



## **ANORESSIA NERVOSA**

Il termine "anoressia" deriva dal greco *an-orexis* che significa "mancanza del senso di appetito". Si riferisce ad un disturbo del comportamento oro-alimentare ed è caratterizzato dalla riduzione volontaria dell'assunzione di cibo che, nel 15-20% dei casi può portare ad un dimagrimento letale (Sarteschi e Maggini, 1992) (Sarteschi, P., Maggini, C., Manuale di Psichiatria. Edizioni Sbm, Monduzzi Editore, Bologna, 1992).

Da un punto di vista storico, i primi riferimenti a questa patologia vengono fatti risalire al Medioevo; tuttavia la prima descrizione sistematica di due casi le cui caratteristiche rientrano in quelle dell'Anoressia Nervosa, risalgono al medico inglese R. Morton (1689) nel suo trattato "Tisiologia: o un trattato sulla consunzione". In questo trattato è descritta una sindrome da deperimento di origine nervosa che fu appunto chiamata "consunzione nervosa" i cui sintomi erano: inappetenza, calo ponderale, stitichezza, iperattività e amenorrea. Tali sintomi erano attribuiti a preoccupazioni ansiose o malinconiche, poiché non si presentavano insieme ai sintomi tipici della consunzione quali tosse e febbre.

Dopo il trattato di Morton ci furono altre poche segnalazioni, fu solo nel XIX secolo con Lasegue in Francia e Gull in Gran Bretagna che l'anoressia mentale venne descritta e definita come entità clinica di origine psichica legata ad anomalie dell'Io o a traumi emotivi inconfessati.

Successivamente, la descrizione dei casi di anoressia, intesa come disturbo psicopatologico, nella letteratura medica europea divenne un fatto abbastanza comune e tra il 1889 e il 1911, troviamo infatti contributi interessanti per la comprensione della psicopatologia anoressica ad opera di famosi neurologi dell'epoca, come Charcot, Tomas, Janet.

Una svolta importante nella storia dell'anoressia si verificò nel 1914, quando il fisiologo Morris Simmonds suggerì come ipotesi patogenetica dell'anoressia delle anomalie di carattere endocrinologico, bandendo quindi ogni ricorso ad ipotesi psicopatologiche.

I grandi progressi verso l'interpretazione dell'anoressia nervosa, così come noi intendiamo oggi questa patologia, sono stati compiuti negli ultimi trenta anni e sono da attribuirsi all'opera di vari Autori, tra cui H. Bruch nell'ambito delle ipotesi dispercettive e Minuchin nell'ambito delle ipotesi sistemico-relazionali, per poi considerare importanti contributi nell'ambito delle ipotesi psicodinamiche con S. Freud, A. Freud ed H. Kohut. A questi Autori dobbiamo, infatti, la gran parte delle descrizioni ancora attuali sui meccanismi psicopatologici dell'anoressia nervosa.

Le caratteristiche cliniche tipiche dell'anoressia e che ne determinano il nucleo psicopatologico sono: la paura morbosa di aumentare di peso che si accompagna ad una reale e grave perdita di peso che può avere delle conseguenze letali; l'alterazione della paziente riguardo la percezione della propria immagine corporea, manifestazioni fobiche nei confronti del cibo, paura di ingrassare, atteggiamenti ossessivi-compulsivi con forme di iperattività, disturbi dell'affettività e perdita del ciclo mestruale (amenorrea).

L'anoressia è da sempre stata considerata una patologia tipicamente femminile, però negli ultimi anni è aumentata l'incidenza dell'anoressia anche nella classe maschile. Le caratteristiche cliniche dell'anoressia nervosa nel sesso maschile sono

simili e i criteri diagnostici sono gli stessi: l'amenorrea viene sostituita dalla perdita della libido e dell'attività eiaculatoria.

Come è comprensibile l'anoressia da un punto di vista psicologico? Quali sono i meccanismi che scattano nella mente di un'adolescente alla ricerca ossessiva della magrezza?

A queste domande la letteratura sull'argomento ha fornito delle risposte interessanti.

H. Bruch ha osservato che la preoccupazione riguardo al peso e al cibo è senza dubbio la manifestazione più caratteristica di un disturbo del concetto di sé, infatti i pazienti anoressici si valutano persone impotenti ed inefficaci. Nell'adolescenza, la malattia si manifesta in soggetti femminili che sono state sempre considerate "brave bambine", compiacenti e che in questo periodo delicato della vita divengono improvvisamente oppositive. Il corpo viene esperito come qualcosa che è altro da sé ed appartenente ai genitori. In questi soggetti, quindi, l'anoressia si produce come un tentativo di cura di sé, per sviluppare, attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale. Secondo la Bruch, le origini evolutive dell'anoressia nervosa sono da collocarsi all'interno della relazione tra la madre e l'infante.

