



Anoressia

Tiziana Grassi

Cos'è l'anoressia

[Storia dell'anoressia](#)

[L'origine](#)

[Gli stadi principali](#)

[Conseguenze fisiche](#)

[L'anoressia e la moda](#)

I disturbi associati

[Il vomito nell'anoressia](#)

[La dismorfofobia](#)

[L'autocontrollo](#)

[L'autolesionismo](#)

[Le dipendenze](#)

Terapie



“Un corpo odiato, vissuto come deforme, un corpo da distruggere, assottigliare, offendere, annullare: un corpo erroneamente percepito, che diviene il bersaglio di ogni insoddisfazione e senso di colpa.

Un corpo che diviene lo strumento di comunicazione di ogni sofferto disagio e di ogni paralizzante bisogno di attenzione, mai dichiarato, mai chiesto, ma sempre agognato nel silenzio”.

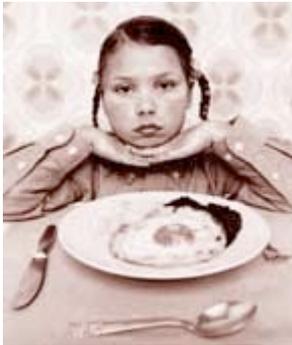
Ho deciso di iniziare la trattazione dell'argomento, citando una frase che ben illustra il quotidiano tormento vissuto da ogni ragazza anoressica.

Cos'è l'anoressia

Il termine anoressia letteralmente significa “senza appetito”, ma in realtà questo malessere è molto più serio di una semplice inappetenza in quanto può degenerare in una vera e propria repulsione ossessiva nei confronti del cibo.

L'anoressia può essere conseguente a malattie di varia natura, come ad esempio gastriti, intossicazioni o alcune forme di tumore che hanno provocato l'alterazione del metabolismo, ma può anche trattarsi di “anoressia nervosa” o anche detta “anoressia mentale”, che si manifesta sotto forma di nevrosi. Quella maggiormente conosciuta è l'anoressia nervosa, ovvero un disturbo narcisistico che consiste nel sentirsi forti e potenti opponendo resistenza al cibo. Ed è proprio sotto questa forma che si manifesta più frequentemente ai nostri giorni, infatti a questo proposito l'Associazione Nazionale americana Anoressia Nervosa e Disturbi Correlati calcola che soltanto negli Stati Uniti ci sono otto milioni di anoressici, di cui la stragrande maggioranza (l'86%) ha cominciato a soffrirne prima dei 21 anni. Mentre in Italia il numero di casi di anoressia sono aumentati vertiginosamente, infatti nel 1996 se ne contano 110'000, il doppio rispetto al 1988 quando se ne contavano 55'000. Inoltre i dati statistici dei paesi ricchi e industrializzati (nei quali il Giappone ha il record di queste sindromi) rivelano che, su 100 soggetti tra i 13 e i 25 anni, poco meno dell'1% soffre di episodi anoressici.

Questo disordine alimentare colpisce soprattutto le ragazze dai 12 ai 25 anni, l'85% delle quali non è sposata. Un fatto da sottolineare è che il fenomeno è in continua crescita, infatti se fino a poco tempo fa riguardava solo le persone provenienti dalla fascia medio-alta, ora esso colpisce anche i ceti più bassi. Naturalmente si tratta di una malattia presente soltanto nei paesi occidentali industrializzati, in quanto nei paesi sottosviluppati non vi è una sufficiente disponibilità di cibo, senza la quale è impensabile possa esistere un digiuno volontario. In altre parole la carestia non permette ideali fondati sulla magrezza. A questo proposito il dottor Daniel Kabithe del Kenya osserva: “Gli africani sono diventati i migliori imitatori di altre culture, di conseguenza se in



occidente c'è la mania delle diete, anche le donne africane sono facilmente vittime delle cure dimagranti”. Inoltre anche la fascia di età si sta notevolmente allargando coinvolgendo, proprio negli ultimi anni, anche le bambine in età pre-puberale e le donne mature. Il periodico medico “The Harvard Mental Health Letter” riferisce che l'anoressia nervosa con il tempo oltre a causare gravi problemi di salute, può rivelarsi anche fatale, con una percentuale che va dal 3 al 5%, e il 15% di queste muore per problemi legati a insufficienza cardiaca o renale oppure a causa di qualche infezione. Di conseguenza l'anoressia è la prima causa di morte tra le malattie psichiatriche.

La psicologa Fabiola De Clercq durante un'intervista chiarisce il motivo per il quale l'anoressia può venir definita una patologia quasi del tutto femminile. Infatti gli individui colpiti dai disturbi legati all'alimentazione come l'anoressia sono per lo più appartenenti al sesso femminile, con una percentuale del 90-95%. Anche se, proprio negli ultimi anni, i casi di anoressia maschile stanno aumentando, inoltre si è potuto osservare che la malattia nel maschio può produrre allucinazione, delirio mistico e di onnipotenza e schizofrenia.

Questa marcata maggioranza di vittime di sesso femminile, spiega la psicologa, accade in quanto la donna attribuisce maggior importanza al corpo rispetto all'uomo, infatti già le bambine hanno la consapevolezza di avere un corpo che un giorno farà da richiamo sessuale nei confronti dell'altro sesso e di conseguenza sono coscienti del fatto che dovranno prendersene cura. Dunque gli individui femminili (donne, giovani donne, ragazze e bambine) attraverso il corpo esternano il loro disagio nei confronti della vita quando non sono in grado di esprimerlo a parole. Di conseguenza le donne scelgono l'anoressia e la bulimia per dire che stanno male, facendo parlare il corpo per

esprimere i diversi malesseri. La situazione per quanto riguarda gli uomini è differente in quanto questi ultimi quando presentano un disagio psicologico ricorrono all'uso e all'abuso di stupefacenti, di conseguenza la percentuale di tossicodipendenti maschi è di circa il 90% rispetto alle donne. Di conseguenza dal momento che i disordini alimentari colpiscono più spesso le donne che gli uomini, nella trattazione di questa ricerca parlerò delle vittime di queste patologie prevalentemente al femminile.



Come accennato in precedenza, l'anoressia solitamente si manifesta nell'età adolescenziale in quanto proprio in questo periodo il soggetto vive più intensamente, un turbinoso cambiamento dell'immagine corporea e del suo stesso spazio mentale. Tutto ciò si oppone all'onnipotenza infantile, di conseguenza il sentimento di angoscia e depressione che ne scaturisce prelude all'entrata nell'età adulta. Il rifiuto di entrare nell'età adulta si può tradurre con disturbi del comportamento alimentare, come l'anoressia. Infatti il medico inglese Michael Spira scrive che una delle cause dei disturbi alimentari è da attribuire alla paura della ragazza per quanto riguarda crescere.

Di qui l'esigenza di dimagrire per prevenire o invertire i cambiamenti della pubertà e le caratteristiche sessuali che la ragazza stessa associa all'età adulta le cui responsabilità ha paura di accettare oppure il bisogno di farsi crescere i capelli (per coprirsi) o di portarli cortissimi (per sembrare un maschio).

Per diagnosticare questa malattia si utilizzano alcuni criteri di valutazione comuni alle malattie mentali, chiamati i cinque assi diagnostici, che vengono usati soltanto per le possibili pazienti malate di anoressia.

Si prendono in esame questi cinque assi:

- l'asse biologico-somatico: esso prende in considerazione l'esame e la terapia dei disturbi visti con la prospettiva della medicina somatica tradizionale e della psichiatria biologica.
- l'asse della dimensione corporea: esso considera l'opinione che si ha del proprio corpo in continuo cambiamento durante le varie fasce d'età. L'immagine del proprio corpo ha una base affettiva appartenente in parte anche all'universo del simbolico e dell'immaginario.
- l'asse socio culturale: esso prende in esame gli aspetti sociali e culturali della persona, quali la situazione economica e lavorativa, rapporti interpersonali,...
- l'asse familiare: esso valuta la relazione tra i diversi componenti della famiglia, prestando particolare attenzione alla comunicazione verbale e non e alle aspettative reciproche.
- l'asse del funzionamento psichico: esso considera caratteristiche come l'intelligenza, la capacità introspettiva, la capacità di astrazione e simbolizzazione. In seguito è in grado di rivelare le alterazioni del funzionamento cognitivo, del tono dell'umore, dell'ideazione e della percezione.

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali, riconosciuto a livello internazionale, per una diagnosi (cioè una prestazione sanitaria che può essere svolta soltanto da clinici esperti) positiva dell'anoressia nervosa è necessario che vengano rispettati contemporaneamente i seguenti criteri diagnostici:

- il rifiuto volontario di mantenere il peso corporeo normale, ovvero al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto in base al rapporto tra età e statura. Mediamente il soggetto anoressico presenta un indice di massa corporea uguale o inferiore a 17,5. L'indice di massa corporea si ottiene dividendo il peso del soggetto in kg per l'altezza in metri al quadrato; un valore comprendente tra 19 e 24 viene ritenuto normale.
- l'intensa paura di aumentare di peso e diventare grassi anche se il peso è al di sotto dei valori normali. Anche un aumento di pochi etti può provocare un profondo disagio e una profonda angoscia.
- l'assenza di preoccupazioni per quanto riguarda l'attuale condizione di sottopeso. Inoltre la vita e il comportamento del soggetto vengono fortemente influenzati dal peso e dalla forma del proprio corpo.
- e per le femmine: amenorrea, ovvero l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi, causata dal sottopeso. Infatti una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, come gli estrogeni. Visto che una donna per essere predisposta a procreare deve avere una certa percentuale di grasso idoneo per affrontare un'eventuale gravidanza, gli individui anoressici essendo troppo magri hanno l'incapacità fisiologica a procreare.

