

RICERCA IDENTITARIA NEI DISORDINI ALIMENTARI

LAURA DALLA RAGIONE

Responsabile del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Palazzo Francisci, Todi

PAOLA BIANCHINI

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Palazzo Francisci, Todi

1. Un'epidemia sociale

L'obiettivo che ci ha guidati nella formazione in campo "DCA" (Disturbi del Comportamento Alimentare) è quello di sensibilizzare gli insegnanti ed ragazzi nella conoscenza di un disturbo ormai endemico che riguarda nella massima parte dei casi la popolazione in età scolare, particolarmente nella fascia d'età tra i 12 e 25 anni, fornire gli strumenti per riconoscere segnali di disagio e le richieste di aiuto da parte degli studenti, capire questi segnali e tradurli in risposte efficaci. L'esito degli interventi di cura (teniamo a precisare) multifattoriale è condizionato dal tempo: storie brevi di malattia hanno percentuali altissime di remissione completa, man mano che la storia di malattia si allunga diventa sempre più complicato. In tal senso, diviene fondamentale l'azione di prevenzione e di segnalazione dei primi segnali di disagio. Agli insegnanti è affidato il compito non di sostituirsi a un intervento terapeutico, ma di vigilare e ascoltare le richieste di aiuto dei propri studenti, facendosi anello di congiunzione tra queste e il contesto familiare.

Nella seconda metà del Novecento, nell'emisfero occidentale, con la diffusione di disordini del comportamento alimentare il cibo e il corpo si trasformano, per milioni di giovani, in nemici. Accade qualcosa che non è solo connesso all'insorgere di una patologia, al cambiamento di stili di vita e modelli culturali, ma forse più intimamente collegato alla difficile strutturazione dell'identità nei giovani di questo nostro mondo.

I Disturbi del Comportamento Alimentare vengono principalmente suddivisi in: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, e Disturbi non Altrimenti Specificati.

Vi è un punto in comune tra tutti questi disturbi, a prescindere dal peso, e cioè l'intensa ideazione sul cibo e sulle forme corporee. Questa ideazione – come pensiero fisso e ossessivo – costituisce il vero nucleo psicopatologico di tali disturbi.

I Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale, [1], che non sembra in questo momento trovare argine alla sua crescita esponenziale. Due milioni di ragazzi in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre presentano manifestazioni clini-

che transitorie e incomplete. L'incidenza della patologia del comportamento alimentare, con i numeri sconcertanti che sono sotto i nostri occhi, ha costretto a rivedere anche molte delle idee sulla eziologia del disturbo e sulle sue trasformazioni.

Il termine anoressia deriva dal greco *ἀν* e *ορεξις* (*àn* e *òrexis*) che letteralmente si può tradurre come “mancanza di appetito”; in realtà, il vocabolo è improprio dal punto di vista epistemologico, se utilizzato per indicare un disturbo alimentare come l'anoressia, in quanto questa non implica una perdita di appetito ma un rifiuto prolungato e sistematico del cibo.

Normalmente una persona avrebbe bisogno, per vivere in buona salute secondo i dietologi, di almeno 2000 calorie giornaliere; in genere l'espressione “dieta da fame” si riferisce a un regime di 900 calorie al giorno. Una persona anoressica può arrivare fino a 320 calorie giornaliere! Non si può semplicemente parlare di un disturbo dell'appetito: la privazione del cibo è il sintomo più palese di un disagio che ha radici profonde.

Quando si parla di disturbi alimentari in generale, non s'intende solo l'anoressia ma tutte quelle patologie che sono strettamente connesse all'alimentazione, quindi per esempio anche la bulimia (che letteralmente significa fame da buie) o Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Anzi, possiamo dire che, fra i disturbi alimentari, bulimia e anoressia non sono fenomeni slegati ma manifestazioni diverse di uno stesso disturbo: non ci si può privare completamente di cibo per lungo tempo e per questo la persona anoressica può andare soggetta a crisi bulimiche cicliche, in cui le enormi quantità di cibo ingurgitate vengono poi eliminate attraverso vomito autoindotto.

Quel che però è immediatamente chiaro, è che il cibo, nel senso in cui lo intendiamo noi, non ha alcun collegamento con questo tipo di disturbi. Non si mangia troppo o troppo poco, ma si usa il cibo, privandosene o abusandone, per ragioni che hanno più a che fare con l'identità psichica che con l'introito calorico quotidiano. Non dobbiamo scordarlo mai, anche di fronte a volti emaciati o abbuffate da 30.000 calorie, perché altrimenti rischiamo di confondere e non intercettare il nucleo centrale della psicopatologia.

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili (eziologia multifattoriale), nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Una loro piena comprensione deve tenere in considerazione fattori psicologici, evolutivi e biologici. Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come ad esempio la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura, che vede nella magrezza un valore da perseguire a qualsiasi costo ed a qualsiasi età.

