Viaggio lungo il tunnel dei disordini alimentari

Indice

Capitolo 1 -> Disturbi alimentari nell'adolescenza Pag. 3

Capitolo 2 -> Conflittualità nell'adolescenza e disturbi alimentari Pag. 8

Capitolo 3 -> Anoressia Pag. 12

Capitolo 4 -> Visualizzazione del problema Pag. 16

Capitolo 5 -> Quali sono le cause dell'anoressia Pag. 21

Capitolo 6 -> Bulimia Pag. 26

Capitolo 7 -> Il contesto familiare nei disturbi alimentari Pag. 28

Capitolo 8 -> Possibilità di soluzione e guarigione Pag. 32

Capitolo 9 -> Alcuni consigli per i genitori Pag. 37

Disturbi alimentari nell'adolescenza

I **disturbi alimentari nell'adolescenza** sono innumerevoli e potrebbero essere classificati per soggetto e sue affinità ma, tuttavia, possiamo elencarne alcuni nei quali i giovanissimi si identificano più facilmente. Sono dei **prototipi che ognuno personalizza** con delle varianti suggerite da archetipi pregressi, ossia ricalcati dagli esempi più comuni nel proprio vivere quotidiano: divi dello spettacolo, televisione e internet in primis; giornali, amici e parenti e tutto quanto penetra nella loro psiche attraverso una lenta ed inesorabile fascinazione.

Non tutti i giovani sono affetti da disturbi alimentari ma tutti quelli che ne sono affetti non hanno ponderato personalmente le loro scelte ma sono stati influenzati da cause esterne.

Tra i ***disturbi del comportamento alimentare più comuni***, possiamo elencare qualche cattiva abitudine che, se trascurata, può diversificarsi e precipitare nella classe dei comportamenti patologici.

In cima a questa classifica vediamo **l'iperfagia:**

La sua peculiarità è quella di ingozzarsi assumendo un numero spropositato di cibo e, di conseguenza, anche di calorie.

Scrivi per inserire testo

L'origine dell'iperfagia nella ricerca del soddisfacimento.

Questo atteggiamento può avere origine dall'abitudine di alcune mamme di riversare sui figli il proprio affetto attraverso il cibo. E se l'affetto è infinito, il cibo, allo stesso modo, sembra non finire mai.

Quando nell'età dell'adolescenza si associa l'insistenza del genitore rispetto al cibarsi, così come l'introiezione di cibo attraverso la bocca con la profusione e la ricezione d'affetto, diviene automatico che, nei momenti di malessere psicologico nei quali l'adolescente necessita di una parola di conforto, una carezza, un bacio o, comunque, una manifestazione "qualunque" di affetto, la cerca nel cibo come cosa più facilmente e velocemente raggiungibile e nel quale trova l'appagamento sottoforma di sazietà, così come l'imprinting gli aveva insegnato.

Il meccanismo dell'appagamento compensativo nelle iperfagie.

L'appagamento non è duraturo se non per il tempo della digestione e, nel pasto successivo, si tende ad eccedere ancora maggiormente per far durare di più l'appagamento. Il rischio che si corre quando al cibo si dà un significato del genere è che i pasti possano divenire innumerevoli tanto che l'adolescente si trova a mangiare spesso e abbondantemente, per tutto il giorno e, talvolta, anche di notte.

Secondo la Psicanalisi di Freud una spiegazione si può dedurre dai ***meccanismi che legano le madri con i figli***: dopo il distacco dall'utero, con la successiva unione nella fase orale del lattante, la mamma vuole perpetuare la dipendenza del figlio a sé e a sua volta il figlio trae soddisfazione da questo legame, dalle viscere, con calore e sazietà.

Col tempo si comincia a selezionare *il cibo come qualsiasi coccola*. Se, infatti, ognuno di noi è più predisposto a dare e ricevere baci piuttosto che carezze o altre attenzioni, è vero, allo stesso modo, che la scelta del cibo appagante avviene in base alla propensione per il dolce o per il salato. Da qui le abbuffate di biscotti e pasticcini oppure di salatini, salumi e scatolame.

Tornando, però, al fattore affettivo, notiamo che **il gesto di mangiare, l'aprire il frigorifero o cucinarsi qualcosa, diventano automatismi che, proprio a partire dall'adolescenza, avviano ad un atteggiamento malato nella sfera affettiva, così come nei confronti del cibo.**

Quello che, al momento, sembrerebbe l'inizio di una cattiva abitudine diverrà, con certezza, un comportamento stabile e le quantità sbilanciate di cibo che si immetteranno nel corpo saranno solo pretesti compensativi per scandire il tempo, riparare ai sensi di colpa,

giustificare, festeggiare, punire e punirsi, rivalersi, appagarsi e così via.

Possiamo dire, senza timore di smentita, che l'iperfagia è un'abitudine acquisita di tipo famigliare poiché è proprio dalla famiglia che essa trova origine.

Come si manifestano le varie forme di iperfagia.

A ruota, nella classifica, abbiamo tutti quei modi di piluccare in giro per la casa e durante tutta la giornata.

C'è il modo di piluccare **selettivo** e cioè continuare a mangiucchiare solo alcune cose, quello **uniforme** che prevede una sola cosa ma continuamente, quello **compulsivo** che porta in bocca tutto ciò che incontra per la casa o nei banconi dei bar e nelle festicciole, anche se in minima parte perché si tratta di eventi occasionali.

Ci sono, poi, le grandi **abbuffate** di popcorn, patatine e bevande gassate durante la visione di spettacoli, cinema e, da un po' di tempo a questa parte, davanti alla televisione, anche subito dopo cena, o davanti al pc, mentre si segue l'andamento dei propri social network.

Questo tipo di **disordini riguardano le quantità sia di cibo ma anche di tempo** passato a mangiare e sconvolgono anche i tempi naturali del metabolismo che si trova ad essere sollecitato senza tregua.

Altri tipi di disturbo del comportamento sono dovuti alla **qualità** del cibo e questo riguarda, solitamente, il tipo di cibo che il soggetto si ripropone di mangiare o di evitare. Ci sono infatti persone che si infliggono la penitenza di rinunciare al cibo preferito per ***punire*** il proprio corpo come se potesse farli capitolare nel baratro della perdizione e ci sono quelli che ***rifiutano***, a priori, alcuni cibi che ritengono contaminanti e demonizzano, ora i carboidrati, ora il glutine, ora la carne, ora il piccante, eccetera. Tutte forme pseudo ascetiche che, se vissute in modo virtuoso, possono concorrere ad una certa igiene alimentare ma se, invece, enfatizzate o esaltate con atteggiamento fanatico fanno correre il rischio di rientrare nel vero e proprio ambito patologico come altre forme di privazione di cibo.

Conseguenze dell'iperfagia.

L'inevitabile traguardo dell'iperfagia rimane l'obesità che si può raggiungere anche in giovane età e con ancora più certezza nell'età adulta. Sappiamo infatti che l'eccesso di zuccheri sia semplici che composti, una volta che ha raggiunto lo scopo energetico nell'organismo, non viene eliminato ma accantonato.

Le calorie non utilizzate si accumulano sotto forma di grassi e il sale trattiene nel corpo molta acqua che, non essendo rilasciata, gonfia il grasso.

Alcuni "fortunati" non aggiungono mai peso alla loro linea per quanto sregolate siano le loro abitudini alimentari ma, se nell'adolescenza e comunque nella giovinezza si ha la capacità metabolica di smaltire, non sarà sempre così nell'età più matura e determinati disordini alimentari sono destinati, prima o poi, a sfociare in varie patologie.

Qualora il cibo non influenzasse il peso vorrebbe dire che potrebbero anche esserci patologie in atto di vario genere, a volte nascoste e silenti, come disfunzioni tiroidee oppure può significare che il corpo si stia preparando a reazioni organiche, devastando fegato, pancreas ed altro, con inevitabile comparsa di iperglicemia e diabete, ipercolesterolemia o similari. Non resta, arrivati a questo punto, che consultare il medico, oltre che un bravo analista.

Attraverso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sappiamo che, tra i primi posti nella classifica delle cause dei disturbi alimentari, figura proprio **l'iperfagia che come sua prima diretta conseguenza annovera l'obesità.**

Iperfagia e Obesità infantile.

Nei paesi occidentali, l'obesità è, oramai, una vera emergenza sanitaria che coinvolge parte delle risorse economiche degli Stati per sopperire, a volte, alle conseguenze invalidanti e addirittura permanenti, attraverso interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SNN) e Aziende Sanitarie Locali (Asl). Una grande fetta della spesa pubblica, infatti, è dedicata alle malattie derivate da cattive abitudini alimentari.

Il problema dell'obesità ha, quasi sempre, origine nell'adolescenza in modo prevalente mentre nell'età adulta si presenta in percentuale minore e quasi sempre per mancanza di movimento per quel che concerne le piccole obesità e per disfunzioni ormonali per quel che invece riguarda le situazioni di obesità di maggiore rilievo.

L'OMS, però, nell'ultimo ventennio, ha lanciato l'allarme su un altro tipo di **obesità** ed è quella **infantile**, addirittura *fin dal primo anno di vita*.
L'obesità infantile è una malattia che colpisce il bambino in modo inconsapevole quando viene abituato, fin dalla nascita, a cibarsi in un modo errato e per lui, questa modalità, rappresenta la normalità acquisita. Attraverso l'iperfagia si arriva, giorno per giorno, ad un dilatamento delle pareti dello stomaco che, più si estendono, meno avvertono il senso di sazietà, anzi acuiscono il senso di fame.

Per questa patologia, una volta accertata da un medico, ***il rimedio più semplice***, dopo che i genitori hanno preso coscienza del problema, è l'acqua: far bere un bicchiere di acqua al bambino tutte le volte che chiede di mangiare fuori dai pasti. Si deve essere fermi nel concedere solo i tre pasti principali, più due merende, a metà mattina e metà pomeriggio seguendo le relative indicazioni nutrizionali da parte del medico professionista.

Un'ottima tecnica consiste nel far bere un bicchiere di acqua e far mangiare una frutta prima dei tre pasti principali, innescando, in questa maniera, la perfetta idratazione delle cellule che, quando sono poco idratate o disidratate, mandano segnali di "sete" che il nostro cervello, spesso, percepisce come "fame": infatti la sete viene avvertita solo quando il corpo va in riserva. Il meccanismo vincente fa sì che l'acqua e la frutta transitino per poco nello stomaco, lo lascino dilatare per poco, fino a quando esso manda un primo segnale di sazietà al cervello e, nel momento in cui il corpo non avverte più "fame", esso si restringe, tonificando nuovamente le sue pareti.

