

IL MALESSERE DELLE RAGAZZE: ANORESSIA, BULIMIA E ALTRO

Che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare?

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono un insieme di condizioni cliniche molto varie: si passa da forme conclamate, molto gravi, addirittura a rischio di morte improvvisa, a forme sfumate. Tutti i DCA, però, rappresentano una condizione di grave sofferenza psicologica; infatti si tratta di vere e proprie malattie psicosomatiche, che originano da un malessere psicologico, ma si manifestano a livello fisico.

Quali tipi di disturbi alimentari vi sono?

Il Manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali, periodicamente aggiornato dall'Associazione psichiatrica americana, distingue tre forme:

- Anoressia nervosa (AN);
- Bulimia nervosa (BN);
- Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DANAS).

Qual è la “popolazione a rischio” di ammalarsi?

Tutti i DCA sono malattie tipiche, anche se non esclusive, del sesso femminile; colpiscono in genere adolescenti e giovani e sono più dif-

fuse nelle società industrializzate. Ne soffrono in netta prevalenza le ragazze, le adolescenti, e anche qualche ragazzo; la percentuale è del 95% di ragazze rispetto al 5% di ragazzi. Ma vi è la tendenza all'aumento dei casi tra i maschi. Particolarmente a rischio sono le danzatrici e le modelle.



Perché colpiscono di più il sesso femminile?

L'anoressia e la bulimia prendono piede in un comportamento alimentare dettato in prevalenza dalle esigenze della moda e della bellezza femminile, che vuole le ragazze magre e rispondenti a precisi canoni estetici.

Su questo comportamento, si innestano poi i disagi tipici dell'adolescenza, e in particolare la depressione, che nell'adolescenza è più sviluppata tra le ragazze.

Si parla addirittura di epidemia, la società è allora la massima responsabile?

La società impone, con i suoi modelli di perfezione e bellezza del corpo femminile dove *grasso è brutto e magro è bello*, uno stress notevole sulle nuove generazioni. Le ragazze sono sotto pressione, e spesso anche le loro madri, che incitano alle diete ragazze recalcitranti e un po' grassottelle.

E inoltre vi sono professioni come la ballerina, che si intraprendono da piccole, in cui si inculca l'idea ossessiva del peso e della dieta rigida per mantenere un corpo scattante e leggero, funzionale ai movimenti, ma anche all'estetica del ballo.

Si tratta di malattie "moderne"?

L'**Anoressia nervosa (AN)** è un disturbo antico: le prime descrizioni sistematiche di questa malattia risalgono al medioevo e riguar-

dano donne, spesso sante, che volontariamente rifiutavano il cibo e gli altri bisogni “terreni” come forma di elevazione verso il Signore. Anche in alcuni testi di medicina dell’antica Roma è descritta una patologia sovrapponibile alla moderna anoressia.

Da quanto detto si potrebbe intendere che l’anoressica rifiuta il cibo: in realtà non è proprio così. È più corretto dire che chi ha l’anoressia esercita un esasperato controllo su quello che mangia, scegliendo ciò che appare relativamente povero di calorie, ma poco interessandosi della composizione dell’alimento stesso: si preoccupa, cioè, dell’apporto calorico, ma non della qualità del cibo che assume.

Anche la Bulimia nervosa è così “antica”?

La **Bulimia nervosa** (letteralmente “fame da bue”) è una malattia relativamente “recente”; le prime chiare descrizioni risalgono all’incirca agli Anni ‘70 -’80. Anche le bulimiche sono preoccupate in modo esagerato dell’aspetto corporeo e, pertanto, cercano di controllare la propria dieta; più o meno frequentemente però le pazienti riferiscono di “perdere” completamente il controllo e di mangiare moltissimo fino a stare male. Generalmente questo comportamento si associa ad un estremo senso di vergogna; infatti queste “abbuffate” avvengono in solitudine, quando in casa non c’è nessuno o durante la notte, quando gli altri dormono.

