

I disturbi del comportamento alimentare: L'anoressia e La Bulimia nervosa

Articolo a cura del dott. Riccardo Coco, Psicologo-Psicoterapeuta:

La bulimia nervosa costituisce, assieme all'anoressia nervosa, il più diffuso disturbo alimentare. Essa si caratterizza per ricorrenti episodi impulsivi di "abbuffate" di cibo seguiti da intensi sensi di colpa e vergogna che portano a modalità inappropriate ("le condotte compensatorie") per espellere il cibo ingerito: vomito, uso di diuretici e lassativi, intensa attività sportiva. Le condotte compensatorie si trovano anche nell'anoressia, ma non sono giudicate fondanti per la diagnosi.

È bene sottolineare che la bulimia nervosa è situata in stretta relazione con l'anoressia nervosa, a tal punto che vengono spesso considerate come due poli opposti di un continuum, le due facce della stessa medaglia. In entrambe infatti sono presenti un'alterata percezione del peso e delle forme del corpo ed un'intensa paura di ingrassare ed almeno il **40-50%** di chi presenta uno dei due disturbi alimentari presenta anche l'altro.

Per quanto concerne la comprensione psicodinamica del disturbo, essa, come sempre, deve essere individualizzata. La bulimia si può presentare in pazienti con strutture di personalità molto diverse e queste sono centrali per la comprensione del funzionamento mentale della persona. Si deve poter comprendere il senso e la funzione del disturbo alla luce della storia di vita di **quella** specifica persona, collegandola con il qui ed ora delle condizioni di insorgenza del disturbo.

Lavorando con pazienti bulimici ho riscontrato che, tra le ipotesi avanzate per spiegare la causa psicologica di tale disturbo, quella più convincente, almeno per la mia esperienza professionale e per il mio modello di lavoro, si focalizza sulla caratteristica di **ossessività del pensiero**: tale meccanismo, cioè l'ossessività del pensiero per la tematica del cibo e del corpo, agirebbe da meccanismo di difesa, spostando l'attenzione della persona sul cibo o il corpo proteggendola così dal sentire emozioni più dolorose (rabbia, tristezza, senso di vuoto o di inutilità, disgusto di sé, vergogna, etc.) e dall'occupare la mente con pensieri più pericolosi, aggressivi (verso di sé o gli altri) e depressivi (dolorosi ricordi di abbandoni, maltrattamenti, umiliazioni, etc.).

In questo vi è un'evidente analogia con ciò che accade nelle dipendenze patologiche, qualunque sia l'oggetto della dipendenza: il gioco d'azzardo, lo shopping, internet, il telefonino, una sostanza psicotropa, etc.

Nelle storie di vita dei pazienti bulimici sono stati spesso riscontrati problemi nel dialogo emotivo con i genitori, una storia di maltrattamenti fisici e psicologici, incuria, abbandoni e lutti emotivamente non risolti. Inoltre è emerso che molti pazienti bulimici vivono ed hanno vissuto una mancanza di rispetto per i propri confini ed un'intrusione grossolana nella propria privacy.

L'abbuffata può avere inizio allora come **tentativo di fuga** da dolorosi ricordi, pensieri ed emozioni che attivano uno stato acuto d'ansia che viene tenuta a bada spostando ossessivamente il pensiero ed il comportamento sul cibo. L'abbuffata però diventa con il tempo un'abitudine, uno schema comportamentale a cui ricorrere **per auto-tranquillizzarsi**, sebbene solo momentaneamente: infatti lo stomaco dilatato e "riempito" produce psichicamente un senso di calma e rilassatezza che rinforza lo schema comportamentale (abbassando il livello di tensione) e così il suo possibile ripetersi nel tempo.

L'anoressia nervosa è in Italia in continuo aumento e l'età di insorgenza è sempre più anticipata alla preadolescenza. I sintomi dell'anoressia sono una ricerca ossessiva della magrezza, un'intensa paura di ingrassare pur essendo sottopeso, un disturbo nella percezione del proprio peso o della propria forma e, nelle donne, dopo il menarca, l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Sebbene solo il 5-10% (dato in costante aumento) degli anoressici siano uomini, la comprensione psicodinamica del disturbo è simile in entrambi i sessi. Gli individui affetti da questo disturbo tendono ad essere di cultura occidentale, che è la cultura dell'opulenza e del valore estetico della magrezza: l'anoressia nervosa infatti è praticamente sconosciuta nelle nazioni nelle quali la magrezza non viene considerata una virtù (Powers, 1984).

Anche se sarebbe un grave errore come vedremo non porre come centrali nell'etiologia e nella patogenesi di questi disturbi i fattori intrapsichici e relazionali, non vi è dubbio che tali fattori interagiscono chiaramente con un particolare periodo socioculturale della civiltà

occidentale che produce una sindrome che ne riflette i valori dominanti. D'altra parte è sempre così quando si parla di disturbi psicologici, nel senso che essi sono "contesto culturale dipendenti".

Solo per fare due esempi: l'Isteria della società vittoriana, della fine dell'800 primi del '900 non è più presente; così come in Occidente non sono presenti disturbi psicologici invece diffusi in Oriente come l'Hikikomori (una particolare forma di ritiro sociale) o la Sindrome di Koro (un'irrazionale fobia che i genitali (o il seno o i capezzoli per le donne) siano più piccoli di come in realtà sono e che stiano riducendosi, rientrando nel corpo).

Per capire le cause psicologiche di insorgenza dell'anoressia bisogna integrare quanto ho già detto più sopra sulla bulimia (circa **la centralità dell'ossessività del pensiero sul cibo e sul corpo** come meccanismo di difesa funzionale a proteggere dalla sofferenza, poiché sposta l'attenzione sul cibo e sul corpo invece che su ricordi, pensieri e sentimenti dolorosi che nulla hanno a che fare con il cibo) con altre interessanti posizioni.

Per esempio quella della Bruch (1987) secondo la quale il disturbo sarebbe "**un tentativo di cura di sé**, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità". Tale disturbo si avrebbe spesso, infatti, in "brave bambine" ipercoinvolte nelle problematiche della coppia genitoriale, che hanno passato l'infanzia a compiacere i genitori cercando di essere "perfette" per loro. Così il controllo ossessivo del proprio corpo darebbe a tali adolescenti un senso di onnipotente quanto illusoria indipendenza, permettendo al contempo l'espressione dell'aggressività inconscia contro i genitori attraverso una presa di potere sugli stessi, ora tutti assorbiti dalla preoccupazione per l'anoressia della figlia e "succubi" dei suoi rituali ossessivi.

Inoltre questi ultimi sarebbero anche "distolti" dalle malcelate conflittualità coniugali, di cui la paziente anoressica si rende conto e che teme più di tutto: così, *attraverso il disturbo, "la tensione" dei genitori è sulla figlia e non tra di loro* e ciò mantiene però e rinforza la permanenza del disturbo stesso come mezzo protettivo per l'equilibrio familiare ed una diretta espressione della crisi nella coppia genitoriale. Compito della psicoterapia è di rompere questo circuito perverso.