Iperfagia e ansia o depressione.

Nell'adolescenza e nell'età adulta, altre cause e contemporaneamente conseguenze delle cattive abitudini alimentari possono essere **l'ansia e la depressione**.

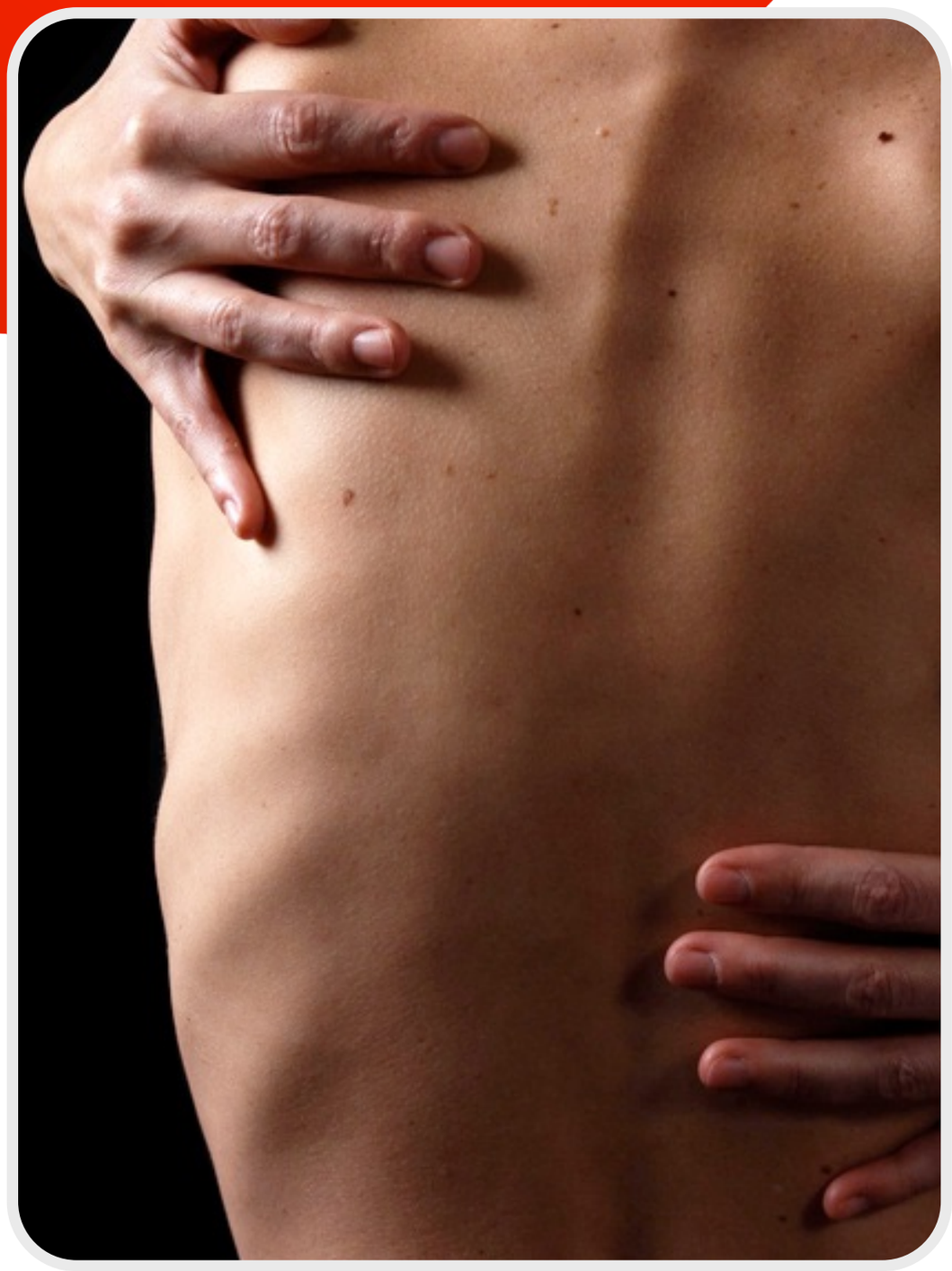
Se è vero che per il senso di colpa o di estrema inadeguatezza derivate da queste errate abitudini si può essere ansiosi o cadere nella depressione, è vero allo stesso modo che, talvolta, a causa di ansia o depressione, portate da fattori diversi, si attua un compromesso col cibo che placa e aiuta momentaneamente la gestione dei problemi, dando al cibo la stessa valenza che i fumatori danno alla sigaretta o la valenza compensativa da carenza affettiva che si attuava fin da piccoli.

Da considerare, inoltre, che, a volte, l'individuo arriva ad uno stato di prostrazione tale da generare ansia o depressione attraverso la presa di coscienza di essere giunto all'aumento di peso ponderale o a malattie derivate da errate abitudini alimentari, creando un circolo vizioso nel quale non si riesce ad intravedere un'adeguata via d'uscita perché non si riesce a reprimere l'impulso di mangiare ma non si tollera neppure la trasformazione del proprio corpo. *Un loop di cause e conseguenze derivate davvero ingestibile.*

Alti disturbi del comportamento alimentare di rilievo, di cui parleremo diffusamente, sono l'anoressia e la bulimia.

Di solito nella bulimia si associa l'abuso di sostanze medicinali o pseudo tali mentre nell'anoressia è più comune l'atteggiamento ossessivo e, non di rado, questi fattori sono associati ad alcuni disturbi della personalità.

Conflittualità nell'adolescenza e disturbi alimentari



L'adolescenza è il periodo della vita controverso per eccellenza, nel quale si verifica **il conflitto tra il bambino che esce e l'adulto che entra nel corpo e nella personalità dell'individuo.**

Il bambino, che fino a ieri era il padrone incontrastato del corpo e dell'anima dell'individuo, in alcuni momenti vorrebbe scappare ed in altri si tiene ancorato al proprio corpo e all'anima mentre l'adulto vigoroso vorrebbe entrare.

Un ingresso che, a volte, avviene con prepotenza, rompendo la porta; altre volte è un processo che invece accade più gentilmente, proponendo un compromesso per acquietarsi in una pacifica convivenza col bambino.

Il conflitto più audace nasce quando, nella vita di tutti i giorni, questa confusione, invece che essere gestita con l'aiuto dei genitori, viene da essi osteggiata e minimizzata e al contrario si pretende dall'adolescente una certa coerenza che, di fatto, non può esistere proprio per l'instabilità dell'individuo che ad ogni nuovo giorno, in questa fase, deve fare i conti con una parte nuova di sé e dire addio a tutti quei prototipi che non gli appartengono più ma ai quali è abituato o affezionato.

Tra i conflitti dell'adolescenza, uno è veramente pericoloso e riguarda, come abbiamo già detto, la sfera dell'alimentazione.

Spesso, il disturbo si manifesta con dei disordini talmente violenti che possono sfociare in vere patologie, coinvolgendo il soggetto nella sua globalità, compreso l'insieme di persone che contestualizzano il suo ambiente sociale come, ad esempio, la famiglia, amici e conoscenti, ma anche professionisti e mezzi come medici e presidi ospedalieri.

Anoressia e Bulimia

Tutti i conflitti dell'adolescenza che ripiegano nell'alimentazione creano problemi e disturbi del comportamento alimentare e, tra i maggiori, annoveriamo l'anoressia e la bulimia di cui parleremo, più approfonditamente, in seguito.

Per ora basti dire che l'**anoressia** *è molto più visibile* di altre forme di disagio dovute a cattive abitudini alimentari proprio perché il soggetto è visibilmente molto, troppo magro, dall'aspetto emaciato e con gli occhi che si spengono spesso anche nei rari sorrisi.

La **bulimia** *è invece molto più "misteriosa"* perché non visibile ad un primo esame esterno, non riscontrabile nelle caratteristiche del soggetto bulimico che, apparentemente, è una persona di normalissima e sana costituzione, anche se tende al magro. Tuttavia, dietro alla maschera di apparente normalità, si nasconde una malinconia e uno scontento che possono esplodere da un momento all'altro per trasformarsi in anoressia come, del resto, l'anoressia può diversificarsi in fasi bulimiche.

Il conflitto interiore nei disturbi alimentari e la conciliazione terapeutica.

Entrambe queste manifestazioni, che sono delle vere e proprie malattie, si caratterizzano per una battaglia interiore continua ed incessante tra l'Io e il corpo su cui vogliono arrogarsi il controllo assoluto dell'insieme.

Nella fase finale della terapia, infatti, l'educatore, ultima figura ma fondamentale per chiudere il cerchio della riabilitazione, si concentra sul legame tra queste due entità che, attraverso la terapia comportamentale, devono incontrarsi in un compromesso rappacificatore, un concordato stabile che possa lasciare meno tracce possibili della patologia da cui si è usciti.

Il conflitto si manifesta attraverso la distorsione della realtà che fa valutare eccessivamente l'importanza del peso e della forma del corpo che assume un significato molto particolare proprio in questo periodo adolescenziale.

Nel corpo adulto, infatti, come si diceva prima, c'è ancora un bambino onnipotente al quale, fino a ieri, in funzione della sua età, era concesso molto e oggi, invece, trova dei veti a volte assoluti ed incomprensibili.
Il bambino ancora presente interiormente appare spaventato, riottoso e bisognoso di aiuto ma incapace di chiederlo in modo convincente: alcune volte sembra che lo pretenda e a volte non trova il modo di manifestare efficacemente la sua richiesta.

L'individuo in questa fase è un piccolo adulto iper esigente, iper critico, iper polemico e anche ostinato, e ritiene sovente di rimanere muto alla richiesta di spiegazioni riguardanti il suo comportamento. Fondamentalmente, però, *non sa rispondere ad una domanda che sovente lo assilla*: ***"Chi sono io?"*** e subordina ogni altra domanda a questa.

È chiaro che l'adolescente ha un'immagine di sé frazionata in piccoli pezzi ed essi non collimano quando si tenta di riunificarli per dare all'adolescente un'immagine globale di se stesso.
Egli annaspa, guardandosi intorno per cercare mezzi e motivi e, alla fine, il cibo può divenire un cursore in grado di coordinare le sue idee in quanto rappresenta l'appagamento alla pulsione maggiore, cioè la *fame*.