Le madri delle pazienti anoressiche hanno sempre accudito le proprie figlie in funzione dei propri bisogni; per cui i segnali inviati dalle loro bambine non hanno ricevuto delle risposte di conferma e di convalida e tutto questo non ha permesso alle bambine stesse di sviluppare un sano senso di sé e le ha portate a percepirsi come un'estensione della madre piuttosto che un'entità autonoma a se stante. Questo spiegherebbe il comportamento della paziente anoressica come tentativo frenetico e patologico di ottenere ammirazione e conferma come persona unica con qualità straordinarie.

Interpretazioni psicodinamiche dell'anoressia nervosa sono state formulate anche in ambito sistemico-relazionale, in particolar modo attraverso le voci di Selvini Palazzoli e Minuchin.

Secondo quest'ultimo, le famiglie dei pazienti anoressici sarebbero caratterizzate da una struttura fortemente invischiata, dove palese risulta l'assenza dei confini generazionali e personali per cui ogni componente della famiglia vede drasticamente ridursi la propria autonomia e libertà personali e non è quindi in grado di costruirsi un'identità separata al di là della matrice familiare.

La Selvini Palazzoli, ribadisce questo concetto sottolineando come le pazienti anoressiche non siano state in grado di separarsi psicologicamente dalla madre col risultato di non aver mai acquisito uno stabile senso del proprio corpo. Il corpo viene quindi percepito come se fosse abitato da un cattivo "introietto materno" e il digiuno viene a simbolizzare il tentativo della paziente anoressica di fermare la crescita di quest'oggetto ostile.

Tra le teorie biologiche che spiegano l'anoressia, recenti studi sui neurotrasmettitori hanno dimostrato che all'origine dell'anoressia nervosa vi sia un'alterazione della funzione ipotalamica. È inoltre probabile che alla base della patologia vi sia anche una disfunzione dei neurotrasmettitori centrali, come la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, che influenzano l'appetito, la sazietà e il comportamento alimentare in generale.

Nell'ambito delle teorie genetiche sull'anoressia, è stata evidenziata una tendenza all'insorgenza familiare del disturbo e un'elevata associazione con i disturbi dell'umore nei parenti di primo grado dei soggetti anoressici rispetto ai parenti di primo grado di soggetti di controllo non affetti.

## **Evoluzione e terapia**

Il decorso dell'anoressia nervosa è molto variabile; in alcuni casi ad un episodio di anoressia nervosa fa seguito una completa remissione; in altri, le fasi di remissione, con recupero del peso corporeo, si alternano a fasi di riacutizzazione; in altri ancora si assiste ad un'evoluzione cronica, con un deterioramento progressivo nel corso degli anni che può giungere fino al decesso dovuto alle complicazioni della denutrizione.

La terapia nei confronti di questa malattia è difficile e molto controversa, anche perché la comunicazione terapeutica rimane difficile in quanto le pazienti anoressiche non vogliono collaborare con gli specialisti. La maggior parte delle volte è necessario stabilire con l'anoressica e la sua famiglia un "contratto" terapeutico. I metodi coercitivi hanno di solito scarso successo, mentre ciò che risulta fondamentale è la motivazione del paziente associata ad un coinvolgimento familiare. Il caso dell'anoressia è, comunque, particolare. Spesso, in realtà, in quei casi in cui la consunzione sia arrivata a limiti quasi incompatibili con le funzioni vitali, è necessario un ricovero o un'ospedalizzazione. In particolare l'ospedalizzazione è necessaria in casi di perdita della coscienza o della vigilanza, dimagrimento estremamente rapido, prostrazione e affaticamento lamentato dalla stessa paziente. Il contratto in genere prevede l'impegno da parte della paziente ad un recupero progressivo del peso. A questo sarà associata una terapia individuale, di gruppo o familiare. Accanto al lavoro con la paziente è necessaria una presa in carico dei genitori o dei familiari.

La durata dell'ospedalizzazione va, di solito, dai 3 ai 6 mesi. Spesso viene fatto un contratto terapeutico, per cui le dimissioni o la ripresa dei contatti saranno possibili solo una volta raggiunto un certo peso. Anche nel caso di separazione dell'anoressica dal gruppo familiare sarà necessario offrire ai genitori un sostegno, a livello individuale, di coppia o di gruppo.

Si può proporre alle pazienti anoressiche anche un trattamento farmacologico, integrato alla psicoterapia, che prevede l'impiego di antidepressivi.