

DOSSIER: DISTURBI ALIMENTARI

Ossessioni in tavola

di Giovanni Sabato

Anoressia, bulimia e persino nuovi disturbi, come l'ossessione per il cibo sano, sono ormai un'epidemia sociale. Perché le persone che ne soffrono sono in crescita, e il fenomeno si sta estendendo anche a gruppi di popolazione prima non coinvolti

“**M**i piacerebbe essere verde come le piante, fare la fotosintesi e campare senza bisogno di cibo». Chi lo diceva non voleva risparmiare tempo o denaro, ma evitare l'angoscia di introdurre calorie. E quando gli è stato fatto notare che così sarebbe stato ancora peggio, perché sarebbe ingrassato solo prendendo luce, è rimasto quasi stupito di non averci pensato e poi ha concluso: «Va bene, ma comunque non dipenderebbe da me». Il paradosso rende bene quanto sia complicato il mondo dei disturbi alimentari, per le persone colpite e per chi cerca di aiutarle.

Anoressia, bulimia, abbuffate incontrollate e nuovi disturbi, come l'ossessione per i muscoli o gli estremismi del mangiar sano, sembrano in crescita esplosiva. Al punto che c'è chi ha proposto misure estreme come il carcere per i gestori dei siti che promuovono l'anoressia, che fanno proseliti in particolare fra le adolescenti. Ma è vero che i disturbi alimentari stanno esplodendo o è solo un luogo comune allarmistico? «Se ne è discusso a lungo. C'è chi ha ipotizzato che l'aumento sia solo apparente perché un tempo i disturbi non erano riconosciuti mentre ora vi si fa più attenzione», spiega Laura Dalla Ragione, responsabile del Centro per i disturbi del comportamento alimentare Palazzo Francisci della AUSL 1 Umbria a Todi e di altri centri in regione, e responsabile scientifico del progetto nazionale «Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare» promosso dal Ministero della salute e dalla Presidenza del Consiglio.

Dare numeri esatti è difficile, perché gli studi e i criteri di classificazione sono etero-

genei, perché comunque la diffusione complessiva resta bassa – pur con punte molto alte in gruppi a rischio – e non ultimo perché chi ne soffre tende spesso a occultarlo. Ma Dalla Ragione non ha dubbi. «Purtroppo sì, è un'epidemia sociale. Sta mutando la fenomenologia, ma è fuori discussione che negli ultimi decenni i disturbi hanno iniziato a crescere e non accennano a fermarsi. Stanno prendendo il posto di altre malattie: fra gli adolescenti è diminuita la depressione e crescono i disturbi alimentari, che in qualche modo interpretano meglio il loro disagio. Da un lato i fattori di rischio sono molto forti, e per ora le campagne di prevenzione non riescono a farvi fronte. Dall'altro il problema si sta estendendo a popolazioni prima poco toccate, anche in forme nuove».

► Fattori di rischio

«Le cause esatte non si conoscono, ma si pensa che concorrano fattori genetici e ambientali», osserva Riccardo Dalle Grave, responsabile dell'Unità di riabilitazione nutrizionale della Casa di cura Villa Garda a Garda e segretario scientifico dell'Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso (AIDAP) a Verona. «Gli studi sui gemelli fanno pensare che ci sia un'ereditabilità, ma un'indagine internazionale che ha confrontato persone con e senza il disturbo per individuare i geni coinvolti – il cosiddetto *genome-wide association study* o GWAS – è fallita e non si sa ancora che cosa venga ereditato: se una specifica suscettibilità al disturbo, o tratti di personalità che lo favoriscono, o una vulnerabilità biologica o psicologica a processi innescati dalla dieta, o chissà che altro». Una

Mike Kemp/Tetra Images/Corbis (tutte le foto del servizio)



possibilità, precisa Dalla Ragione, è che la suscettibilità, più che genetica, sia epigenetica, ossia che non riguardi i geni in sé ma il modo in cui funzionano. La dieta per esempio può alterare l'espressione dei geni, innescando i meccanismi che portano al disturbo.