La pulsione della fame

La fame, oltre che la maggiore pulsione dell'uomo, rappresenta il raccordo tra la vita esterna al corpo e quella interna. Se riflettiamo infatti, per appagare la fame c'è bisogno di cibo che è la fonte della vita ma, per appagarla, bisogna che il cibo entri nel corpo ed espleti le sue funzioni nutritive, trasformandosi in elementi vitali. Quindi da un impulso (la fame) si richiede una materia (cibo) che, attraverso un processo (mangiare), ne ricava la vita (salute).

Nel soggetto che comincia ad avere dei disturbi del comportamento alimentare, questo processo naturale viene sovvertito perché egli individua le parti nevralgiche di ogni parte del processo appena descritto e alla fame oppone la resistenza:

- Al cibo viene data la valenza di assoggettamento del nemico da tenere sotto controllo;
- All'atto di mangiare viene data la responsabilità di controllare il passaggio del cibo che potrebbe entrare da clandestino;
- La vita viene vista come fatto ascetico che non ha nulla a che vedere con la salute del corpo nella successione alimentare ma come un'icona stabile, pronta ad essere venerata senza possibilità di interferenza esterna.

Il controllo sulla fame può rendere l'individuo apparentemente visibile e forte, anche emotivamente, davanti all'intera collettività.
Questa *onnipotenza fittizia e fugace* fa sì che il coinvolgimento dell'organismo, nell'uso e nell'abuso di "fame e cibo", diventi, in quel momento, un fatto secondario.

Nell'immagine di sé così frazionata rientrano le parti buone e meno buone del proprio carattere, le parti buone e meno buone dei genitori, degli amici e dell'intero contesto sociale così che, non riuscendo ad assemblare ogni cosa e per ovviare alle sue insicurezze, il soggetto cerca sostegno proprio nel predominio su di sé prendendo una direzione nettamente opposta. Infatti, se la sua aspettativa era quella di avere il pieno controllo su di sé, finisce per essere posto sotto controllo a causa di giudizi, pregiudizi e successiva necessità di cure.

La modalità di predominio è paradossale perché, se da un lato riveste un ruolo narcisistico nel quale la propria figura viene idealizzata, dall'altra parte la realtà rende il corpo oggetto di negazione. In questo paradosso, però, è costante la *volontà di predominio su di sé*. Questo predominio è agognato dall'adolescente perché il corpo è visto come campo di battaglia nel quale si combatte la guerra della persona, divisa tra fisicità e affettività. Questa lotta è un tentativo di ritrovare l'equilibrio tra le due parti attraverso l'eliminazione di tutti gli elementi di disturbo.

L'immagine che un adolescente ha di sé è, fisiologicamente, dispercettiva e questo rimane un fatto fisiologico fino a che l'equilibrio globale non viene turbato tracimando in patologia.

Nel momento in cui qualche scintilla fa scattare la suddetta battaglia, se si esasperano i significati, può subentrare una patologia, altrimenti il tempo provvederà ad aggiustare "fisiologicamente" ogni cosa, risolvendo i conflitti entrando nell'età adulta.

Per questo *i terapeuti, attraverso un'attenta analisi e osservazione di questo "campo di battaglia", ricercano le cause della malattia per poterne ottenere una terapia quanto più adatta al soggetto in relazione al potenziale patologico o alla patologia già in atto.*

Anoressia

I più comuni disturbi dell'alimentazione sono, come è ben noto, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.
Vi sono ulteriori e numerosi altri tipi di disturbi ma, in questo lavoro, mi vorrei soffermare su quello che è il disturbo alimentare per eccellenza, se così si può dire, che riguarda gli adolescenti e, in particolare, le adolescenti: l'anoressia.

Meccansimo anoressico

La parola anoressia ha un'origine greca che significa mancanza di appetito.
Questa è però solo la conseguenza e non la causa scatenante.
Il disturbo è caratterizzato più che dalla mancanza di appetito, dal rifiuto del cibo stesso e, tra i più diversi motivi, annovera un'esagerata e spesso infondata paura di ingrassare.
Da questa errata percezione della realtà e conseguente tentativo di manipolarla, si instaura un modo di vivere psicologicamente alterato, nel quale la forma e il peso del corpo non riescono a trovare un equilibrio. Tale oscillazione è causata dal "Sé" che viene continuamente valutato, sopravvalutato o sottovalutato.

La gravità del conseguente sottopeso, dell'eventuale amenorrea e di altri tragici strascichi non assumono molta importanza nella mente dell'anoressica che, freneticamente, gira come una trottola nel suo circolo vizioso che la coinvolgono anche sul lato fisico, addirittura dandosi ad estenuanti attività per spendere energia e bruciare quante più calorie possibili.

Se è vero che l'idea di dimagrire era partita da un motivo, per quanto discutibile, comunque plausibile, la meta da raggiungere non diventa più il dimagrire ma, strada facendo, si è trasformata in un atto fine a se stesso**. Quindi si arriva a non mangiare solo per dimostrare a se stessi di essere capaci di fare ciò che si vuole e non ciò che si deve.** Il dovere, infatti, durante l'adolescenza, si percepisce come una coercizione che obbliga a seguire prototipi che non fanno parte di sé e perciò sono da rifiutare a priori.

L'anoressia si può sviluppare in modo altamente restrittivo o in associazione al meccanismo bulimico.

In questo caso non è concessa nessuna eccezione per il cibo e se, per debolezza, tali eccezioni venissero concesse, senza essere necessariamente delle abbuffate, esse verranno compensate e corrette regolarmente con il vomito provocato o con l'uso di lassativi e diuretici per eliminare il più possibile ogni traccia di cibo entrato, per così dire, clandestinamente nell'organismo.

Un senso storico per l'anoressia.

Si pensa che l'anoressia sia un disturbo nato in epoca moderna ma **le sue origini si perdono nella notte dei tempi e affondano in una cultura che ha a che fare con l'influenza religiosa fin dal *medioevo***, quando le donne si privavano del cibo per seguire un impulso ascetico che a volte trovava tristi epiloghi nella consunzione assoluta.

Forse per questo, fino a tempi recenti, l'anoressia è stata considerata e trattata come una malattia di tipo psicologico, come la depressione, e non le è stata data la giusta importanza e prospettiva.

Da un punto di vista storico, dunque, non stiamo parlando di patologie strettamente moderne ma ce ne giunge notizia fin dal '*600*, per quel che riguarda l'anoressia in forme più autonome, e dal '*700* per la bulimia. Sono dunque manifestazioni presenti da lungo tempo anche se la classificazione come malattie psicogene è solo una conquista del diciannovesimo e ventesimo secolo.
Sono state poi frutto di ricerche e soprattutto studi e approfondimenti avviati con l'arrivo della psicanalisi di Freud che ha classificato l'anoressia tra le malattie psicogene, fino ad arrivare ai nostri giorni, studiandola con nuove ed innovative tecniche diagnostiche.

Tipologia e predisposizione della persona anoressica

L'anoressia si configura come una vera e propria **malattia psichiatrica** e va affrontata con medici e specialisti diversi perché le sue conseguenze e le sue origini sembrano, a volte, non strettamente collegate. I sintomi verranno trattati in modo autonomo per arginare e curare i danni ma l'intera équipe deve collaborare, relazionarsi nell'agire sul paziente, in un continuo confronto.

Migliaia di persone, ogni anno, si ammalano di patologie legate a disturbi dell'alimentazione e, per la maggior parte dei casi, si tratta proprio di anoressia. Di questi si arriva a percentuali preoccupanti tra i giovanissimi e **l'OMS ha diramato un quadro della persona tipo:**

femmina, non sposata, di solito con una cultura medio alta ed un'intelligenza oltre la media.

Questo può far emergere come questi comportamenti non derivino solo da influenze esterne ma da conflitti interni con una capacità di elaborazione non del tutto, o per niente, sviluppata.

Negli ultimi anni, però, in questa patologia stanno configurandosi **anche persone di ceto medio-basso, anche con scarsa cultura, *influenzate negativamente dai mass media*** perché con una bassa capacità di discernimento e per questo facilmente plagiabili.

A volte, infatti, l'ambiente ha un ruolo fondamentale nell'influenza che può determinare sulle persone e, nel caso dell'anoressia, un terreno fertile lo trova il ***mondo dello spettacolo*** a livello di utenti a cui è rivolto ma anche, in primis, tra gli operatori, per i quali, soprattutto nel campo della danza e della moda, mantenere il "sottopeso" diventa quasi una richiesta che il settore stesso richiede implicitamente.

Come per l'ascesi religiosa, **una certa forma di *narcisismo*** incapsula i corpi resi agili e leggeri da continui digiuni e privazioni o ancora da stentati e frugali pasti compensatori costituiti da barrette ed integratori vitaminici e salini che non contengano involucri proteici o, in qualche maniera, specifici anabolizzanti che possano nascondere, dietro la stessa danza, **il desiderio di coltivare un corpo infantile e asessuato.**

Considerazioni sociologiche sull'anoressia

Voglio fare, a questo punto, una piccola **nota *di carattere socio-culturale che ci possa far capire le radici di questo malessere*,** al quale dedico molta parte di questo lavoro, sperando che vi si possa trarre vantaggio e stimolo per valutare o scorgere possibili soluzioni.

Di solito i disturbi alimentari si manifestano maggiormente in periodi storici floridi o, addirittura, opulenti e, comunque, in località socialmente e culturalmente evolute. Per quanto l'intero occi-

dente stia attualmente attraversando una grossa e lunga crisi economica che segna sempre più una netta spaccatura tra ricchi e poveri, è proprio tra le classi più benestanti che il fenomeno dei disturbi alimentari prende sempre maggiormente piede, tanto da registrare un'impennata come mai prima di adesso.

Varie ricerche puntualizzano che, nelle società occidentali dove il cibo non manca o, comunque, non è la ricerca prioritaria della popolazione, le morti per mancanza di sostentamento prevalgono addirittura su numerose malattie e non già per mancanza ma per rifiuto del cibo. Le percentuali sono consistenti se si pensa che nel campione di tali ricerche vengono quasi esclusi gli uomini, gli anziani e i bambini e una notevole fetta della popolazione femminile over 40.

Le statistiche di tutto il mondo, infatti, concordano nel dire che la maggior parte delle persone che hanno problemi derivanti da disturbi alimentari sono prevalentemente *donne* e che queste siano comprese nella fascia di età che va *dai 12 ai 40 anni*.