In seguito alla diagnosi della malattia, gli specialisti dovranno specificare in che modo si presenta il disturbo. Infatti si differenziano due sottotipi di anoressia: con restrizioni (non purging) e con abbuffate e conseguenti condotte di eliminazione (forme purging).

Il primo sottotipo della malattia è la classica forma in cui il soggetto, ponendosi come obiettivo principale quello di dimagrire, mette in atto comportamenti di tipo restrittivo:

- la scarsa alimentazione dell'individuo è soggetta ad una continua riduzione della quantità. Nonostante la sensazione di fame, la paziente resiste a questa esigenza fisiologica.
- Il soggetto salta i pasti
- Pratica attività fisica in eccesso, con lo scopo di bruciare calorie

Inoltre questo sottotipo si distingue dal secondo soprattutto per il fatto che la paziente non è ricorsa regolarmente a meccanismi di compenso in quanto si nutre già pochissimo, quindi ne sente meno il bisogno.

Nel secondo sottotipo la paziente presenta un'alimentazione compulsiva e di conseguenza ricorre continuamente a meccanismi di compenso, come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e clisteri e una strenua attività fisica. In alcuni casi anche se le abbuffate sono assenti, il soggetto mette ugualmente in atto questo metodo di compensazione, e lo fa dopo aver ingerito quantità minime di cibo. Di conseguenza gli effetti a livello fisico saranno ancora più gravi.



Fino a 10-15 anni fa, diversi studi svolti in questo campo hanno dimostrato che la forma di anoressia più comune era quella restrittiva, mentre attualmente la forma bulimica è quella prevalente, anche se entrambe sono in aumento.

Questi due sottotipi, anche se ben distinti tra loro, possono presentarsi nello stesso individuo. Infatti molte ragazze intercalano questi due sottotipi presentando per brevi periodi atteggiamenti anoressici a cui fanno seguito comportamenti bulimici.

Dall'esperienza clinica è emerso che metà delle ragazze anoressiche sviluppa successivamente una bulimia conclamata.

Storia dell'anoressia

L'anoressia nervosa non è un disturbo tipico del nostro tempo, in quanto era presente già nel Medioevo, anche se diversamente per quanto riguarda le motivazioni. Infatti nel Medioevo molte donne, le cosiddette ascetiche, raggiunsero la santità proprio imponendosi un distacco implacabile e assoluto verso ogni bisogno terreno, compreso quello del cibo necessario alla sopravvivenza. A quel tempo tuttavia la privazione non era considerata una pratica igienica o rivolta a fini estetici ma piuttosto un tirocinio spirituale e fisico che procurava la perfezione interiore. Infatti il rifiuto del cibo, rappresentava una sorta di ascesi, ovvero un sacrificio indispensabile per incontrare dio. Possiamo inoltre ritrovare l'anoressia nel passato, attraverso le cronache dell'epoca, ad esempio la moglie dell'imperatore d'Austria Francesco Giuseppe, la bella ed irrequieta Sissi, molto probabilmente soffriva di anoressia nervosa accompagnata da un'eccessiva e frenetica attività fisica. Episodi di questo genere sono molto comuni, infatti leggendo alcune biografie del passato si nota che i protagonisti rispondono ai criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Forse il caso più clamoroso è quello descritto dallo storico americano Bell, che nel suo testo "La santa anoressia", riconosce in santa Caterina da Siena (e in altre sante medievali) la figura dell'anoressica. Egli utilizza, in sintesi, i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e confrontandoli con le descrizioni autobiografiche delle sante giunge alla conclusione che i loro comportamenti alimentari vanno interpretati in senso patologico e che equivarrebbero ad un tipo di anoressia mentale. Patologia che esprimeva dal punto di vista culturale una protesta nei confronti della condizione femminile nel contesto sociale e religioso del Medioevo.

Inoltre avanzano altre ipotesi, come quella che J.M. Barrie, l'autore di Peter Pan, il bambino che non voleva crescere, avesse a sua volta sofferto di disturbi alimentari. Mentre a livello scientifico, l'anoressia è conosciuta da tre secoli, da quando nel 1694 il medico inglese Richard Morton pubblicò il primo trattato medico a Londra, anche se fino a trent'anni fa è stata considerata una malattia rara. Di conseguenza anche se questa patologia non era del tutto sconosciuta, soltanto nel 1993 a Montecarlo, si è tenuto il primo congresso multidisciplinare sulle malattie legate all'alimentazione.

L'origine

L'anoressia nervosa, come tutti i disturbi del comportamento, è una malattia molto complessa, in quanto ha all'origine l'interazione di molteplici fattori biologici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici.

Generalmente il punto di partenza comune a tutti i soggetti affetti da anoressia coincide con l'inizio di una rigida dieta che spesso le viene consigliata da qualche amica o che trova su un settimanale



femminile, allo scopo di adeguarsi ai canoni estetici della società. Questo volersi adeguare ai modelli di bellezza femminile che esaltano la magrezza, è ritenuto da molti psichiatri la causa principale dei disturbi alimentari delle adolescenti.

Ed è questa dieta ferrea, fortemente ipocalorica, spesso anche ridotta dalla ragazza stessa (dunque senza alcuna supervisione medica) che riveste il punto centrale del disturbo. Di conseguenza non ricevendo i giusti micro e macronutrienti, che solitamente assicurano la corretta produzione di alcuni neurotrasmettitori cerebrali, la ragazza presenta uno squilibrio mentale che favorisce l'instaurarsi della patologia.

I molteplici fattori che portano un soggetto a diventare anoressico si possono suddividere in:

- predisponenti
- scatenanti

Uno dei punti fondamentali per poter evitare che la malattia si sviluppa totalmente, sta nel conoscere alcuni comportamenti tipici, chiamati i fattori predisponenti, presenti nei soggetti che attraversano la fase iniziale del disturbo. Questi fattori includono alcuni tratti della personalità come i fattori genetici, il sesso femminile, l'età e una personalità ossessiva. Si può subito notare come la stragrande maggioranza delle persone affette da anoressia sia di sesso femminile. Inoltre gli studiosi hanno constatato che il soggetto anoressico presenta una personalità ossessiva, in quanto nutre un'ossessiva sopravvalutazione dell'importanza della propria forma fisica, del proprio peso e una continua necessità di stabilire un controllo su di esso.

L'insorgere della malattia può anche venir associato alla famiglia visto che l'anoressia è anche definita come un disturbo dello spirito, che nasce dall'ambiente, dalla società e dalla famiglia in cui si vive. Alcuni studi hanno dimostrato che i disordini alimentari si manifestano con più probabilità tra i parenti di una persona già malata di anoressia, soprattutto se si tratta della madre. Inoltre la ragazza affetta da anoressia solitamente proviene da una famiglia che nutriva grandi aspettative da lei, o da una famiglia che le creava un'eccessiva pressione oppure da una che la trascurava.

A volte proprio i genitori vengono ritenuti responsabili per ciò che è successo ai propri figli per quanto riguarda il comportamento troppo assillante della madre e quello troppo assente del padre. Di conseguenza le madri che scoprono che la loro figlia soffre di anoressia, in genere si sono sempre preoccupate molto di lei, ma non si sono rese conto che non le hanno dato l'unica cosa di cui veramente avevano bisogno, cioè la vicinanza emotiva, l'affetto e il contatto corporeo. Infatti alcuni psicoanalisti sostengono che il rifiuto del cibo sia collegato ad un rifiuto della vita e quindi inconsciamente della madre. La figura del padre invece molto spesso affermata nel campo lavorativo, aveva riposto troppe aspettative sulla figlia.

Di conseguenza, visto che la componente familiare riveste un ruolo abbastanza importante per lo sviluppo della malattia, è fondamentale che l'intervento terapeutico coinvolga anche la famiglia.

Anche l'essere ambiziosi e soggiacere al mito del successo è ritenuto un elemento predisponente. Il Professor Peter Slade, di Liverpool, ha sviluppato un modello, ampiamente accettato dalla comunità scientifica, secondo cui i principali tratti della personalità predisponenti per l'insorgere della malattia sarebbero una combinazione di tendenze perfezionistiche, chiamata "perfezionismo nevrotico". Secondo questa ipotesi, l'anoressia si svilupperebbe maggiormente in ragazze che nutrono delle aspettative elevate nei confronti di sé stesse e della propria vita. Nutrono questi sentimenti per quanto riguarda la scuola, le amicizie, le relazioni affettive, e di conseguenza considerano tutto ciò che non è perfetto una specie di fallimento, hanno una generale insoddisfazione della vita e di sé stesse.

Pertanto, il non riuscire a raggiungere la perfezione, le porta inevitabilmente a rinforzare i sentimenti di scarsa autostima e, nello stesso tempo, ad evitare le situazioni che non possono essere gestite in modo perfetto. Tutto ciò porta questi soggetti a sviluppare una forte necessità di controllare ogni aspetto della vita: poiché, soprattutto a livello affettivo e relazionale in genere, non vi sono aree su cui poter avere un controllo completo, rivolgono l'attenzione verso sé stesse in generale e verso il proprio corpo in particolare. Di conseguenza, riuscire a seguire con successo una dieta, permette loro di sentirsi in "perfetto controllo", aspetto che costituisce un notevole rinforzo a perseverare nel comportamento alimentare restrittivo. L'entrata nell'anoressia viene dunque favorita da una combinazione di rinforzi positivi, che sono i bisogni di successo, confermati dall'approvazione altrui, la necessità di essere approvati come nell'infanzia e di rinforzi negativi, come l'evitare gli altri problemi della

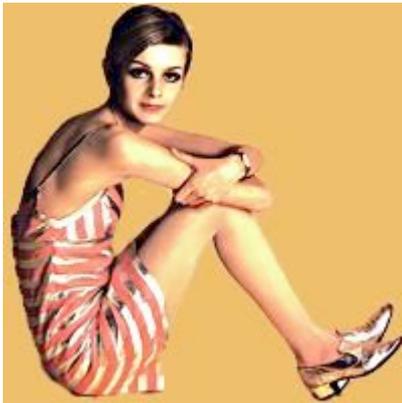


vita. Inoltre il perfezionismo risulta una caratteristica sempre presente nei soggetti anoressici; e quasi sempre la stessa caratteristica la si trova anche nella madre e nella nonna materna.

