

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *triennale* in Servizio Sociale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE IN ADOLESCENZA
EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE

Relatrice: Prof. GIANNA MAGNOLFI

Laureanda: GIULIA MUOLO

Matricola N: 1227275

A.A. 2021/22

INDICE

Introduzione	pag. 3
Capitolo 1: Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione	pag. 4
1.1 Descrizione generale	pag. 4
1.2 L'Anoressia Nervosa.....	pag. 6
1.3 La Bulimia Nervosa	pag.10
1.4 Binge-eating	pag.12
1.5 Disturbi dell'Alimentazione e Nutrizione con altra specificazione...	pag. 14
Capitolo 2: DCA nella società contemporanea	pag. 16
2.1 Società e cultura del perfezionismo	pag. 16
2.2 DCA in adolescenza	pag. 18
2.3 DCA e genitorialità	pag. 20
2.4 L'influenza dei mass-media e del COVID19	pag. 23
Capitolo 3: Cura e prevenzione dei Disturbi Alimentari	pag.27
3.1 Come si curano i Disturbi Alimentari.....	pag. 27
3.2 Trattamento.....	pag. 29
3.3 Tecniche di trattamento.....	pag. 32
3.4 Prevenzione	pag. 40
Conclusione	pag. 45
Bibliografia	pag. 47

INTRODUZIONE

L'adolescenza è una fase della crescita delicata e complessa: il corpo subisce rapide trasformazioni; il funzionamento mentale infantile lascia il posto a processi cognitivi e modelli di ragionamento più complessi; al contempo, il legame affettivo con i genitori subisce un cambiamento, si acuisce il senso critico nei loro confronti e si inizia a cercare un confronto con i loro coetanei. Gli squilibri emotivi e corporei che questa rivoluzione comporta possono creare una situazione di fragilità che apre la strada allo sviluppo di un disturbo alimentare.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, in virtù della loro diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e della loro eziologia multifattoriale complessa. Per questo motivo, come futura lavoratrice nel sociale, ho voluto approfondire ed indagare su quanto e come, all'interno delle società, le dinamiche culturali e sociali influenzino l'insorgenza e lo sviluppo dei DCA. In particolare, andrò ad analizzare tutte le tipologie di Disturbi Alimentari e della Nutrizione descritti nel DSM-5, porgendo attenzione sui più noti e documentati, quali l'anoressia nervosa e la bulimia riguardanti ormai lo 0.2-0.8% e 1-5% della popolazione italiana (*M. Tramontano e V. Aggio, 2018*).

Disturbi di questo tipo hanno generalmente esordio in età adolescenziale, ma negli ultimi anni si è data sempre più importanza ad esordi precoci, durante l'infanzia e la prima adolescenza, sia rispetto ai disturbi alimentari poi diagnosticati in età adulta, sia rispetto ai disturbi della nutrizione specifici di quell'età. I disturbi alimentari non solo possono rovinare lo sviluppo fisico e sociale, vanno anche a intaccare il potenziale accademico dei giovani adulti. Le conseguenze fisiche avverse di dieta e perdita di peso sono notevoli e talvolta si rivelano fatali. Infatti, l'anoressia nervosa ha il più alto tasso di mortalità di qualsiasi disturbo psichiatrico dell'adolescenza.

Fondamentale è poi il riferimento alle figure genitoriali: i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione quando colpiscono una persona, coinvolgono inevitabilmente anche il suo intero sistema familiare, facendo scaturire una serie di complessità e dinamiche che necessitano di sostegno e di una presa in carico.

Nonostante la famiglia spesso rappresenta una risorsa, molto spesso non basta: con l'arrivo della Pandemia nel 2020, sono aumentate le richieste d'aiuto del 30% (*A cura di F. Parlato, 2021*), una delle tante conseguenze sui più giovani. Questi, chiusi in casa durante gli ultimi

anni, si sono affidati maggiormente ai media, che hanno avuto un ruolo importante nella costruzione dell'identità personale.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema hanno una duplice natura. La prima si può ricollegare ad esperienze personali che mi hanno vista particolarmente coinvolta; la seconda riguarda il mio interesse nel riuscire a conoscere e comprendere le diverse motivazioni e i diversi meccanismi mentali che spingono tali persone ad attivare dinamiche che, nonostante la loro complessità e a volte pericolosità, vengono ritenute necessarie per raggiungere equilibrio e felicità.

CAPITOLO 1. DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

1.1 Descrizione generale

Si definisce “alimento” tutto ciò che serve per nutrire. In particolare, si parla di “alimenti” per indicare ogni sostanza che associata ad altri alimenti, in proporzioni adeguate, è in grado di assicurare il normale svolgimento della vita di un individuo e la sopravvivenza della specie. L'alimento deve essere unito ad altri in misura adeguata implicando così il concetto di “alimentazione”: un regime alimentare corretto implica l'assunzione di numerosi alimenti per far fronte a tutti i bisogni dell'organismo (*Peruzzo, Larousse, 1984*).

L'alimentazione è fondamentale per la vita di ogni essere umano e rende solitamente l'esistenza più piacevole, ma talvolta può trasformarsi in un problema, come nel caso delle forme contemporanee dei cosiddetti “disordini alimentari”: può infatti diventare un'ossessione, come nella bulimia, o essere rifiutata fino al rischio di morire, come nell'anoressia (*Nardone, 2013*).

I disturbi del comportamento alimentare vengono definiti dal DSM-5 come disturbi *«caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale»*.

Tali disturbi, (DCA), sono particolarmente perturbanti, sia per chi ne soffre che per coloro che ne osservano dall'esterno l'esordio e lo sviluppo. Sono, tra l'altro, annoverati tra i

disturbi psichiatrici con maggior rischio di mortalità: le complicanze a livello internistico derivano dalle condotte alimentari patologiche e si associano ad una compromissione del funzionamento globale e ad un elevato rischio suicidario (*Forsberg & Lock, 2015*). Queste patologie presentano cause multifattoriali (sociali, psicologiche, neurobiologiche e relazionali) e spesso tendono ad un decorso cronico a causa della scarsa tempestività nel riconoscimento dei sintomi precoci. Infatti, non si è ancora arrivati a stabilire uno specifico cluster di fattori coinvolti nell' insorgenza e nel mantenimento di tali disturbi, nonostante ad oggi ci sia stato un progresso relativo alle conoscenze disponibili sulla loro eziopatogenesi (*Rothmund et al., 2011*).

I disturbi della condotta alimentare costituiscono un'unica categoria diagnostica nella classificazione del DSM-5 in seguito al più recente aggiornamento, rispetto alla precedente edizione, della sezione sui Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Per giungere ad una corretta valutazione della patologia e ad una diagnosi differenziale risulta fondamentale riconoscere e saper distinguere le specifiche manifestazioni cliniche delle varie tipologie di disturbi alimentari.