Ciò non toglie il fatto che, negli ultimi tempi, in quello che, più genericamente, può essere denominato come conflitto col cibo, *si stia registrando un timido ma significativo allargamento di fascia di età e un'espansione anche tra la popolazione maschile.*

Questa ha una sua nicchia strettamente correlata a sostanze dopanti ed integratori che sostituiscono il cibo, sia in palestra che nella ginnastica fai da te e, di conseguenza, si nota la tendenza sempre più marcata alla selezione o al rifiuto del cibo a causa di un corpo non sempre accettato o che ambisce a modelli proposti dall'industria del consumo.

Visualizzazione del problema

"Mia figlia non mangia"... "Non so come fare con mia figlia che mangia pochissimo"... "Mia figlia fa una dieta ma credo stia esagerando...".

Quante volte abbiamo sentito dire queste frasi?
Raramente si parla di un maschio, di una moglie, di una madre o una nonna e questo fatto la dice lunga sul fattore "età/sesso".

In prevalenza, infatti, queste manifestazioni riguardano le adolescenti e non devono essere prese molto alla leggera ma sempre valutate attentamente.
Bisognerebbe leggere seriamente e con discrezione, contestualizzare ogni comportamento che va verso questa direzione perché potrebbe nascondere un vero problema, che se tralasciato o sottovalutato, a volte potrebbe divenire irreversibile ed esplodere come una bomba ad orologeria.

L'atteggiamento fisiologico dell'età adolescenziale può divenire patologico allorquando l'adolescente prende troppo sul serio l'azione più che il risultato da raggiungere.

Aspetti fisiologici di un cattivo rapporto con il cibo

Quando fare una dieta, rifiutare un determinato cibo o digiunare sono mezzi per raggiungere un obiettivo pseudo salutistico, sono il segnale di una manifestazione di uno stato d'animo, come ad esempio nell'innamoramento o di una ribellione o un certo volersi affermare nel proprio piccolo contesto familiare o scolastico o nella ristretta cerchia delle amiche del cuore rimarcando la propria personalità, **questo può rappresentare un fatto normale e fisiologico di crescita quando, non avendo più maturi argomenti per rappresentare se stessi, l'adolescente ricorre a queste strategie per attirare l'attenzione soprattutto dei genitori ma anche per proclamare una posizione sociale con un ruolo "efficace".**

Nella crescita tutte queste cose che, comunque, destano comprensibilmente la preoccupazione dei genitori, rientrano nella normalità e fanno parte della ricerca e della scoperta della propria personalità, come anche della contemporanea o successiva autoaffermazione nel seno del tessuto sociale in cui l'adolescente vive. E' nel complesso un fattore positivo perché conferma che detto contesto viene accettato proprio attraverso gli ingarbugliati meccanismi e sperimentazioni che vanno ad esplorare il proprio corpo e la propria anima. **Un classico fattore fisiologico di crescita.**

In apparenza sembra proprio il contrario: a quest'età non si accettano genitori, insegnanti e superiori in genere così per come sono e si selezionano meticolosamente le amicizie. Si vorrebbero sovvertire le immagini e le regole proprio perché ogni scoperta possa apparire come la sola possibilità.
Questi cambiamenti o aggiustamenti personalizzati di ogni situazione rappresentano, per l'adolescente, una continua scoperta che può mostrare agli altri come una novità nata dal proprio Io e che si ostenta orgogliosamente come frutto delle proprie capacità, ma anche come conquista o acquisizione della propria autonomia di pensiero e di elaborazione.

Se ci facciamo caso, tuttavia, dietro ogni spavalderia o rimostranza giovanile, questa voglia di affermarsi è dovuta proprio alla *paura di non essere accettati* da un contesto che apparentemente non si vuole riconoscere e accettare!

In questa maniera il giovane, in generale, si impone con violenza, facendo vedere di essere capace di danneggiare addirittura se stesso (nei maschi è più accentuato il *bullismo*) facendo valere la propria volontà per entrare nella società e non per fuoruscirne.

È chiaramente un atteggiamento di autoaffermazione che cerca un riscontro e lo ottiene, paradossalmente, nella disapprovazione dei grandi ma nell'approvazione dei coetanei che, a circolo chiuso, si schierano in difesa, a volte in modo esageratamente connivente o addirittura omertoso, che non è altro che l'embrione della solidarietà ancora abbozzata. **Questo atteggiamento dell'adolescente è rivolto verso se stesso e non ha nulla a che vedere col voler cambiare il mondo.**

Gli strani meccanismi dell'adolescenza sembrano pieni di timidi orgogli che impongono di affermarsi con l'ultima parola, col non sottomettersi a nulla, non accettare consigli perché nel gruppo dei pari si forgia un'irrequieta corrente complottista nella quale è plausibile la fatidica frase "*tutti ce l'hanno con me*".

Tutto ciò rientra nella normalità della crescita e soprattutto nel segmento dell'adolescenza mentre le difficoltà che vi sottendono possono essere più o meno gravi. Di conseguenza, questi disturbi potrebbero essere collocati nell'ambito di una violenta, seppur passeggera, crisi adolescenziale, oppure tendere a strutturarsi in una patologia e ripiegare verso altri comportamenti problematici che si manifestano in adolescenza attraverso la chiusura in se stessi, il rifiuto del cibo, l'iniziare a fumare sigarette, l'uso e l'abuso di sostanze, per arrivare alle fughe e ai tentativi di suicidio che demarcano in maniera plateale la necessità di dire ciò che non si sa dire o pensare, attraverso un'azione.

Il passaggio da azione fisiologica a patologia

Si parla di veri disturbi alimentari, invece, quando un adolescente perde di vista l'obiettivo da cui era partito e ritorce l'attenzione esclusivamente su di sé. Il motivo scatenante può essere identico e cioè, attirare l'attenzione o auto affermarsi in qualche maniera ma, **nel percorso che intraprende, l'adolescente perde di vista l'obiettivo e percorre una strada diversa**. Focalizza l'attenzione, innanzitutto sul suo fisico e non sulla sua interiorità.
Se, infatti, inizialmente, lo scopo è quello di farsi accettare per quello che si è, soggettivamente egli tergiversa, non ritenendo di avere qualità sufficienti, cerca di imporsi per quello che ha e cioè cercando di adeguare il proprio fisico che non trova perfetto. E qui si scorge l'evidenza che trova perfetto il mondo circostante che, in apparenza, contesta e in tale mondo non trova una posizione equilibrata dove collocarsi.

A questo punto si è innescato un meccanismo che fa correre l'adolescenza verso una ricerca, di solito autogestita, di tutte quelle strategie che la facciano apparire gradevole o la illudono di essere gradita.

Si parte con la modulazione dell'abbigliamento che sovente cambia e sperimenta: segue **modelli** proposti da riviste e televi-

sione nonché dal panorama internet per poi andare sempre più in fondo arrivando alla linea.
L'abbinamento linea/dieta è poi una conseguenza logica per cui si prende d'attacco il cibo. Il passo successivo è quello di **classificare i cibi** per grado di calorie, misurarne la quantità ed evitare quelli ritenuti nemici.

Subito dopo si valuta la **possibilità di ridurre le quantità di tutto** ciò che è consentito ma tutto sotto il rigoroso sguardo alla bilancia e soprattutto allo specchio, nel quale ogni piega del vestito, ogni ombra della pelle danno l'impressione di non fare mai abbastanza.

La perdita della visione razionale dell'obiettivo da raggiungere innesca un altro scopo, quello di perdere peso e taglie.

Si diviene così ossessivi fino alla compulsione tanto che, ad ogni piccolissima eccezione che il soggetto si concede, subentra un'autopunizione, provocando, addirittura, il vomito pur di non permettere al cibo, frutto di quella "debolezza", di nuocere, non già al fisico, che diventa secondario, ma alla dieta stessa.

Lo specchio comincia ad essere un alleato che, come un meccanismo fotografico a zoom, focalizza l'immagine della pancia o delle cosce, indipendentemente dal resto del corpo.

La ragazza vede tutto abnorme perché non riesce a mettere insieme i pezzi, cioè non riesce a vedere il suo corpo complessivamente ma lo vede frammentato e, in questo modo, non ne scorge le proporzioni. È chiaro quindi che un bacino osservato senza vicino busto e cosce può avere la dimensione che vogliamo dargli ma non certo quella reale.

Provate a fare un esperimento:
Ritagliate una foto di una modella separando le cosce dal resto e poi un braccio, un piede, dei fianchi. Successivamente fate vedere un pezzo alla volta ad una persona qualunque e invitatela a suggerire di che numero sia il piede, quanto sia grosso un braccio e che taglia abbia il bacino. Vi dirà tutto e il contrario di tutto perché non ha un parametro di riferimento.

Fate un altro esperimento:
Ritagliate da una rivista una casa ed eliminate la parte dove si vedono porte e finestre, piante circostanti o automobili. Togliete insomma tutto ciò che potrebbe fare da riferimento alle proporzioni, dopo fatelo esaminare da qualcuno, chiedendogli di stabilire quanto sia grande la casa. È praticamente impossibile.

Le immagini virtuali sono manipolate dalla nostra intelligenza in base a dei parametri e se eliminiamo questi perdiamo il senso della proporzione.

Lo specchio è una realtà virtuale che raramente rispecchia la realtà e se lo fa è soltanto perché il nostro cervello la organizza. Basta farlo in modo diverso che la realtà scompare del tutto: ecco il meccanismo sotteso all'anoressia come alterata percezione della realtà.

Il fenomeno del dismorfismo o dismorfofobia corporea

Quando questa organizzazione della realtà virtuale diviene, volutamente o involontariamente, impossibile, l'adolescente si lascia andare in quello che gli psicologi chiamano "**Dismorfisomo**" o anche "Dismorfofobia corporea".
Non è una vera e propria patologia ma, piuttosto, il risultato di una elaborazione di tutti quegli stimoli che arrivano alla vista tali da ristrutturare il modo di percepire il proprio corpo solitamente

deformato dalla realtà e pur non avendo una vera e diretta coscienza di questa percezione, l'adolescente se ne lascia convincere.

Il ruolo dell'autostima nell'anoressia.

In genere, del nostro corpo, ci facciamo un'immagine non del tutto statica, infatti cambia in base ai fattori ambientali, affettivi, emotivi, esperienze vissute e da tutto ciò che è connesso nei rapporti con gli altri.
La cosa che, però, influenza maggiormente queste variazioni dipende dalla nostra **autostima**.