Come già detto, questo comportamento non ha nulla a che fare con la fame e con il gusto: le pazienti si descrivono come “tossicodipendenti”; ad un certo momento è come se scattasse una molla per cui devono mangiare, mangiare, mangiare senza riuscire a fermarsi fino a che non si sentono male. Poi, dopo queste “abbuffate”, essendo queste ragazze o donne molto preoccupate dall’aspetto e dal peso corporeo, mettono in atto, tra una crisi e l’altra, pratiche di compensazione come il vomito, diete rigidissime, e un’intensa attività fisica, come il camminare per ore ed ore.

Anche questo comportamento è espressione di una grande sofferen-

za psicologica, che però con il passare del tempo coinvolge anche il corpo, diventando una vera e propria malattia psicosomatica.

Che cosa sono i DANAS?

Se è difficile spiegare semplicemente che cosa siano l'Anoressia nervosa e la Bulimia nervosa, malattie ben classificate e note, è quasi impossibile descrivere semplicemente che cosa siano i cosiddetti **DANAS** o **Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati**. Come dice il nome, si tratta di disturbi non specificati, cioè non chiaramente classificabili e caratterizzabili, accomunati semplicemente dalla presenza di un comportamento alimentare anormale, dall'attenzione eccessiva al peso, ecc.

Vi sono fattori specifici di rischio per i disturbi del comportamento alimentare?

Sul terreno specifico delle condotte alimentari, che possono favorire l'impiantarsi di tali patologie, sono stati individuati i seguenti fattori di rischio:

- una educazione al cibo sottolineata da condotte impositive nell'infanzia e nella preadolescenza;
- un modello materno attento alla dieta e con il problema del grasso in più;
- l'uso di farmaci anoressizzanti (che tolgono l'appetito) nella dieta;
- il giudizio estetico negativo dei familiari, ma anche del gruppo dei pari;
- un carico eccessivo di aspettative da parte dei genitori e della madre in particolare.

Come eventi traumatici si è sottolineato in più ricerche cliniche come vi sia un'associazione tra condotte alimentari di controllo ed eventi di abuso e violenza nell'infanzia. Questi eventi si è visto pos-

sono sviluppare comportamenti difensivi mirati a camuffare e nascondere le forme femminili, come per esempio una esagerata magrezza.

Accanto a questi fattori la stessa depressione può sostenere e far sviluppare un comportamento anoressico o bulimico.

Quali sono i comportamenti alimentari da tenere sotto osservazione?

Fermo restando che l'adolescenza è una fase della vita in cui si tenta di affermare la propria autonomia rispetto alla famiglia e che tale autonomia coinvolge espressamente anche il comportamento alimentare, è bene "osservare" i propri figli senza però opprimerli troppo. Osservare vuol dire, ad esempio, controllare la qualità e la quantità degli alimenti consumati e la regolarità dei pasti, cercando di proporre una "dieta" sana e variata.

Certamente sono sospetti atteggiamenti "rituali" con il cibo, come ad esempio tagliuzzare in piccoli pezzi, o ancora modifiche nel modo di alimentarsi. È chiaro che tali atteggiamenti, per essere "sospetti" non devono essere sporadici: a tutti può capitare la giornata in cui si ha più fame o, al contrario, in cui il cibo è "un nemico"!

Vanno anche controllati atteggiamenti apparentemente indipendenti dal cibo, come il rituale del pesarsi, o di praticare attività fisica esasperatamente, o di "scompare" dopo i pasti. Va ancora sottolineato che un genitore mediamente attento, pur nel rispetto della *privacy* del proprio figlio, può rendersi conto di modifiche ponderali e/o del ciclo mestruale.

Molto importanti sono anche le modifiche del tono dell'umore e della socializzazione. Va sottolineato, infine, che analogamente preoccupanti possono essere anche incrementi ponderali e/o atteggiamenti compulsivi nei confronti del cibo.

Si può passare da un comportamento di controllo del cibo, tipico delle diete, a un comportamento patologico?

Con l'idea di un modello fisico specifico l'adolescente può decidere

di assumere una condotta di controllo del cibo non salutare (ridurlo, rifiutarlo o espellerlo al bisogno, e secondo le sue necessità), che giudica però appropriata ai suoi obiettivi e attraverso cui si sente gratificata.

