulla dinamica del disturbo alimentare.

2. Per quanto questo lavoro si concentri sugli aspetti del funzionamento mentale non si può evitare di citare gli studi sulla genetica che negli ultimi anni hanno portato ad acquisizioni importantissime. La recente ricerca genetica ha permesso di identificare una serie di loci che influenzano lo sviluppo dell'anoressia. Da questo punto di vista l'anoressia viene considerata un disturbo psichiatrico-metabolico in quanto le correlazioni individuate hanno a che fare con aspetti di ordine psicologico e temperamentale ma anche con la particolare reazione che l'organismo ha nei confronti della malnutrizione. A livello psichiatrico questi studi mostrano correlazioni con il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo depressivo maggiore, i disturbi d'ansia e la schizofrenia. Viene poi identificata un'associazione con l'attività fisica che si manifesta patologicamente elevata nell'anoressia nervosa. La correlazione recentemente individuata con la regolazione del peso corporeo a livello metabolico permette di comprendere la difficoltà nel mantenere un BMI sano (anche dopo la riabilitazione nutrizionale). Questi studi permettono di comprendere meglio come mai una dieta in alcuni individui, e non in altri, produca un esito devastante e potenzialmente letale. È doveroso citare l'importante e innovativo lavoro di Watson e dei suoi collaboratori (2019). Si tratta di uno studio di proporzioni notevoli, condotto su circa diciassettemila casi e cinquantacinquemila controlli sani

3. Per una trattazione più completa si veda Luxardi e Marchiol (2022).

4. Il funzionamento mentale nei disturbi alimentari

La conoscenza dei fattori di rischio psicologici è cruciale da molti punti di vista e permette di individuare percorsi innovativi per quanto riguarda sia la prevenzione che la cura. In letteratura sono stati presi in considerazione vari aspetti del funzionamento psicologico dei pazienti con disturbi alimentari. In questa sede ci focalizzeremo sui principali.

Gli studi sulla personalità hanno portato stimoli interessanti. Si è osservato che una bassa coscienziosità (ossia bassi livelli di organizzazione e motivazione nel raggiungimento degli obiettivi) e alti livelli di nevroticismo (cioè alte condizioni di malessere psicologico, ansia, tendenza al rimuginio) sono stati associati a un eccesso di peso corporeo (Sutin *et al.*, 2011, 2015; Allen e Vella, 2016), mentre maggiori livelli di introversione (tendenza alla riservatezza, alla tranquillità e sobrietà) sono stati riscontrati in individui con basso peso corporeo (Sutin e Terracciano, 2016; Allen *et al.*, 2018). Le persone con un elevato livello di nevroticismo, introversione e coscienziosità sono maggiormente a rischio di internalizzazione⁴ dell'ideale di magrezza, così come di un'immagine corporea di sé negativa. Altri tratti di personalità che sono stati riscontrati in pazienti con anoressia e bulimia sono: perfezionismo, ossessione-compulsione, emozionalità negativa, evitamento della punizione, basso autocontrollo, tendenza all'evitamento.

In particolare, l'idealizzazione della magrezza riveste una posizione rilevante. Questo costrutto si riferisce all'interiorizzazione acritica, rinforzata dai messaggi veicolati quotidianamente dai mass-media, di un atteggiamento che pone il perseguimento della magrezza tra i principali valori di riferimento della persona. L'immagine di sé che ne risulta è strettamente legata alla magrezza come segno di valore e di bellezza (magro è bene; grasso è male). Tutto ruota intorno al corpo come fonte di autonomia, di controllo e di sicurezza. Le donne, in particolare le ragazze più giovani, sono più vulnerabili degli uomini (ma anche qui le cose stanno cambiando) alle lusinghe dei media per motivi legati all'educazione e al contesto socio-culturale. Per le ragazze il corpo è un potente mezzo di comunicazione e di relazione, essere magre può diventare il requisito indispensabile per essere e sentirsi accettate. Questo è il messaggio forte che manda la società. Le ragazze sanno che gli uomini guardano il loro corpo e vengono educate a essere guardate; avere un corpo che rispetti i canoni estetici imperanti diviene una sorta di necessità per le relazioni sociali.