Ogni epoca ha la sua malattia e non c'è dubbio che i DCA si prestano a rappresentare in modo straordinario la nostra epoca, connessi come sono all'immagine corporea,

al significato del cibo, all'ossessione per l'apparire; e proprio perché sono disturbi strettamente connessi alla visione del mondo del nostro tempo, spaventano e attirano nello stesso tempo. Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell'alimentazione.

Il caso del Giappone è abbastanza paradigmatico: in questo paese la forte ambivalenza tra modelli culturali orientali e occidentali è documentata dalle percentuali di prevalenza dei DCA riscontrate in alcuni studi: se i sintomi anoressici sembrano essere piuttosto rari (1 caso su 500 in città e 1 su 2000 in ambiente rurale), lo stesso non può essere detto per la Bulimia, chiamata *Kibarashi-gui*, la cui prevalenza varia in Giappone dal 2,1 al 3,6% a seconda della zona considerata.

Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei DCA, con gli alberi decisionali delle nosografie condivise. Infatti, oltre alle mutazioni nelle prevalenze dei vari disturbi alimentari, assistiamo anche a trasformazioni della patologia nei singoli pazienti, che sempre più frequentemente migrano da un sintomo all'altro nell'arco della loro storia patologica. La ricostruzione anamnesticamente del disturbo ci mostra una stessa paziente che inizia a digiunare e a dimagrire ferocemente, e dopo un certo periodo perde il controllo e inizia ad abbuffarsi e, per cercare di contenere l'aumento di peso, inizia a usare il vomito autoindotto; infine, può utilizzare l'iperattività fisica o lassativi e diuretici, che sono tra l'altro una delle cause di morte più frequenti. Ma alla base di tutti i disturbi c'è un unico nucleo psicopatologico: l'ossessione per il controllo del corpo, ottenuta attraverso tutti mezzi possibili e immaginabili.

Le forme del disturbo sono andate così mutando, proprio come un virus insidioso. All'iniziale caratterizzazione "astinente" dell'anoressia (dove il disturbo si esauriva esclusivamente nel digiuno) ha fatto seguito, intorno agli anni Settanta, l'innesto di alcuni comportamenti tipici del versante bulimico. Negli anni Ottanta sono aumentati i casi di bulimia normopeso, e il disturbo è andato progressivamente evolvendo verso forme multimpulsive con l'aumento di abuso di alcool e di droghe, di gesti autolesionistici e di disturbi della condotta. Non è un caso che nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è stata inserita un'altra categoria che è quella dei "Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati", di cui fanno parte le sindromi parziali, chiamate anche subcliniche o più correttamente subliminali, in cui sono presenti alcuni ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia, che sono in questo momento molto frequenti. Rientrano all'interno di queste sindromi parziali – ormai la maggioranza – tutti quei quadri associati alle vere o presunte intolleranze alimentari, altra grande paura del nostro secolo, all'ortorexia, cioè l'ossessione per il cibo sano, e a forme di alimentazione estreme in un senso o nell'altro.

Tra i quadri atipici, il disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge eating disorder*, bulimia senza contromisure di compenso) ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità, altro grande fenomeno fortemente correlato ai DCA. Non si devono confondere, però, gli effetti "patopla-

stici” della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L’attenzione estrema all’immagine corporea e, in particolare, il culto della magrezza non sono “la causa” dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale, si esprime e cerca una via per manifestarsi.

In questo senso viene, appunto “patoplasticità”: i disturbi sono plastici, adattabili, flessibili ai decorsi storici e la forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale s’iscrivono. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono a delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un’azione predisponente, modellante e formativa.

Emerge nello stesso tempo una certa variabilità delle forme patologiche, una molteplicità irriducibile di forme e presentazioni, di ritmi, di decorsi evolutivi che variamente si completano, si contrappongono, si implicano reciprocamente. Il problema della creazione di nuove forme patologiche, o meglio di nuove strutture patologiche, appare inestricabilmente connesso con il problema delle ricorrenti ricombinazioni, secondo modalità di volta in volta differenti, di questi ritmi e direzioni evolutive.

Rintracciamo all’interno di simili disturbi una serie di analogie con altre patologie, ma nello stesso tempo la qualità psicopatologica delle sindromi appare come irriducibile alle nosografie conosciute. Nei Disturbi del comportamento alimentare c’è un’evidenza a favore di fattori storici facilitanti l’espressività di fattori naturali del disturbo.

Le pressioni sociali agiscono attraverso messaggi contraddittori sul ruolo della donna, comunemente filtrati dai mass-media e dagli imperativi sociali subliminali: la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa (come la donna di ieri), ma le vengono richieste, oltre alle doti di tipo più tradizionale, anche i caratteri dell’autonomia, dell’indipendenza e della competitività, tipicamente maschili. Questo primo livello contribuisce a creare un autentico disagio psicologico in soggetti vulnerabili, che viene amplificato dalla preferenza, questa volta più evidente, per l’immagine della donna magra e scattante.