In effetti, fin quando questi comportamenti di controllo sono ancora volontari, le ragazze non chiedono un aiuto. Il problema si presenta e diviene di rilevanza sanitaria solo quando si perde la capacità di gestire quel meccanismo di controllo volutamente messo in atto. E così se prima la ragazza vomitava volontariamente, ora vomita involontariamente; oppure se non mangiava reprimendo lo stimolo della fame, ora pur volendo mangiare non vi riesce più, perché prova disgusto e nausea.

In definitiva una diagnosi di anoressia e di bulimia indica che il meccanismo volontario (ma comunque dannoso) di controllo/espulsione del cibo è sfuggito di mano, che si è alterato il rapporto con il cibo e si è danneggiato il ciclo fisiologico fame-sazietà.

Che cosa fare se si sospetta un disturbo del comportamento alimentare?

Un disturbo del comportamento alimentare, come peraltro tutte le patologie, va valutato e diagnosticato da un medico o da uno psicologo. Sarebbe auspicabile che il primo contatto avvenisse con il medico di famiglia, che è, in genere, una figura conosciuta e pertanto non minacciosa, in grado di valutare ed eventualmente indirizzare con competenza verso i centri specialistici per la diagnosi e la cura dei DCA. A tale proposito va sottolineato che tali centri, anche se non numerosissimi, sono ben rappresentati su tutto il territorio nazionale; è possibile ottenere informazioni al riguardo componendo uno specifico numero verde del Ministero della Sanità.

La diagnosi, e soprattutto la terapia dei DCA, necessitano di tempi piuttosto lunghi; è bene, quindi, non avere fretta e affidarsi a specialisti piuttosto che iniziare i cosiddetti “giri della speranza” o rivolgersi a pseudospecialisti più o meno famosi e alla moda. Meglio aspettare

qualche settimana piuttosto che frettolosamente affidarsi al “primo venuto”. A tale proposito va anche sottolineato che “il sintomo alimentare” è un sintomo e non la malattia, e come tale merita rispetto, ma certamente non può rappresentare l’unico oggetto di attenzione.

Nei disturbi alimentari sono implicati anche altri tipi di problemi?

A parte la peculiarità di questa sindrome, che ha nel cibo e nel comportamento alimentare il suo campo di espressione e visibilità (ovvero la sua sintomatologia più evidente), la patologia indica, come ogni altra patologia psichica, una serie di altre cose che affondano le loro radici nella vita quotidiana e nella vita di relazione dell’adolescente, a livello sia familiare sia extrafamiliare.

BREVI NOTE SULLA DIFFERENZA TRA I SESSI IN ADOLESCENZA

L’adolescenza è l’età dello svincolo dai legami familiari e l’avvio all’autonomia personale affettiva, relazionale e progettuale.

Le difficoltà psichiche di una ragazza adolescente sono segnalate da inerzia, passività, insicurezza, difficoltà nella relazione con gli altri, chiusura in sé; oltre che da sintomi di ansia e depressione.

Le difficoltà delle ragazze sono maggiori di quelle dei coetanei maschi, più sintomi e sindromi segnalano la loro maggiore presenza nel campo delle patologie psichiche.

Tutte le ricerche concordano sul fatto che:

se nell’infanzia e nella preadolescenza, non si evidenziano differenze tra i sessi per gli indici della depressione, intorno ai quindici anni le ragazze che soffrono di disturbi di tipo ansioso-depressivo sono il doppio dei coetanei maschi.

Le ragazze infatti soffrono maggiormente di insicurezza e ansia, limitano maggiormente le loro relazioni con l’esterno, sono meno socializzate, spesso si rifugiano in rapporti di coppia precoci, manifestano il loro disagio con il pianto frequente e con maggiori momenti di tristezza.

Alcuni di questi sintomi sono stati messi in relazione con la particolare fisiologia femminile, e addebitati impropriamente al primo impatto del menarca ed alle variazioni ormonali successive. In alcune recenti ricerche, condotte con un’ottica di genere, si è visto, al contrario, come comportamenti quali pianto immotivato e insicurezza non costituiscano eventi normali della vita fisiologica al femminile, ma iniziali segnali di disagio.