Tra i fattori di rischio ambientali, alcuni sono generici, come i traumi emotivi o la familiarità per ansia o depressione, che aumentano in generale la vulnerabilità a malattie mentali. «Quelli specifici per i disturbi alimentari sono i fattori che focalizzano l'attenzione sul cibo e sul controllo del peso e della forma del corpo, e spingono a interiorizzare l'ideale di magrezza: per esempio avere familiari obesi, essere molto sovrappeso da bambini, essere criticati per il peso, vivere in un ambiente che enfatizza la magrezza o praticare lavori o sport che concentrano l'attenzione sulla linea. Anche chi è celiaco o diabetico fin da bambino è più a rischio, perché si abitua a dover stare attento a ciò che mangia. Ma su come questi fattori ambientali interagiscano fra loro e con la vulnerabilità genetica per fare scattare o meno la malattia, non si sa ancora nulla», spiega Dalle Grave.

In quest'ottica è abbastanza intuitivo ricondurre l'aumento dei disturbi ad alcuni cambiamenti sociali. «Non ci si ammala per un modello culturale in sé, devono concorrere diversi elementi. Ma l'aspetto culturale spiega la diffusione», rimarca Dalla Ragione.

► Bisogni contemporanei

Un tempo si usava addossare le colpe alla famiglia, ma oggi questa visione è tramontata. «Negli anni settanta i primi studi avevano individuato una famiglia tipo, ma oggi queste ipotesi sono state abbandonate, anche solo per questione di numeri: abbiamo famiglie di ogni genere, mononucleari, con un solo genitore, di separati, di tutte le estrazioni sociali e culturali, e non si vede una tipologia tipica in cui allignino i disturbi. Nella visione odierna le famiglie hanno un ruolo soprattutto nell'evoluzione della patologia e nel suo mantenimento. Sono quindi centrali nel trattamento, e non solo nei ragazzi: secondo le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence britannico (NICE) – le più accreditate – trattare anche la famiglia è imprescindibile nei pazienti sotto i 18 anni, ma è altamente auspicabile anche negli adulti. Oggi che la gamma di età dei disturbi si è tanto ampliata, ci capita per esempio di dover coinvolgere i figli nella cura del padre».

Le definizioni

I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da un'alterazione persistente della condotta alimentare e da comportamenti volti a controllare il peso e la forma del corpo, che possono danneggiare la salute fisica e il funzionamento psicosociale. Quel che conta non sono il peso o il modo di mangiare in sé, ma l'ossessione per il peso e l'aspetto: se una persona non mangia perché è depressa, e magari non vorrebbe neanche dimagrire, o se cede un po' troppo alla gola, non per questo ha un disturbo alimentare.

I tre disturbi più diffusi definiti nel DSM-5 sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata, o binge eating disorder.

L'anoressia nervosa si caratterizza per:

- consistente perdita di peso;
- intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso;
- disturbi dell'immagine corporea.

La bulimia nervosa si caratterizza per:

- abbuffate ricorrenti;
- comportamenti di compenso per evitare l'aumento di peso, come il vomito, l'uso improprio di lassativi, clisteri o diuretici, il digiuno protratto o l'eccessivo esercizio fisico;
- stima di sé influenzata oltremisura dal peso e dalla forma del corpo.

Il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating:

- condivide con la bulimia gli episodi di abbuffate, ma non le pratiche di compenso per impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono diventare obesi.

Il DSM-5 include inoltre fra i disturbi alimentari:

- alcuni disturbi che sono più frequenti, ma non esclusivi, nell'infanzia – disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, disturbo della ruminazione, picacismo;
- le due categorie-ombrello degli altri disturbi dell'alimentazione specificati e dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, che includono una serie di manifestazioni simili per qualche verso ad anoressia, bulimia o binge eating ma non soddisfano appieno i criteri per queste diagnosi.

I fattori culturali contano invece tantissimo. Ma non è solo la magrezza in sé quanto in generale l'ossessione per il corpo e la sua manipolazione, la chirurgia estetica, l'idea che il corpo non deve modificarsi nella sua naturale evoluzione con l'età, aspetti che riguardano oggi tutte le generazioni.