Essi vengono distinti sulla base di specifici criteri diagnostici; secondo la classificazione diagnostica descritta dal DSM-5 si suddividono in: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating (abbuffata). Mentre tra i disturbi della nutrizione vi sono: PICA, disturbo da ruminazione, ARFID (disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo).

Secondo il DSM-5, i disturbi come la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, così come gli altri DCA, hanno tassi di prevalenza nella popolazione poco chiari a causa di due principali fattori: in primo luogo la non uniformità degli studi dovuta all'utilizzo di strumenti e metodologie tra loro dissimili; in secondo luogo, la tendenza omissiva delle persone che ne sono affette. Infatti, solamente 1/3 dei pazienti affetti da anoressia e il 6% dei pazienti affetti da bulimia si rivolgono a professionisti per avere un aiuto.

È comunque possibile, nonostante quanto detto sopra, individuare dei criteri generali utili per indagare questi disturbi: a) la maggiore incidenza nel genere femminile, anche se negli ultimi anni è in aumento quella di casi maschili; b) l'età d'insorgenza che si registra intorno ai 12-16 anni per quanto riguarda l'anoressia e tra i 15-19 anni per la bulimia (nonostante un recente aumento del fenomeno in età prepuberale); c) il luogo di

nascita, nelle grandi città dei paesi più industrializzati infatti si riscontra un maggior numero di casi (*Murgo, 2001*).

Osservando i dati messi a disposizione dal Ministero della Salute (2017) si può notare un aumento di casi ogni anno si ammalino oltre 9.000 persone soprattutto nella fascia di età compresa tra i 12 e 25 anni, anche se nell'ultimo decennio è stato riscontrato un considerevole abbassamento dell'età di insorgenza (si iniziano a diagnosticare i primi sintomi già intorno agli 8-9 anni).

Secondo i dati ISTAT (2017) invece, le ragazze di età pari o superiore a 18 anni con problemi di sottopeso nel 2017 raggiungono il 14.4% della popolazione, con una diminuzione del 1.8% rispetto all'anno precedente; per quanto riguarda i ragazzi la percentuale risulta essere del 3.6%, con un aumento dello 0.7% rispetto al 2016.

L'evoluzione della malattia è influenzata da un grande numero di fattori che interagiscono tra loro favorendone l'insorgenza. La comunità scientifica li definisce come sindromi psichiatriche determinate da una concomitanza di fattori bio-psico sociali che, interagendo tra loro in maniera varia e diversificata, ne determinano la comparsa e il perdurare.

1.2 L'Anoressia Nervosa

L'anoressia nervosa fu descritta la prima volta dal medico inglese Richard Morton nel 1694 e fino a trent'anni fa è stata considerata una malattia rara. Oggi invece sembra colpire lo 0,28% delle adolescenti e delle giovani donne adulte dei paesi occidentali. In Italia i dati a nostra disposizione evidenziano che ha una distribuzione uniforme: Italia del nord 0,36%, Italia centrale 0,4-0,36%, Italia del sud 0,2%.

Il 90-95% delle persone colpite appartiene al sesso femminile e i maschi costituiscono tuttora una minoranza. L'età d'esordio del disturbo è compresa nella maggior parte dei casi tra i 12 e i 25 anni, con un doppio picco di maggiore frequenza a 14 e 18 anni; negli ultimi tempi sono stati diagnosticati casi a incidenza più tardiva, dopo i 20-30 anni, e alcuni a insorgenza più precoce, prima dei 12 anni. È una patologia che colpisce soprattutto la popolazione occidentale, mentre è rara nei Paesi in via di sviluppo, dove non esiste una forte pressione sociale verso la magrezza (*AIDAP, 2015*).

Secondo il *DSM-5 (2014)* l'anoressia nervosa è caratterizzata da:

- a) *Restrizione nell'assunzione di calorie rispetto al fabbisogno, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Per peso significativamente basso si intende un peso inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimamente atteso.*
- b) *Intensa paura di aumentare di peso, oppure di ingrassare, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.*
- c) *Alterazione nel modo in cui viene sperimentato il proprio peso o la propria forma corporea, eccessiva influenza del peso o della forma corporea sui livelli di autostima o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.*

Inoltre, vengono individuati due sottotipi:

- *Restrittivo (AN-R): nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete improvvisate, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo.*
- *Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione (AN-B): nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri).*

La severità di tale disturbo è valutata utilizzando come riferimento il BMI (in soggetti adulti) e il BMI percentile (in bambini/adolescenti). Il BMI è il rapporto tra il peso, espresso in chilogrammi, e il quadrato dell'altezza, espressa in metri.

Si parla, dunque, di Anoressia Nervosa:

- *Lieve: BMI ≥ 17 kg/m²*
- *Moderata: BMI 16-16,99 kg/m²*
- *Grave: BMI 15-15,99 kg/m²*
- *Estrema: BMI < 15 kg/m²*

In sintesi, quando si parla di Anoressia Nervosa, viene abbandonato il concetto di disturbo dell'immagine corporea, valorizzando gli aspetti cognitivo/affettivi per i quali il soggetto dà eccessiva importanza al peso e alla forma corporea nella stima di sé. La perdita di peso viene vista come una conquista e l'aumento di peso come un'inaccettabile perdita di controllo.

Durante il periodo iniziale del decorso, chi soffre di AN si trova in un iniziale benessere fisico, praticando eccessivo esercizio fisico, misurando sempre il peso corporeo alla

bilancia, guardandosi sempre allo specchio e tagliando vestiti che non riesce a mettere o che non entrano più. Il periodo successivo del decorso invece si caratterizza per un'ossessiva presenza di cibo, si diventa ottime cuoche, collezionando ricette, contando calorie, nutrendo gli altri; spesso si presentano anche ulteriori sintomi ossessivi (pulizia, ordine, orari).

I fattori di rischio si distinguono in: bassa autostima; difficoltà interpersonali; tendenza a somatizzare; perfezionismo; insoddisfazione per il corpo; intraprendere diete ipocaloriche; desiderio di magrezza.

