

Relazione sul Convegno “Disturbi alimentari. Malattia sociale, malattia di genere”
organizzato dal Comitato Pari Opportunità dell’Istituto Superiore di Sanità

Roma, 7 dicembre 2005

Presentazione del Convegno:

“Il rapporto con il cibo è sempre meno influenzato dalla natura e sempre più condizionato dalla cultura e dai mass media. Il messaggio è contraddittorio: la perfezione del corpo e l’offerta massiccia di cibo. In questa società, che fa dell’aspetto estetico l’arma vincente per eccellere, i casi di anoressia e bulimia stanno aumentando costantemente. Negli ultimi anni la problematica ha assunto una dimensione sociale interessando uomini e donne di tutte le età, non più le sole adolescenti come un tempo”.

INTERVENTI

Disturbi alimentari: realtà e prospettive

Paolo Aureli - Istituto Superiore di Sanità

Gli alimenti non solo forniscono i nutrienti necessari per la vita, ma soddisfano il nostro senso di sazietà e contribuiscono al benessere generale dell’individuo. Nelle società occidentali, a partire dagli anni ’80, gli alimenti hanno assunto un particolare *ruolo sociale*: non sono solamente fonte di salute e benessere generale, ma anche uno strumento per assicurarsi un aspetto “alla moda”. I comportamenti alimentari, infatti, sono stati influenzati da nuovi fattori sociali:

- nuovi stili di vita (es. mangiare fuori più spesso)
- nuovi canoni estetici (magrezza come aspetto “vincente”)
- aumento della aspettativa di vita.

Questi ed altri fattori hanno contribuito all’insorgere di *disturbi del comportamento alimentare* come fenomeno sociale. I disturbi alimentari sono riconducibili a quattro categorie:

- anoressia nervosa
- bulimia nervosa
- disturbi da alimentazione incontrollata
- disturbi alimentari non altrimenti specificati (i c.d. DANAS).

1) Anoressia nervosa. Si manifesta con la tendenza all’astinenza dall’alimentazione. Comporta una drastica riduzione del peso corporeo rispetto al normale e, nelle donne, la perdita del ciclo mestruale. E’ accompagnata da un’intensa paura di “diventare grassi”.

2) Bulimia. Si manifesta con ricorrenti “abbuffate” senza controllo, seguite spesso da comportamenti di “compensazione”, quali il vomito indotto.

3) Disturbi da alimentazione incontrollata. Si manifestano attraverso l’assunzione di cibo senza fame, seguita da crisi di sconforto. Sono fenomeni saltuari.

4) Disturbi alimentari non altrimenti specificati. Sono simili all’anoressia e alla bulimia, però non sono fenomeni continuativi, e non si manifestano con tutte le conseguenze dei due fenomeni principali (ad es. nelle forme anoressiche non

comportano la perdita del ciclo mestruale). Possono tuttavia evolvere verso forme conclamate di disturbi alimentari.

In Italia i disturbi alimentari interessano per l'anoressia circa lo 0.3% della popolazione e per la bulimia circa l'1.3% della popolazione. Sono dati in linea con le statistiche mondiali. Il trend di crescita del fenomeno indica che l'incidenza dell'anoressia è stabile, mentre è in crescita l'incidenza della bulimia.

Fattori socio-culturali e biologici nel determinismo dei disturbi alimentari.

Antonio D'Amore – Istituto Superiore di Sanità, Roma

I disturbi del comportamento alimentare sono considerati dalla medicina *disturbi mentali*. Le cause sono riconducibili al modello di interazione geni-ambiente: nella popolazione generale è presente un gruppo di soggetti geneticamente predisposti che, sottoposto a particolari condizioni ambientali, può manifestare disturbi alimentari.

Esiste una contraddizione fra la genetica dell'uomo e la sua evoluzione: se da un lato il codice genetico umano, sviluppato in condizioni di scarsità e difficoltà a reperire il cibo, induce l'individuo ad accumulare cibo attraverso una "spinta biologica" alla nutrizione, dall'altro l'evoluzione umana ha condotto l'individuo ad una condizione di abbondanza e facilità a reperire il cibo, accompagnata da una progressiva diminuzione dell'attività fisica. A questa facilità alla nutrizione (spinta biologica in condizioni favorevoli), si contrappone però il messaggio, amplificato dai mass media, della bellezza come "magrezza" e "muscolosità" (spinta socio-culturale). I nuovi stereotipi di bellezza e salute si rivelano trappole per i soggetti predisposti, che restano imprigionati nel conflitto iperalimentazione/perfetta forma fisica. Da questo dilemma nascono i disturbi del comportamento alimentare.