«L'identità della persona è sempre stata agganciata all'identità corporea, ma mai come in questa epoca: maschi e femmine, grandi e piccoli, giovani e anziani sentono il bisogno della prestazione fisica. Non vediamo disturbi alimentari in paesi dove non c'è il modello della magrezza, mentre appaiono facilmente quando cambiano gli stili di vita, come è accaduto in Europa orientale dopo la caduta del Muro di Berlino, e si inizia a vedere in paesi arabi come l'Iraq man mano che viene meno il classico modello di donna un po' in carne. Il tutto, ovviamente, abbinato all'abbondante disponibilità e varietà di ali-



menti fra cui scegliere, che fa del cibo un terreno su cui esprimere tanti aspetti emotivi», osserva Dalla Ragione.

► Il ruolo della prevenzione

Le campagne di prevenzione tentate finora sono servite a poco, come si diceva, ma qualcosa potrebbe cambiare. «In Italia sono stati realizzati solo programmi universali, quelli rivolti a tutta la popolazione a rischio e non, per esempio in una scuola, con un approccio didattico. Ma si è visto che non funzionano, perché i ragazzi acquisiscono conoscenze migliori ma non cambiano le abitudini e i comportamenti», spiega Dalle Grave.

Funzionano invece gli interventi mirati a chi ne ha più bisogno, con strategie volte non semplicemente a informare ma a modificare atteggiamenti e condotte: i programmi di prevenzione «indicata», per chi mostra i sintomi iniziali che preludono alla malattia pur

non avendola ancora sviluppata appieno, o di prevenzione «selettiva», rivolta a chi si trova nelle condizioni più a rischio.

«Mentre sui fattori di rischio di fondo abbiamo ancora un'idea generica, sono abbastanza noti quelli prossimali, che preludono spesso a un esordio vicino», precisa. Ci sono aspetti della personalità come la bassa autostima nucleare (una visione negativa di sé pervasiva e incondizionata, aspetto permanente della propria identità) o il perfezionismo clinico (l'eccessiva importanza attribuita nella valutazione di sé a standard troppo esigenti che una persona può imporsi, anche nel controllo alimentare, la cui violazione porta senso di fallimento). E poi l'insoddisfazione per il corpo, l'alimentazione incontrollata infantile o certe pratiche dietetiche.

«Programmi mirati che agiscono su questi fattori e sulla gestione dello stress danno ottimi risultati», spiega Dalle Grave. Metterli in

atto – per malattie in cui anche chi ne soffre in forma conclamata tende spesso a negarlo e a non cercare aiuto – è per certi versi un gioco di stratagemmi. «Per selezionare i destinatari si adottano strategie indirette. Per esempio si propone a scuola un programma per imparare a gestire il peso, o per migliorare la propria immagine corporea, e in genere si iscrivono le persone più a rischio».

Anche gli interventi possono puntare alla meta dando l'impressione di mirare ad altro. Negli Stati Uniti Eric Stice, all'Oregon Research Institute, ha dimostrato che si può ridurre l'incidenza dei disturbi alimentari con interventi, selettivi o indicati, basati sulla dissonanza cognitiva (il programma è illustrato nel libro *Progetto Corpo*): anziché spiegarli che cosa è giusto, si induce il ragazzo a fare dichiarazioni e adottare comportamenti controattitudinali di propria iniziativa, criticando per esempio l'ideale di magrezza. In incontri a piccoli gruppi, l'operatore prende posizioni del tipo «la dieta rigida fa bene», «la magrezza è la cosa più bella della vita», «i disturbi alimentari non sono un problema», e i ragazzi sono indotti a criticarlo, andando co-

corpo è diventato un terreno di rappresentazione del disagio anche per i maschi. Si ammalano da bambini, da giovani, ma anche da adulti. Fino a dieci anni fa si pensava che i pazienti maschi avessero qualche incertezza di identità di genere e di orientamento sessuale, ma oggi è un'idea superata, perché si ammalano anche molti eterosessuali», spiega Dalla Ragione, che al tema ha dedicato il libro *Giganti d'argilla*.