Sull’influenza dei modelli culturali alcune riflessioni sono d’obbligo. I modelli percettivi e cognitivi hanno teorizzato il ruolo dei fattori socio-culturali esclusivamente in termini di “pressione a favore della magrezza”; il significato dell’ideale della snellezza è stato spesso ignorato come forma culturale, espressione di ideali, ansie e mutamenti sociali molto più profondi di quelli puramente estetici.

Ma la questione non è così semplice. I media e l’industria culturale vengono regolarmente interpretati come il solo nemico capace di assoggettare giovani donne passive e influenzabili, ed ora anche giovani uomini, apparentemente più aggressivi e intraprendenti.

Perché la magrezza sia divenuta un ideale culturale dominante nel ventesimo secolo è oggetto di discussione; per il sesso femminile l’anoressica incarna, in modo estremo,

una battaglia psicologica tipica della situazione attuale delle donne, una situazione in cui l'azione congiunta di fattori sociali, economici e psicologici diversi ha prodotto una generazione di donne che si considerano piene di difetti, si vergognano delle proprie esigenze e non si sentono autorizzate a esistere, se non a condizione di trasformare se stesse in persone nuove e degne (cioè senza esigenze, senza bisogni, senza corpo).

L'anoressia rappresenta uno degli estremi di un *continuum* sul quale oggi si trovano tutte le donne, in quanto tutte più o meno vulnerabili alle esigenze della costruzione culturale della femminilità, per cui la cultura – la quale opera non solo mediante l'ideologia e le immagini, ma anche mediante l'organizzazione della famiglia, la costruzione della personalità, l'educazione a percepirsi – non concorre semplicemente all'insorgere dei disturbi alimentari ma addirittura ha un ruolo preminente nel produrli.

Ne sono conferma due aspetti singolari dei disturbi del comportamento alimentare: in primo luogo, i disturbi alimentari sono molto più frequenti nella popolazione femminile (circa il 90% delle persone che ne soffrono è composto da ragazze o donne); in secondo luogo, i disturbi rappresentano un fenomeno culturalmente e storicamente situato: nelle società industriali avanzate degli ultimi cento anni circa. Nel corso della storia, sporadicamente, sono stati documentati casi isolati, ma è solo nella seconda metà dell'Ottocento che una sorta di contenuta epidemia di anoressia mentale viene menzionata per la prima volta nei resoconti medici; e una tale frequenza scompare di fronte allo straordinario dilagare dell'anoressia e della bulimia negli anni Ottanta e Novanta del nostro secolo.

Il quadro fin qui delineato solleva dubbi sulla possibilità di designare l'anoressia e la bulimia secondo criteri strettamente clinici, ponendo invece l'accento sul carattere acquisito, culturalmente determinato, di tali disturbi e ridefinendo allo stesso tempo il ruolo della cultura come fattore primario nella produzione dei disturbi del comportamento alimentare, invece di essere considerato come fattore scatenante o concomitante. La cultura non ha solo insegnato alle donne a essere *corpi insicuri*, continuamente alla ricerca, su se stessi, di segni d'imperfezione; ha anche insegnato alle donne (e agli uomini) a vedere il corpo in un certo modo: la magrezza è stata sempre decantata come un pregio da un punto di vista estetico, ogni curva e rotondità finisce per essere vista come sgradevole, come grasso inestetico che dev'essere eliminato. Alla luce di quest'analisi, non è che l'anoressica percepisca in modo errato il proprio corpo, piuttosto ha appreso perfettamente gli standard culturali dominanti relativi al modo in cui percepirlo.

La nostra è una cultura in cui le diete rigide e l'esercizio fisico intenso sono continuamente intrapresi da un numero sempre più alto di ragazze sempre più giovani: addirittura di sette o otto anni, secondo alcune ricerche. In altre parole, la nostra società sta producendo una generazione di donne giovani e privilegiate con gravi disturbi mestruali, nutrizionali e mentali.

Ma come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i disturbi del comportamento alimentare si manifestano solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti "alle stesse influenze

culturali”; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogeneizzanti e normalizzanti relative alla femminilità e alla bellezza femminile. Tali immagini premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali immagini, per quanto potenti possano essere. Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età e così via) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singola donna viene influenzata dalla cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici, che insieme determinano la nostra posizione nel mondo e anche la nostra libertà.

Ancora più fortemente, i DCA sono ancorati alla visione del mondo più diffusa in questa parte del mondo occidentale. È così che si spiega perché le pazienti sono così tenacemente attaccate al loro sintomo, anche se le porta alla morte. I DCA sono, infatti, patologie gravi e fortemente dannose, con numerose complicazioni internistiche e psichiatriche, a volte irreversibili.