Nella fascia di età di cui stiamo trattando, l'autostima ha un ruolo predominante su tutto e va da sé che se un giovane ha poca autostima o possiede, invece, una sovrastima di sé, tutto può cambiare radicalmente. Entrambe le situazioni possono portare a delle conseguenze negative perché avremo, nel primo caso, dei complessi di inferiorità e nel secondo caso una vivacità esagerata che perde di vista le regole preposte.

Componente farmacologica ed emetica nelle anoressie

Oltre a mangiare pochissimo e scegliere meticolosamente cibi a bassissimo contenuto calorico per rincorrere e mantenere una estrema magrezza non percepibile volontariamente dal soggetto, l'anoressica può assumere anche **medicinali** dimagranti per neutralizzare quanto più possibile le calorie.

Ci sono *sostanze anoressizzanti*, *inibitrici* ed altro ma, spesso, per fare uscire più velocemente le sostanze nutritive prima ancora che vengano metabolizzate, la ragazza assume *lassativi* e *diuretici*, così come *prodotti termogenici* che aiutano ad aumentare di uno o due gradi la temperatura corporea in modo da spendere energia. Quest'ultima tecnica viene normalmente abbinata all'attività fisica perché, intervenendo su un organismo statico, farebbe perdere solo acqua al corpo.

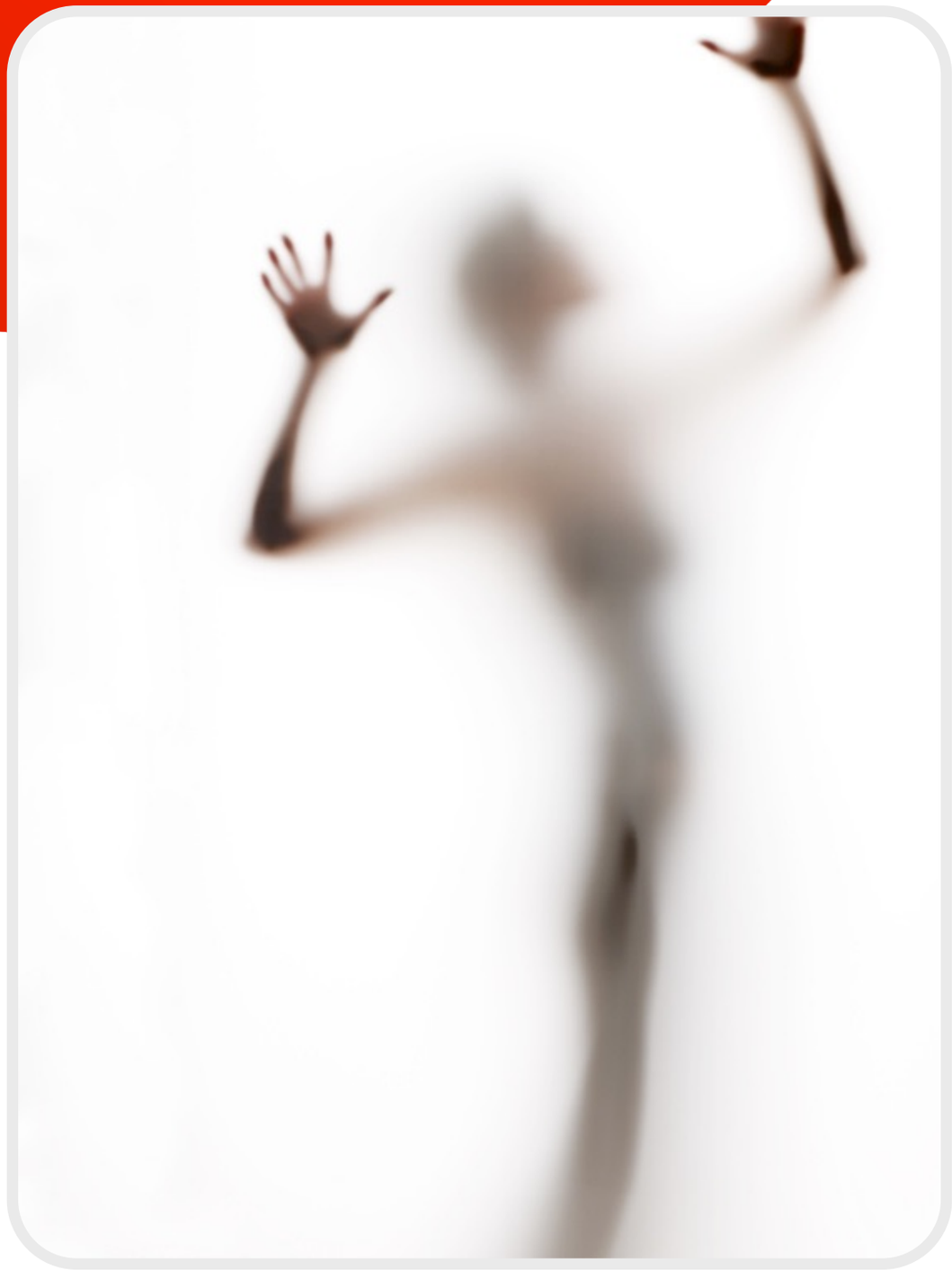
Spesso la ragazza si provoca il ***vomito*** in modo che il cibo che l'aveva gratificata per una debolezza di gola non prenda il sopravvento, distribuendo al corpo nuove sostanze nutritive e potenzialmente "ingrassanti".

L'anoressica non accetta che il cibo prenda il comando su di lei attraverso le pulsioni e allora il pensiero del cibo diviene ossessivo.

Fa lunghe e, a volte, estenuanti *ricerche* ed arriva a conoscere perfettamente il contenuto nutrizionale ma soprattutto calorico di ogni cosa che si possa mangiare e, prima di assumerla, misura, controlla, fa paragoni e pesa ogni cosa.

Se capita che l'anoressica ami cucinare, quest'amore diviene quasi carnale e ama invitare persone che possano gradire la sua cucina, spesso raffinata. Il suo scopo intrinseco è quello di veder mangiare gli altri e rendersi conto quanto gli altri siano schiavi del cibo e quanto, invece, lei sia esonerata ed estranea a tale schiavitù!
Lei ne è esente a parer suo, per cui è più in grado degli altri di sopprimere gli istinti che ritiene di tipo animale. Gli altri, in questo caso, sono visti come inferiori a lei e quanto più apprezzano il suo cibo e tanto più lei è felice che i commensali dipendano da lei.
In realtà non possiamo parlare di commensali perché l'anoressica fa finta di mangiare: lei assaggia e nel frattempo distrae l'attenzione, andando avanti e indietro ora con le portate e ora coi piatti, si ferma parlando in piedi e dando l'impressione di apprezzare il loro appetito, sfuggevole.

Quali sono le cause dell'anoressia?



Le cause che portano all'insorgenza dell'anoressia nervosa possono variare da un caso all'altro. Per esempio, **alcune ragazze, in seguito ai normali cambiamenti fisiologici che avvengono durante l'adolescenza, trovano difficoltà a riconoscersi nel proprio corpo e si sentono brutte agli occhi degli altri.**

Il tentativo di tenere sotto controllo questo cambiamento può prendere la forma del controllo dell'alimentazione. Alcune ragazze possono pensare di dimagrire per aderire alla moda che nella nostra cultura riveste una grande importanza e che vede nella magrezza uno dei canoni più importanti per poter essere "bella".

Secondo molti psichiatri, infatti, l'attuale propensione a prediligere un modello di bellezza femminile che esalta la magrezza ha conseguenze devastanti sui comportamenti alimentari di molte ragazze.

Da alcune interviste fatte a ragazze colpite da anoressia e alle quali è stato chiesto di descrivere la loro condizione possiamo dedurre che:

"L'anoressia non viene sempre percepita come una malattia e per questo gli interventi dei medici e i ricoveri in ospedale o anche le cure non risolvono la situazione perché, prima o dopo, questo mostro che c'è dentro ti risucchia e sei tu ad essere dentro di lui"…

"E' qualcosa di non ben definibile, come se tu camminassi nella penombra e, davanti a te, vedi qualcosa che assomiglia ad una macchia nera. Come fai a vedere qualcosa di scuro quando sei al buio?"…

"A volte mi sembra di vivere in un cartone animato o un incubo: combatti con qualcuno e le armi ti spuntano in mano, le più disparate. Ne hai dieci, cento ma vince sempre lui. Non sembra che possa essere mai sconfitto e alla fine preferisci così perché puoi riposarti dal combattimento"…

"E' terribile, ti chiedi come hai fatto ad entrare in quel vortice seppure vorresti uscirne… non so, in realtà, se ne uscissi mi mancherebbe qualcosa"...

e ancora:

"Il mio è un progetto che pianifico giornalmente. Attraverso il mio digiuno e il mio vomito provocato ma anche attraverso gli esercizi, a volte massacranti, riesco a controllare il mio corpo. Oltre al cibo anche i desideri e la stessa gioia allontanano la perfezione ed io voglio essere perfetta. E quanto è più difficile e ardito il traguardo tanto più raggiungerò la perfezione".

Quelli che, in apparenza, sembrano degli sproloqui, non sono altro che richieste accorate di aiuto. Queste ragazze sono state controllate e a livello psichiatrico sono spesso perfettamente sane ma psicologicamente sono ferite, mortificate, a volte , abbandonate a se stesse per la disattenzione dei genitori o per la loro troppa apprensione che è tra le prime cause di disturbo tra gli adolescenti.

Perché una ragazza dovrebbe chiedere aiuto facendosi del male e non chiedendolo con le parole?

Il più delle volte non si è recepito bene quello che i genitori o gli amici trasmettono e molta letteratura dà a queste persone la piena **responsabilità** del malessere di questi ragazzi.

Proviamo ad analizzare, da vicino, queste possibilità.

La componente genitoriale

Alcuni genitori, vedono i figli come incompleti o del tutto incapaci di provvedere a se stessi, tanto che si sostituiscono ad essi nelle cose complesse della vita, come anche in quelle elementari. Questi genitori hanno una specie di decalogo dei compiti dei figli, oltre al quale non riescono ad andare. Questi compiti vanno dal nutrirsi correttamente e comportarsi in una certa maniera, a studiare e portare a casa dei buoni voti, ad avere un programma della vita e perseguirlo dettagliatamente.

Altri genitori invece sembrano **distratti** perché assorbiti dal lavoro che non sempre è sinonimo di carriera ma che diventa il loro obiettivo prioritario, sacrificando anche l'attenzione ai figli, magari senza trascurarne, a parer loro, l'educazione e il sostentamento di base.