Un'altra caratteristica sempre presente nei soggetti malati è il deficit di autostima. Il termine autostima sta ad indicare il modo in cui un soggetto approva il concetto di sé. I livelli di tale considerazione di sé si differenziano tra i due sessi. Infatti spesso le donne presentano più problemi in questo ambito, e la loro autostima solitamente è legata a fattori esterni, come ad esempio l'aspetto fisico.

Nella nostra cultura occidentale l'identità femminile si definisce in base alla capacità di intraprendere e stabilire importanti relazioni interpersonali. Il valore personale di una ragazza infatti viene spesso valutato sulla base della sua capacità di stabilire buone relazioni e per questo è maggiormente apprezzata. Una situazione di questo genere, rende le adolescenti particolarmente vulnerabili al giudizio degli altri e poiché l'aspetto fisico contribuisce fortemente a determinare il grado di successo nelle relazioni interpersonali, non è sorprendente che le donne pongano al primo posto nella propria vita il peso corporeo e l'apparenza.

Inoltre è importante tenere presente il cambiamento del ruolo della donna nel corso degli anni, infatti la magrezza è diventata il simbolo dell'emancipazione e dell'indipendenza femminile, fino al raggiungimento di diritti pari a quelli dell'uomo. Di conseguenza la donna di deve staccare da quella che era la sua immagine tradizionale, ovvero quella della donna un po' in carne dedita alla casa e ai figli. Un esempio che conferma quanto appena scritto è quello della modella Twiggy, che diventò il simbolo della bellezza statunitense nel periodo in cui la donna ottenne eguali diritti in campo scolastico. Inerente a questo proposito, Bemporad in un suo libro scrive che, l'anoressia non esiste nelle civiltà rurali o antiche, ovvero in quelle organizzazioni sociali nelle quali era prevista una chiara sottomissione della donna nella società.



I fattori scatenanti sono invece quelle vicende complesse e dolorose della vita che possono far affiorare il disturbo già latente nella persona, ad esempio gli abbandoni, le devastanti delusioni amorose, le normali trasformazioni del corpo che caratterizzano la pubertà.

L'anoressia può anche svilupparsi in seguito a delle situazioni particolarmente traumatiche, come le violenze sessuali, infatti in una piccola percentuale di anoressiche si può notare un possibile collegamento con le violenze subite durante l'infanzia e l'adolescenza. Questi abusi molto possono portare la ragazza a voler dimagrire per nascondere le proprie forme, allo scopo di sottrarsi alle nuove emozioni riguardanti gli abusi sessuali di cui è stata vittima.

Inoltre una pubertà precoce può predisporre alcune giovani a problemi di alimentazione, mentre le ragazze che si sviluppano nella norma, cioè più vicine alle coetanee o più tardi hanno un'immagine più positiva del proprio corpo e meno problemi per quanto riguarda l'alimentazione.



Un'altra caratteristica dell'anoressia è la mancanza dell'amore nei confronti della vita, che si traduce con una mancanza di gusto per il cibo, simbolo di vita. Di conseguenza i problemi alimentari possono essere causati da un profondo disagio nei confronti della vita o da un senso di colpa di cui non ci si riesce a liberare. La psicoterapeuta Claudia Rainville nel suo

libro intitolato “ogni sintomo è un messaggio”, sostiene che il disagio di vivere deriva da un evento vissuto in giovane età che ci ha scosso in profondità, di conseguenza consiglia di cercare di ricordare quale potrebbe essere.

Infine è anche corretto prendere in esame un’ultima teoria che riguarda il campo biologico, anche se non è ancora stata interamente dimostrata. Quest’ultima riguarda una presunta anomalia funzionale di una porzione ipotalamica, deputata al controllo della fame e della sazietà, dell’attività sessuale e del ciclo mestruale.

Gli stadi principali della malattia

L’anoressica mette in atto alcuni comportamenti per restringere la propria alimentazione, che inizialmente possono sembrare esagerati ma riflettendo in merito si capisce quanto corto è il passo che separa un semplice dieta dalla patologia.

- 1) Innanzitutto per combattere la fame durante i cosiddetti pasti, la ragazza si sforza di mangiare molto lentamente e interrompe il pasto non appena sente anche una minima sensazione di sazietà. Inoltre cerca di mangiare sempre nello stesso luogo e orario, possibilmente da sola.
- 2) Un altro meccanismo che l’anoressica mette in atto è quello di utilizzare spezie e bere bevande molto calde tra un pasto e l’altro. Entrambe queste abitudini effettivamente calmano un po’ la sensazione di fame.
- 3) La ragazza sviluppa il desiderio di veder mangiare gli altri, ovvero quel meccanismo chiamato “alimentazione vicaria”. Inoltre è frequente che collezionino ricette di cucina e preparino da mangiare per gli altri, passatempi che provocano loro piacere e sollievo.
- 4) Quando la fame si fa più intensa, l’anoressica compie delle vere e proprie “abbuffate virtuali”, ovvero immagina di mangiare enormi quantità di cibo.
- 5) Visto che si sente in colpa dopo aver mangiato, la ragazza prende l’abitudine di contare le calorie ingerite e di dedicarsi ad una frenetica attività fisica, ad esempio correndo, ballando,... Di conseguenza il senso di colpa diminuisce enormemente. È interessante notare come in ospedale molte pazienti anoressiche si stupiscono di aver avuto l’energia di correre, di pedalare come pazze sulla cyclette,...e tendono a conservare l’illusione megalomane di essere sovrumane.
- 6) Se la ragazza ritiene di aver mangiato troppo, ricorre ai cosiddetti comportamenti compensatori, come il vomito autoindotto, l’abuso di lassativi e diuretici.
- 7) Inizia a guardarsi spesso allo specchio, si prova vestiti della taglia desiderata, si pesa continuamente e si tocca il corpo per tastare le ossa (segno che le cose stanno andando bene). Tutti questi comportamenti sottolineano il fatto che l’anoressica mette in atto un severo controllo sul proprio corpo.
- 8) Per evitare le critiche delle persone che le stanno intorno, la ragazza comincia a “nascondersi” indossando vestiti molto larghi e mentendo sulle proprie abitudini alimentari. Infatti racconta bugie su quanto mangia e su quanto pesa. Inoltre per non esser obbligata a mangiare in presenza di familiari, inizia a nascondere e buttar via il cibo.
- 9) Sempre allo scopo di evitare le critiche, la ragazza respinge il più possibile i contatti sociali e preferisce la solitudine nella quale può continuare tranquillamente a mettere in atto le sue abitudini.

È bene ricordare che la grande fonte di soddisfazione di ogni ragazza anoressica è mantenere il proprio peso o calare un po’ ogni giorno. Se qualcosa va bene (ad esempio riceve un complimento) viene attribuito al suo corpo magro, mentre la ragazza diventa triste e si considera un fallimento quando aumenta anche solo di un etto. Di conseguenza si può notare come il suo umore e la sua autostima siano direttamente proporzionali al peso.

La malattia presenta tre stadi principali; dopo che la ragazza ha deciso di perdere qualche chilo entra direttamente nella prima fase dell'anoressia, naturalmente non tutte le persone che decidono di ridurre un po' la loro alimentazione attraversano tutte e tre le fasi.

La prima fase è carica di uno stato di benessere per la ragazza che ha deciso di intraprendere una dieta, a parte le fatiche dovute alla restrizione alimentare che sono molte dure. Ma esse inizialmente vengono rinforzate dalle persone che stanno intorno alla ragazza, che la elogiano per la sua decisione e per i primi risultati della dieta.

Questa approvazione procura un'immensa gratificazione e soddisfazione personale alla ragazza, soprattutto se il disagio e la sofferenza di partenza erano considerevoli.

In seguito le fatiche e lo stress dovuti al cambiamento delle abitudini alimentari vengono sostituiti da un senso di energia e da un generale stato di benessere. Questo cambiamento di umore, sembra secondo alcuni studi effettuati in merito, essere un meccanismo biologico essenziale per la conservazione della specie: difatti nei momenti di carestia, in questo caso all'inizio di una rigida dieta, è necessario che qualsiasi animale o essere umano faccia fronte a tale emergenza con un innalzamento dell'umore e di vitalità, per sopportare meglio le difficoltà. Purtroppo questo stato di benessere non dura a lungo, e la sua scomparsa segna l'inizio della seconda fase.



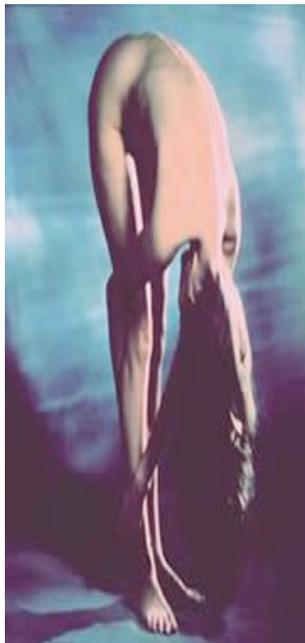
Infatti dopo lo stato euforico della ragazza dovuto alla perdita di peso, la sua mente viene via via invasa da pensieri ossessivi riguardanti il cibo.