L'insorgenza di numerose complicazioni mediche è da attribuirsi sia allo stato di malnutrizione sia al ricorso ai cosiddetti “meccanismi di eliminazione” quali vomito o abuso di diuretici o impiego di lassativi, e sono tra le maggiori responsabili dell'aumentata mortalità nelle pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare. Soprattutto per le pazienti bulimiche, il cui normopeso ne rende più difficile l'individuazione, è molto più facile che siano incontrate prima da specialisti di altre aree mediche, per richieste di cura delle complicanze insorte: medici di base, internisti, gastroenterologi, dermatologi, dentisti divengono quindi collaboratori preziosissimi per effettuare una diagnosi precoce e iniziare un progetto di cura tempestivo.

Nel caso dell'Anoressia nervosa esistono un ampio numero di alterazioni dell'apparato cutaneo riscontrabili quali: Xerosis (pelle molto secca e squamosa), Lanugo (sottile peluria che ricopre tutto il corpo), caduta dei capelli, acne, acrotenoderma, acrocianosi, prurito, porpora, stomatite, distrofia ungueale. Il segno di Russel, una cicatrice o un piccolo callo localizzato sulla superficie dorsale della mano o in corrispondenza della faccia dorsale della prima falange delle dita, costituisce un segno clinico patognomonico, nella Bulimia, dell'abitudine della paziente ad indursi il vomito.

A volte i disturbi del comportamento alimentare si associano ad altri disturbi psichiatrici. È necessario tenerne conto perché ciò può condizionare negativamente il decorso della malattia, in termini di tendenza alla cronicizzazione e di maggior predisposizione alla resistenza al trattamento. C'è anche l'influenza negativa che il disturbo alimentare può avere sul disturbo psichiatrico, laddove uno stato di compromissione cognitiva correlato ad una condizione di denutrizione può complicare notevolmente il normale decorso delle malattie associate.

I disturbi psichiatrici più comunemente associati ai disturbi del comportamento alimentare sono i disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia – tra cui trovano un'incidenza maggiore il disturbo ossessivo-compulsivo e la fobia sociale

– e i disturbi legati all'uso di sostanze o alcool. L'associazione tra disturbi alimentari e disturbi psicotici è fortunatamente molto rara e comunque più frequente per l'anoressia nervosa. L'abuso di sostanze e di alcool e la relativa dipendenza sono molto frequenti soprattutto in coloro che effettuano abbuffate e ricorrono a condotte di eliminazione, e quindi in casi di Bulimia e Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

I DCA sono essenzialmente disturbi della mente; perciò, prima ancora che compaiano i segni fisici della malattia, sono già presenti da tempo i segni psicologici che in modo sotterraneo invadono le idee e i pensieri dei ragazzi. I DCA nascono con un profondo senso di svalutazione personale: non si è mai sicuri di come si è fisicamente, intellettualmente, moralmente. Tutti i risultati ottenuti, i complimenti ricevuti, le rassicurazioni, non servono a colmare la ferita. L'obiezione radicale che si prova verso se stessi è così profonda da inghiottire tutto il mondo esterno. Ed è come se le voci e le figure esterne venissero da molto lontano, così lontano da non raggiungere il soggetto, che resta drammaticamente legato alla sua immagine interna, tanto da non poter tentare un approdo sereno con la realtà. La realtà è spesso usata come un coltello per farsi del male, il teatro in cui trovare le conferme alle proprie disillusioni. Ogni forma di dipendenza si nutre del senso di svalutazione, introducendo il soggetto in un circolo vizioso: alimenta il senso di colpa e porta alla ricerca ossessiva dell'oggetto della dipendenza (peso/anoressia, cibo/ bulimia – Disturbo da Alimentazione Incontrollata) per scaricare l'angoscia provata. In questo senso, è del tutto vano, incoraggiare le pazienti offrendo loro una prova di realtà che non riescono a cogliere; è proprio da quel 'reale' che sono fuggite attraverso la malattia, e una valutazione di sé senza l'interferenza della malattia risulta molto difficile.

Il cambiamento fisico si accompagna a, e a volte è preceduto da, un grande cambiamento di carattere: instabilità emotiva, irritabilità, sbalzi nel tono dell'umore, insonnia – tutti sintomi in parte collegati alla malnutrizione ma in parte collegati anche alla devastazione terribile che i disturbi determinano nella mente di queste giovani vite.

Purtroppo l'attenzione all'alimentazione e l'eliminazione di alcuni alimenti, come pasta e dolci, è presente in moltissimi adolescenti e quindi non viene inizialmente compresa nella sua gravità. Quando questa attenzione diventa continua, ossessiva, e si accompagna al continuo osservarsi allo specchio e al continuo salire sulla bilancia, dobbiamo chiederci se non stia succedendo qualcosa.