E così, accanto al comportamento alimentare, alle condotte espulsive o alle condotte privative, o ad altri tipi di condotte come l'esercizio fisico stressante, vi possono essere altri problemi che sostengono o accompagnano tali condotte, quali ad esempio: sensi di insicurezza, emarginazione dal gruppo, percezione insoddisfacente di sé, chiusura sociale.

Ma non sempre questi comportamenti, che sono molto diffusi tra le ragazze, costituiscono poi rischi concreti per la patologia specifica dell'anoressia e della bulimia. Molte volte sono comportamenti che vengono spontaneamente dismessi o accantonati. Quando ciò non succede, ma essi persistono e cronicizzano, devono essere valutati come segnali di un disagio più generale, che affonda le sue radici nella vita quotidiana e di relazione dell'adolescente.

Vi sono i segni premonitori di questi disturbi rispetto ad altri problemi psichici?

Non ci sono veri e propri “segni premonitori” anzi, il sintomo alimentare compare generalmente tardivamente rispetto alla sofferenza psicologica. Il più delle volte queste adolescenti sono figlie modello, bravissime negli studi, in grado di svolgere con profitto anche attività extrascolastiche, come praticare sport o suonare uno strumento musicale, aiutare i genitori nella gestione familiare, ecc. In genere, però, sono adolescenti “sole”, con pochi amici e poche attività “ludiche”.

A cos'altro bisogna guardare nella vita dell'adolescente per intercettare la sofferenza psicologica anche quando non vi siano sintomi specifici?

Essenzialmente bisogna guardare al progressivo avanzare dell'autonomia nella vita di un adolescente, maschio o femmina che sia, al complessivo potenziamento delle sue risorse, alla sua competenza nelle relazioni sociali, con gli altri al di fuori della famiglia.

Bisogna poi occuparsi come adulti, genitori e insegnanti, di un'azione di tutela e promozione dell'autonomia senza creare sovraccarichi di

responsabilità non consoni all'età, o comunque carichi eccessivi, dal punto di vista sia materiale sia affettivo, che possono minare il terreno delle sicurezze personali, spesso inducendo sentimenti di incapacità nel confronto con compiti debordanti le competenze e le risorse personali.

Quali sono i pesi impropri che possono gravare sulle spalle dell'adolescente?

Gli adolescenti e in particolare le ragazze (da qui le statistiche di una maggiore implicazione delle ragazze nel disturbo psichico in adolescenza) possono patire lo stesso sovraccarico delle loro madri.

In effetti può succedere che la donna, che non ha altri mezzi per alleggerirsi nella famiglia di un carico di lavoro stressante, chiami una figlia adolescente in questo ruolo di supporto.

La richiesta di un supporto può essere materiale e portare alla condivisione dei compiti di cura della famiglia; oppure più spesso può essere emotiva e psicologica nei confronti di una madre, che a sua volta patisce la mancanza di altri supporti; una madre ad esempio che non ha una relazione di confidenza con il *partner*, o che è priva di altre relazioni amicali e di interessi extrafamiliari. L'adolescente in questo caso sopporterebbe il peso di una strategia inappropriata di alleggerimento della condizione di *stress* o di isolamento, che la società scarica sulla donna-madre.

Inappropriata perché “risolve” il disagio della madre rinviandolo sulla figlia e mantenendo così, attraverso un meccanismo a catena intergenerazionale, la condizione di *stress* e disagio.

Se una figlia “aiuta” una madre corre più rischi?

No, se si tratta *solo* di “un aiuto”. **Sì** invece, se si intende per aiuto una condizione complessiva e sistematica di sovraccarico che si ripercuote pesantemente sulle risorse dell'adolescente, destinate in questa fase, allo sviluppo dell'autonomia personale e allo svincolo dalla famiglia.

Sobbarcare un adolescente di pesi materiali ed emotivi, relativi alla situazione familiare, può avere come effetto la sottrazione di risorse personali dai loro naturali obiettivi: la scuola, le amicizie, il gruppo, lo sport, le prime esperienze con l'altro sesso, ecc. L'adolescente può sperimentare così una condizione di vita più gravosa, diversa da quella dei coetanei, che può trasformarsi poi in vissuti di incapacità personale e di minore competenza nell'area sociale.