Paradossalmente, alcuni altri genitori riversano nei figli troppe attenzioni, tanto da essere ossessivi, creando nell'adolescente il complesso del tradimento e della delusione. I figli vedono questo comportamento oppressivo e maniacale dei genitori come un'aspettativa di gratificazione che non riescono a dare e vivono come peccato grave ogni mancanza, tanto che, invece di evadere dalla morsa, ne vengono stritolati.

Nella normalità delle cose, quando un genitore ha questo tipo di comportamento, che sia oppressivo piuttosto che apprensivo, l'altro genitore compensa o tende a riequilibrare lo standard della famiglia.
Va da sé che se tutti e due i genitori vanno di pari passo nella stessa direzione o, peggio, sono diametralmente di comportamento opposto, l'adolescente si trova in una situazione soffocante o di tipo bipolare.

In questi casi, dove manca l'equilibrio, il giovane provvede, a suo modo e per spirito di sopravvivenza, a tamponare questa mancanza ma, essendo privo di un'adeguata esperienza, riflette su di sé ogni responsabilità per poter trovare una soluzione, proiettando se stesso verso l'ignoto.

Alcuni ragazzi fuggono di casa ma, nella maggior parte dei casi, solo per essere ritrovati dopo aver lasciato indizi e tracce evidenti. Quando nel volto dei genitori, il fuggitivo ritrovato, vede l'apprensione e legge l'attenzione suscitata, si acquieta e non compie più il gesto, non perché abbia imparato la lezione di aver fatto soffrire i genitori ma piuttosto perché ha dato una lezione ai genitori stessi che, da ora in poi, dedicheranno più attenzione ai suoi movimenti.

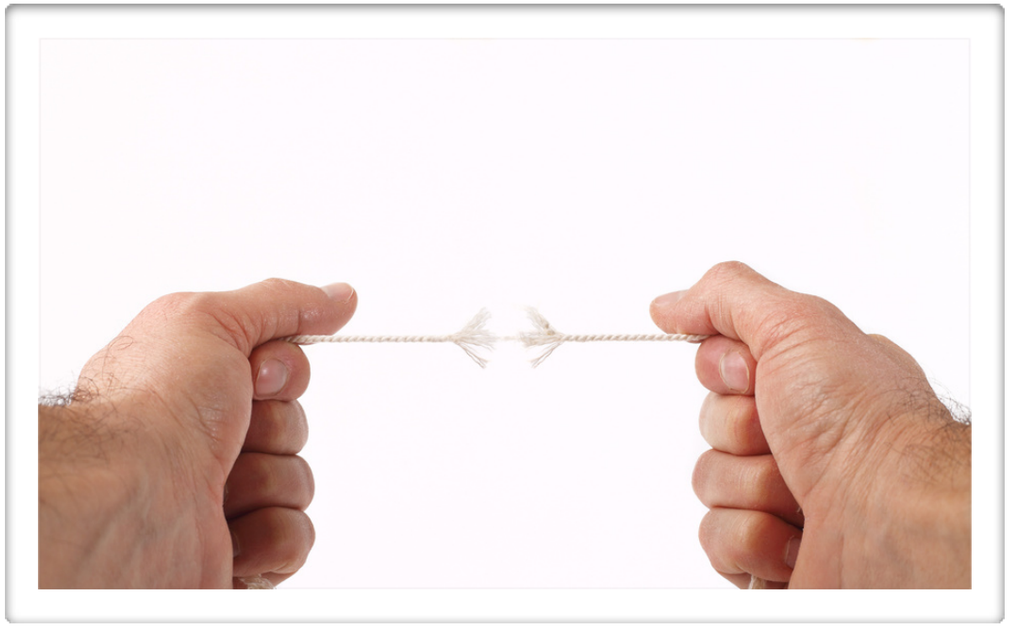
Quando l'adolescente riversa tutte le responsabilità su di sé e si autopunisce, egli entra in una zona limite nell'ambito delle patologie psicogene.

L'ansia della separazione.

Un altro importante aspetto che induce l'adolescente al rifiuto del cibo è la **paura della separazione dal genitore**. Questa è una fobia ancestrale che fa intravvedere in ogni segnale di crescita il perpetuarsi dell'espulsione dall'utero che lo proietterà verso i rumori e non le armonie del mondo, il freddo e non la possibilità di coprirsi, il dolore e non il tepore dell'abbraccio materno.

Questo individuo dà al cibo la valenza della nascita e alla nascita la responsabilità della crescita, per cui se mangiando si cresce, non mangiando non si cresce e se non si cresce non si è abbastanza pronti per uscire dal "nido": una situazione che pare un alibi perfetto.
Ma c'è di più: questa combinazione di emozioni può portare anche ad un'altra patogenesi che è la **sindrome di Peter Pan**, ossia la paura di diventare adulti. Se in questo circolo vizioso si fa entrare l'alimentazione, il risultato è disastroso perché con buona percentuale di calcolo l'anoressia è un traguardo inevitabile, pur non essendo l'obiettivo di partenza.

A volte la difficoltà che si incontra nel trovare le cause di un disturbo psicogeno è proprio il fatto che un apparente disturbo ne nasconde un altro, proprio come le scatole cinesi. Vediamo spesso che in quest'ultima scatola troviamo sia la causa che l'obiettivo!



Perché i DCA (disturbi del comportamento alimentare) esordiscono più frequentemente durante l'adolescenza?

E' risaputo che in questa fase della crescita il giovane è più vulnerabile a causa della molteplicità di cambiamenti che si verificano repentinamente, in modo inaspettato.
Il soggetto si trova del tutto impreparato a gestirne le forze e le dinamiche. **Questi cambiamenti riguardano la sfera affettiva solo come conseguenza perché si dipartono più semplicemente dai cambiamenti fisici, sociali, psicologici e sessuali.**

Basti pensare allo stupore di fronte al cambiamento di **tono di voce** come anche il numero delle proprie scarpe che, in alcuni momenti, può variare ogni quindici o venti giorni oppure **ancora le forme che allargano le spalle ai ragazzi e assottigliano la vita alle ragazze.**

In altri casi si tratta di **cambiamenti legati all'ambiente che si frequenta**, pensiamo al ritrovarsi, nel giro di pochi mesi, dalle scuole medie alle superiori, con conseguenti nuove conoscenze e

parametri; basti solo riflettere sulla completa gamma di età e step di crescita che si trovano in uno stesso istituto, nelle varie classi del quinquennio superiore.

Cosa dire, infine, dei **turbamenti nel gestire un corpo** che ha preso l'impronta di un adulto, con delle pulsioni prima d'ora sconosciute o delle quali si sapeva solo per sentito dire dai compagni più avanti per età ed esperienza?

Quando tutti questi eventi si assommano, non sempre il giovane riesce a gestirli da solo e, talvolta, lascia che si formi un gorgo che va a congestionare, ad imbuto, l'unica uscita delle proprie povere capacità.

Questo ingorgo, per la maggior parte delle volte, si risolve da solo, magari rallentando il processo della normalità. Si possono notare ritardi nell'apprendimento o una disattenzione più marcata, con conseguente indolenza, causata, più che altro, dai continui lamenti di genitori e insegnanti.

Potrebbe capitare però che il precipitare degli eventi dia inizio a dei disturbi più concreti ed uno può essere benissimo, come abbiamo già visto, un disturbo del comportamento legato all'alimentazione.

Questo avviene soprattutto quando, a questi fattori del tutto fisiologici, se ne aggiungono altri accidentali e che colpiscono fortemente l'adolescente dal punto di vista emotivo.

Capita, infatti di sovente che in una famiglia ci sia un *lutto* o una *separazione*, piuttosto che riassetti familiari quasi sempre traumatici, *esami* in corso, ma anche *pressioni* dello stesso gruppo dei pari di appartenenza a scuola o tra gli amici e infine, ma non per ordine di importanza, *malattie* fisiche o *incidenti* che colpiscono se stessi o qualche famigliare o amico della propria sfera affettiva.

Bulimia

La parola bulimia, sempre dal greco, vuol dire letteralmente “fame da bue”. Sappiamo che il bue mangia continuamente e anche quando non mangia ma si limita a ruminare, sembra che stia mangiando. Quindi questa parola ha più un senso quasi onomatopeico, rispetto all’anoressia. **La bulimia, che sembra comportarsi contrariamente all’anoressia, in realtà conduce allo stesso risultato di deperimento organico.**

La bulimia, pur coincidendo coi disturbi alimentari più noti, **riguarda solo marginalmente l'adolescenza.**

Correntemente viene chiamata solo bulimia ma **tecnicamente è detta bulimia nervosa** ed è anch'essa una malattia di tipo psicogeno che coinvolge il lato funzionale dell'organismo, come quasi tutte le malattie di origine psicologica.
Le conseguenze, infatti, sono varie ma, sicuramente, influenzano la salute della persona che ne è affetta tanto da dover seguire terapie farmacologiche così come comportamentali.

Questa malattia viene considerata **ad andamento prettamente cronico e ciclico** nel senso che, pur non essendo permanente, le ricadute e le remissioni sono molto frequenti. Ecco perché è giusto intervenire in quanto la bulimia trattata ha più possibilità di guarigione che non quella non trattata che non ha quasi nessuna opportunità di regredire spontaneamente.

Il contesto familiare nei disturbi alimentari

È doveroso fare una piccola analisi del tipo di famiglia in cui statisticamente vive una persona malata di anoressia.

Questo tipo di famiglia appartiene ad un prototipo individuabile per le sue caratteristiche frequenti e standardizzate. Non per questo le responsabilità vanno addossate alla famiglia ma, in buona percentuale, **l'humus del focolare domestico favorisce, anche inconsapevolmente, l'insorgenza di molti disturbi psicogeni.**

Le famiglie possono presentare degli standard apparentemente perfetti perché confezionati attraverso prototipi, a volta eccessivi, proprio per sembrare quello che dovrebbero o vorrebbero essere ma che in realtà non sono.

Ruolo della madre

Non raramente **le madri** lamentano il fatto che si trovano da sole a combattere o, quantomeno, affrontare il problema del disturbo alimentare della figlia o figlio, senza la collaborazione del padre che, il più delle volte, si defila per impegni di lavoro o perché non riesce a percepire il problema prima che sia effettivamente di dimensioni consistenti.
Ciò è dovuto al fatto che il ruolo spesso assunto dal padre lo porta più spesso fuori casa e non scorge le minuzie nella crescita dei figli, come invece la madre che si trova a lavare e stirare i panni ma anche a consolare ed asciugare le lacrime dei figli anche quando essa, sempre più spesso, non è una casalinga e deve comunque gestire anche il suo ruolo lavorativo.