Anche questi pensieri rivolti al cibo, esprimono un meccanismo che nasce dall'istinto naturale, ed essi governano la persona sino a quando non trova cibo per sopravvivere.

Questo desiderio è talmente forte che la persona ben presto si ritrova a pensare quasi interamente al cibo, diventando molto sensibile a tutto ciò che riguarda esso, come gli odori, i profumi,...

In questa fase tutto ciò che non riguarda il cibo, viene messo in secondo piano. Quindi già in questa seconda fase la lucidità per quanto riguarda i ragionamenti viene compromessa.

Man mano che il dimagrimento si fa più severo, la mente viene invasa sempre più dalla paura di ingrassare e perdere il controllo. In effetti il rischio di abbuffate esiste, di conseguenza l'anoressica accentua i rituali ossessivi e le rigide regole introdotte da lei stessa per tenere sotto controllo la sua vita. Questi rituali con il passar del tempo diventano l'unica legge che governa la mente di queste ragazze, a tal punto che diventa impossibile ogni tentativo di convincerle a sottoporsi ad una terapia, se non quando toccano il fondo.



Infatti le anoressiche cominciano a fare affidamento sulla sensazione di fame, che è come una rauca ribellione del proprio corpo alle piccole torture che queste ragazze gli infliggono. Quindi si comprende che sarebbe meglio motivare l'individuo ad un trattamento il prima possibile e non dopo la seconda fase.

L'umore durante questa fase subisce un cambiamento radicale, infatti diventa depresso e irritabile e ciò causa delle critiche alla ragazza da parte di amici e parenti. Quando queste emozioni negative aumentano ulteriormente significa che si è entrati nella terza fase che è caratterizzata dal fatto che vengono compromesse le funzioni delle attività mentali superiori come la concentrazione, la memoria e la capacità di giudizio critico. Di conseguenza, l'individuo che raggiunge questa fase non è più in grado di seguire normalmente un'attività sia scolastica sia lavorativa.

Inoltre quando la perdita di peso è particolarmente accentuata, l'iperattività viene incrementata e possono anche essere frequenti i disturbi del sonno.

Infine per una percentuale di ragazze che vanno incontro alla morte, negli

ultimi mesi di vita scompare l'ossessione per il cibo e compare un profondo senso di depressione e di astenia. A questo punto le capacità logiche e critiche della ragazza sono compromesse a tal punto che non si rende più conto di cosa le sta succedendo. Di conseguenza solo se obbligata in modi molto severi a mangiare è possibile un recupero.

Inoltre come in un suo libro ha fatto notare il Dottor Luigi Colombo, nell'anoressia sono presenti dei paradossi. Infatti ad esempio digiunando, la persona cerca di sparire e di non essere nulla, ma nello stesso tempo mettendo in atto un comportamento di questo tipo, attira l'attenzione di tutti in quanto il suo corpo la sta conducendo alla morte. Di conseguenza non si riesce a comprendere se l'anoressica vuole diventare invisibile oppure vuole essere al centro dell'attenzione.

Inoltre nell'anoressia il corpo diventa un segnale attraverso il quale la ragazza richiede un'attenzione particolare. Il corpo magro dell'individuo ruba la scena ai sentimenti effettivi che quest'ultimo prova e che sono la causa del suo comportamento. Ma con il progredire della malattia, quest'ultima annulla il corpo, a volte arrivando anche alla sua eliminazione più radicale, ovvero la morte. Dunque è presente un ulteriore paradosso, ovvero. Il corpo manifesta la sofferenza, ma nello stesso tempo il corpo non è nulla.



Questi due paradossi vengono causati da una difficoltà fondamentale, ovvero il blocco a livello comunicativo, cioè della parola. Di conseguenza nella terapia ci si dovrebbe occupare in primo luogo di questo blocco inerente al campo della comunicazione, invece che del blocco riguardante la funzione nutritiva.

Conseguenze fisiche

L'anoressia è una malattia mentale che sconvolge la psiche, ma a causa delle cattive abitudini dell'individuo, si presentano anche conseguenze sotto l'aspetto clinico, ovvero a livello biologico e fisico:

- iperattività nel comportamento della persona
- gonfiore e dolori addominali, dovuti all'eccessivo dimagrimento
- sensazione continua di freddo soprattutto alle estremità
- riduzione del ritmo cardiaco, fino a giungere alla bradicardia, ovvero ad un rallentamento molto forte dei battiti del cuore
- ipotensione, ovvero pressione sanguigna bassa, sia per la massima (sistolica) sia per la minima (diastolica)
- crescita di una peluria diffusa, chiamato lanugo
- ipotonia dell'apparato digerente (stipsi), ovvero un funzionamento rallentante di tutti gli organi della digestione
- formazione di petecchie, ossia di piccole emorragie esterne
- l'assenza del ciclo mestruale nelle donne, questa viene definita una conseguenza tuttavia reversibile
- caduta dei capelli
- pelle secca e squamosa
- mani gialle all'interno dovute alle variazioni della carotenemia (ossia del contenuto del carotene nell'organismo)
- osteoporosi, che viene definita una conseguenza irreversibile

L'anoressia e la moda

Ci sono tante ipotesi per quanto riguarda l'origine dell'anoressia, ma una delle poche condivisa da



tutti e ritenuta fondamentale coincide con il desiderio di adeguarsi agli standard di bellezza, che al giorno d'oggi presentano dei tratti esagerati di magrezza. Infatti molte ragazze iniziano una dieta ferrea, che le porterà all'anoressia, proprio perché vogliono a tutti i costi assomigliare alle modelle proposte di continuo dai Mass Media. Di conseguenza queste modelle scheletriche, che la moda ci impone, diventano il nostro punto di paragone. Quest'ultima purtroppo non bada al pericoloso impatto che queste modelle hanno sulle adolescenti, che vengono più facilmente influenzate, in quanto sono ancora prive di un'identità sufficientemente strutturata per poter respingere questi modelli proposti loro. Di conseguenza, come dimostra un sondaggio citato dalla rivista statunitense Newsweek, il 90% delle adolescenti di razza bianca sono insoddisfatte del proprio aspetto. Inoltre alcune di loro sono disposte a fare qualsiasi cosa pur

di arrivare a somigliare alle modelle.

L'adolescente con il tempo sviluppa una visione distorta per quanto riguarda i canoni di bellezza, infatti considera normale quella magrezza eccessiva delle top model. Soltanto soffermandosi su dei punti particolari (come il polso, il braccio,...) ci si rende conto dell'assurdità di questi modelli che ci vengono continuamente proposti. Questa bellezza femminile distorta spinge molte donne a cercare di raggiungere un peso che non è né ano né realistico. La dottoressa Christine Davies a questo proposito scrive: "La donna media è alta 1 metro e 65 e pesa 66 chili. La modella è alta 1 metro e 80 e pesa 50 chili. Il 95% di noi non regge al confronto e non ci riuscirà mai".



Nonostante ciò, ci sono donne che fanno di tutto per avere quello che considerano il fisico ideale. Ad esempio, in un sondaggio condotto nel 1997 su un campione di 3'452 donne, il 24% delle intervistate hanno detto che sarebbero state disposte a rinunciare a tre anni di vita pur di raggiungere il peso ideale. Di conseguenza il sondaggio concludeva col dire che per una minoranza significativa "la vita è degna di essere vissuta solo se si è magri".

Il caso di Kate Moss rappresenta un paradigma del mutamento dei canoni estetici moderni. È con questa modella infatti che il collegamento tra modelle e anoressia si è imposto sul mercato della moda, riproducendosi inevitabilmente in forma patologica sui corpi delle adolescenti di mezzo mondo. Il suo corpo deformato per difetto rispetto ai canoni estetici della femminilità classica e delle donne degli anni '80 sia attrazione che sentimenti di stupore.

L'anoressia in pochi anni è diventata non soltanto una moda, ma si è anche imposta nella società come unico modello di nuova

femminilità, di un nuovo modo di essere donna.

Di conseguenza questi corpi scheletrici delle modelle incarnano un tratto di morte e di malattia, elevato in maniera paradossale a modello estetico, e che diventa oggetto di desiderio maschile e di imitazione femminile.



'60,

I disturbi associati

I disturbi associati alla perdita di peso si manifestano a partire dal secondo stadio della malattia, e in seguito si accentuano sempre più con il progredire della malattia. Nella seconda fase l'umore della persona anoressica diventa depresso, irritabile e ansioso. Questi sintomi depressivi portano la persona a ritirarsi dal punto di vista sociale, a soffrire d'insonnia e a diminuire il proprio interesse anche per quanto riguarda il sesso.



Infatti l'odio che nutrono le anoressiche per il proprio corpo rende loro letteralmente impossibile la minima intimità fisica con chiunque senza avere la sensazione di essere disgustosa, impudica e grassa. Inoltre, le anoressiche in ospedale, confessano di avere paura della propria passione, del desiderio che provano nei confronti di una persona dell'altro sesso. Questo aspetto della passione fa spesso paura alle anoressiche in quanto non la possono tenere sotto controllo, come invece fanno con tutti gli altri aspetti della vita. Di conseguenza le persone affette da anoressia nervosa cambiano le proprie abitudini anche in campo sessuale; inizialmente quando la malattia si mantiene entro certi limiti, l'individuo sempre con certe restrizioni riesce ancora ad avere un'attività sessuale.