È sufficiente allora non dirottare all'interno della famiglia energie che servono agli adolescenti per esplorare il mondo esterno e per fare esperienze personali?

Si certamente questo, ma non solo. Una figlia adolescente, che dà supporto alla madre (o al padre o ad entrambi o ad altri), in qualche modo anticipa i tempi della maternità, *fa da madre alla propria madre*. Può così essere indirizzata anzitempo ad assumere quel modello comportamentale del *sostituire gli interessi altrui ai propri*, tipico della relazione madre-figlio, senza però aver consolidato l'esperienza e la capacità di "essere al mondo per se stessa"; esperienza e capacità che consolidano l'attitudine alla individuazione corretta dei bisogni e dei progetti personali.

Il disagio di una ragazza, così come raccontato dalle adolescenti nei servizi di ascolto, parla di difficoltà a capire che cosa si vuole, parla di una percezione di confusione soggettiva, parla di insicurezza a prendere decisioni e responsabilità sulla propria vita.

Così facendo renderemmo le nostre figlie, attraverso questo apprendistato realizzato con *l'inversione dei ruoli madre-figlia*, più vulnerabili, più insicure di sé e dei propri bisogni.

ALCUNI CONSIGLI PER I GENITORI

In primo luogo va ribadito che i genitori devono svolgere il loro ruolo di guida senza però opprimere troppo i figli, anzi accettandone

la diversità; devono essere capaci di responsabilizzarli sostenendoli nella difficile ricerca dell'“autonomia”.

Una madre in particolare deve cercare di risolvere i problemi del proprio sovraccarico senza cercare di dividerlo o addossarlo a una figlia adolescente.

I genitori devono evitare di sovrapporre i propri interessi e progetti a quelli del figlio/a, stressandoli con un ipercarico di aspettative.

Per quanto riguarda poi il problema specifico di una richiesta di “dieta” da parte di un figlio/a adolescente, questa non va liquidata superficialmente, ma piuttosto va discussa e analizzata ed eventualmente approfondita con il proprio medico o con uno specialista “equilibrato”.

Ben diverso è quando si sospetta la presenza di un DCA; in questi casi è bene ricorrere al più presto al proprio medico ed eventualmente a specialisti del settore.

ALCUNI COMPORTAMENTI DA ADOTTARE PER LA PREVENZIONE SPECIFICA DEI DISTURBI DEI COMPORTAMENTI ALIMENTARI:

- evitare nell'infanzia di adottare comportamenti oppressivi sull'alimentazione;
- evitare intrusioni nell'immagine che l'adolescente ha di sé, con indicazioni verso modelli estetici di magrezza;
- temperare se possibile l'impatto dei modelli sociali, non assumendoli come positivi all'interno della famiglia;
- evitare di rappresentare con il proprio comportamento - di preoccupazione per il peso - modelli per le figlie;
- controllare le attività sportive perché le ragazze non siano pressate dagli istruttori ad assumere comportamenti alimentari forzati. Ricordarsi che tali pressioni si configurano come lesione alla integrità psicofisica e sono penalmente rilevanti;
- evitare di caricare le figlie/i di aspettative eccessive;
- evitare di giudicare negativamente le scelte delle figlie/i solo perché fatte in autonomia.

INDICAZIONI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEGLI/DELLE ADOLESCENTI NELLA RELAZIONE GENITORI-FIGLI

Il disturbo alimentare è uno dei disturbi in cui incorrono gli adolescenti, e le adolescenti in prevalenza, quando si sentono in difficoltà: esso può essere affrontato e prevenuto adottando uno stile complessivo di promozione della salute.

Poniamoci così un obiettivo unitario per la crescita dei nostri figli adolescenti: non caricarli dei pesi che riguardano le responsabilità del ruolo genitoriale, cercando in loro una condivisione, oppure il sostegno a un conflitto di coppia.

Significa che le madri, ma anche i padri, devono risolvere i loro problemi senza chiamare in causa i figli. Devono lasciarli liberi di organizzare le loro risorse, poche o molte che siano non ha importanza, intorno ai loro interessi di crescita e sviluppo, senza vincolarli a comportamenti e progetti che non li riguardano.