Il **ruolo sociale della madre** è controllato attraverso un istinto naturale che non coinvolge solitamente il padre. Raramente la madre non prende coscienza della natura della situazione e in molti casi, quando ciò succede, è un fatto nel quale prevale una forma di egoismo dissociativo dei ruoli, un estremo arrivismo e carrierismo che alla base può avere, di per sé, dei disturbi di personalità.

Dal canto loro, le madri si possono presentare come *flebili* figure succubi dei mariti e poi lo saranno di conseguenza anche dei figli, oppure sono delle donne *di ferro*, quasi prive di sentimenti. Queste madri mandano avanti tutto con estrema efficienza e anche le prerogative genitoriali si trasformano in codici di coordinamento aziendale.

Ruolo del padre

Assistiamo spesso a rappresentazioni di famiglie che sono solo delle finte famiglie dove il **padre**, come dettano diversi fattori culturali, non è più il padre padrone solo perché la cultura ha superato questa formula prima tollerata.

Quando la propensione di questo padre però sussiste e il nucleo non lo permette, vediamo, spesso una figura paterna fredda e distaccata, oppure un essere permissivo e gaudente, che lascia un'estrema libertà alla moglie e alla prole.
Egli maschera, in questo modo, la propria rabbia per l'impotenza o la propria incapacità ad assumere qualsiasi responsabilità che vede come qualcosa che potrebbe compromettere il proprio ruolo indisturbato. In questo modo, le responsabilità degli adulti ricadono su una sola persona che è la madre e non sempre questa ha la capacità di sopportare il peso del doppio ruolo.

Altri padri sono, invece, intransigenti e sacrificano ogni attimo di tempo alla perfezione professionale, lasciando che la famiglia sia gestita dalla moglie ma controllando al proprio rientro che ogni cosa sia in ordine, sia nella funzionalità della gestione della casa, che in quella dell'educazione dei figli e che essi compiano il loro dovere sociale e scolastico con estrema efficienza. Forse è un altro atteggiamento camuffato del padre padrone, privo dell'opzione del dialogo.

Ruolo della famiglia

La **famiglia** non è vissuta dalla coppia come una conquista e una scoperta quotidiana ma come una statica istituzione che non deve mai barcollare, a costo di puntellarla da tutte le parti.

In alcune famiglie di adolescenti con problemi gravi del comportamento alimentare possiamo notare che *i ruoli dei genitori sono invertiti* e troviamo padri con atteggiamenti materni e madri che si comportano come padri. Non consideriamo in questa sede la legittima ed auspicabile alternanza dei ruoli in circostanze di necessità o, piuttosto, alla complementarietà dei ruoli ma parliamo proprio dell'abbandono dei ruoli primari dei genitori, situazione che è spesso causa e base della confusione dei figli. Confusione che trova epiloghi, a volte gravi, nell'età dell'adolescenza.

Immaginiamo, per esempio, l'aspettativa o la delusione di una ragazzina che affronta il menarca senza l'atmosfera esplicativa e maternamente collaborativa e complice che può creare una madre o, peggio, con il patetico e goffo, seppur sincero, tentativo di supporto da parte del padre.

Alla base di una patologia derivante da un disturbo alimentare può esservi anche una famiglia che ha dei ***problemi di gestione economica*, di *convivenza*, o che sia *affettivamente instabile*.** Questo tipo di famiglia è destinata a rimbalzare queste nevralgie a tutti i componenti, a volte inconsapevolmente, talvolta addirittura in buona fede. Non è detto, quindi, che ci sia la volontà precisa di fare male le cose o far del male alle persone.

Può esserci anche ***un ambiente familiare iperprotettivo*** che suscita la ripulsa e la ribellione adolescenziale dove ***il rifiuto viene trasferito al cibo* e questa è la maggiore discriminante dell'anoressia mentale.**

Di solito, inizia tutto dal non-incontro e cioè dal rimanere fissi nelle proprie posizioni.
Questo atteggiamento fa trasparire una debolezza di fondo nel carattere di alcuni genitori che, non essendo capaci di negoziare le proprie opinioni per paura di perdere qualcosa di sé, si isolano e vivono una vita sempre più individualistica.
I figli ne fanno spesso le spese perché, non sapendo da che parte stare, rimangono in una zona d'ombra nella quale escludono ogni forma di agente estraneo.

È come se rimanessero sull'uscio di casa aspettando il ritorno della genitorialità intesa come padre e madre insieme ed ogni altro elemento è di disturbo a quest'attesa. ***Anche il cibo è così considerato un agente estraneo da evitare.***

Il più delle volte ***una separazione anche consensuale*** dei genitori, seppur dolorosa come uno strappo sulla pelle, è risolutiva per loro ma lascia ben altre cicatrici nell'anima dei figli. Cicatrici che non fanno tanto male perché hanno la speranza di una soluzione

che, spesso i figli, cercano dentro loro stessi e attraverso i propri mezzi. ***A volte, soluzioni e mezzi, vengono individuati nella sfera alimentare.***

Se, invece, i genitori trovano un punto di incontro tra di loro in modo automatico, in questi casi l'adolescente ripristina gradatamente il suo equilibrio che appariva perduto.
Non deve sembrare una semplicistica risoluzione del problema perché bisogna essere ben coscienti che è un percorso lungo e faticoso e il più delle volte necessita di un supporto professionale nel quale vengono coinvolti in prima persona i genitori ed eventuali altri componenti della famiglia e, solo successivamente, se il disturbo alimentare dell'adolescente non dovesse rientrare, il supporto psicologico va applicato anche alla persona interessata.

Possibilità di soluzione e guarigione

Siamo abituati a vedere i disturbi alimentari degli adolescenti come una *patologia soggettiva, nella quale tutto parte dal ragazzo e dunque da lui deve scaturirne la soluzione*. **Niente di più errato** perché i fattori sono, a volte, insospettabili e sono, come abbiamo detto, più numerosi di quel che si pensa.

Teniamo presente che **il soggetto anoressico ha l'incombenza di dover ristrutturare sia la salute fisica che quella psichica e le due cose non possono prescindere l'una dall'altra ma devono essere accompagnate in modo univoco e sinergico, senza prevalenza di importanza.**
Molti pazienti trattati riescono a guarire ma conservano un rapporto molto difficile col cibo e a volte si passa dall'anoressia alla bulimia nervosa oltre ad altri disturbi dell'alimentazione, necessitando nuovamente di trattamenti terapeutici.

Dalle statistiche emerge un dato sconfortante che riguarda il tasso di mortalità che è elevato. La maggior parte dei decessi avviene per complicanze cliniche ma anche per danni psichiatrici e neurologici correlati al deperimento organico o per suicidio, che non ha una bassa incidenza come percezione di impossibilità estrema di soluzione.

Le possibilità di remissione della malattie e della sua definitiva guarigione dipendono da tanti fattori quante sono state le cause scatenanti ma tutto deve partire dalla comprensione dei linguaggi familiari.

Il ruolo del terapeuta

Il terapeuta si fa carico, solitamente, di tradurre questi linguaggi e renderli accessibili ad ambo le parti.
Sappiamo che il linguaggio verbale non è sempre esplicito perché in alcuni segmenti diviene "paraverbale", ossia si serve di sottintesi, doppi significati, toni, intonazioni, allegorie e così via che non sempre sono comprensibili dall'adolescente, se non nella loro forma ancora infantile.
In poche parole, un adolescente non sempre comprende delle cose non esplicitate verbalmente e, spesso, cercando una comprensione per lui plausibile che faccia completare un discorso fatto da un genitore, lo traduce a modo suo, capendo a volte male e non accettando ciò che viene percepito.

Solo l'esperienza e la frequentazione dei modi di dire fa sì che tutto diventi chiaro e non ambiguo. **Il percorso di assimilazione del linguaggio verbale e paraverbale è frutto dell'esperienza ed è un fattore lento e soggettivo.** Possiamo quindi avere bambini di dieci anni che sono, per così dire, "svegli" e ragazzini di tredici o quattordici anni che conservano ancora dei tratti mentali con degli schemi infantili.

Il degrado fisico

Fisicamente il deperimento organico dovuto dall'anoressia deturpa, in alcuni casi in modo devastante, parti dell'organismo o sue funzioni. Ci troviamo davanti alla comparsa, per esempio, di *ulcere* intestinali, di *disidratazione* generale, danneggiamento delle *gengive* con danni ai *denti* a volte irreversibili, per la perdita degli stessi.
Ritroviamo anche *irregolarità del ciclo mestruale* con possibilità di amenorrea, *danni cardiaci* molto seri e compromettenti per tutto il sistema cardiovascolare, danni al *fegato* e ai *reni*, al *sistema nervoso*, alle *ossa*, al *sistema linfatico* e altro ancora.

Il degrado psichico

Psichicamente e neurologicamente parlando, poi, possiamo riscontrare *depressione*, *disturbi della sessualità*, diminuzione dell'autostima e conseguenti sensi di colpa, sbalzi di umore e difficoltà ad instaurare e mantenere relazioni sociali e familiari, tendenza a comportamenti maniacali, eccetera…

Nella maggior parte dei casi in cui si voglia intervenire sul soggetto anoressico si rende necessario e, a volte, indispensabile, stabili-

re un *rapporto dialogico* prima e *terapeutico* successivamente, tra famiglia e soggetto, dunque un percorso terapeutico specifico che possa avere già basi dialogiche.
Non è necessario, se non in casi limite, usare *metodi coercitivi* che di per sé hanno, comunque, una scarsa risposta. Posso infatti costringere una persona debole a stare in un determinato posto ma non posso costringere la sua volontà a guarire. Naturalmente, questo ci dice quanto sia indispensabile la volontà del paziente a voler uscire fuori dalla sua situazione.
La coercizione si usa in casi particolari e cioè quando la patologia ha portato in uno stato di consunzione al limite con le funzioni vitali del paziente e questi, se minore, subisce il ricovero coatto. Il ricovero in ospedale si attua anche nei casi in cui, pur essendo maggiorenne, il paziente perde coscienza e vigilanza o quando il paziente stesso lo chiede perché soffre a causa del dimagrimento molto rapido, per evidente prostrazione fino alla depressione e stato di confusione e affaticamento.