I makers sintomatici diagnostici di AN sono:

- *disidratazione*
- *alcalosi metabolica per vomito autoindotto*
- *riduzione elettroliti*
- *bradicardia sinusale*
- *osteoporosi*
- *amenorrea*
- *stipsi, intolleranza al freddo, letargia o estrema energia negli stadi iniziali per rilascio di noradrenalina*
- *emaciazione con ipotensione e ipotermia*
- *aumento volume delle ghiandole salivari, perdita di capelli, erosione dello smalto dei denti per vomito indotto (DSM-5, 2014).*

Possono giungere anche complicanze mediche per i pazienti affetti da Anoressia Nervosa di tipo:

- *ematologiche (anemia, leucopenia, edemi periferici);*
- *metaboliche (squilibri elettrolitici, ipoglicemia, ipotermia, disidratazione, ipercolesterolemia);*
- *cardiovascolari (ipotensione, bradicardia, aritmie, riduzioni dimensione del cuore);*
- *renali (con insufficienza renale);*
- *endocrine (riduzione estrogeni, testosterone, gonadotropine, aumento GH);*
- *neurologiche (atrofia celebrale reversibile, anormalità EEG, crisi epilettiche, polineuriti periferiche).*

In generale, il 10-20% delle persone con Anoressia Nervosa sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita. In questi casi, viene danneggiato gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Il tasso grezzo di mortalità è attorno al 5% per le complicanze della malnutrizione o per suicidio. Fattori

prognostici positivi sono la giovane età e la breve durata di malattia. Fattori prognostici negativi sono la presenza di problematiche mediche e psichiatriche coesistenti all'anoressia nervosa (*DSM-5, 2014*).

Ma quindi come capire se una persona è affetta da Anoressia Nervosa?

Deve manifestare tutte e tre le caratteristiche che seguono:

1. Sottopeso: tutte le persone affette da anoressia nervosa, per definizione, devono essere sottopeso, cioè pesare meno di un Indice di Massa Corporea (IMC) di 18,5 – l'IMC si calcola dividendo il peso in chili per l'altezza al quadrato in metri – oppure al di sotto di quanto atteso se sono adolescenti o bambini. Il sottopeso deve essere il risultato della restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario.
2. Paura d'ingrassare: la seconda peculiarità dell'anoressia nervosa è l'intensa paura di prendere peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso. Nonostante le persone affette da anoressia nervosa siano sottopeso, tuttavia sono terrorizzate dall'idea di "ingrassare" e pensano che il loro peso aumenterà all'infinito se inizieranno a nutrirsi normalmente.
3. Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Le persone affette da anoressia nervosa sembrano percepire correttamente le proprie dimensioni corporee, ma le giudicano in modo abnorme; sono insoddisfatte del proprio peso e forma del corpo, in particolare considerano troppo grosse alcune parti del proprio corpo (seno, pancia, sedere, gambe). Inoltre, basano la valutazione di sé principalmente su quello che dice la bilancia; un aumento ponderale determina sensazioni di frustrazione e autosvalutazione; un calo di peso, al contrario, aumenta il senso di autocontrollo, di fiducia personale e di autostima. In alcune persone con un'anoressia nervosa di lunga durata il desiderio di magrezza e il senso di soddisfazione per essere sottopeso si affievoliscono ma, anche se affermano di comprendere razionalmente la necessità di un incremento ponderale, non si comportano in modo da raggiungere tale obiettivo. Nelle persone più giovani con anoressia nervosa è spesso presente un rifiuto ad ammettere la gravità della propria condizione di sottopeso.

L'amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi) non è necessaria per la diagnosi di anoressia nervosa, ma comunque è un sintomo che deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione se compare in un'adolescente o in una giovane donna che restringe l'alimentazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di amenorrea secondaria (perdita di mestruazioni dopo un periodo più o meno lungo di cicli regolari); in una minoranza, quando l'anoressia nervosa è insorta prima dello sviluppo puberale, di

amenorrea primaria. Negli uomini sono presenti perdita dell'interesse sessuale e impotenza (AIDAP, 2015).

1.3 Bulimia Nervosa

La bulimia nervosa è un disturbo comparso all'inizio degli anni Settanta ed è stata descritta per la prima volta negli studi sulla "bulimaressia" condotti tra gli studenti dei college americani. Nel 1979 il professor Russell pubblicò un articolo intitolato "Bulimia nervosa: un'inquietante variante dell'anoressia nervosa". Dal 1980 in poi sono stati compiuti più di sessanta studi, per valutarne l'incidenza e la prevalenza, che hanno fornito risultati abbastanza omogenei: il disturbo colpisce circa l'1% delle giovani donne. In Italia gli studi di prevalenza hanno fornito risultati simili a quelli ottenuti negli altri Paesi occidentali. La maggior parte delle ricerche effettuate suggerisce che la bulimia nervosa sia più frequente oggi che in passato; un'ampia ricerca condotta sulle gemelle del Virginia Twin Registry ha osservato che tra quelle nate dopo il 1960 c'era una maggiore frequenza di storie di bulimia nervosa, quelle nate fra il 1950 e il 1959 erano a rischio intermedio, e le gemelle nate prima del 1950 avevano un rischio minimo. Anche i clinici di vari Paesi occidentali (Nuova Zelanda, Regno Unito, Canada) hanno notato un aumento drammatico dei casi di richiesta di trattamento della bulimia nervosa; in Italia si è verificata la stessa cosa, forse con alcuni anni di ritardo rispetto ai Paesi anglosassoni. Come per l'anoressia nervosa, l'età d'esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 25 anni, però nella bulimia nervosa il picco di maggior frequenza è a 17-18 anni. Gli uomini sono colpiti raramente e non si hanno dati che affermino che il disturbo è in aumento tra i maschi (AIDAP, 2015).

La Bulimia Nervosa si manifesta spesso con episodi di ricorrenti abbuffate. Un episodio di abbuffate è caratterizzato da entrambi i seguenti elementi:

- 1. Mangiare, in un periodo di tempo (ad esempio, entro un periodo di due ore), una quantità di cibo decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile in circostanze simili.*
- 2. Sensazione di perdere il controllo sul mangiare durante l'episodio (ad es. sensazione di non poter smettere di mangiare o controllare cosa o quanto si sta mangiando) (DSM-5, 2014).*

Le ricorrenti abbuffate vengono poi accompagnate da una serie di comportamenti compensatori inappropriati al fine di prevenire l'aumento di peso, come il vomito

autoindotto; uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.

Le abbuffate e i comportamenti compensatori inappropriati si verificano entrambi, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.

I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo, inoltre il disturbo non si manifesta necessariamente durante episodi di anoressia nervosa.

Importante è specificare il livello di gravità del paziente bulimico:

Lieve: una media di 1-3 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.

Moderato: una media di 4-7 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.

Grave: una media di 8-13 episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.

Estremo: una media di 14 o più episodi di comportamenti compensatori inappropriati a settimana.

Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale (DSM-5, 2014).

La cosa curiosa è che molto spesso gli individui con Bulimia Nervosa sono tipicamente nei limiti di peso normale (*tra 18,5 e 30 IMC*); inoltre, sono spesso caratterizzati da alterazioni dell'equilibrio elettrolitico, lacerazioni esofagee o rottura gastrica, perdita di smalto dentario.

