

Siamo quello che mangiamo Il rapporto problematico fra cibo e uomo

Author : Daniela Troiani

Date : 7 dicembre 2014



Sabato 29 novembre, si è tenuto a Pisa un convegno sulle strategie per la cura dei Disturbi Alimentari, organizzato dalla SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi della Condotta alimentare) e dall'Associazione "La vita oltre lo specchio". Ho partecipato a questo evento come uditrice e vorrei riportarvi una sintesi della relazione del **Prof. Massimo Cuzzolaro**, psichiatra che opera nell'ambito della diagnosi e terapia dei Disturbi della Condotta Alimentare (DCA).

I **DCA sono condizioni cliniche relative agli ultimi decenni**; la prevalenza attualmente stimata nel mondo occidentale è dell'1% di AN (Anoressia Nervosa), del 2% di BN (Bulimia Nervosa), del 3% di BED (Disturbo da Alimentazione Incontrollata) e superiore al 10% dei disturbi alimentari sottosoglia: ciò significa che un adolescente su sei presenta i sintomi di un DCA.

Anche l'obesità, negli ultimi trent'anni, è diventata una pandemia, definita "globesity" dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; entrambi questi aspetti evidenziano il rapporto problematico che si è stabilito tra uomo e cibo, in particolare tra donna e cibo, visto che incidenza e frequenza dei DCA sono raddoppiate in entrambi i sessi, ma il rapporto maschi- femmine è 2:3.

Accanto a obesità e DCA si collocano altri fenomeni che sottolineano ulteriormente come il cibo e l'uomo non abbiano più un rapporto "naturale" mediato esclusivamente dal bisogno e dal gusto, e anche come il rapporto con il proprio corpo sia cambiato: ad esempio la bigoressia, l'*emotional eating*, fino ad arrivare a comportamenti alimentari di tipo additivo motivati, secondo alcuni autori, dall'effetto che il cibo produce sui circuiti cerebrali legati alla ricompensa.

Tutti questi comportamenti si distribuiscono nell'ampio spettro dei pesi corporei possibili e spesso si associano ai DCA maggiori.

Se l'aspetto epidemico e la nomenclatura medica sono di ultima generazione, le malattie di per sé sono antiche, **il rapporto uomo cibo ha sempre oscillato tra il digiuno e l'opulenza**: molto esplicito, rispetto all'uso del digiuno fino all'estrema conseguenza allo scopo di difendere la propria individualità è stato l'esempio portato dal Prof. Cuzzolaro di Santa Margherita d'Ungheria (1242-1270), di cui non riporto la storia per brevità, ma che è certamente interessante conoscere.

La **storia dell'AN come patologia** inizia alla fine del 1600 ma una vera definizione arriva solo nella seconda metà dell'800 e che rimane da sola, nell'ambito dei disturbi alimentari, fino al 1979, anno in cui il Dott. Russel descrive trenta casi di BN, definendola come una pericolosa variante dell'AN.

Nel 1980 il DSMIII (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) cambia la tassonomia psichiatrica: comincia la classificazione descrittiva dei sintomi della patologia e in questa edizione appaiono AN, BN e NAS (disturbi della condotta alimentare non altrimenti specificati); dall'edizione del 1994 viene inserito anche il BED.

I NAS, che teoricamente dovrebbero essere una categoria residuale, raccolgono in realtà il maggior numero di casi, e per tale motivo, nel DSM V del maggio 2013, il sistema di classificazione dei DCA è stato diviso in otto categorie: AN (suddivisa in due sottogruppi a seconda della presenza o meno di condotte di eliminazione), BN, BED, Disturbo Evitante / Restrittivo dell'assunzione di cibo (Ortoressia, Anoressia inversa), Disturbo della ruminazione, Pica , Altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione (Night Eating Syndrome) e Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati .

La classificazione elenca in ordine gerarchico i DCA e la diagnosi psichiatrica consiste nel collegare segni oggettivi e sintomi soggettivi: è quindi una diagnosi sintomatologica che, se a suo vantaggio ha un incremento dell'attendibilità e della comunicazione tra medici che utilizzano lo stesso manuale per la diagnosi, a suo discapito ha certamente poca validità (una diagnosi è valida se individua differenze evidenti in natura, come è accaduto per la Sindrome di Down prima che si conoscesse la sua eziologia, ossia la trisomia 21).

La citazione di Kant, fatta dal Prof Cuzzolaro è certamente esplicativa: "Esiste un genere di medici che credono, ogni volta di aver trovato un nome, di aver trovato una malattia".

In tutti i casi (come già avevo sottolineato [riguardo a disturbi del neurosviluppo](#)) in cui la eziopatogenesi è sconosciuta, le diagnosi sintomatologiche, anche se non corrispondono a entità morbose, possono essere utilizzati per indagare i possibili cause alla base della malattia e per ricercare parametri biochimici o genetici che possano collegare il sintomo alla fisiopatologia, permettendo di stabilire strategie terapeutiche adatte.