In Italia il 43% dei maschi e il 56% delle femmine si dichiarano insoddisfatti del proprio corpo, spesso eccedendo nell'autocritica.

Esiste un legame causa-effetto fra *dieta e disturbi alimentari*? Spesso l'insoddisfazione verso il proprio peso corporeo spinge gli individui a scelte estreme di controllo del peso (digiuno, vomito, uso di lassativi). La dieta in questi casi è un fattore necessario ma non sufficiente ad innescare il disturbo: può essere un *fattore scatenante* in presenza di soggetti biologicamente e psicologicamente predisposti; a questi fattori si deve accompagnare inoltre l'assenza di *fattori protettivi di sostegno sociale*, cioè la presenza e il sostegno di amici e parenti che consigliano e distolgono il soggetto da comportamenti a rischio.

Fattori di rischio e prevenzione nell'adolescenza: analisi da un punto di vista di genere

Elvira Reale – Azienda Sanitaria Locale Napoli 1, Napoli

Secondo le statistiche i disturbi alimentari sono a prevalenza femminile. Inoltre, sono spesso curati tardi e male. Esiste infatti una "discriminazione eziologica" nei confronti delle donne: le patologie delle donne vengono ricondotte in modo superficiale a cause fisiologiche, quindi *inevitabili* (es. il ciclo mestruale, la gravidanza, la menopausa), sottovalutando così la loro importanza. Questo *stereotipo biologico* verso le donne inibisce non solo la terapia, ma anche la prevenzione delle patologie.

E' nell'adolescenza che si manifestano molti disturbi "al femminile" (depressione, senso di insicurezza etc.), ma le ricerche condotte hanno dimostrato che questi disturbi NON sono in relazione con il ciclo mestruale. La persistenza del "*pregiudizio ormonale*" nei confronti delle donne, come si è detto, induce però a sottovalutare queste patologie. Ecco perché anche i disturbi alimentari non vengono percepiti subito come malattie, e la loro diagnosi risulta talvolta tardiva e la terapia più difficile.

La *prevenzione* si orienta verso due direzioni:

- Analisi dei contesti individuali (psicologici)
- Analisi dei contesti socio-familiari di appartenenza.

Si è rilevato infatti che alcune professioni (ballerina, ginnasta, modella...) sono più a rischio di disturbi alimentari, poiché spesso inducono a diete non salutari. A questo si associa spesso l'influenza del contesto socio-familiare (es. dieta di un familiare oppure esperienza "fra pari", come nei college o nelle palestre).

Già nelle scuole vanno condotte attività di prevenzione e diagnostica, ad es. attraverso questionari alle adolescenti e corsi di formazione per genitori ed insegnanti.

I disturbi della condotta alimentare (DCA) dalla diagnosi alla terapia in un percorso pubblico tra ambulatorio, day hospital e degenza

Emilia Costa – Università La Sapienza, Roma

Dal 2003 è attivo il Centro per i disturbi della condotta alimentare presso il Policlinico Umberto I di Roma. Il Centro prevede tre tipi di intervento: ambulatoriale, day hospital e degenza, a seconda della gravità della patologia.

Le *terapie integrate* sono le più efficienti: cure mediche affiancate da cure psichiatriche.

Si è rilevato un incremento dei disturbi alimentari già nell'infanzia (intorno ai nove anni), oppure problemi infantili che in età adulta sono sfociati in disturbi alimentari.

Dall'esperienza clinica si è giunti alla formulazione di una composizione ottimale della struttura terapeutica: uno psichiatra, uno psicologo clinico, un internista, un nutrizionista, più l'inserimento del medico di base nel percorso terapeutico.

Non sempre si arriva ad una guarigione completa: in alcuni casi la malattia si *cronicizza*, permanendo anche in età adulta. In altri casi, l'insorgenza della malattia si è manifestata proprio in età adulta (ci sono pazienti di trenta-quaranta anni).

