

L'Anoressia nervosa:
la malattia dell'anima che logora il corpo

Le immagini inserite nel testo hanno carattere esclusivamente illustrativo ed esplicativo, l'autore non intende usarle per ledere il diritto altrui.

Sabrina Fronzi

**L'ANORESSIA NERVOSA:
LA MALATTIA DELL'ANIMA
CHE LOGORA IL CORPO**

Saggio

BOOK
SPRINT
E D I Z I O N I

www.booksprintedizioni.it

Copyright © 2023
Sabrina Fronzi
Tutti i diritti riservati

Ai miei nipoti Andrea, Viola e Vittorio.

Introduzione

“Non ho la minima idea di come tutto sia iniziato, e tanto meno di come sia finito. Solo di una cosa ho la massima certezza: non volevo essere magra, quello lo sono sempre stata. Volevo essere forte. Era questo che mi prometteva in continuazione quella voce amichevole che, ormai quattro anni fa, si era insinuata nel mio cervello e aveva cominciato a spingermi, inizialmente in modo molto blando e innocente, verso rinunce e sacrifici: già, perché è come se questa malattia non fosse altro che una persona, un’amica: un’amica che spunta all’improvviso in un certo momento della tua vita e ti promette di renderti migliore, forte, invincibile. “Mangia un frutto al posto del panino, fai un po’ di attività fisica giusto per tonificarti e sentirti più in forma,” mi consigliava benevolmente agli esordi. E poi, nel giro di circa un anno, quei dolci e amorevoli consigli si sono tramutati in prepotenti e incessanti comandi: “Non mangiare. Hai mangiato un frutto? Beh, allora corri in bagno a ficcarti le dita in gola e a vomitare. Chiuditi in palestra ogni giorno e per tutto il pomeriggio, fai attività fisica finché non ti senti svenire. No, non finisce

qui, non hai bruciato comunque abbastanza calorie, corri a farti una doccia congelata!”

E io, ogni volta, obbedivo. Obbedivo perché, per quanto potesse rendersi insensibile e insopportabile, sapevo che faceva tutto questo solo ed esclusivamente perché voleva il mio bene. Perché era l'unica a sapere quanto valessi e voleva accrescere ancora di più la mia forza e la mia unicità...”

Fonte: Testimonianza anonima – Associazione Midori – www.associazionemidori.it

Adolescenti che improvvisamente iniziano a contare ossessivamente le kilocalorie assunte giornalmente, ad annotare precisamente che cosa mangiano o che cosa bevono, compreso un sorso d'acqua. Adolescenti che si nascondono dal resto della famiglia per assaporare in solitaria merendine, snack e dolci confezionati. Adolescenti che una volta terminato il pranzo o la cena, si alzano e si recano in bagno a eliminare quanto appena ingerito nella maniera più invisibile possibile. Bulimia, anoressia e *binge eating disorder* costituiscono uno dei disturbi di salute pubblica di maggiore rilievo nel nostro Paese, tanto da divenire oggetto di studio specifico dato che negli ultimi decenni si è verificato un progressivo e costante abbassamento dell'età di insorgenza del quadro sintomatologico, tanto che le diagnosi in età preadolescenziale e durante l'infanzia sono ormai comuni. (Ministero della Salute, 2017.) I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie di natura psichiatrica assai complesse che si caratterizzano per la messa in atto di condotte alimentari disfunzionali e pericolose