Per quanto riguarda il decorso di questa patologia, è caratterizzato da un esordio dopo la dieta o un trauma emotivo, da difficoltà a padroneggiare una perdita o una frustrazione. Molto spesso alcuni dei fattori scatenanti possono essere: disforia, conflitti, eventi stressanti, sentimenti di vuoto e solitudine, fame intensa; talvolta c'è presenza in anamnesi di abusi sessuali. Talvolta viene accompagnata da altri disturbi (50% disturbo dell'umore, 30% abuso di sostanze, 50% disturbi di personalità, fobia sociale, DOC, atti autolesionistici).

La prognosi può svilupparsi con andamento cronico con recidive (soprattutto se precedentemente affetta da AN), il 50% è in remissione a 5 anni, il 20% cronicizza, il 30% ha ricadute e il tasso di mortalità è dello 0,3% (suicidi, cause mediche, incidente).

Infine, le complicanze mediche possono essere di tre tipi:

- *Metaboliche (squilibri elettrolitici, disidratazione, alcalosi metabolica da vomito o acidosi metabolica da abuso di lassativi).*
- *Cardiovascolari (aritmie).*

- *Gastrointestinali (ipertrofia ghiandole salivari, carie dentaria, erosione dello smalto dei denti, reflusso gastroesofageo, colon irritabile, megacolon (da lassativi o prolasso rettale) (DSM-5, 2014).*

1.4 Binge-Eating

La prevalenza del disturbo da binge-eating nella popolazione con più di 18 anni di età è dell'1,6% tra le femmine e dello 0,8% tra i maschi, mentre negli individui con obesità che ricercano un trattamento per la perdita di peso è del 10%. Rispetto alla bulimia nervosa è presente una maggiore prevalenza nel sesso maschile (circa il 25%) e in alcune minoranze etniche, come per esempio i neri americani (*AIDAP, 2015*). Le caratteristiche cliniche di questo disturbo ricalcano quelle della bulimia nervosa; anche qui sono presenti le abbuffate anche se è spesso difficile individuarne la conclusione perché non sono seguite dall'uso sistematico di comportamenti di compenso, come per esempio il vomito autoindotto. Nel disturbo da binge-eating le abbuffate non sono seguite dall'uso sistematico di comportamenti di compenso che pongono termine all'episodio bulimico. Le persone che ne sono affette si preoccupano molto del proprio comportamento e lo giudicano un serio problema, sia per la sensazione di perdita di controllo che provano, sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute.

Questo disturbo è caratterizzato quindi da ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio è caratterizzato da:

1. Mangiare in un determinato periodo di tempo (un periodo di 2 ore), una quantità di cibo molto maggiore di quella che la maggior parte di individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (sensazione di non poter smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

Le abbuffate sono associate a 3 o più dei seguenti aspetti: mangiare molto più rapidamente possibile; mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni; mangiare grandi quantità di cibo anche se non si è affamati; mangiare da soli per l'imbarazzo; sentirsi disgustati verso di sé, depressi o molto in colpa dopo l'episodio (DSM-5, 2014).

Oltre al disagio per abbuffate, l'abbuffata si verifica almeno una volta alla settimana per 3 mesi, ma essa non è associata alla messa in atto di condotte compensatorie inappropriate come nella Bulimia Nervosa.

Anche in questo disturbo, c'è la distinzione tra:

- *Lieve: una media di 1-3 episodi di abbuffata a settimana*
- *Moderata: una media di 4-7 abbuffate a settimana*
- *Grave: una media di 8-13 abbuffate a settimana*
- *Estrema: una media di 14 o più abbuffate a settimana*

Peraltro, nel Binge-eating, non si presenta alcuna restrizione dietetica finalizzata a influenzare peso e forma del corpo (sono però spesso obesi), inoltre ha spesso prognosi migliore rispetto alla Bulimia Nervosa.

Dunque, chi soffre di questo disturbo presenta queste caratteristiche: ha spesso difficoltà lavorative e sociali, soffre anche di obesità, talvolta vengono anche diagnosticati disturbi psichiatrici e sintomi fobici. Vengono colpiti in egual misura maschi e femmine e l'esordio si sviluppa al 40% indipendentemente da diete ipocaloriche; il 57% riesce a raggiungere una guarigione completa; se invece si presenta una riduzione di peso, si possono vedere aumentare le crisi di binge-eating, così prima bisogna controllare le crisi con terapia e poi fare lieve restrizione dietetica e aumentare attività fisica (*DSM-5, 2014*).

1.5. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione

Tra i Disturbi della Nutrizione più diffusi troviamo: PICA, disturbo da ruminazione e ARFID (evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo).

Il primo è il PICA: consiste nel consumo persistente di sostanze non commestibili e non alimentari per un periodo di almeno 1 mese. L'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari è inappropriata per il livello di sviluppo dell'individuo; inoltre, il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente supportata o socialmente normativa. Se il comportamento alimentare si verifica nel contesto di un altro disturbo mentale (ad es. disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettuale], disturbo dello spettro autistico, schizofrenia) o condizione medica (inclusa la gravidanza), è sufficientemente grave da richiedere ulteriore attenzione clinica.

Il Disturbo da Ruminazione sta nel rigurgito ripetuto di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere masticato, ingoiato di nuovo o

sputato e non è attribuibile a una condizione gastrointestinale o di altra natura associata (ad es. reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro). Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating) o disturbo alimentare evitante/restrittivo. Se i sintomi si verificano nel contesto di un altro disturbo mentale (ad es. disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo] o un altro disturbo dello sviluppo neurologico), sono sufficientemente gravi da richiedere ulteriore attenzione clinica.

Il terzo, il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo, è un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (p. es., apparente mancanza di interesse nel mangiare o nel cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione per le conseguenze avverse del mangiare) come manifestato dal persistente fallimento nel soddisfare i bisogni nutrizionali e/o energetici appropriati associati a un (o più) dei seguenti:

1. *Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento di peso previsto o crescita incerta nei bambini).*
2. *Significativa deficit nutrizionale.*
3. *Dipendenza dall'alimentazione enterale o da integratori alimentari orali.*
4. *Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. Il disturbo non è meglio spiegato dalla mancanza di cibo disponibile o da una pratica associata culturalmente sanzionata. Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui viene sperimentato il proprio peso corporeo o la propria forma fisica (DSM-5, 2014).*

Esistono altre categorie di Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, che si applicano a situazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'alimentazione, che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree, predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'alimentazione. Studi recenti hanno osservato che gli altri disturbi dell'alimentazione costituiscono la metà circa dei pazienti ambulatoriali o ricoverati affetti da disturbo dell'alimentazione e come

l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sembrano colpire soprattutto le adolescenti e le giovani donne. Gli altri disturbi dell'alimentazione possono essere divisi in cinque sottogruppi:

1. Anoressia atipica. Sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.

2. Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata. Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

3. Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata. Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

4. Disturbi da condotte di eliminazione. Sono presenti in una persona non sottopeso ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.

5. Sindrome da alimentazione notturna. Sono presenti ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. C'è la consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci (AIDAP, 2015).