I DCA sono molti e l'inizio può essere molto subdolo e insidioso. L'anoressia restrittiva si manifesta, ovviamente, con l'eliminazione di alcuni alimenti cosiddetti fobici (pane, pasta, dolci, olio) ma anche con la riduzione delle porzioni, con una intensa attività fisica, e con la riduzione delle attività sociali per evitare di essere costrette a mangiare. L'anoressia si accompagna a una grande fame e chi ne è affetto deve contrastare l'impulso a mangiare che è fortissimo; si cerca di tenere a bada i morsi della fame bevendo molta acqua, molto caffè, e usando molte spezie invece dei soliti condimenti.

Nel caso della bulimia il disturbo può passare inosservato per lungo tempo, perché le pazienti mangiano ai pasti, anzi a volte si abbuffano, ma subito dopo si procurano

il vomito. In questo caso i sintomi psicologici sono più presenti e rilevanti: abuso di sostanze o d'alcool, cleptomania, disturbi della condotta sessuale, disturbi del comportamento, shopping multicomulsivo, gioco d'azzardo. Insomma: uno scarso controllo degli impulsi, con un cambiamento del carattere molto più evidente che nel caso dell'anoressia.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è caratterizzato da grandi abbuffate senza vomito o metodi di compenso, quindi l'aumento di peso è subito molto evidente. Le abbuffate sono consumate sempre di nascosto; i frigoriferi svuotati e le carte di biscotti e cioccolate sotto il letto possono essere i primi segnali, accompagnati da un disordine in generale nella vita, da un abbassamento del tono dell'umore e da grande nervosismo e irritabilità.

È importante specificare che l'inizio del disturbo può essere di tipo anoressico, per poi facilmente evolvere verso un quadro di Bulimia o Disturbo da Alimentazione incontrollata, ma c'è un filo conduttore di tutti e tre questi disturbi ed è un'intensa, continua e martellante, ideazione sul cibo e sulle forme corporee.

2. Fattori di rischio e d'insorgenza

Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine, per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti più o meno nocivi. Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei DCA. Come accennato, i DCA sono patologie di origine multifattoriale: per ammalarsi in modo conclamato è necessario che si verifichino molti eventi. Così, per determinare la patologia, i fattori di rischio devono essere più di uno. Questi fattori sono suddivisi in:

1. individuali
2. familiari
3. socio-culturali.

I fattori individuali possono essere diversi e collegati sia all'aspetto psicologico che a quello fisico. Ne elenchiamo e commentiamo alcuni dei principali.

- Età: adolescenza, prima giovinezza
- Sovrappeso
- Malattie croniche: diabete giovanile, celiachia
- Disturbi di personalità
- Aspettative esagerate
- Perfezionismo
- Difficoltà del processo di separazione-individuazione

- Rifiuto del corpo e della sessualità
- Esagerata attività sportiva
- Abusi.

L'età è ovviamente un grande fattore di rischio nella popolazione femminile, ma anche questo aspetto sta cambiando perché il *range* di età si è profondamente modificato con un abbassamento dell'età media e con un innalzamento dell'età (anche oltre i 40 anni) soprattutto per quanto riguarda il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Come abbiamo detto, il sovrappeso o una vera obesità infantile e adolescenziale possono determinare l'inizio di una dieta e di una vera e propria ossessione. Alcune malattie collegate all'alimentazione possono predisporre ad una attenzione estrema verso il cibo e quindi ad una ossessione successiva. Il diabete giovanile e la celiachia, ad esempio, sono sicuramente fattori di rischio, perché il bambino si abitua ad avere paura del cibo e a selezionare sin da piccolo.

Un'esagerata attività sportiva, danza per le bambine o atletica leggera per i ragazzi (a titolo di esempio), può scatenare una ideazione pericolosa, spesso supportata dalla enfattizzazione degli insegnanti sportivi.

In una percentuale del 30% di pazienti con DCA, soprattutto con diagnosi di Bulimia, si riscontra nella storia della paziente un episodio di abuso sessuale in età infantile, che sottaciuto e rimosso può portare in età adolescenziale allo scatenarsi di una patologia che trova nel corpo il suo teatro espressivo.

Molteplici sono poi i fattori individuali psicologici predisponenti: perfezionismo esagerato, aspettative molto alte da parte del contesto, deficit dell'autostima, disturbi di personalità *border line*. Occorre anche tener conto che a volte il disturbo alimentare diventa il modo con cui l'adolescente trova il canale inconscio per protestare e opporsi a un'immagine che gli adulti vogliono imporgli.

Ai fattori individuali si aggiungono quelli familiari che, come abbiamo detto, sono parte del problema, ma sicuramente non il fattore principale. Vediamone alcuni:

- Obesità familiare
- Disturbi dell'umore e alcolismo
- Vischiosità nelle relazioni
- Difficoltà di autonomia
- Dipendenza dal consenso
- Esaltazione della magrezza e della bellezza.