La patologia può arrivare a gravità estrema, fino a condurre il paziente alla morte. Alcune pazienti sono arrivate a pesare venticinque-trenta chili. In questi casi, come è ovvio, è necessario il ricovero.

Il gruppo di Psicoeducazione alle famiglie. L'esperienza del gruppo di autostima.

Adele De Pascale – Centro Disturbi Condotta Alimentare, Roma

Nel Centro sono attualmente in trattamento 52 pazienti, di cui 40 con problemi di bulimia (5 maschi e 35 femmine) e 12 con problemi di anoressia (tutti femmine).

L'approccio psicoterapeutico si basa sul *metodo cognitivistico-relazionale*, opera cioè sulla capacità evolutiva dell'individuo di auto-organizzarsi in un sistema via via più complesso. Attraverso l'analisi dell'evoluzione della persona all'interno del suo sistema sociale di riferimento (famiglia, gruppo) si può risalire alle cause che hanno condotto al disturbo.

Il metodo cognitivistico-relazionale ha basi biologiche nei c.d. “neuroni specchio”, cioè cellule nervose specializzate che inducono il soggetto a “specchiarsi” negli altri, a condividere i comportamenti e le emozioni del proprio gruppo. Questi neuroni sono quindi la base biologica delle interazioni sociali degli individui, che sono indotti a conformarsi al giudizio degli altri per sentirsi “parte” del gruppo. Quando l’individuo smarrisce il senso di riconoscimento di sé come parte del gruppo può cadere nella perdita della propria *autostima*. I pazienti con disturbi del comportamento alimentare hanno un retroterra familiare di confusione tra esperienze di accudimento/cura ed esperienze di indifferenza/distacco. Questa contraddizione genera insicurezza e incapacità di evolversi verso l’indipendenza, e sfocia nel disturbo alimentare.

Nella relazione terapeutica, quindi, devono essere considerati centrali alcuni elementi:

- giudizio dell’ambiente esterno del paziente
- percezione dell’immagine di sé da parte del paziente
- tensione verso il perfezionismo manifestata dal paziente
- senso di autostima del paziente.

Il primo passo della terapia è la ricostruzione della storia individuale e familiare del paziente per comporre un *genogramma*, cioè uno schema genetico familiare che includa l’anamnesi delle patologie ma anche i modelli relazionali di riferimento fra i suoi componenti.

Il secondo passo è il recupero di una percezione corretta di sé, del *sensu di sé* e, di conseguenza, del proprio corpo. La terapia, infatti, non è centrata tanto sul cibo, quanto sul *peso*, cioè sul corpo e sul rapporto fra il paziente e il proprio corpo.

E’ importante in questo senso la terapia di gruppo: nel gruppo vengono riproposte le fasi della terapia individuale, in più il soggetto, interagendo con il gruppo, recupera la propria capacità di auto-osservarsi, rielaborando la propria immagine in relazione con l’esterno e riuscendo a recuperare l’autostima attraverso il rapporto/confronto, anche affettivo, con gli altri.

Ma tu non hai fame? Corpi e immaginari simbolici contemporanei

Michela Fusaschi – Università degli Studi Roma Tre, Roma

La relatrice presenta un approccio antropologico-culturale al rapporto con il corpo: la corporeità come “*costruzione sociale*”.

Il corpo è storicamente il primo “mezzo tecnico” dell’uomo: da “oggetto naturale” diventa oggetto da modellare e conformare all’idea sociale, per diventare un “*prodotto di senso*” dell’individuo. Gli individui nelle varie culture, cioè, abitano il proprio corpo come un “supporto di relazione sociale”. Il cibo, quindi, diventa lo *strumento* per plasmare il corpo, per costruirlo/decostruirlo allo scopo di conformarlo ai modelli socialmente approvati.