Infatti quando l'anoressia si mantiene entro i confini della scelta ideale, estetica e pacificante dei propri conflitti, si può constatare che il sesso viene vissuto in relazione al problema del peso e del dimagrimento. Mentre quando l'anoressia diventa grave, il sesso non trova più spazio nella vita della ragazza, in quanto il "progetto anoressico", ovvero quello di annullare tutti i propri bisogni diventando indipendente viene messo in atto in tutti i campi.

Dunque l'anoressia modifica la vita sessuale di una persona in quanto quest'ultima è determinata in larga parte dalla condizione psicologica e psicofisiologica globale. Di conseguenza le pratiche sessuali subiscono un cambiamento in quanto l'anoressia cambia totalmente la vita dell'individuo (anche dal punto di vista psicologico), sicuramente molto di più di quanto possa accadere quando si soffre di bulimia.

Al contrario, le persone bulimiche che sono caratterizzate da condotte di eliminazione in seguito alle abbuffate, presentano difficoltà a controllare gli impulsi e di conseguenza sono maggiormente soggette a sviluppare caratteristiche come l'abuso di alcolici e stupefacenti ed eccessiva attività sessuale.

Il vomito nell'anoressia

Penso che la maggior parte delle persone, come del resto io prima di iniziare questa ricerca, sia convinta che per distinguere le due patologie alimentari (bulimia e anoressia) viene indicato il vomito come aspetto caratterizzante della bulimia, mentre il digiuno per quanto riguarda l'anoressia. Ma in realtà non è così, infatti la pratica del vomito non appartiene soltanto all'universo della bulimia. Innanzitutto questo gesto assume un significato diverso nel campo dell'anoressia rispetto a quello della bulimia.

Nella bulimia, infatti, il vomitare è visto come una pratica compensatoria delle abbuffate. Le ragazze bulimiche vomitano solo in seguito ad aver mangiato, infatti è un gesto conseguente all'alimentazione.

Secondo alcune ricerche svolte dagli psicologi dell'Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva di Firenze, nell'anoressia solo una piccola percentuale di persone lo fa per compensare gli effetti di un pasto. Per la maggior parte delle anoressiche questo gesto assume

altri significati. Difatti il vomito nell'anoressia ha delle radici molto più profonde che nella bulimia, ha un significato simbolico ed un travaglio emotivo che va ben oltre quello della bulimia. Infatti per molte ragazze anoressiche, la pratica del vomitare è vista come una possibilità per autopunirsi, ed è un'abitudine assai più comune di quanto non si pensi. Essa, come le altre condotte eliminatorie nell'anoressia, rientra nella dinamica del senso di colpa che sottende il disturbo. Nell'anoressia nervosa significa punirsi, ma non per forza per un pasto più abbondante del solito, ma il più delle volte questo bisogno sorge tutte le volte che il soggetto si sente in colpa per un pensiero oppure per un'azione, quindi ogni volta che ci si rende conto di aver infranto il patto di "impeccabilità", ovvero quel patto che ogni ragazza anoressica stipula segretamente con la bilancia.

Di conseguenza, visto che non necessariamente questo gesto segue l'aver mangiato, esso può avvenire indistintamente a stomaco pieno o a stomaco vuoto. Ed è proprio a stomaco vuoto che il vomito è più frequente nell'anoressia, in quanto questo gesto simbolizza una sorta di autopunizione. Questa pratica è molto dannosa, sia per quanto riguarda l'organismo sia per quanto riguarda la psiche. Dal punto di vista fisico, vomitare a stomaco vuoto significa rimettere succhi gastrici, e ciò molte volte causa delle lacerazioni all'esofago. Esse sono dovute all'intenso sforzo che bisogna esercitare per indurre il vomito e queste lacerazioni si possono trasformare in emorragie notevoli. Inoltre il sangue provocato da questo gesto, riveste un ruolo simbolico per la ragazza anoressica. Infatti "vomitare sangue" significa avere la prova tangibile di essersi punita abbastanza. E questa interpretazione che l'anoressica ne fa, è il lato molto dannoso per la psiche. Ogni volta che la ragazza si sente in colpa per qualcosa, alla vista del sangue si sente sollevata e constata che la punizione è stata sufficientemente cruenta e all'altezza per l'atto compiuto. Di conseguenza questo meccanismo fa in modo che vomitare diventi un momento di sfogo sempre più frequente, da cui sempre più difficilmente si riesce a venirci fuori.

La dismorfofobia

L'anoressia e la bulimia sono spesso collegabili alla dismorfofobia che alla lettera significa: paura dei difetti. Per una valutazione della presenza di un disturbo da dimorfismo, si devono prendere in esame i seguenti criteri diagnostici presenti nel Manuale Diagnostico e Statistico per i Disturbi Mentali:

- preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Se è presente una piccola anomalia, l'importanza che la persona le dà è di gran lunga eccessiva.
- la preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- la preoccupazione non risulta meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale (l'insoddisfazione riguardante la forma e le misure corporee nell'anoressia nervosa).



Le persone che soffrono dei disturbi alimentari vivono angosciate, a causa dell'errata percezione del proprio corpo, che viene vissuto come sgradevole e inadeguato. Il termine dismorfofobia compare per la prima volta nel 1886 sul Bollettino dell'Accademia delle scienze Mediche di Genova, per indicare "una sensazione soggettiva di deformità o di difetto fisico, per il quale il paziente ritiene di essere notato dagli altri, nonostante il suo aspetto rientri nella norma". Secondo il professore J. Kevin Thompson, dell'Università della Florida del Sud, afferma che il dimorfismo corporeo è una malattia

abbastanza rara, “di cui soffre probabilmente l’1 o il 2% della popolazione e il 10-15% dei pazienti in cura da uno psichiatra”. Tuttavia aggiunge:”Secondo alcuni ricercatori, dato che i metodi diagnostici migliorano e la società è sempre più ossessionata dall’immagine, il numero dei casi è in aumento”.

Anche se questa fobia viene spesso associata ai disturbi del comportamento alimentare, non si è ancora certi del rapporto di causa-effetto tra i due fenomeni, ovvero non si sa ancora se sia la dismorfofobia che porta alle patologie alimentari o viceversa.

La dismorfofobia si manifesta quando l’insoddisfazione per il proprio aspetto fisico diventa patologica, cioè quando il soggetto arriva a pensare che le altre persone siano consapevoli delle sue deformità e della sua inferiorità. I complessi d’inferiorità, secondo lo psicologo e psichiatra Alfred Adler, sono di basilare importanza in quanto questi sentimenti inconsci o consci d’inferiorità associati a meccanismi di difesa che svolgono un ruolo compensatorio (centrati soprattutto sulla ricerca del potere sugli altri), costituiscono la causa principale dei comportamenti psicopatologici. Questa convinzione fa sì che l’individuo affetto da dismorfofobia provi ansia e preoccupazione per la sua deformità, a tal punto che sviluppa un disturbo della funzionalità sociale. Infatti la dismorfofobia può condizionare l’intera vita del paziente fino a portarlo all’isolamento sociale estremo, che può essere causa, benché in rari casi, di suicidi o tentati suicidi.

Il paziente passa intere ore a controllare il proprio aspetto e tutto ciò che lo circonda (ad esempio il lavoro, gli amici,...) perde importanza. Inoltre può assumere comportamenti fuori dalla norma, come pettinarsi continuamente, e tenta in ogni modo di camuffare il proprio difetto mediante l’uso di cosmetici e spesso arriva persino a sottoporsi ad interventi di chirurgia estetica. In relazione al far ricorso alla chirurgia estetica, la dottoressa Katharine Phillips nel suo libro inerente questo disturbo, scrive che sconsiglia di farsi sottoporre ad un intervento chirurgico, in quanto la maggior parte dei malati di solito pensa che l’intervento non sia riuscito.

In un suo articolo, la psicologa Valeria Scozzari, sostiene che la dismorfofobia è legata al cambiamento fisico e rimanda al travaglio dell’identità. Essa viene considerata come il simbolo, espresso attraverso il corpo, dei conflitti causati dalla fase di separazione-individuazione e come travaglio verso l’accettazione del “nuovo” corpo. Il processo d’identificazione personale è molto importante, e implica il vissuto della propria immagine globale (per esempio quella riflessa nello specchio) e la sua corrispondenza con l’immagine mentale.

Quindi se il soggetto non ha un’immagine distorta del proprio corpo, queste due immagini dovrebbero corrispondere. Ma alcune volte le due immagini sono profondamente diverse, questo capita spesso durante l’adolescenza, dove il giovane non ha ancora trovato un’immagine definitiva di se stesso. Infatti l’adolescenza è caratterizzata da profonde trasformazioni, sia psicologiche sia fisiche che avvengono e si manifestano attraverso il corpo. Anche se, come spiegato in precedenza, questo disturbo solitamente inizia a comparire nell’adolescenza, non mancano i casi in cui la dismorfofobia si manifesta in tenerissima età. A questo proposito il George Street Journal riferisce di un bambino di soli sei anni che credeva di avere denti gialli, la “pancia” e dei brutti capelli. Ovviamente nessuno di questi difetti era reale. Ogni mattino si spazzolava i capelli per quasi un’ora e se gli sembrava che non fossero a posto immergeva la testa nell’acqua e ricominciava daccapo il rituale, col risultato che spesso arrivava in ritardo a scuola.

Lo sviluppo della dismorfofobia viene favorita da una personalità premorboza che presenta tratti ossessivi, schizoidi o narcisistici, oppure anche dalla pressione esercitata dalla cultura della nostra società.