Sul terreno fertile preparato dai fattori di rischio individuali, socioculturali e familiari, è necessario che un evento, non necessariamente drammatico, scateni la patologia nella sua evidente fenomenologia:

- Separazioni e perdite

- Alterazioni dell'omeostasi familiare
- Esperienze sessuali
- Minacce alla stima di sé
- Malattia fisica acuta
- Cambiamento puberale vissuto come trauma.

A volte può essere la prima esperienza sessuale, una delusione scolastica, una perdita di un familiare, oppure più semplicemente un trasloco con un cambiamento improvviso di contesto.

Per gli adolescenti, i cambiamenti richiedono sempre uno sforzo esistenziale enorme. Gli adolescenti non vedono la necessità di uscire dalla propria nicchia né sono necessariamente appassionati del cambiamento; hanno invece un enorme bisogno di conferme. Il cambiamento fisico è già di per sé traumatico: il corpo diventa uno sconosciuto che non è più controllabile, che si trasforma rapidamente, e che gli altri commentano in continuazione non sempre in modo piacevole.

Sicuramente le separazioni dei genitori costituiscono un elemento di destabilizzazione ma è soprattutto il modo in cui tale evento viene gestito che determina sofferenza e ansia nei figli. È importante che ogni cambiamento nella famiglia sia condiviso e discusso con i ragazzi, per poter ascoltare le loro paure e le loro incertezze. Consideriamoli sempre parte attiva della famiglia anche se hanno solo 10 anni: i figli hanno sempre la loro idea del mondo e le loro opinioni vanno sempre rispettate. Solo così impareranno a rispettare anche quelle degli altri.

La "ortoressia" e la "bigoressia" costituiscono l'exasperazione di quelle che potremmo definire come filosofie di vita moderne: la prima basata sul salutismo e la seconda sul mantenimento della forma fisica; non sono ancora riconosciute dalla comunità scientifica internazionale come patologie vere e proprie né sono inserite nei principali manuali diagnostici ma stanno raggiungendo una diffusione tale da poter parlare di atteggiamenti ad elevato rischio di convertirsi in veri e propri nuovi disturbi alimentari. L'ortoressia (dal greco "orthos", *retto*) costituisce una sorta di ossessione per i cibi "giusti", o "corretti". È stata identificata e studiata da un medico statunitense, Robert Bratman, come una nuova forma di dipendenza dal cibo, che si caratterizza per la presenza di una preoccupazione eccessiva per la purezza del cibo che si assume ed un immenso timore per le conseguenze mediche di un'alimentazione scorretta. Colui che soffre di ortoressia controlla e seleziona gli alimenti che assume in maniera sproporzionata rispetto agli ipotetici rischi medici, esponendosi a un rischio elevato di sviluppare una patologia nervosa che, per l'attitudine a restringere progressivamente le classi nutritive e seguire una dieta sempre più rigida con alterazione del rapporto con Sé e con l'esterno, può sconfinare in un quadro clinico compatibile con un disturbo del comportamento alimentare.

Nelle persone ortoressiche sono facilmente riscontrabili tratti di personalità di tipo

ossessivo: dedicano ore a discutere sull'esistenza di cibi puri ed impuri, ad acquistare scrupolosamente i loro cibi e cucinarli con eccessivo rigore e possono giungere, per mancanza di tempo e difficoltà ad adattarsi, a rinunciare al loro lavoro e alle relazioni sociali. Nel libro *Health food junkies*, Robert Bratman li definisce "drogati di cibo sano" con riferimento alle analogie che, per la dispersione di tempo e le modalità della ricerca, questo tipo di disturbo ha con le dipendenze patologiche: sono persone che hanno bisogno di programmare sempre scrupolosamente i propri pasti e di conoscere ogni singolo ingrediente contenuto negli alimenti assunti; evitano pasti sociali e hanno necessità di portare con sé cibi pronti e stoviglie personali durante i pasti consumati fuori casa; sostengono che il cibo debba fare sentire meglio e non debba essere in nessuno modo fonte di piacere; provano disgusto nel riempire il proprio corpo con sostanze non naturali e disprezzano le persone che mangiano in modo normale, con vere e proprie difficoltà di relazione con chi non condivide le proprie idee alimentari; hanno paura di contaminare il proprio corpo; hanno un desiderio continuo di depurarsi; provano sensi di colpa quando trasgrediscono la dieta e sono molto severi con se stessi. Può riscontrarsi addirittura un evitamento fobico di piatti, posate, pentole ritenute contaminate da cibi "non naturali" o fabbricate con materiale che possa alterare le qualità nutritive (teflon, alluminio, ecc).