Gli uomini sono difficili da intercettare, spiega, perché si vergognano della malattia e tendono a mascherarla più delle donne. Spesso neanche i medici di base o i pediatri la riconoscono, sia perché nei maschi non se la aspettano sia perché, oltre alle forme classiche come anoressia e bulimia, può assumere vesti inusuali come la vigoressia: l'ossessione non per la magrezza, ma per la massa muscolare, che appare sempre troppo flaccida.

C'è anche qui una percezione corporea distorta, che è il fondamento di questi disturbi, tema trattato nel libro *L'inganno dello specchio*. «I disturbi alimentari sono una patologia psichiatrica perché chi ne soffre, quando si guarda, vede un corpo che non è il suo,

Sempre più spesso i disturbi alimentari travalicano il tradizionale confine di genere, colpendo entrambi i sessi

si spontaneamente in dissonanza rispetto alla propria stessa attitudine, cosa che modifica i suoi atteggiamenti e comportamenti. «Siamo in contatto con il Ministero, speriamo che partano programmi diffusi nelle scuole».

► I giganti d'argilla

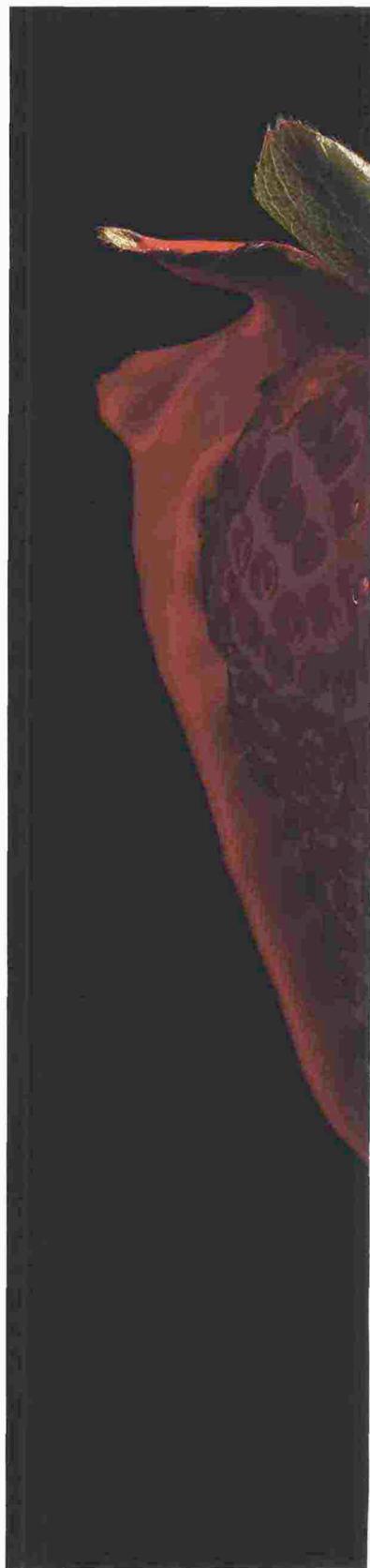
Intanto i disturbi continuano a proliferare nei loro terreni di coltura tradizionali, e li travalicano raggiungendo nuove fasce di popolazione. Colpiscono prima gli adolescenti. Aumentano anche nella primissima infanzia, con i disturbi selettivi dell'alimentazione, bambini che non fanno semplici capricci ma mangiano una scelta di cibi davvero ristretta (si veda l'articolo a p. 32). Insorgono in chi è già in età adulta. E sempre più spesso varcano il tradizionale confine di genere, colpendo entrambi i sessi.

«Dieci anni fa gli uomini erano l'1 per cento di chi soffriva di questi disturbi, oggi sono il 10 per cento, e fra gli adolescenti arrivano al 20 per cento. Tutto fa pensare che fra una ventina d'anni i disturbi alimentari non saranno più un fenomeno di genere, perché il

come in uno specchio deformante, come se avesse una specie di allucinazione. E questa distorsione percettiva scompare solo dopo molto tempo: dopo la fine della terapia, quando il disturbo è andato in remissione, la dispercezione corporea impiega almeno due anni a svanire», osserva.