Questo disturbo viene suddiviso in dismorfofobia primaria e secondaria (chiamata anche sintomatica): la prima equivale al dimorfismo corporeo in assenza di altre patologie psichiatriche. Mentre quella secondaria rappresenta un sintomo aspecifico nell’ambito di altri disturbi come la schizofrenia, la depressione, le nevrosi gravi e l’anoressia nervosa.

Come scritto precedentemente non si è ancora certi del rapporto causa-effetto tra dismorfofobia e anoressia. Difatti gli esperti in questo campo hanno ipotizzato entrambe le possibilità. Da un lato

dunque è ragionevole pensare che i disturbi dell'alimentazione siano secondari alla dismorfofobia come conseguenza di un'alterata percezione del proprio corpo. Infatti una ragazza che si vede molto peggio di come è realmente, potrebbe essere più esposta ad un problema alimentare.

La seconda ipotesi è quella che afferma che la dismorfofobia è una conseguenza dell'anoressia.

Comunque oggi la dismorfofobia è considerata un criterio diagnostico dell'anoressia. Inoltre le esperienze delle pazienti anoressiche affette da dismorfofobia sono irreali, queste ultime vedono il proprio corpo mutare rapidamente. Questa forte immaginazione del proprio corpo può arrivare a livelli deliranti e sfociare in episodi di dissociazione con autolesionismo. Infatti l'unico modo per far terminare queste percezioni allucinatorie, è quello di ricorrere all'automutilazione.

Un aspetto sconvolgente consiste nel fatto che la dismorfofobia può raggiungere livelli che incutono persino terrore all'individuo stesso.

L'autocontrollo

La parola controllo riveste un ruolo fondamentale nella vita della persona anoressica, infatti quest'ultima è tormentata dalla paura di perdere il controllo della propria vita e di conseguenza cerca di compensare questo suo disturbo narcisistico controllando il cibo e la fame e quindi ottenendo un senso di onnipotenza e autonomia. Di conseguenza il controllo riguarda, oltre che le



restrizioni alimentari, anche le compensazioni eliminatorie e l'autolesionismo.

Tutto ciò che avviene intorno all'anoressica è sottoposto ad un rigido controllo. Quest'ultimo può venir esercitato sulle pulsioni vitali, sulla crescita del corpo, sulle emozioni piacevoli...

Questo meccanismo spesso può riguardare anche il sesso, infatti non è raro che l'anoressia diminuisca gli

appetiti sessuali, fino a sfociare nell'anorgasmia, ovvero l'incapacità di provare piacere sessuale.

Vista l'importanza del controllo, si può definire l'anoressia come lo "stare sotto controllo". Infatti il soggetto anoressico oltre a punirsi senza sosta e privarsi di ogni gratificazione, si impegna a mantenere il controllo di queste privazioni perenni.

L'importanza assunta dalla parola controllo è ciò che distingue l'anoressica dalla bulimica: infatti quest'ultima non è in grado di controllare i propri comportamenti, di conseguenza un soggetto anoressico spesso soffre di crisi bulimiche che vengono vissute come drammi solitari, frustranti e devastanti per l'autostima.

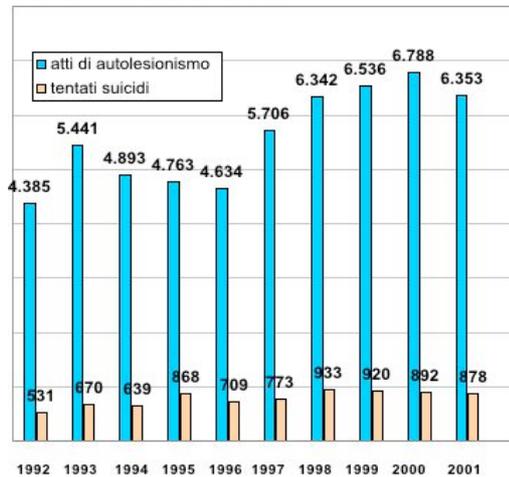
L'autolesionismo

Come è risaputo l'anoressica maltratta il suo corpo "lasciandolo morire di fame", e purtroppo il passo da questo atteggiamento all'autolesionismo non è per niente lungo. Infatti spesso si può notare come il maltrattamento del corpo costituisca un richiamo irresistibile per l'autolesionismo.

A questo proposito, alcuni studi molto recenti pubblicati in un articolo della psicologa Valeria Scozzari, hanno mostrato, come il processo di "autodistruzione" in certi casi, possa subire un acceleramento attraverso strade diverse. Questo succede ad esempio quando il disturbo sfocia verso un polo psicotico. Infatti l'autolesionismo può essere una conseguenza alla dismorfofobia oppure può presentarsi come un aiuto nel raggiungere l'annullamento del proprio corpo.

L'autolesionismo assume un ruolo molto simile a quello del vomito autoindotto a stomaco vuoto, ovvero un'ulteriore strumento che permette al soggetto anoressico di punirsi.

La dinamica dell'autolesionismo è ancora più pregnante di quella del vomito: il valore simbolico che questa pratica assume, rende l'anoressica ancora più soddisfatta della punizione inflitta da lei stessa. Inoltre le cicatrici rappresentano per le anoressiche una visibile testimonianza dell'autodisciplina e rivestono una funzione di assicurazione circa la loro condotta impeccabile. Ciò che differenzia l'autolesionismo dal vomito, è la sua maggior visibilità. Ma lo scopo delle ferite non è quello di "essere viste" dagli altri, bensì è rivolto verso l'individuo stesso. Di conseguenza l'anoressica in genere preferisce ferirsi le braccia o le gambe, in quanto questa parti del corpo sono meno in vista di altre.



Quando accade che le ferite vengano viste da altre persone, il soggetto prova un profondo senso di vergogna, in quanto lo rende oggetto di attenzioni e ciò rappresenta un'ulteriore colpa da espiare.

Inoltre, dal punto di vista psicologico, il dolore fisico può rappresentare la dinamica del guarire un dolore con un altro più intenso. Ovvero causare un dolore, in modo consapevole e controllato, per distogliere l'attenzione dal dolore precedente, che è incontrollabile perché causato da fattori interni. Questo dolore che l'anoressica non è in grado di controllare può essere un dolore dell'anima che viene affievolito da un dolore più forte, quello corporeo, che si è in grado di gestire e controllare.

Nell'articolo intitolato "Suicidio e tentato suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza. Commenti alla più recente letteratura", G.Rigan e D.G. Poggioli affermano che esiste una relazione fondamentale tra l'autolesionismo e il suicidio, infatti un tentativo di suicidio eleva la possibilità di morte prematura di 15 volte per il sesso maschile e di 9 volte per il sesso femminile rispetto all'attesa. Come ha dimostrato uno studio svolto su 2782 soggetti di età superiore ai 15 anni il 15% di tutti quelli che avevano compiuto un tentativo di suicidio (come ad esempio l'autolesionismo) sono deceduti, per suicidio, nei 5 anni successivi al gesto.

Da questo meccanismo, si nota come già detto precedentemente che il soggetto anoressico vuole avere tutto sotto controllo.

Appunto per questo continuo bisogno di punirsi, la pratica del ferirsi è molto più comune tra le ragazze anoressiche che sono state educate con mezzi rigidi, che prevedevano anche punizioni corporali.

Le dipendenze

Alcune ricerche sui disturbi alimentari hanno rilevato numerose caratteristiche comuni tra questi disturbi del comportamento alimentare e le dipendenze, come quella dall'alcool e dalle diverse droghe in circolazione sia legali che non. Questi numerosi elementi in comune vengono spiegati attraverso l'osservazione del cervello umano. Infatti quest'ultimo possiede dei centri speciali che sono normalmente attivi quando una persona si sente bene. Il sentirsi bene include il prendersi cura del proprio corpo, il venir apprezzati, l'essere innamorati,... questi centri possono anche venir stimolati artificialmente, infatti tutti i tipi di droghe producono una stimolazione chimica (che è uno degli elementi che si trova alla base dei comportamenti di dipendenza), che a sua volta produce un blocco delle sensazioni sgradevoli. Ed è proprio per questo aspetto che gli individui che soffrono di disturbi alimentari o di altre dipendenze tendono a ripetere in modo patologico il loro comportamento. Ad esempio per ciò che riguarda l'anoressia nervosa, spesso la sofferenza del corpo può produrre una stimolazione di questi centri al fine di proteggersi dal dolore, causato dal digiuno. Difatti la fame riduce l'attività dell'ormone serotonina, di conseguenza l'ansia viene ridotta nelle persone caratterizzate da un'eccessiva attività del sistema nervoso centrale.

La situazione appare differente per quanto riguarda le persone non affette da nessun tipo di dipendenza o di disordine alimentare, infatti in questi individui questi centri del cervello vengono stimolati con lo svolgere attività piacevoli e salutari sia dal punto di vista fisico che da quello psichico, come praticare esercizio fisico e mangiare. Infatti per tutti gli esseri umani il cibo possiede due caratteristiche salienti. Primo, stimola un senso di appagamento umano ed emotivo e nella mente diventa una sensazione che i nostri appetiti vengano soddisfatti. Di conseguenza mentre si mangia si ha la sensazione che, sia pur brevemente, venga colmato un vuoto. Secondo, il cibo ha il semplice effetto chimico di calmare il cervello. ritornando al caso di persone che soffrono di disturbi alimentari o di dipendenze, l'abuso di alcool, droga e cibo causano un malfunzionamento di questi centri, in quanto l'abuso rappresenta una scorciatoia verso una serenità che in realtà è illusoria poiché non proviene dal far cose piacevoli. Di conseguenza una volta terminato l'effetto delle sostanze in questione (droga, alcool e cibo), la felicità che si ottiene dall'assunzione di queste ultime sparisce e ci si sente smarriti e tristi. Quindi la dipendenza nasce proprio da questo punto, in cui non si riesce a far fronte alla realtà, e nel tentativo di sfuggirle si cerca nuovamente riparo nella droga, nell'alcool o nel cibo.