Altri elementi tipici dell'ortoressia sono l'attitudine a pensare al cibo per più di tre ore al giorno, a pianificare dettagliatamente anche i menù del giorno successivo, a sovrastimarsi in base a ciò che si mangia, rinunciando al cibo che piace per mangiare quello più "giusto", senza considerarne minimamente il sapore o il profumo. Mentre coloro che soffrono di anoressia o bulimia sono ossessionati dalla quantità del cibo assunto, le preoccupazioni degli ortoressici riguardano la qualità di ciò che si ingerisce; perciò è imprescindibile accertare che un alimento sia sano, "puro" e attivo nella prevenzione delle malattie, sfiorando e talvolta sconfinando in un quadro di ipocondria paradossale: il timore di malattie e "contagi" impone all'ortoressico uno stile di alimentazione talmente rigoroso da esporlo consistentemente al rischio di sviluppare carenze nutrizionali gravi.

Il compito degli insegnanti non si esaurisce nel poter cogliere i fattori di rischio; il loro è un compito educativo. Solo nella ricerca di un'educazione ai valori è possibile rintracciare una prevenzione al disagio giovanile. Niente è più importante di una relazione educativa nella vita di un individuo, il mondo è pieno di *cattivi maestri*, e incontrarne di buoni può fare la differenza, non solo per il disturbo alimentare: I GIOVANI VANNO CONTAGIATI DI VITA. Questo non significa restituire loro *il miglior mondo possibile*, ma dotarli di quella forza delle idee e di quel coraggio che non li farà arretrare di fronte alla vita. In tal senso, gli insegnanti dovrebbero tener conto di uno degli aspetti più sconcertanti nella diffusione e nella globalizzazione dei disturbi del comportamento alimentare, cioè, l'utilizzazione del web nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la magrezza, con la comparsa di siti che propagandano comportamenti patologici, finalizzati al controllo del peso, e danno consigli estremi su come dimagrire.

3. Nuovi linguaggi

I siti *pro-Ana*, dove Ana sta per anoressia, costituiscono uno dei canali più efficaci di diffusione del disturbo, soprattutto tra gli adolescenti, che utilizzano questo mezzo quotidianamente e con estrema familiarità.

La caratteristica di questi siti è di costituirsi come delle sette, come una sorta di movimenti *underground* nei quali si lancia un appello a dimagrire a oltranza, e come una forma di protesta e opposizione al mondo degli adulti. Il segno distintivo dei seguaci di Ana è un braccialetto rosso che viene venduto a un prezzo che varia dai 3 ai 20 dollari, e che consente il riconoscimento anche fuori dal web.

L'esplorazione di questi siti, che essendo proibiti, vengono ciclicamente chiusi e riaperti, proprio come quelli dei pedofili, lascia davvero interdetti per il livello di terrorismo psicologico a cui possono essere sottoposti gli adolescenti che vi entrano. Su questi siti si trovano foto di giovani donne obese in costume da bagno, con sotto una didascalia: "*Ecco come i vostri genitori vogliono farvi diventare*".

I comandamenti *pro-Ana* cui gli adepti dei siti devono attenersi sono tutti centrati su un'equazione: che la magrezza è la salvezza – cioè, la strada principale per essere vincenti e felici.

Per ore e ore i partecipanti a questi dialoghi, s'incontrano senza memoria né immaginazione, in un tempo sospeso, dove la sequenza di attimi, *flash*, frammenti di vita, non costruisce nessuna storia, nessuna temporalità. In questo mondo gli adulti non possono entrare e si coglie tutto il rinforzo positivo del sintomo dato dall'opposizione, dal senso di onnipotenza che tutti i partecipanti alle *chat* manifestano.

Ogni aspetto del corpo, del cibo, di ciò che fa bene e di ciò che fa male viene dissacrato e irriso, si diffondono attraverso la rete le leggende più inverosimili finalizzate alla perdita di peso, favole, fandonie, bufale. Non c'è dubbio che in questo caso la forma patologica si connette molto facilmente a forme culturali e questo ne spiega l'irrefrenabile diffusione, ma forse c'è qualcosa di più e scelgo le parole di un filosofo della scienza e delle idee, Paolo Rossi, che di questi temi si è occupato, per esprimere la difficoltà a separare la patologia dall'impianto culturale che le dà nutrimento:

Nonostante tutti questi esempi, mi sembra resti vera l'asserzione che nessuno ha mai fatto propaganda a favore dell'assunzione o della diffusione di una malattia. Di fronte alla diffusione del culto di Ana possiamo domandarci: davvero si tratta, in questo caso, di propaganda a favore di una forma patologica o non si tratta invece dell'antica esaltazione del digiuno e della magrezza che sarebbero sinonimo di saggezza e di santità nelle filosofie orientali e, in particolare, indiane? O anche nell'ideale cristiano di una frugalità spinta fino ai limiti estremi? Di una santità che è fondata sul rifiuto del corpo, luogo di tentazione e strumento di peccato? O all'immagine (molto antica) del digiuno come purificazione? Una malattia che si connette a scelte di comportamenti e quindi, indirettamente, a filosofie e a scelte di vita, alle credenze e al costume perde per questo il suo carattere di specificità patologica, fino a diventare, in una certa misura, qualcosa di non più riconoscibile? [2]

Oggi il tema della costruzione dell'identità è strettamente collegato a molti disturbi degli adolescenti e non solo (tossicodipendenze, depressione precoce, autolesionismo, bullismo, disadattamento sociale) e ci rimanda alla difficoltà di sostenere la propria idea di Sé in questo mondo, ove le condizioni della vita sono migliorate ma l'incertezza del proprio *essere nel mondo* è paradossalmente aumentata.