CAPITOLO 2. DCA NELLA SOCIETA' CONTEMPORANEA

2.1 Società e cultura del perfezionismo

Nella seconda metà del Novecento, nell'emisfero occidentale, con la diffusione di disordini del comportamento alimentare il cibo e il corpo si trasformano, per milioni di giovani, in nemici. Accade qualcosa che non è solo connesso all'insorgere di una patologia, al cambiamento di stili di vita e modelli culturali, ma forse più intimamente collegato alla difficile strutturazione dell'identità nei giovani di questo nostro mondo (Gordon A.R., 1990).

I Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono oggi una vera e propria *epidemia sociale*, che non sembra in questo momento trovare argine alla sua crescita esponenziale. Due milioni di ragazzi in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre presentano manifestazioni cliniche transitorie e incomplete. L'incidenza della patologia del comportamento alimentare, con i numeri sconcertanti che sono sotto i nostri occhi, ha costretto a rivedere anche molte delle idee sulla eziologia del disturbo e sulle sue trasformazioni.

Come si è già parlato nel primo capitolo, l'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili, nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Una loro piena comprensione deve tenere in considerazione fattori psicologici, evolutivi e biologici. Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come ad esempio la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socioculturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura, che vede nella magrezza un valore da perseguire a qualsiasi costo ed a qualsiasi età. Ogni epoca ha la sua malattia e non c'è dubbio che i DCA si prestano a rappresentare in modo straordinario la nostra epoca, connessi come sono all'immagine corporea, al significato del cibo, all'ossessione per l'apparire. Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell'alimentazione.

La cultura americana ed Occidentale inviano un segnale potente alle donne, e cioè che solo l'essere bella e sottile conferisce loro un valore e la possibilità di essere amate, catalizzando l'attenzione su un'ideale del corpo femminile dove la magrezza è segno di successo, salute e responsabilità nella vita.

Non è un caso, come abbiamo già detto, che i DCA, in particolare l'anoressia e la bulimia, prevalgono largamente, con un rapporto di 10 a 1 nel sesso femminile rispetto a quello maschile e che molti di questi disturbi iniziano con l'esperienza di una dieta. Ma oltre al delicato problema del rapporto col corpo e con la propria immagine, le influenze culturali toccano certamente il nodo più complesso del ruolo della donna nel suo travagliato percorso di ricerca di una nuova identità e di emancipazione. Non c'è dubbio che i conflitti provocati dall'aspirazione legittima all'autorealizzazione e all'autonomia, il sentimento che il proprio destino sia governato da altri, il bisogno di riappropriarsi di sé, siano tratti caratteristici dell'esperienza femminile contemporanea. Ma, nella dominante "cultura dell'immagine", questo complesso travaglio di bisogni, si esprime nell'apparire di corpi asciutti: corpi in cui, nello stereotipo culturale, ma anche nell'immaginario collettivo, l'inesorabile evolvere del tempo sembra fermarsi (*L. Onnis, 2016*).

2.2 DCA in adolescenza

Queste influenze culturali, di cui abbiamo appena parlato, peraltro così largamente diffuse, sarebbero certamente insufficienti a giustificare la comparsa dei DCA se non si desse rilievo all'intersezione con un'altra componente: il travagliato percorso della crescita adolescenziale. In questa fase del processo evolutivo, (14-25 anni), l'adolescente si trova a confrontarsi con il problema critico di definire una propria identità sessuale, integrando i relativi modelli biologici, psicologici e sociali e, al tempo stesso, di individuarsi, cioè di differenziarsi come individuo, dotato di una fisionomia singolare e specifica e capace di gestire la propria autonomia (*L. Onnis, 2016*).

Questa difficile costruzione della propria identità e di autostima passa anche attraverso la ricerca di un'immagine di sé accettata a livello sociale; le piccole variazioni di peso, normali in questa età e legate ancora allo sviluppo psicofisiologico, diventano allora motivo di insoddisfazione e di isolamento. Nella

fase adolescenziale il corpo assume molta più importanza rispetto all'infanzia e viene "usato" come strumento di espressione della propria affettività, come mezzo per relazionarsi con gli altri, nonché per esprimere le proprie difficoltà. In questa età, di passaggio dall'infanzia all'età adulta, i cambiamenti corporei sono strettamente legati alla modificazione della percezione di sé stessi.

La necessità di costruire un'immagine di sé induce molti adolescenti a identificarsi con i personaggi che rappresentano il successo e la sicurezza e a conformarsi ai modelli ripetutamente proposti. Il desiderio di emulare la linea "perfetta" di personaggi famosi può rappresentare una tra le più significative "spinte" ad adottare comportamenti di restrizione alimentare ed entrare così in conflitto con le necessità fisiologiche di nutrizione, innescando un serie di problematiche psicofisiche.

Accanto allo sviluppo del corpo, durante l'adolescenza si manifesta un cambiamento fondamentale nello sviluppo psicologico ed emotivo. I vissuti dell'adolescenza tendono ad amplificare la modalità di espressione delle proprie emozioni, che risulta spesso estrema. Influenzata dal giudizio esterno, familiare e sociale, sui propri comportamenti e dalle stesse valutazioni personali su questi, con l'età tende a stabilizzarsi, ma durante questo periodo influenza inevitabilmente la propria stima di sé. L'autostima rappresenta la componente psicologica dipendente dal giudizio che ogni individuo esprime su di sé, dal valore, cioè, che attribuisce alle proprie caratteristiche e al modo in cui ha affrontato e affronta le esperienze, sia positive che negative.

La rappresentazione di sé è influenzata dalla propria percezione e dal giudizio degli altri, e determina lo stato emotivo generale, in termini di motivazione e interesse. Durante l'adolescenza tutte le dimensioni relative all'autostima vengono rimesse in discussione, in particolare per quanto riguarda, l'aspetto corporeo, l'aspetto emotivo e la ricerca di equilibrio con sé stessi e con il mondo circostante (*Marcelli D., Braconier A., 1999*).

D'altro canto, è naturale che le figlie della "società dell'immagine" dedichino particolare attenzione a fare del proprio corpo lo specchio di ciò che sono, o forse di ciò che vorrebbero essere, impegnandosi a "mentalizzare" il corpo pubere perché riveli la verità e la bellezza del loro Sé femminile.

I disturbi alimentari diventano quindi simbolici non solo per l'ossessione verso il cibo o l'aspetto corporeo, ma più ancora per l'ossessione di controllare la realtà e l'ossessione per la perfezione nello sviluppo individuale e la centralità

dell'autostima personale su cui fondare il proprio benessere (*S. Sassaroli, G.M. Ruggiero, F. Fiore, 2016*).