La motivazione nella guarigione

Quello che però può indurre un paziente a lasciarsi aiutare o a muoversi verso l'aiuto è la motivazione. Nell'offerta motivazionale che un terapeuta può fare al proprio paziente deve esserci per forza in gioco la famiglia che, oltre alla sua vicinanza fisica, deve fornire sia al paziente che al terapeuta dei dati che il terapeuta stesso può non conoscere o che il paziente ha dimenticato o rimosso.

La terapia

Ogni terapia comincia con un esame generale del caso e una pianificazione del programma da svolgere.
Ogni pianificazione prevede, innanzitutto, l'impegno da parte del paziente a voler recuperare il peso corporeo. Il terapeuta si impegna, da parte sua, a istruire la terapia più idonea al caso e di promuovere la terapia sia con il paziente singolo che con il gruppo famiglia. Queste terapie possono essere condotte sia individualmente che contestualmente a tutto il gruppo. Da parte dei genitori o, comunque dei familiari, si chiede la disponibilità di prendere in carico il paziente per tutto il periodo dei lavoro.

Per la quasi totalità dei casi, **il paziente anoressico non è consapevole della gravità della propria situazione** e questo comporta una notevole difficoltà, soprattutto a lasciarsi aiutare, ritenendo questo fatto come un allontanamento dai suoi obiettivi. Non si rende conto che l'obiettivo di attirare l'attenzione è riuscito, per cui concluso e quello di punire o assoggettare i genitori ha perso d'importanza perché sostituito dalla compulsione sistemica nella quale il circolo vizioso comincia dal cibo e finisce col cibo.
L'anoressico, ad un certo punto della sua manifestazione, si lascia avvincere dalla teatralità più che dall'aver rappresentato il suo disagio. Anche lo spaventoso dimagrimento di cui si rendono conto parenti e medici è, invece, per il paziente anoressico, motivo di autostima.
È da considerare molto attentamente, in fase di scelta delle strategie e delle terapie, lo stato di stallo in cui si trovano spesso sia il paziente che la famiglia stessa.

L'anoressico è prigioniero della sua situazione e, pur avendo bisogno di aiuto, difficilmente lo chiede per cui finisce in un vortice senza fine nel quale trova tutte le motivazioni plausibili al suo punto di vista, non accettando, invece, che è proprio il suo punto di vista ad essere deviato.

Spesso continua con la sequela di prototipi che si è, strada facendo, costruito, eliminando quelli convenzionali della società.
In poche parole se dice di stare bene ed avere un peso forma, per esempio, sia lo "star bene" che "il peso forma" sono suoi pareri, punti di vista, lontani da quelli convenzionali.
Se, infatti, per un ragazzo alto cm 175 il peso forma non deve scendere al di sotto dei 57/60 kg e per un uomo adulto al di sotto dei 65/70 kg, per l'anoressico anche un peso di 50 o 45 kg è plausibile e il benessere non è più la manifestazione dell'assolvimento dei propri compiti quotidiani in modo agiato ma può consistere nel solo respirare con sufficienza, reggersi in piedi e potersi recare da soli, anche appoggiandosi, in bagno.

D'altra parte anche la *famiglia* entra in uno stato di prostrazione dove la fanno da padrone la rassegnazione e l'abitudine. Ad un certo punto, se la famiglia non ha gli strumenti, anche solo culturali, per uscire dall'empasse, si crogiola nel vivere alla giornata.

Le strategie predominanti, una volta, erano quelle *dell'isolamento* del soggetto dalla famiglia, proprio perché si cominciava a valutare la situazione partendo dal contesto familiare, mentre adesso, pur non lasciando da ultimo il metodo dell'isolamento, si valutano prima le motivazioni che hanno portato il paziente alla condizione attuale.

Il **primo traguardo** resta, comunque, quello di evitare un ulteriore calo ponderale del paziente anoressico che potrebbe essere sempre più irreversibile.
Ogni mezzo è valutato come ottimale, dalle infusioni alla somministrazione, per gradi, di brodini arricchiti e via, via, con semolini, omogeneizzati, eccetera… in modo da riabituare lo stomaco a recepire il cibo sempre più solido e a riformare in modo graduale la secrezione di tutti gli enzimi della digestione che, immancabilmente, lo stomaco e l'intestino secernono solo se sollecitati dal cibo e che la mancanza di esso ha destabilizzato.

D'altro canto, *si possono interrompere, se serve,in una prima fase, i rapporti con la famiglia*, per evitare comportamenti reattivi, da una parte e dall'altra, favorendo, quindi, un ambiente confortevole nel quale ogni terapia sia credibile da parte del paziente. Questo serve a recuperare la sua autostima e la sicurezza nell'appoggio di persone terze "disinteressate", avulse da tutti i meccanismi della malattia.

In questo contesto viene prospettato un percorso parallelo con supporto psicoterapeutico.

Questo tipo di ricovero ha una durata medio/lunga che va dai due/tre mesi fino a sei mesi, nei quali si fissa ***l'obiettivo dell'aumento di peso per il paziente ma si attua anche un programma di sostegno ai genitori*** che spesso necessitano, anche, di una terapia di coppia, oltre che individuale, essendo frequenti i casi in cui si individua la radice dell'accaduto in una sofferenza proprio in questo segmento.
A volte, la nevralgia ha coinvolto anche altri familiari come fratelli o nonni e zii conviventi e allora si potrebbe prospettare una terapia di gruppo nella quale si mira a riordinare i ruoli.

Tutto il gruppo viene rieducato ad adottare dei linguaggi non verbali che devono mirare alla conciliazione, laddove per linguaggi non verbali si intendono tutti quegli atteggiamenti del corpo che vanno dalle carezze, ai sorrisi ed evitando quelli atteggiamenti ambigui come ammiccamenti o espressioni non verbali o paraverbali che manifestino indifferenza.

Farmacologicamente, l'anoressia prevede l'utilizzo di antidepressivi mentre le conseguenze dell'anoressia vengono trattate dai medici competenti con medicine appropriate e convenzionali.

Alcuni consigli per i genitori

Innanzitutto **mostrate in modo molto evidente il vostro affetto** e, se necessario, sforzatevi o imparate a voler bene in modo comprensibile e non sottinteso, infatti nulla è scontato, non è detto che il figlio comprenda il vostro affetto leggendo tra le righe, per cui dovete usare un linguaggio verbale (con le parole) e non verbale (con i gesti espliciti) ma mai il paraverbale che è ricco di possibili fraintendimenti ed incomprensioni.

- Secondariamente, **bisogna accettare i punti di vista del figlio** anche se non li condividete, non per farla contenta ma per mostrarle il rispetto che merita.
Dopo la guarigione potrà essere lei stessa a rivederli e correggerli e per voi sarà più semplice rinegoziare tutto ma evitando accuratamente le recriminazioni.
Il "te lo avevo detto" ha sempre effetti molto negativi che portano alla prostrazione e potrebbero causare una ripresa delle posizioni precedenti.

- **Cercate di capire quale sia il vostro pensiero sulle cose che hanno turbato vostra figlia**. Se dall'analisi è venuto fuori, per esempio, che la ragazza ha puntato come partenza del suo malessere la forma fisica, cercate di capire quale sia il vostro punto di vista sulla forma fisica e notate se qualche vostro atteggiamento possa aver fatto scattare di rimando, in vostra figlia, delle attenzioni che, successivamente, ha esasperato.

- Se trovate in voi qualche responsabilità, **non demonizzate il vostro comportamento ma giustificatevi** attraverso la buona fede e **correggetevi**, parlandone con lei, ridimensionando la cosa insieme.

- È importante che quando vostra figlia abbia raggiunto un certo grado di salute ed abbia ripreso un po' di peso, **non esageriate nel complimentarvi** con lei dicendo cose come "ti trovo di nuovo in forma" oppure "adesso stai davvero bene". Queste parole innocenti per voi e dette veramente con sincerità, a lei potrebbero suonare come: "Hai fatto tanto rumore e alla fine hai recuperato di nuovo la tua forma, quindi stai ingrassando".

- **Non fate molte domande sul cibo**, sul come si sente dopo aver mangiato, eccetera. Queste cose vi tolgono un po' di apprensione ma siate pazienti perché in questo modo potrebbe sentirsi a disagio e sapete bene, ormai, cosa può significare una chiusura.

- Potete chiedere qualcosa su come ha passato la giornata, se ha incontrato amici. Fate girare il discorso su dialoghi generici e lasciate che sia lei ad introdurre o approfondire delle cose. Si sentirà compresa e soprattutto **protagonista della sua vita**.

- **Fidatevi dell'équipe dei terapeuti** e contate sul loro supporto ma, soprattutto, quando vostra figlia è a casa nella fase della rinascita, non esitate a mantenere i contatti con gli specialisti, soprattutto gli psicologi o gli educatori che potranno supportarvi per tutto il tragitto della guarigione.

- **Manifestate il vostro amore ma evitate di essere oppressivi**, lasciate vostra figlia libera di gestire i suoi spazi e, pur apprezzando la sua sicurezza, fatelo con discrezione e a distanza, in modo da non sopperire alla vostra necessità di rassicurazione con gli eccessi.
Potrete essere rassicurati dai terapisti e all'interno della vostra coppia e quando questa non esista fatevi un gruppo con altri figli più grandi, con altri elementi della famiglia, con amici che possano capirvi ma non fate gravare questa sorta di responsabilità su vostra figlia che sta cercando una via per uscire dalla sua malattia.

Lo stato di anoressia o dei disturbi gravi dell'alimentazione non sono un atteggiamento, un capriccio, una condizione, ma una vera e propria malattia della quale avete preso coscienza attraverso la sofferenza che ha causato a tutti.

Ci auguriamo che abbiate letto con sensibilità ed interesse queste informazioni su un problema così importante come quello relativo ai disturbi del comportamento alimentare. Purtroppo sono molto più diffusi di quanto si pensi e spesso vengono nascosti per paura di essere giudicati o non compresi a sufficienza.

Noi di VitadaMamma abbiamo sentito una forte necessità di diffonderne la consapevolezza.

Speriamo che abbiate apprezzato l'ebook e vi invitiamo anche ad iscrivervi alla nostra newsletter che vi permetterà di poter ricevere altre pubblicazioni esclusive con cadenza periodica. (www.vitadamamma.com/newsletter-di-vita-da-mamma)

©2015 Vita Da Mamma
Scritto da Giuseppe Gagliano ~ educatore ~