Come avviene la descrizione di un'identità e la sua esternazione? La nostra identità non è ciò che noi siamo. Ma soprattutto per i giovani l'identità è fatta dalle cose di cui si vestono, le parole che usano, la gestualità che esprimono. Ma soprattutto è la possibilità che lo sguardo degli altri sappia riconoscerli e perciò possa decidere di accettarci per ciò che siamo, o di rifiutarci per ciò che essi non vogliono per sé.

Il processo di costruzione dell'identità, processo difficile e mai concluso, continua fino all'ultimo giorno della nostra vita. Ma nel caso dei giovani del nostro tempo entra in scena la potenza delle immagini dei media, [3], che sono una fabbrica continua, inarrestabile, di corpi inanimati e aggiornati, di identità fasulle e senza etica.

L'idea in fondo è che o si sta sulla scena o si è trascinati giù, nel vuoto, nel nulla. Da questo punto di vista la società dello spettacolo (ma forse sarebbe più giusto definir-la società dell'avanspettacolo) rappresenta un perfetto rovesciamento della concezione socratica (ma poi anche platonica e cristiana) della vita. Diceva Socrate: non importa se quel che fai qualcuno lo vede, lo approva, lo disapprova, e così via. Importa che corrisponda al bene. Se sarà così, quel che avrai fatto è per sempre, è tutt'uno con quel che è giusto che sia, e tu sei salvo. Invece noi diciamo (pensiamo): non importa se quel che fai è bene o male, importa che qualcuno lo veda, insomma che sia messo in scena, e allora anche il gesto più ignobile, anche la vita più miserabile, saranno salvati dal fatto di avere un pubblico che nello stesso tempo ti deride e ti ammira.

Che cosa è accaduto? È accaduto che la bellezza non è (non è più) se non il fatto di apparire, cioè il fatto di essere in mostra. Quella luce della bellezza che un tempo sembrava disvelare misteriose profondità e scoprire enigmi, oggi non indica altro che il fatto di essere sotto i riflettori. Perciò la bellezza è diventata quella cosa banale e volgare che si mostra nei reality o nelle pagine dei giornali. È un corpo a corpo senza rete in cui ognuno è libero e solo di fronte a se stesso, privato di quella placenta sociale che consente nutrimento e protezione.

Senza rete significa, in primo luogo, senza la protezione di quello che per un bambino e un adolescente dovrebbe essere la principale intermediazione con il mondo e cioè *la famiglia* – che vive in questo momento, a sua volta, una difficoltà immensa a costruire una solidità di valori da trasmettere. A ciò si aggiunga una disattivazione emotiva di quei vincoli che intrecciano amore, valori, sentimenti ed istituzioni.

Ancor più profondamente, la deriva dell'identità ha a che fare con qualcosa di più intimamente connesso alla relazione che ogni essere umano ha oggi con il proprio mondo. Questa malattia ci consente di osservare direttamente, da un punto di vista davvero particolare, i processi (faticosi) della costituzione dell'identità in un mondo globalizzato e dalla mitologia incerta, restituendoci interrogativi non solo rispetto alla

psicopatologia del disturbo, nelle sue molteplici configurazioni, ma anche rispetto alla capacità che oggi l'io ha di costruire se stesso.

Nella legge del consumo, nell'idolatria degli oggetti che si diffonde rapidamente, prodigare la propria attenzione amorosa a cose o a persone può diventare un dilemma quotidiano. Fin dalla più tenera età, i bambini apprendono che i beni materiali sono un sostituto di sicurezza, autostima e amore. E comprare sicurezza, ammirazione e amore è più facile che affrontare la complessità dei rapporti con esseri umani pericolosamente vivi e imprevedibili. Il cibo può svolgere questa funzione: la restrizione esasperata, l'avidità furibonda, il vomito, nascondono la paura di relazioni autentiche e diventano un modo per prevenire l'ansia, la depressione, la paura di vivere in un mondo complesso, ormai fuori da ogni possibilità di controllo da parte del soggetto.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Gordon, A. R., *Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano 1990.
- [2] Rossi P., La Natura, il mangiare, la cultura in L. Dalla Ragione, *La casa delle bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.
- [3] Thompson J. B., *Mezzi di comunicazione e modernità*, Il Mulino, Bologna 1998.