4. Con il termine internalizzazione (o interiorizzazione) si intende il processo psichico per cui si tende ad accogliere in sé elementi culturali del mondo esterno, fino a farne propri riferimenti ideali

Generalmente sono presenti tratti di personalità caratterizzati da perfezionismo. Molte volte si tratta di ragazze ambiziose, con ottimi risultati a scuola e nelle attività che intraprendono, che mostrano un impegno e una tenacia spesso considerati prova di grande maturità e responsabilità. Lo stesso atteggiamento tuttavia lo vediamo anche in persone con capacità inferiori, ma che si impongono una ferrea disciplina da cui non riescono mai a evadere. Quasi sempre questo atteggiamento di dedizione e sacrificio nasconde una bassa autostima e una profonda insicurezza personale con il timore di non essere accettati dagli altri per quello che si è. Il pensiero di fondo è che si può essere accettati solo a condizione di dare il massimo delle proprie possibilità senza la minima smagliatura, il minimo errore porterà a essere rifiutati e esclusi. Nelle persone che si ammalano questi tratti vengono spinti all'esasperazione, fino a eliminare qualsiasi impegno che non abbia a che fare con lo studio o l'attività su cui si è investito. La paura di deludere e di fallire è grande e diventa il principio organizzatore della propria vita. Il giudizio altrui diventa ogni volta una sentenza che può confermare o vanificare il proprio valore come persona.

Un interessante studio ha focalizzato l'attenzione sulle ragazze adolescenti con disturbo alimentare (Gazzillo *et al.*, 2013). Gli autori hanno identificato tre tipi di personalità che distinguono queste ragazze, formando tre gruppi distinti. Il primo è un gruppo ad alto funzionamento associato a buone risorse personali e abilità di gestire le situazioni stressanti; si osservano tuttavia alti livelli di perfezionismo e di autocritica, paura della critica esterna e del rifiuto. Il secondo gruppo risulta caratterizzato da una disregolazione a livello emotivo: le persone mostrano una tendenza a provare sentimenti spiacevoli, quali tristezza, inquietudine, sensazioni di frustrazione e pessimismo, tensione e irritabilità; ci sono difficoltà nella regolazione emotiva e tendenza all'evitamento di situazioni che potrebbero generare emozioni forti. Chi rientra in questo raggruppamento presenta anche una maggiore confusione del senso di identità e fatica a riconoscere le problematiche associate alla condizione vissuta. Questo insieme di tratti porta a una accentuata tendenza a identificarsi con un ruolo di malato. Il terzo gruppo viene definito ipercontrollato/coartato e mostra una tendenza all'inibizione emotiva, all'evitamento delle situazioni che potrebbero generare emozioni e presenta difficoltà nella descrizione di sé e dei propri stati interni. Manifesta inoltre un pensiero rigido e focalizzato sui dettagli, con difficoltà a considerare la situazione complessiva. Questa caratteristica è comune a tutti coloro che soffrono di questi disturbi ma in questo gruppo si manifesta in modo massivo, tanto che alcuni autori vedono forti similitudini con lo spettro autistico. Le personalità ad alto funzionamento/perfezioniste e ipercontrollate/coartate si osservano maggiormente in chi

adotta comportamenti restrittivi, mentre la personalità disregolata a livello emotivo è più frequentemente associata a comportamenti di abbuffata e purgativi.

Un secondo aspetto del funzionamento mentale che viene approfondito in letteratura è lo stile di pensiero. Legato al perfezionismo è un particolare tipo di pensiero, definito pensiero “tutto o niente” o pensiero “dicotomico”, caratterizzato dall’assenza di ogni gradualità nel modo di argomentare e di ragionare: tutto è visto in bianco o nero, i risultati ottenuti sono assolutamente positivi o irrimediabilmente negativi, qualunque cosa è inaccettabile se non si raggiunge il massimo. Alla base di ciò stanno le due modalità che abbiamo appena incontrato: l’inflessibilità cognitiva e l’iperattenzione ai dettagli.