per l'organismo, accompagnate da un'eccessiva preoccupazione per il peso corporeo determinata dalla percezione della propria immagine corporea totalmente distorta. I disturbi dell'alimentazione presentano fattori eziologici di tipo *multifattoriale*, per cui non è possibile riscontrare un unico fattore neurobiologico, genetico, individuale o sociale in grado di causare direttamente il disturbo. Il quadro sintomatologico può presentarsi in comorbilità con altri disturbi psichici come la depressione maggiore, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore. A seconda della gravità del disturbo, lo stato di salute fisica del soggetto può subire un forte deterioramento e può andare incontro ad uno stato di emaciazione con una grave alterazione dello stato nutrizionale. Erroneamente da quanto si può credere, un basso peso corporeo non è un marcatore unico e specifico per i disturbi dell'alimentazione, in quanto quest'ultimi possono emergere anche in condizioni di normopeso, sovrappeso e obesità. Assumono un ruolo fondamentale la diagnosi precoce e l'ideazione di un intervento specifico e mirato per il soggetto in modo da garantire risultati concreti e un *outcome* positivo a lungo termine. Verranno esposte le caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione, in particolar modo nel primo capitolo verranno analizzati i criteri diagnostici utilizzati nei contesti sanitari italiani e le principali visioni teoriche volte a conferire una spiegazione ai meccanismi eziologici di tali disturbi. Nel secondo capitolo verranno analizzati gli specifici fattori eziologici coinvolti con particolare riferimento al ruolo dei social network nell'oggettivazione del corpo femminile e maschile. Infine,

nel terzo capitolo verranno presi in considerazione le modalità di intervento utilizzate nei contesti sanitari nazionali e nelle strutture apposite per il trattamento dei DCA. Verranno analizzati gli approcci terapeutici *evidence-based*, in particolare l'approccio Cognitivo-Comportamentale che si associa ad un miglioramento della sintomatologia nel 78% dei casi (Paulson et al., 2009,) la terapia sistemico-familiare che negli ultimi anni ha visto un forte incremento dati gli studi in letteratura che hanno sottolineato l'importante ruolo assunto dai genitori del paziente e l'approccio della danza-terapia fondamentale laddove il paziente presenta un funzionamento interpersonale deficitario e inadeguati livelli di motivazione intrinseca al cambiamento.

1

L'anoressia nervosa: cenni storici e inquadramenti diagnostici

“Non è libero chi è schiavo del proprio corpo.”

Seneca

1.1 L'anoressia nervosa nella storia

Il termine anoressia deriva dal greco “*anorexia*” ovvero “mancanza di appetito.” Garner (2002) sostiene che:

“L'insoddisfazione fisica e l'intensa attenzione all'aspetto sono le variabili più rilevanti e immediate che portano allo sviluppo della malattia.” (Garner, 2002.)

La malattia ha certamente forme molto complesse. Anche dopo l'incremento di peso, la maggior parte delle persone con anoressia rimane eccessivamente preoccupata per la propria taglia e peso. I soggetti guariti hanno affermato che una percezione distorta dell'immagine corporea era la più grande barriera al cambiamento duraturo. Garner ha

osservato che quando si misura la compromissione dell'immagine corporea nell'anoressia nervosa, sono state seguite due linee di ricerca principali per la natura specifica del disturbo: la prima linea propone che alla base vi sia una percezione distorta delle dimensioni corporee e la seconda un deterioramento cognitivo di valutazione legato alla percezione del proprio corpo.

Un'altra direzione di ricerca di base considera i disturbi della valutazione cognitiva, evidenziando così il concetto di insoddisfazione fisica. Secondo questa teoria, la famiglia, la personalità, i fattori culturali e di sviluppo diventano importanti determinanti dell'insoddisfazione fisica. (Mahler & McDevitt, 1982.)

Sia la prospettiva cognitiva-comportamentale che quella femminista tendono ad enfatizzare il ruolo del contesto culturale nella creazione e stabilizzazione delle credenze e dei sentimenti rispetto al proprio aspetto fisico. Affermano Mahler & McDevitt (1982) che l'insoddisfazione circa il proprio peso può dipendere da livelli particolarmente elevati di autocontrollo e disciplina assai rigida. (Mahler & McDevitt, 1982.)

Alcune convinzioni particolari sono inesorabilmente legate a rinforzi positivi o negativi legati al successo o al fallimento dei comportamenti di controllo del peso. Una volta che il peso è perso, il processo è ulteriormente sostenuto da "sintomi da fame" attitudinali, emotivi e psicologici che supportano convinzioni specifiche e comportamenti di controllo del peso. (Mahler & McDevitt, 1982.)