Così sorge l'ossessione di scolpire i muscoli per eliminare la presunta flaccidezza. L'assillo in sé è diffuso fra le persone di ogni età che vanno in palestra e passano ore a guardarsi e ricontrollarsi. Ma per alcuni diventa una malattia. «L'appuntamento in palestra diventa un'ossessione intorno a cui ruota tutto. Si cambia l'alimentazione, fissandosi su quella proteica. Si rinuncia a stare con gli amici o con la ragazza per occuparsi della massa muscolare, che diventa una schiavitù. C'è un ritiro sociale, cambia il carattere, cala la libido perché si blocca l'attività ormonale – l'equivalente dell'amenorrea nelle ragazze. Si entra in un circolo vizioso in cui l'ossessione cancella tutto il resto», racconta Dalla Ragione.

Più frequente nei maschi è anche l'ortorexia, l'ossessione del mangiare sano. «Non



Combattere i pregiudizi

«Bisogna combattere l'obesità, non le persone obese». Il motto di Kelly Brownell, docente a Yale, è diventato un emblema della lotta a un pregiudizio ancora poco riconosciuto ma non per questo meno insidioso: quello contro le persone sovrappeso. Gli studi hanno ampiamente dimostrato come lo stigma danneggia gli obesi, e specialmente le donne obese, in ambiti che spaziano dalla carriera alla vita sociale e sentimentale fino all'assistenza sanitaria. Ma non solo loro. Perché il pregiudizio contribuisce a rafforzare e fare dilagare in tutta la società l'ideale di magrezza, vista come sinonimo di bellezza, salute, giovinezza ma anche intelligenza e autodisciplina, in contrasto con la grassezza associata non solo alla scarsa attrattiva fisica ma anche a pecche caratteriali come mancanza di autocontrollo, pigrizia, irresponsabilità, incapacità, fallimento. Il discredito sociale verso chi pesa troppo – o anche verso le donne che pesano il giusto rispetto alle più magre, come hanno mostrato studi sui divari retributivi nelle aziende statunitensi – è uno dei grandi motori di quella rincorsa al controllo del peso e della forma del corpo che nei più vulnerabili sfocia nel disturbo alimentare. Lo stigma quindi non danneggia solo chi pesa troppo, ma potenzialmente chiunque.

Angela Ferracci, che ha vissuto sulla sua pelle il peso dello stigma, nel 2007 per combatterlo ha fondato il CIDO (Comitato italiano per i diritti delle persone affette da obesità e disturbi alimentari, www.comitatocido.it), che si sforza da un lato di aiutare i singoli a superare i tanti ostacoli dettati dalla loro condizione, e dall'altro di diffondere una cultura diversa.

è riconosciuta nel DSM-5, ma è senz'altro in grande aumento», sostiene Dalla Ragione. «A mio avviso in effetti non è un vero disturbo alimentare, perché non nasce da un'alterata percezione corporea: la persona non vuole dimagrire, ma evitare i cibi "contaminati" per paura che facciano male. È più una forma di ipocondria. Ma diventa comunque un'ossessione: le persone spendono un'enorme quantità di tempo ed energie per procurarsi il cibo "giusto", e hanno un atteggiamento polemico e di proselitismo verso chi non mangia come loro». Quindi escludono grandi categorie di cibi, con rischio di malnutrizione, avitaminosi, perdita di peso (seppure non ricercata), e di isolamento sociale, visto che mangiare in compagnia diventa difficile. Magari sono pallidi perché anche il sole «fa male». Subentra insomma tutta una serie di ipocondrie verso un mondo che appare pericoloso.

«Anche le intolleranze o le allergie auto-diagnosticate rientrano in questa tendenza ad autoconvincersi che certi cibi fanno male. E così la moda di eliminare certi alimenti "per stare meglio", come il glutine da parte di chi non è celiaco», aggiunge Dalla Ragione.