I soggetti con disturbi del comportamento alimentare perseguono un “progetto” che induce alla *distorsione individuale* nei confronti della società attraverso il cibo, che diventa quindi strumento di *accettazione* o *rifiuto*. Così, se nei secoli scorsi il digiuno costituiva lo strumento per raggiungere una meta “spirituale” (v. intervento successivo), oggi costituisce lo strumento per il raggiungimento di una meta “sociale”, cioè l’*accettazione* da parte del gruppo grazie alla realizzazione di un modello di bellezza corporea. All’opposto, il corpo può anche esprimere un *rifiuto* ad adeguarsi ai modelli socialmente condivisi. Il rifiuto del cibo può esprimere in questi casi la ritualizzazione dell’antinomia puro/impuro, pulito/sporco, materiale/spirituale:

se il cibo è socialità, condivisione, il suo rifiuto rappresenta la volontà dell'individuo di non farsi invadere da ciò che ritiene "estraneo", "sporco", "corrotto" (v. Mary Douglas, *Purezza e Pericolo*, Il Mulino, Bologna 1993).

Tuttavia il rifiuto del cibo non esprime il desiderio di annientamento, di morte da parte del soggetto, bensì la volontà di vivere un'esperienza opposta, estrema e pericolosa, che dà al soggetto un gratificante senso di controllo assoluto, di onnipotenza; ma in altri casi il digiuno è il sintomo di un grave disagio, ed esprime una disperata "richiesta di aiuto" al gruppo.

La "santa anoressia". Digiuni e perfezione religiosa

Sara Cabibbo – Università degli Studi di Roma Tre, Roma

Negli ultimi anni sono stati condotti studi sul ruolo del *digiuno* nell'esperienza mistico-religiosa. Le fonti storiche sono prevalentemente le autobiografie e le biografie delle "sante anoressiche", oppure i diari tenuti dalle comunità religiose in cui vivevano, ma anche le relazioni e le corrispondenze con i confessori e le relazioni dei medici.

Di particolare importanza sono gli studi dell'americano R. Bell (Rudolph Bell, *La santa anoressia*, Laterza, Bari, 1987), che analizza le vite di 261 "sante anoressiche" in area italiana. Bell dà un'interpretazione doppia del fenomeno: 1) "Imitatio Christi": il digiuno annienta le peculiarità del corpo femminile e lo rende simile al corpo di Cristo, cioè un corpo maschile considerato "perfetto" in opposizione al corpo femminile "imperfetto e impuro"; 2) L'annientamento del corpo femminile significa rifiutare le sue funzioni specifiche di maternità e nutrimento della prole, indica cioè il rigetto del ruolo tradizionalmente assegnato alle donne.

Bell ha studiato i rapporti familiari e sociali delle "sante anoressiche". Caratteristica comune è la straordinaria iperattività di queste donne e la provenienza da contesti sociali molto repressivi. Un altro elemento comune è il riferimento ad altre sante anoressiche che le hanno precedute, come esempio da imitare.

Questi comportamenti, in realtà, non erano affatto apprezzati né dalle famiglie né dagli ordini religiosi di appartenenza. Ai rimproveri del suo confessore che la incita a nutrirsi, Santa Caterina da Siena replica di sforzarsi di mangiare, ma di sentirsi comunque lieta di essere riuscita a correggere il vizio della gola "per volontà e non per amore", anche se teme che "vivere senza cibo sia un inganno del demonio". Questi comportamenti, infatti, venivano talvolta interpretati come manifestazione diabolica; nella maggior parte dei casi, tuttavia, si riteneva fossero causati da "complessione umana", cioè da disturbi della persona.

Qual è la causa di questa patologia? Ci sono analogie con l'anoressia contemporanea: il rifiuto del cibo per diventare qualcosa di diverso; non più magra, quindi più bella, come nelle anoressiche di oggi, bensì per diventare *santa*, per raggiungere la perfezione spirituale assoluta. Le "sante anoressiche", in realtà, avevano un "io" smisurato, una straordinaria pulsione all'*affermazione di sé*. Questa pulsione era però connessa con un'insicurezza di fondo, e manifesta una reazione estrema alla svalutazione personale indotta dal contesto socio-familiare repressivo. Il raggiungimento dell'ideale di perfezione e di santità attraverso il digiuno, quindi, è tutt'altro che una manifestazione di umiltà, bensì il desiderio fortissimo di esprimere sé stesse, la propria volontà, la propria identità come *persona*.

A cura di Liliana Ubaldini