Se la madre ha necessità di avere un supporto nella relazione familiare e di coppia rispetto ad un *partner* assente, poco disponibile, o maltrattante, questo supporto non deve essere cercato nella relazione con le/gli adolescenti: essi, caricati di pesi impropri, data l'età e la immaturità fisiologica delle loro risorse psichiche, mostreranno più facilmente segni di disagio psichico. E ricordiamoci che un figlio/a con un problema di disagio ricade poi come ulteriore carico di cure e di responsabilità sui genitori e in particolare sulla madre, divenendo così, da ipotizzato/desiderato supporto al carico familiare, ulteriore motivo di aggravio.



ALCUNE INDICAZIONI PER I MEDICI

Il circolo vizioso dell'anoressia

Va sottolineato che il termine “anoressia” non indica correttamente questa malattia: infatti letteralmente anoressia significa mancanza

di appetito. In realtà i pazienti anoressici hanno appetito, ma, almeno inizialmente, si impongono di non mangiare; con il passare del tempo questa condizione di semidigiuno rappresenta essa stessa una causa di inappetenza, tanto che si crea un vero e proprio circolo vizioso: meno si mangia e meno si può mangiare.

Infatti in questa condizione estrema l'organismo si adatta al non mangiare grazie a una serie di "adattamenti" metabolici il cui scopo è quello di ridurre la spesa energetica al minimo per assicurare la sopravvivenza: si crea cioè un nuovo equilibrio metabolico.

Ciò vuol dire però la scomparsa di alcune funzioni specifiche dell'individuo sano come, ad esempio, la capacità di procreare. Nelle ragazze il limite che indica come il comportamento di controllo alimentare abbia travalicato il confine della patologia è *l'interruzione delle mestruazioni*.

Questo nuovo equilibrio metabolico è esso stesso un equilibrio precario più esposto a fattori di *stress* psicofisico per cui rappresenta un grande rischio per la salute in generale: una banale influenza può, ad esempio, far peggiorare drammaticamente lo stato di salute. La stessa rialimentazione in queste pazienti può rappresentare un evento delicato e pericoloso, e va effettuata in modo graduale e attento.

Come affrontare queste patologie?

Come abbiamo già detto tutti i disturbi del comportamento alimentare sono malattie psicosomatiche, che si esprimono con disturbi del comportamento alimentare ed anomalie dello stato di nutrizione, ma la cui causa è sempre psicologica: è chiaro, quindi, che l'approccio con questi pazienti è particolarmente delicato, multidisciplinare, con l'intervento di psicologi o psichiatri aiutati da altre figure professionali, come dietologi, internisti, dietisti etc.

Ci sono possibilità di intervento precoce?

Attualmente è possibile riconoscere precocemente soggetti a rischio di ammalarsi di DCA mediante l'uso di specifici *test* psico-

metrici. Tali *test*, pur non avendo potere “diagnostico”, si sono mostrati estremamente utili in studi di *screening* di popolazione, ad esempio scolastica. Sono comunque strumenti che vanno utilizzati da figure professionali diverse (es.: medici, dietisti o insegnanti), ma comunque espressamente formate.

Altro cardine della prevenzione è rappresentato dall’educazione alimentare e da corrette campagne di informazione. Sarebbe auspicabile che tali campagne si svolgessero nell’ambiente scolastico, coinvolgendo, per quanto possibile, anche le famiglie.

Come trattare i DCA: meglio in ambulatorio o in ambiente di ricovero?

In genere il trattamento ambulatoriale sembrerebbe quello di elezione per i DCA. Ciò non vuol dire che, se necessario, anche il ricovero ordinario in ambiente specialistico non possa essere utilizzato laddove se ne valuti la bontà, come ad esempio in caso di acuzie e/o in caso di necessità di separazione dalla famiglia. In Italia esistono alcuni centri di ricovero per DCA, dove in genere si effettuano ricoveri piuttosto lunghi (circa 6 mesi). Ovviamente tale esperienza di ricovero deve poi essere seguita dal trattamento ambulatoriale. In caso di acuzie il ricovero è bene avvenga tramite un pronto soccorso ospedaliero o, se vi è il tempo per organizzarlo, in reparti psichiatrici dedicati.