È stato osservato come il malfunzionamento di questi centri cerebrali è comune in persone che presentano una personalità bisognosa di qualcosa di artificiale allo scopo di sentirsi bene e ridurre lo stress e le preoccupazioni. Quindi disturbi come l'alcolismo e la dipendenza da stupefacenti, i disturbi alimentari, la dipendenza sessuale compulsiva e il gioco d'azzardo compulsivo presentano un elemento in comune riguardante il cervello.

Inoltre un'altra caratteristica comune tra i disturbi alimentari e le dipendenze è che entrambe sono delle dipendenze compulsive nelle quali l'individuo non prende in considerazione gli effetti del proprio comportamento sulla salute, di conseguenza spesso, nonostante le gravi complicazioni mediche, queste persone non rinunciano alle loro dipendenze. Di conseguenza i trattamenti utilizzati per l'alcolismo e la dipendenza sono efficaci anche per quanto riguarda i disturbi alimentari, difatti entrambi si basano sul rinforzo dell'ego dei pazienti e sull'insegnare loro a bloccare quei comportamenti mossi dalla ricerca di una soluzione rapida e artificiale ai problemi.

L'Associazione per lo studio e la ricerca inerenti ai disturbi del comportamento alimentare (ABA),



ha rivelato recentemente (anno 2005) un aumento vertiginoso dell'abuso di sostanze (alcool, cocaina e droghe sintetiche, farmaci) tra le persone che soffrono di anoressia o bulimia, soprattutto tra i giovanissimi. Questo aumento delle patologie della dipendenza in parte è dovuto alla maggior fragilità degli adolescenti e dalla crescente pressione esercitata dalla società e dai media in termini di bisogni indotti. Di conseguenza si registra negli individui che soffrono di disordini alimentari, non più soltanto una dipendenza patologica dal cibo, ma anche

una dipendenza dalle sostanze stupefacenti. Questa dipendenza che accompagna i disordini alimentari potrebbe essere causata dal cambiamento della percezione della società nei confronti della droga. Infatti ad esempio negli anni '80 il consumatore di eroina era un soggetto emarginato e ritenuto dal resto della società un fallito, mentre oggi la situazione è completamente cambiata, in quanto ad esempio il cocainomane appare come una persona integrata, di successo e riconosciuta all'interno della società. Ed è proprio in questo senso che la dipendenza da cocaina può essere definita una dipendenza egosintonica, attraverso la quale il soggetto ha l'illusione di stare meglio di prima. Inoltre questa sostanza sembra che rinforzi i sintomi di una patologia quale l'anoressia in quanto diminuisce l'appetito e incrementa le capacità di essere attivi.

Inoltre il rapporto di dipendenza dagli stupefacenti sostituisce, nei soggetti anoressici, un aumento della sensazione di indipendenza, ma in realtà tale dipendenza, all'apparenza controllabile, è pericolosa e può provocare danni irreversibili alla psiche.

Terapie

Solitamente il soggetto malato giunge all'osservazione medica sotto pressione dei famigliari quando la perdita di peso si fa marcata. Mentre se è il soggetto stesso a chiedere aiuto, di solito avviene per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del disturbo, infatti raramente questi individui risultano preoccupati per l'eccessivo dimagrimento. Manca spesso la consapevolezza della



malattia, oppure questa viene fortemente negata cosicché gli individui divengono inaffidabili anche solo per la semplice raccolta anamnestica, ovvero le indicazioni fornite dal paziente stesso. È quindi necessario raccogliere le informazioni dai famigliari o da persone comunque vicine alla paziente allo scopo di valutare realmente la manifestazione del disturbo.

La terapia di una malattia come l'anoressia è enigmatica in quanto molto frequentemente le pazienti non vogliono guarire. Inoltre anche la comunicazione all'interno della terapia è difficile perché appunto difficilmente le pazienti intendono collaborare con gli specialisti.

C'è da ricordare che l'anoressia viene definita come una malattia ingannevole perché presenta un esordio lento nel tempo ed è difficilmente sospettabile, in quanto essa riguarda soprattutto le ragazze adolescenti che già di per loro sono caratterizzate da atteggiamenti originali e provocatori. Proprio per questo aspetto della patologia, la maggior parte dei familiari della ragazza non si accorge del suo disturbo, fino a quando alla ragazza scompare il ciclo mestruale oppure quando la magrezza ha raggiunto livelli davvero eccessivi.

Nello svolgere questa ricerca, ho scoperto che per curare una patologia alimentare come l'anoressia, si può contare su diverse terapie, quelle più interessanti le ho trattate in seguito. Attualmente per questi disturbi esistono possibilità di intervento specifiche. Ovviamente come ogni altra problematica è sempre necessaria un'attenta valutazione di ogni singolo caso, infatti si può dire che esistono tante forme di anoressia quante sono le pazienti. Quindi soltanto un trattamento mirato e personalizzato potrà rivelarsi veramente utile per la paziente. Nel caso che gli interventi di psicoterapia e quelli nutrizionali iniziali e attuati nel corso degli anni si sono rilevati inappropriati o sbagliati, è bene interromperli immediatamente, in quanto essendosi protratti

nel tempo possono aver cronicizzato la malattia stessa. Inoltre visto che l'anoressia presenta delle conseguenze più visibili (come il marcato calo di peso) della bulimia, la sua terapia coinvolge pesantemente il nucleo familiare. Mentre la terapia per la bulimia è mirata maggiormente al singolo individuo.

Di conseguenza non è facile entrare in questo mondo chiuso e ostinato, quale è quello della ragazza anoressica, ed è vano ogni tentativo di portare alla ragione la giovane, di farle notare che ha un aspetto sofferente e che sta rischiando la vita. Ne sanno qualcosa i familiari coinvolti in questa malattia, che si vedono impotenti a modificare pur di pochissimo l'atteggiamento della figlia. Per

questo anche i genitori, i fratelli e tutti quelli che vivono vicino alla malattia subiscono spesso contraccolpi psicologici tali da arrivare alla disperazione e ammalarsi loro stessi, rendendo necessario talora un intervento psicologico parallelo alla famiglia.

Inoltre per essere d'aiuto alla ragazza è necessario che i familiari siano a conoscenza dei meccanismi che stanno alla base di questa complessa patologia, infatti basta poco a peggiorare la situazione. Dunque la prima cosa da fare è proprio informarsi correttamente al fine di evitare convinzioni false e superficiali. Ad esempio in alcuni casi dopo una lunga insistenza si potrebbe riuscire a forzare qualche cambiamento per quanto riguarda l'alimentazione della ragazza, ma ciò non durerebbe a lungo in quanto la paura di rimproveri da parte della famiglia la porterebbe a nascondere le proprie abitudini, creando un'atmosfera di falsità che isolerebbe ulteriormente la ragazza. Inoltre i familiari dovrebbero mettere in pratica diversi comportamenti che facilitano il miglioramento della situazione come l'astenersi dal commentare il peso e l'aspetto fisico della ragazza, il dare fiducia ed evitare di accusarla e rimproverarla per ogni cosa.

La terapia farmacologica si basa sulla probabilità che alla base dell'anoressia ci sia uno squilibrio organico. Di conseguenza viene fatto anche un trattamento antidepressivo.

Generalmente, per le pazienti anoressiche, i medici preferiscono gli antidepressivi che agiscono sulla noradrenalina (ormone presente in minor quantità rispetto all'adrenalina), oppure in seguito a specifiche valutazioni si prescrive un farmaco a effetto serotoninergico.

Un aspetto da non dimenticare è che anche in seguito all'assunzione di questi farmaci, che sbloccano la situazione, l'anoressia rimane comunque molto problematica. Infatti finché non si raggiungono dei risultati stabili e significativi a livello cognitivo e comportamentale, la situazione deve essere trattata con cautela.

La psicoterapia si impegna a stabilire un rapporto personale ed intimo con il paziente anoressico. Nel fare ciò, il medico deve avere come primo obiettivo quello di far raggiungere al paziente un rapporto normale con il cibo. Infatti liberando il paziente dall'ossessione alimentare in seguito si è facilitati nell'intera terapia.



L'obiettivo principale non deve essere quello di far prendere peso all'individuo, come erroneamente si può pensare.

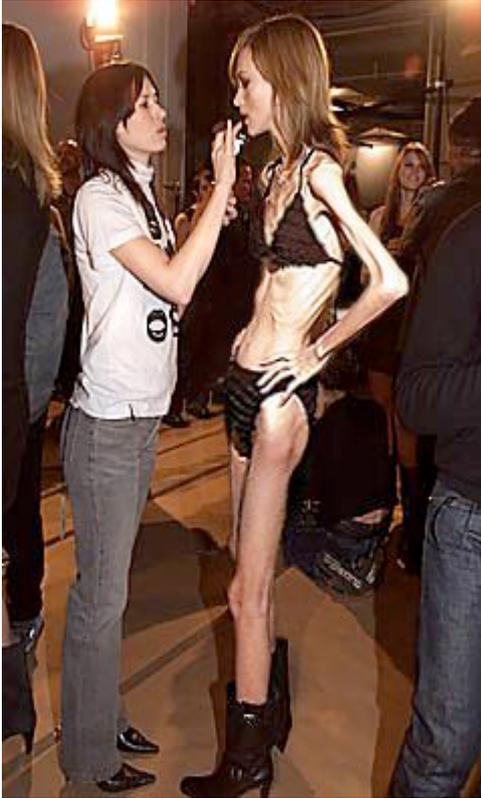
Il paziente, una volta che il rapporto con il cibo è normalizzato, riesce a dedicarsi ad attività più gratificanti, che fino a quel momento aveva dimenticato, visto che tutto ciò che non riguardava il cibo veniva messo da parte. Questa ripresa di attività, è un fattore che già di per sé crea un miglioramento fisico e funzionale. Per le femmine, questo raggiungimento equivale ad esempio con la ricomparsa del ciclo mestruale.