L’inflessibilità cognitiva viene definita come la scarsa capacità di adattarsi a nuovi compiti o cambiamenti di programma. La persona con alti livelli di inflessibilità cognitiva fa fatica a cambiare punto di vista nel considerare una situazione, dagli ordinari compiti scolastici alle relazioni sociali. Per esempio, chi ha alti livelli di inflessibilità cognitiva può andare in crisi davanti a un imprevisto anche banale, quale trovare la strada bloccata mentre si va al lavoro. Trovare un’alternativa richiede la capacità di rivedere il proprio programma e di fare riferimento alle proprie abilità di risoluzione dei problemi. Tutto ciò può essere banale per alcune persone ma molto difficile per altre. Nei pazienti con disturbi alimentari si osserva chiaramente la difficoltà a produrre un’analisi fine della situazione. La tendenza è quella di produrre un pensiero “tutto o niente”, bianco o nero, senza la capacità di riconoscere le sfumature. Si vede nel modo in cui viene categorizzato il cibo, che è visto come buono o cattivo, lecito o proibito, senza riuscire a considerare che l’alimentazione è sana nella misura in cui è varia. Ad esempio, il fritto fa male a prescindere, sia che venga mangiato tutti i giorni o una volta all’anno. La rigidità si vede anche nella capacità di rivedere le proprie azioni e convinzioni. Un caso piuttosto frequente è quello della persona che, dopo un periodo iniziale di restrizione, inizia a perdere il controllo e aumenta di peso. L’effetto indesiderato potrebbe permettere di rivedere il programma in base al fatto che ciò che si sta facendo non porta al risultato desiderato. In realtà questo non accade e il provvedimento è spesso quello di “aumentare la dose”, ossia restringere di più senza considerare che nel frattempo le abbuffate aumentano. Non è raro vedere persone che aumentano di oltre dieci chili rispetto all’inizio e non pensano minimamente che la propria strategia sia controproducente, perché “all’inizio mi faceva perdere peso”. L’inflessibilità cognitiva si manifesta nella tendenza a reiterare gli stessi comportamenti anche quando ci sia consapevolezza dei limiti e delle conseguenze negative che hanno.

Parlando di iperattenzione ai dettagli ci riferiamo alla tendenza a focalizzarsi eccessivamente sui particolari piuttosto che integrare le parti nel loro contesto globale. Lo vediamo in situazioni circoscritte, come quella del body checking: nell'osservare il proprio corpo il paziente si focalizza su una singola parte, rispetto alla quale è a disagio, senza riuscire a osservarla in relazione a tutto il resto del corpo. Questo comportamento è rischioso in quanto l'azione del focalizzarsi visivamente su un particolare produce una distorsione che lo fa apparire più grande.

L'incapacità di cogliere la situazione globalmente la vediamo anche a livello macroscopico quando il paziente, pur avendo a disposizione elementi per rivalutare la sua condizione (perdita della vita sociale, interruzione del percorso scolastico o lavorativo, presa d'atto che il dimagrimento non lo ha reso più felice, necessità di essere ricoverato, ecc) non riesce a fare a meno di focalizzarsi su dettagli trascurabili quali qualche componente del pasto o qualche affermazione dei familiari o dei curanti, su cui rimugina tutto il giorno perdendo il controllo della sua vita.

Sia l'inflessibilità cognitiva che l'iperattenzione ai dettagli sembrano essere dei tratti condivisi anche con i familiari e, sebbene in misura minore, persistono anche in seguito alla guarigione.

Un terzo aspetto importante del funzionamento mentale dei pazienti con disturbi alimentari sono le metacognizioni, termine con il quale ci riferiamo alla conoscenza che la persona ha del suo modo di pensare. Nello specifico, gli studi si sono concentrati sulle credenze metacognitive, cioè su quelle idee che la persona ha rispetto al proprio modo di pensare. Alcuni esempi: "credo di avere una pessima memoria", "se rimugino⁵ su un problema troverò la soluzione", "se mi aspetto il peggio non rimarrò deluso" sono credenze metacognitive abbastanza comuni che influenzano, di solito negativamente, le nostre prestazioni. L'effetto ripetuto e disfunzionale delle credenze metacognitive porta all'attivazione di meccanismi di gestione dello stress che possono risultare maladattivi e che, a loro volta, possono diventare elementi cardine dei disturbi mentali. Vi sono pochi studi sull'effetto delle credenze metacognitive nei disturbi alimentari, tuttavia è noto quanto sia presente la convinzione di dover tenere tutto sotto controllo (pensieri, emozioni, reazioni fisiche, ecc.). L'esigenza del controllo si manifesta sul corpo e sul cibo ma anche sulle prestazioni scolastiche o lavorative e talvolta anche sul comportamento degli altri. È facile comprendere che per poter mantenere l'idea di avere qualcosa sotto controllo si dovrà

5. Intendiamo con il termine rimuginio (in inglese worry) la tendenza a preoccuparsi cronicamente, ad anticipare mentalmente tutte i possibili scenari negativi e a riflettere su come eventualmente poterli affrontare.