I DCA potrebbero dunque dirsi mali dell'anima che si esprimono attraverso il corpo: le loro cause vanno oltre il desiderio di esibire un corpo magro, secondo i canoni attuali di bellezza esaltati dalla società e dalle industrie dell'estetica, del fitness, degli integratori e delle mode in generale. Il Disturbo del Comportamento Alimentare è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori individuali, familiari, sociali e ambientali. In ogni caso rappresentano un modo, coerente con le preoccupazioni dei nostri tempi, di esprimere un disagio psicologico profondo (*G. Cannata, R. Situlin, 2013*).

2.3 DCA e genitorialità

Tutte le caratteristiche sopracitate del mondo interno individuale delle pazienti anoressiche o bulimiche o con qualsiasi disturbo alimentare, rimarrebbero oscure se non venissero inserite all'interno di un contesto e di una storia, se non venisse dunque esplorato un'altra delle intersezioni fondamentali: quella che collega i vissuti personali dell'individuo con le dinamiche della sua famiglia, valutandole sia sotto il profilo dei modelli relazionali che la caratterizzano, sia sotto quello dei valori e "miti" che la influenzano.

Numerosi studi sull'organizzazione relazionale del sistema familiare delle pazienti anoressiche e bulimiche, come quelli di *Minuchin et al (1980)* e dal gruppo *Onnis (1985,88)*; *Onnis et al. (2001)*, hanno riscontrato caratteristiche frequenti. Si tratta di sistemi che si presentano fortemente "invischiati": rivelano cioè continui movimenti di intrusione negli "spazi" fisici e soprattutto psicoemotivi dei singoli, ed una attivazione costante di richieste o offerte di protezione, che coinvolgono tutti i membri e riducono ulteriormente ogni ambito privato ed autonomo. Viene compresa, allora, come questa scarsa o inesistente delimitazione di confini fra generazioni e individui, all'interno di un "corpo familiare" che sembra presentarsi come un amalgama indifferenziato, giustifica quel bisogno costante di controllo dei propri spazi interni che, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, va a caratterizzare il vissuto delle pazienti con DCA. Quell'esigenza di non lasciarsi invadere da elementi esterni che trova, nel rifiuto o nell'espulsione di cibo la estrema ambivalente difesa; e dà al tempo stesso ragione della difficoltà di assunzione di

quei tratti di identità personale e sessuale tipica dell'età puberale. Ma esiste anche un'altra caratteristica interattiva che si riscontra, in modo ridondante nelle famiglie di chi soffre di DCA: "l'evitamento del conflitto". Esso consiste nella tendenza tipica di questi sistemi familiari, a impedire ogni manifestazione di disaccordo, bloccando, però, insieme all'esplicitazione del dissenso, anche ogni chiara definizione delle relazioni e, sul versante individuale, ogni processo di differenziazione. Questo spiega l'immagine di apparente armonia che tendono a dare di sé queste famiglie, in cui ogni altro problema è cancellato da quello incombente dell'anoressia e in cui, se qualche contrasto si manifesta fra i genitori, esso riguarda sempre e soltanto la gestione delle difficoltà alimentari della paziente. Ecco perché, allora, quell'estrema protesta che l'adolescente agisce col rifiuto o con l'espulsione di cibo, è un tentativo sofferto, spesso disperato, di differenziazione, ma rimane protesta muta, confinata nella sfera dell'implicito, del non-detto. Non perché non risuonino nella paziente vibrazioni emozionali o manchino capacità di simbolizzazione, ma perché la giovane è costretta a conformarsi ad un linguaggio familiare, quasi un linguaggio di "corpo familiare", che censura e interdice l'esplicitazione di ogni conflittualità (*Onnis L., 2016*).

Il tutto è poi amplificato dal fatto che, come abbiamo detto, sono gli adolescenti i più colpiti dai Disturbi Alimentari, e proprio un aspetto che caratterizza l'adolescenza è il conflitto con il proprio entourage familiare. Uno degli obiettivi della fase adolescenziale è quello di raggiungere una certa "emancipazione dalle figure parenterali" e un'acquisizione dell'indipendenza. Con il termine emancipazione non si intende, però, una "rottura" dei rapporti familiari, piuttosto una trasformazione di questi, tali da renderli più paritari e reciproci. Mentre con il termine indipendenza si intende la libertà, a livello affettivo, di instaurare delle relazioni nuove e la libertà di assumersi delle proprie responsabilità in ogni ambito. La presenza dei genitori, in questo momento delicato, spesso viene concepita come invadente e intrusiva, ma allo stesso tempo diviene fondamentale e centrale. Altro aspetto fondamentale, è lo sviluppo dei "nuovi genitori", la famiglia odierna. Essi sono spesso dubbiosi, indeboliti, deleganti ad altri la loro funzione e responsabilità genitoriale. Tendono a funzionare seguendo un criterio più affettivo che normativo: pochi limiti, poche regole, più democrazia e dialogo. Queste nuove famiglie sono attraversate dall'utopistica convinzione che crescere bene i propri figli equivalga a funzionare come promotori di felicità e soddisfazione, evitando la frustrazione.

Tuttavia, si realizza paradossalmente un rovesciamento: la richiesta implicita di felicità al proprio figlio da parte del genitore, che a lungo andare diviene deleteria. In realtà, partendo anche da un'età inferiore rispetto all'adolescenza, il bambino è sì, un essere che cresce con parametri fisici, istintivi e fisiologici, ma è soprattutto, un essere che cresce come "soggetto" all'interno di un progetto educativo dove esperienze di soddisfacimento e di piacere si alternano a frustrazioni e divieti. Se questo avviene prima nel suo ambiente culla familiare, il piccolo riuscirà poi ad adattarsi meglio alle diverse esigenze che incontrerà nel mondo sociale e scolastico. Le considerazioni fatte finora portano a constatare la condizione di solitudine ed indebolimento dei genitori di oggi. Condizionati e pressati dalle logiche imperanti nel discorso sociale e culturale moderno, essi non sono facilitati nel loro compito di educatori. Ad esempio, i "no" ed i limiti non sempre sono supportati dalla complicità di altri genitori e/o dalla valorizzazione dell'ambiente sociale di riferimento. Madri e padri si trovano a volte nella fatica di dover autolegittimare i propri criteri educativi che si fanno sempre più individuali e privati. In realtà si può parlare di una doppia solitudine: quella dei bambini lasciati soli a causa dell'impegno lavorativo di entrambi i genitori, e quella dei genitori. Mangiare o non mangiare spesso, già nell'Infanzia, prende il posto del pianto o della parola all'interno della relazione con le figure genitoriali. Il cibo, rifiutato o divorato, può diventare lo strumento per attirare l'attenzione e tale comportamento distorto veicola un messaggio: la richiesta di ascolto e di aiuto. Spesso il teatro familiare è occupato da crisi, problematiche, disagi tra i genitori stessi e i bambini sentono che non possono sfogare le loro rabbie, le loro paure, la loro fatica, magari la grande paura di crescere. E così, perdono la fiducia nella possibilità di comunicare, chiudendosi "a riccio" (S. Danti, 2020).