Qual è l’obiettivo della terapia dei DCA?

Ovviamente gli obiettivi sono differenti in relazione alla diagnosi e alla gravità della patologia.

Per quanto riguarda l’anoressia, soprattutto nelle forme più gravi, obiettivo primario è arrestare il calo di peso ed escludere complicanze d’organo “pericolose”; solo in un secondo momento si può iniziare a recuperare un po’ di peso per “uscire dalla zona rossa” e ancor più lentamente si inizierà un trattamento mirante al completo recupero ponderale, con recupero di tutte le normali funzioni biologiche, come ad esempio il ciclo mestruale.

Per la bulimia invece obiettivo primario è tentare di ridurre al minimo gli episodi di vomito, che rappresentano un notevole rischio per la salute.

Per tutti le pazienti, ovviamente, è poi fondamentale raggiungere un'acceettabile qualità di vita.

Esiste una “dieta minima di sopravvivenza”?

Certamente questa dieta esiste: di fatto è sufficiente una piccola quota calorica ben bilanciata, ma soprattutto un buon apporto idrico. Non va dimenticato, infatti, che molto spesso in queste pazienti, vi è notevole disidratazione secondaria, sia alla restrizione dell'assunzione di liquidi in generale e di acqua in particolare, sia anche alle eventuali perdite di liquidi con il vomito o per l'abuso di diuretici. Nei casi più gravi è bene che la dieta di “sopravvivenza” sia molto semplice e digeribile, suddivisa in più pasti, anche 6 al giorno, piccoli e leggeri: piccole porzioni di latte ad alta digeribilità o yogurt, cereali da colazione, meglio se integrali, piccole porzioni di pesce o carni magre con verdura, un po' di pane e/o patate e/o legumi, poco olio extravergine di oliva, frutta fresca come spuntino.

Vanno assolutamente evitati tutti gli alimenti eccessivamente “pesanti”, troppo conditi e troppo calorici, la cioccolata e i dolci in genere, non solo per l'impatto psichico negativo, ma anche e soprattutto per lo *stress* metabolico che possono rappresentare.

Non va dimenticato, infatti, che tali patologie si accompagnano, in termini metabolici, ad un adattamento cronico e lentamente reversibile. Ci sono casi in cui anche tale dieta risulta praticamente improponibile: in tali casi si può ricorrere all'uso di integratori completi *per bocca* in sostituzione o in aggiunta agli alimenti naturali che il paziente riesce ad assumere. In tutti i casi tale valutazione va fatta da specialisti.

PROMEMORIA:

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO COMUNI
AI DIVERSI DISAGI DELL'ADOLESCENZA?

- ◆ La funzione di supporto nell'ambito familiare, con tipizzazione di una inversione di ruoli "genitori-figli". Ruoli di protezione, confidente, supporto emotivo e sociale di un genitore (supporto schierato a favore dell'uno o dell'altro in alternativa) o della coppia (mediazione).
- ◆ La carenza/assenza di validi rapporti amicali e di rapporti di confidenza all'esterno della famiglia. In prospettiva la mancata costruzione di una competenza alla relazione sociale allargata (la frequenza di gruppi).
- ◆ La mancanza di adeguati spazi e tempi per coltivare interessi personali e *hobby*.
- ◆ La presenza e l'intrusione di aspettative genitoriali pressanti nella configurazione di un progetto di vita personale.
- ◆ La mancanza di fonti adeguate per far crescere la stima di sé: ovvero la riduzione/assenza di una percezione di capacità personale.
- ◆ L'esser sottoposti frequentemente a giudizi di svalutazione che riguardano, nelle ragazze "il come si è" e nei maschi il "che cosa si è fatto". Questi giudizi hanno un peso specifico nel ridurre le spinte all'autonomia e nel determinare vissuti di insicurezza personale.
- ◆ La presenza di atteggiamenti rinunciatari espressi nelle varie attività tipiche di questa età (stare con gli amici, fare sport ecc.).