Ovviamente, in seguito, il dottore dovrà concordare con il paziente un peso da raggiungere e mantenere fino a che non si sentirà pronto ad affrontare ulteriori aumenti.

Nella maggioranza dei casi, in seguito anche ad un minimo aumento di peso, il paziente sente già dei benefici in merito, quindi lo psicoterapeuta deve immediatamente strutturare questo miglioramento, allo scopo di incoraggiare il paziente a fargli notare quanti benefici raggiunge con l'aumentare del peso. Questi miglioramenti sono ad esempio l'aumento di energia, la maggiore capacità di divertirsi, il minor freddo e il raggiungere maggiore creatività nel pensiero e nell'azione...

Un buon psicoterapeuta sicuramente riuscirà a convincere il paziente che sono dei risultati molto positivi e gratificanti.

La terapia integrata può venir definita tramite una frase della fondatrice dell'ABA, Fabiola De Clercq che scrive: "Non si tratta di estirpare farmacologicamente il sintomo, né di rieducare il soggetto ad una corretta alimentazione, bensì di dare la parola al soggetto che soffre. Di far parlare ciò che nel sintomo parla senza parole". Infatti secondo questa terapia non si guarisce a parole; né con i consigli né con il conforto (anche se sono comunque degli elementi importanti nell'affrontare il problema). In primo luogo guarire significa aprire gli occhi sul disturbo, confrontandosi con esso,



comprendendo i suoi messaggi e prevedendo le sue azioni e reazioni. In seguito si deve imparare a combatterlo al fine di ridurlo ad una specie di "rumore di fondo" vinto dalla volontà di guarire.

In pratica la terapia unisce il sostegno psicologico alla "rieducazione" alimentare. Nell'ambito di questa terapia si utilizza il termine "rieducazione", in quanto è necessario ricominciare il tutto dall'inizio, in modo analogo a ciò che accade allo svezzamento dei neonati. Dunque il disturbo viene scomposto in due parti: la parte mentale e quella fisica. Queste ultime vengono trattate separatamente ma parallelamente, sotto la guida di due figure professionali fondamentali quali lo psicoterapeuta e il nutrizionista. Lo psicologo può riuscire a portare alla luce i "perché" di certi comportamenti, spiegando ciò che vogliono esprimere. Il nutrizionista innanzitutto sorveglia sullo stato di salute della paziente (valutando sia l'iniziale stato di salute che quello odierno) e propone la riacquisizione di abitudini sane, che di volta in volta vengono contrattate e discusse insieme, allo scopo di renderle maggiormente accettabili alla paziente. Solitamente la figura del nutrizionista entra a far parte della terapia in un momento in cui la paziente ha già stabilito un rapporto d'intesa e di fiducia con lo psicologo.

Infatti spesso le ragazze anoressiche decidono di andare in terapia essendo disposte ad affrontare il problema "a parole", continuando tuttavia a rimandare il momento della correzione più strettamente alimentare. Di conseguenza l'incontro con il nutrizionista viene vissuto in modo critico e traumatico ed è pertanto cruciale che, sia prima che dopo tale momento, la paziente possa fare affidamento sul sostegno del terapeuta nel quale dovrebbe riporre completa fiducia.

La terapia cognitivo-comportamentale viene considerata dall'esperienza clinica, la strategia più efficace dato che l'anoressia è una patologia molto complessa, la terapia – cognitivo comportamentale conseguentemente sarà lunga e complessiva. Quindi potrà occupare da uno a due anni con rispetto a quella necessaria per la bulimia nervosa.

Si possono riassumere degli obiettivi fondamentali che il paziente deve raggiungere:

- le richieste sul peso e le forme del suo corpo sono in conflitto con la biologia e l'omeostasi del fisico verso il peso corporeo, ovvero la capacità di autoregolarsi del corpo ad un peso "normale";
- la dieta prevede delle scelte alimentari normatizzate quantitativamente e qualitativamente;
- la correzione dei pensieri disfunzionali nei riguardi del cibo e del peso;
- il coinvolgimento della famiglia nella terapia;
- la spiegazione dei danni e dell'inutilità del digiuno;
- la spiegazione di come le diete possono comportare il rischio di abbuffate;
- la ristrutturazione delle convinzioni, delle idee e degli obiettivi irrazionali;
- l'accettazione di un programma per il raggiungimento, graduale, del peso-forma;
- lo sviluppo del pensiero logico e il miglioramento dell'autostima;
- l'accettazione delle ricadute attraverso la spiegazione della teoria degli stadi di cambiamento di Prochaska ovvero:

	Stato del paziente	Compiti dell'operatore
Pre-contemplazione	La persona non sospetta di avere una malattia e non contempla l'idea di cambiare il proprio comportamento	Deve rafforzare la relazione ed accrescere la percezione del paziente dei rischi e dei problemi legati al suo comportamento
contemplazione	Fase di ambivalenza di fronte al cambiamento	Deve esaminare i vantaggi e gli svantaggi del problema, in questo caso del rifiuto di cibo
determinazione	Viene ricercata attivamente una soluzione al problema	Deve esaminare un piano d'azione possibile
azione	Si impegna in azioni concrete volte a cambiare il comportamento	Deve identificare diverse strategie per cambiare
mantenimento	Consolidamento del cambiamento	Valutare la motivazione iniziale, i successi raggiunti e le situazioni più a rischio
ricaduta	Indica che è in processo un cambiamento	Deve normalizzare la ricaduta come parte del processo

Secondo tale teoria, le persone passano attraverso stadi simili a quelli sopra citati quando affrontano un cambiamento in modo significativo. Queste fasi descritte costituiscono un processo ciclico che può essere ripetuto più volte prima di ottenere il cambiamento desiderato. Naturalmente questa teoria è applicabile in diversi campi, oltre che nei disturbi dell'alimentazione, come ad esempio l'alcolismo, la tossicodipendenza,...

In seguito, la parte conclusiva della terapia, sarà focalizzata sulla verifica di quanto appreso e sulla prevenzione delle ricadute. Se la terapia viene fatta rispettando i criteri sopracitati, nella maggior parte dei casi termina con successo. Anche se a volte accade che, le pazienti cominciando a sentirsi meglio, percepiscono la salute come sbagliata e disorientante e di conseguenza si ammalano nuovamente in quanto la malattia gli è talmente familiare. Questo meccanismo viene spiegato dal fatto che la rinuncia a sottoporsi ad un rigido controllo, può trasformarsi in una completa perdita del controllo, causata dalla paura dell'ignoto che si nasconde dietro una vita "non più controllata".

Le persone anoressiche, sono pazienti molto difficili da trattare, di conseguenza i programmi di intervento devono essere personalizzati e mirati. Ad esempio spesso osservando la struttura familiare della ragazza ci si rende conto che si devono apportare dei cambiamenti, infatti spesso è necessario allontanare la ragazza dalla madre, poiché questa ha un legame troppo forte con la figlia. Inoltre talvolta può rivelarsi utile anche che un padre troppo assente riallacci i rapporti con la figlia.

È di fondamentale importanza sottolineare il fatto che, la fase successiva alla terapia è un momento molto critico in cui è necessario monitorare la paziente ed applicare misure di prevenzione per quanto riguarda delle possibili ricadute. A questo proposito, i ricercatori del Dipartimento di Psichiatria di Toronto hanno constatato che il rischio di una ricaduta è abbastanza elevato. Questi ricercatori hanno seguito 51 donne al primo tentativo di entrare in terapia per curare l'anoressia nervosa e che erano riuscite a recuperare il peso corporeo seguendo un programma in regime di ricovero ospedaliero. In media sono state seguite per 15 mesi e l'evento di ricaduta è stato considerato tale quando l'indice di massa corporea scendeva sotto 17,5 per tre mesi consecutivi. Il tasso generale di ricaduta era del 35% e avveniva, solitamente, dopo 18 mesi dalla fine della terapia. In seguito il gruppo di ricercatori sovracitato ha identificato alcuni fattori di rischio che aumenterebbero il tasso delle eventuali recidive. Ad esempio le pazienti con alle spalle una storia di tentati suicidi si sono dimostrate più esposte alle ricadute di altre pazienti. Anche le ragazze che al momento del ricovero presentavano gravi sintomi compulsivi-ossessivi o che subito dopo la dimissione dalla terapia avevano intrapreso un'esagerata attività fisica (non necessaria) o che dimostravano ancora un eccessivo interesse nei riguardi del peso. Dunque per concludere la terapia con successo è bene che la paziente rimuova certi atteggiamenti, infatti se questi rimangono e si aggiungono altri elementi di rischio preesistenti il pericolo di ricaduta aumenta visibilmente.

Programma	Corso MmP	Seminari	Conferenze		Lucidi	Dispense	Strumenti
Novità		Forum		Studio	Vari	Webmaster	HOME
Scopo	Struttura		Collaboratori	Collegli	Impressum	Amministrazione, Recapiti	
© by Tiziana Grassi							