Non tutti però concordano sulla natura di questi nuovi disturbi, per ora non riconosciuti dal DSM né da altre classificazioni psichiatriche. «Gli studi che li analizzano sono pochi, e mi pare che siano più enfatizzati sui media che in ambito psichiatrico. Non è ancora chiaro se alla base vi siano questioni legate all'ansia e alla paura, alla responsabilità e al controllo, o ad alterazioni dell'immagine corporea. Probabilmente è più utile esaminare i meccanismi sottostanti, i motivi per cui una persona li mantiene, piuttosto che sforzarsi di racchiuderli in categorie definite», osserva Dalle Grave.

► Le grandi abbuffate

Tutt'altra storia invece per le abbuffate compulsive e incontrollabili, una nuova diagnosi introdotta fra le condizioni da esplorare nella precedente edizione del DSM, e riconosciuta ufficialmente fra i disturbi alimentari nel nuovo DSM-5 come «disturbo da alimentazione incontrollata», noto anche con l'espressione inglese di *binge eating disorder*.

L'idea non è nuova, ricorda Dalle Grave. Albert Stunkard, psichiatra all'Università della Pennsylvania e pioniere nello studio dei disturbi alimentari, scomparso il 12 luglio scorso, coniò il concetto nel 1959 per definire i pazienti che assumevano grandi quantità di

I numeri del fenomeno

- Secondo le stime ogni anno si ammalano di anoressia almeno 8 donne e 0,02-1,4 uomini ogni 100.000. Per la bulimia le stime sono di almeno 12 nuovi casi annui per 100.000 donne e circa 0,8 tra gli uomini. Per il binge eating non ci sono dati attendibili.
- La prevalenza, ossia la percentuale di popolazione che ha la malattia in un dato momento, nelle giovani donne è stimata fra lo 0,2 e lo 0,9 per cento per l'anoressia, fra lo 0,5 e l'1,8 per cento per la bulimia.
- Soffre o ha sofferto in qualche momento della sua vita di anoressia lo 0,9 per cento delle donne adulte, di bulimia l'1,5, e di binge eating il 3,5; negli uomini i rispettivi valori sono lo 0,3 per cento, lo 0,5 per cento e il 2 per cento.
Nelle donne tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più alti: il 2 per cento per l'anoressia, il 4,5 per la bulimia e il 6,2 per il binge eating e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.
- Fra i pazienti in cura, gli uomini rappresentano il 5-10 per cento dei casi di anoressia, il 10-15 dei casi di bulimia e il 30-40 dei casi di binge eating.
- Anoressia e bulimia esordiscono in genere tra i 15 e i 19 anni, anche se stanno aumentando i casi precoci, mentre nel binge eating l'esordio è distribuito in un ampio intervallo dall'infanzia alla terza età, con un picco all'inizio dell'età adulta.

(Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione, in «Quaderni del Ministero della Salute», n. 17/22, luglio-agosto 2013)



cibo perdendo il controllo. Poi la definizione è finita nel dimenticatoio, fino a quando negli anni ottanta alcuni studi sulla prevalenza della bulimia hanno dimostrato che in molte persone gli episodi di abbuffata non erano seguiti dal vomito o dagli altri comportamenti di compenso tipici dei bulimici. Intanto chi si occupava di obesità iniziava a segnalare che dal 10 al 30 per cento dei propri pazienti aveva episodi bulimici ricorrenti corrispondenti alla definizione di Stunkard. Da lì il disturbo è iniziato a emergere, e negli ultimi vent'anni sono stati prodotti oltre 1500 articoli al riguardo.

Ora quindi lo si conosce a fondo, e si sa che è distinto dalla bulimia per storia naturale e caratteristiche cliniche, così da meritare il riconoscimento come disturbo a se stante, che di fatto include una quota significativa dei casi prima ricondotti alla generica categoria dei «disturbi non altrimenti specificati».