D'altro canto, però, ricordiamo che la famiglia non è altro che succube delle continue rivoluzioni della cultura che mutano le relazioni del nucleo. Non si può certo colpevolizzare la famiglia attuale attribuendola causa del Disturbo Alimentare. Tutt'altro, molto spesso la famiglia viene divorata dal Disturbo Alimentare del figlio *"quando in una famiglia c'è un malato di anoressia o bulimia di fatto si ammalano tutti"*. *Relazionarsi con un malato di DCA non è affatto semplice: è come camminare su un campo minato. Se non si conosce a perfezione l'esatta posizione delle mine che cambia ogni giorno, salti per aria* (A. Buonomo, 2021). Molto spesso i genitori non conoscono quale sia il giusto percorso per il proprio figlio o addirittura non

riescono a riconoscere il disturbo, e combattono, soffrono, vivono la malattia in maniera dolorosa.

“Quando una figlia o un figlio si ammalano di un disturbo del comportamento alimentare, è come se l’intera famiglia sia investita da uno tsunami. Non esiste più nulla, tutto ruota attorno alla malattia.”, (A. Buonomo, 2021). Ed è proprio così: troppo spesso la famiglia vive la malattia nel buio e nel silenzio delle mura domestiche, sovrastata dall’ignoranza generale, dalla mancanza di cultura sull’argomento e dalla poca attenzione sociale.

Ciò che manca, di solito, è la consapevolezza della necessità di unire l’attenzione affettiva per i figli ad uno sguardo critico sul mondo in cui vivono e sugli stimoli cui sono sottoposti.

2.4 L’influenza dei mass-media e del COVID-19

La socializzazione a pratiche ed ideologie culturalmente condivise viene veicolata e promossa attraverso molteplici canali, quali la famiglia, il gruppo dei pari ed i mezzi di comunicazione. Questi ultimi costituiscono sicuramente uno dei tramiti più potenti e pervasivi. I media, infatti, si inseriscono a pieno titolo nei processi di costruzione della realtà, poiché non si limitano ad influenzare i comportamenti individuali, bensì giungono a strutturare il sistema di rappresentazioni entro cui le persone vivono. Varie ricerche hanno dimostrato come i mass media, oltre che a rinforzare stereotipi sessisti, incrementano l’insoddisfazione corporea e contribuiscono all’insorgenza di Disturbi Alimentari (Calogero, 2009).

Questo perché i mass media (ed in particolare televisione e riviste dedicate al pubblico femminile ed adolescente, ma anche social network) veicolano un modello standardizzato di bellezza, contribuendo ad alimentare in molte donne un senso di disagio e di insoddisfazione in relazione al corpo (che in alcuni casi si generalizza ad una percezione negativa attribuita a sé stesse).

D’altronde, abbiamo già detto che il corpo, il primo luogo della progettazione personale d’ognuno, è diventato luogo o occasione di pratiche particolari e impegnative a cui dedicare grandi risorse di tempo e monetarie. Inoltre, non sempre il comportamento umano si adegua ad una razionalità formale conseguente a doveri e regole consolidate. In questo spazio, tendono anche ad infiltrarsi le suggestioni di

quel mondo non reale ma verosimile della quasi-realtà proposta dai media. In ogni momento personaggi belli e affascinanti compaiono sul piccolo schermo per “far bella mostra di sé”. Non ci sono persone brutte o la rappresentazione della gente comune, quella che appare fuori luogo o brutta rispetto ai “belli di professione”, se vi sono hanno ruoli marginali. Ognuno apprende a creare e gestire nella quotidianità il suo Sé-ideale in questo “teatro delle ombre”, dove si agisce in base a regole non dette ma evidenti del mondo mediale, aderendo a stili di vita che traggono spunto e suggerimenti da tutto quanto vi appare (S. Ladogana, 2006).

L’altro punto essenziale, è che diverse ricerche e l’esperienza empirica dei clinici hanno dimostrato che chi soffre di un Disturbo del comportamento Alimentare tende a percepire il proprio corpo in maniera diversa da come appare agli occhi di uno sguardo esterno. Tale “dispercezione” viene inevitabilmente influenzata dai paradigmi estetici veicolati dai mass-media e, più in particolare, dall’uso dilagante dei social network, ad oggi tra le principali cause dell’aumento di disturbi alimentari e oggetto di dipendenze legate all’uso di Internet o dipendenza da social network. Piattaforme come Instagram, TikTok o Facebook sono, nella maggior parte dei casi, utilizzate come vetrine in cui esporre la propria fisicità, talvolta ritoccata da filtri e programmi appositamente creati per aderire ad un modello di bellezza inautentico, difficilmente accessibile, cosa che potrebbe portare a sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali.

Tra i vari fattori che possono condurre ad un DCA, la ricerca scientifica ha identificato una difficoltà nel controllo delle proprie emozioni, disagio nei rapporti interpersonali e sentimenti di frustrazione e solitudine (Zeek et al., 2011). Nonostante tali cause non siano direttamente collegate all’uso dei social, questi ultimi potrebbero comunque contribuire a sviluppare un’affettività negativa verso sé stessi, ed in tal senso il sintomo alimentare costituisce una strategia, seppur disadattiva, per gestirla, dimostrando come vi sia una correlazione tra l’uso massivo dei social network e i disturbi alimentari.

Negli ultimi anni, vi è stato un incremento vertiginoso dei DCA e, in un panorama fortemente connotato dall’uso di internet, non si può non tenere conto dell’aspetto “social” di questo fenomeno.

A riguardo, in questo anno corrente, è spopolato un articolo su “*La Repubblica*” che riportava: “*Per una nota trasmissione tv cerchiamo ragazze tra i 20 e i 25 anni che soffrano di disturbi alimentari*”. Così recitava l’annuncio di un casting, con tanto di

indirizzo e-mail a cui si poteva scrivere per essere selezionate. E poi sarebbero state accettate o scartate, in base a chissà quali perversi parametri. Un annuncio che dopo le proteste di centinaia di persone, sui social e sui giornali, è stato ritirato. A denunciare l'episodio sul suo profilo Instagram è stata la regista Maruska Albertazzi. Ma quanti altri articoli di questo tenore girano sul web e passano inosservati? Sono messaggi fuorvianti che possono nuocere a tanti giovani, sempre più ostaggio di un'immagine stereotipata.

"Queste forme di spettacolarizzazione non rendono giustizia alle 3.000 persone che ogni anno in Italia muoiono per Disturbi del comportamento alimentare (DCA). L'annuncio citato è solo un segnale del ritardo culturale che stiamo vivendo, invece di essere visti come patologie psichiatriche gravi, i disturbi alimentari sono spesso considerati solo una ricerca della magrezza. Si pensa ancora che si muoia per fare le modelle" (L. Dalla Ragione, 2010).