«La persona deve reimparare ad alimentarsi, ad apprezzare il gusto del cibo, a mangiare primo e secondo, con lentezza. Nel nostro centro per i disturbi alimentari a Città della Pieve, specializzato proprio nel binge eating, si fa per esempio un laboratorio sensoriale per reimparare a riconoscere i sapori. E ovviamente, anche se in questo caso le persone non hanno una dispercezione corporea e si vedono così come sono, per superare l'ossessione per il cibo e il corpo al trattamento bisogna includere un lavoro cognitivo sul disturbo e sugli eventuali problemi concomitanti, come la depressione, senza il quale tutte le diete falliscono», osserva.

Due sono i maggiori problemi che restano irrisolti, come spiega ancora Dalle Grave. «Innanzitutto la diagnosi di binge eating è un ombrello che raccoglie situazioni eterogenee. I criteri diagnostici del DSM non includono un criterio psicopatologico, come è

Il modo in cui i fattori ambientali interagiscono tra loro e con la vulnerabilità genetica per innescare o meno un disturbo alimentare non è ancora chiaro

Il binge eating è distribuito fra i sessi con più equilibrio rispetto ad anoressia e bulimia, e tocca fasce d'età molto ampie, dall'adolescenza ai 60 o 70 anni.

► Problemi irrisolti

«È un disturbo ancora poco conosciuto da medici di base e pediatri, che viene spesso confuso con l'obesità, mentre è importante distinguerli», rimarca Dalla Ragione. L'obesità può avere varie cause, incluso naturalmente il mangiare troppo, perché per gola, per ansia o per tante ragioni si fa fatica a limitarsi a tavola e fuori. «Ma l'abbuffata patologica è un'altra cosa. Il binge eating è un disturbo psichiatrico in cui si perde del tutto il controllo: la persona compra 300 euro di spesa e se la mangia in macchina. O torna a casa e non trovando di meglio divora a morsi il cibo congelato, o quello per i cani, o ingurgita insieme cibi dolci e salati. Il mangiare non ha più a che fare con il piacere del cibo. A tavola magari mangia poco, poi si abbuffa di nascosto, in camera, di notte, in auto, vergognandosene e stando poi malissimo. Spesso chi ne soffre diventa obeso, dato che non ha comportamenti compensativi come i bulimici, e se inizia a ingrassare tende a fare sempre meno attività fisica, ma non per forza: alcuni hanno un peso normale».

la paura di ingrassare negli anoressici o l'autostima dipendente dal peso e dalla forma del corpo per i bulimici. Qui il criterio è soltanto l'abbuffata non seguita da una compensazione. Così troviamo pazienti depressi, altri ansiosi, altri ancora con difficoltà a tollerare le emozioni, che si abbuffano soprattutto per temperare i cambiamenti emotivi; oppure usano il cibo come gratificazione, in modo simile a una dipendenza; o soffrono di solitudine e difficoltà interpersonali e usano il cibo per distrarsi. C'è anche un sottogruppo di persone molto simile ai bulimici, con autovallutazione legata al peso e alla forma corporea; questi individui a intermittenza adottano regole dietetiche estreme, che li portano a perdere il controllo».

Il secondo problema riguarda i trattamenti: ne sono stati proposti diversi, con interventi psicologici, alimentari e anche farmacologici, e quasi tutti aiutano a ridurre le abbuffate, ma non a perdere peso nei casi in cui c'è anche l'obesità. Le persone smettono di ingrassare, ma alla lunga non dimagriscono. «La ricerca procede quindi su questi due versanti: capire i tanti meccanismi psicologici in gioco e trovare terapie che aiutino prima a regolarizzare l'alimentazione e poi ad adottare uno stile di vita salutare per perdere peso gradualmente».

IN PIÙ

DALLE GRAVE R., *I disturbi dell'alimentazione: una guida pratica per i familiari*, Positive Press, Verona, 2014.

BAGGIANI F., *Primo di mira. Pregiudizio e discriminazione dell'obesità*, Edizioni Clichy, Firenze, 2014.

FAIRBURN C., *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating*, Raffaello Cortina, 2014.

DALLA RAGIONE L. e MENCARELLI S., *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*, Franco Angeli, Milano, 2012.

STICE E. e PRESNELL K., *Progetto Corpo. Promuovere l'accettazione del corpo e prevenire i disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2011.