Quindi, non solo si vive all'interno di un'epoca in cui il rischio di ammalarsi di DCA è molto elevato, ma i nuovi strumenti digitali rendono i ragazzi ancor più fragili. In più, l'arrivo del Covid-19 ha deteriorato maggiormente la situazione, rendendola insostenibile. La Pandemia, infatti, ha fatto aumentare, in media del 30%, le diagnosi di disturbi alimentari rispetto all'anno precedente (febbraio 2020 – febbraio 2021), con un abbassamento della fascia di età e un incremento dei casi di anoressia nervosa. Tra i fattori scatenanti: l'isolamento sociale, le incognite sul rientro a scuola, il distanziamento forzato dai coetanei, la paura del contagio associati spesso alla perdita di controllo e al maggior tempo a disposizione per concentrarsi sull'immagine di sé. A evidenziarlo sono alcuni centri multidisciplinari, sia pubblici sia privati, affiliati all'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi). Come spiega C. Bagnato (2021), il lockdown ha favorito soprattutto nei ragazzi l'instaurarsi di alcuni di questi fattori scatenanti quali l'isolamento sociale, le incognite sul rientro a scuola, i dispositivi e le regole di prevenzione, il distanziamento forzato dai loro coetanei, la paura del contagio che si associa spesso alla sensazione di non avere il controllo della situazione. Tutte queste condizioni conducono ad un aumento delle restrizioni alimentari o, all'opposto, a un aumento degli episodi di alimentazione incontrollata, portando a una maggior concentrazione sull'immagine di sé, lasciando più tempo a disposizione per riflettere e porre maggior attenzione al corpo e all'emergere di comportamenti disfunzionali".

Secondo i ricercatori del *King College* di Londra, la quarantena ha prodotto effetti psicologici negativi tra cui sintomi di disturbo post-traumatico da stress, confusione e rabbia. Lo studio, pubblicato sul 'Lancet', rileva che questi impatti psicologici possono essere di lunga durata con effetti particolarmente rischiosi sui bambini e gli adolescenti. *“I disturbi alimentari se non riconosciuti in tempo e non curati in modo appropriato possono diventare cronici e nel peggiore dei casi portare alla morte”* (M. Vincenzi, 2021).

“Sia le persone obese che le persone sottopeso con un disturbo alimentare hanno normalmente un rischio maggiore di sviluppare complicanze mediche associate alla malnutrizione; tali rischi potrebbero aggravarsi in presenza di Covid-19. Rischi che inducono a ripensare e rivedere le strategie terapeutiche nell’ambito dei disturbi alimentari in questo lungo e difficile periodo e a intensificare i trattamenti psicologici online, cercando, per quanto possibile, di dare il massimo spazio a terapie virtuali intensive” (M. Vincenzi, 2021).

L’esposizione prolungata ai mass media potrebbe aver costituito un ulteriore fattore di rischio per gli individui affetti da DCA a causa dei messaggi trasmessi relativi alla paura di ingrassare e quindi alle diete e all’esercizio fisico (Cooper et al., 2020). È nota, infatti, la correlazione tra l’esposizione a immagini di corpi magri e atletici, proposti dai media, e una visione negativa del proprio corpo con la conseguente messa in atto di comportamenti alimentari dannosi (Sabik, Falat & Magagnos, 2020; Slater, Cole & Fardouly, 2019). Appare chiara quindi la valenza che questi messaggi, legati al peso e all’alimentazione sana, possano aver avuto in un periodo critico come quello appena vissuto, specialmente per chi soffre di un disturbo alimentare (Cooper et al, 2020). In aggiunta a ciò, ad incrementare la paura di prendere peso è stata l’impossibilità di svolgere attività fisica fuori dalla propria abitazione. A tal proposito sono noti gli effetti positivi dello sport sulla salute psicofisica, se praticato in misura moderata (USDHHS, 2008); pertanto la chiusura dei centri sportivi e le limitazioni imposte sull’attività fisica all’aperto possono aver contribuito all’aumento di preoccupazioni relative al peso e alla forma fisica e, più in generale, della sensazione di stress. E ciò sembra vero specialmente per le persone che nella quotidianità utilizzano lo sport come forma di regolazione emotiva delle emozioni negative provate (Dalle Grave, Calugi & Marchesini, 2008). Questi aspetti, inoltre, assumono ancora più rilevanza se considerati alla luce dell’isolamento imposto dal lockdown e della conseguente diminuzione del supporto

sociale. Quest'ultimo infatti è considerato un fattore protettivo per tutte le psicopatologie, compresi i DCA (*Linville et al., 2012*), e aiuta a ridurre il senso di solitudine che viceversa sembra ricoprire un ruolo importante nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi psicologici (*Holt-Lunstad et al., 2015*). L'isolamento, inoltre, è considerato un effetto secondario dell'insorgenza di un disturbo alimentare e, combinandosi con altri fattori, sembra svolgere un ruolo chiave nella cronicizzazione del disturbo (*Balbo, 2015*). Alla luce di quanto esposto finora appare chiaro che, durante le misure di contenimento, ci siano stati una serie di fattori, tra cui la crescente food-insecurity, la preoccupazione legata al peso e al corpo, le limitazioni rispetto all'esercizio fisico e l'isolamento che, per le caratteristiche del disturbo, possono aver avuto un impatto negativo, specialmente sugli individui affetti da DCA o con una vulnerabilità rispetto a questo tema.

CAPITOLO 3. CURA E PREVENZIONE DEI DISTURBI ALIMENTARI

3.1 Come si curano i Disturbi Alimentari

Per la maggior parte delle persone con disturbo dell'alimentazione, la consapevolezza di avere un problema è scarsa e la paura di affrontare un cambiamento fortissima. La ricerca continua della magrezza, il mangiare senza controllo, le diete estreme, l'uso del vomito o dei lassativi, possono essere visti dalla persona che soffre di disturbi dell'alimentazione non tanto come un disturbo, piuttosto come una soluzione ai propri problemi o addirittura come una conquista raggiunta. Il disturbo dell'alimentazione infatti è così 'pervasivo', cioè impegna così tanto la mente delle persone che ne soffrono, da portare all'illusione di poter tenere lontani gli altri problemi della vita. In realtà, invece, molti problemi sono causati proprio dal disturbo alimentare stesso.

Questo è il motivo per cui molte persone affette da disturbi dell'alimentazione (soprattutto nelle fasi iniziali della malattia) non chiedono aiuto o rifiutano addirittura un approccio terapeutico. Molti studi epidemiologici hanno riscontrato che solo una minoranza di soggetti affetti da questi disturbi presenti nella popolazione generale chiede un aiuto.

Non sempre le persone che giungono nei centri specialistici hanno già maturato una vera e propria decisione di voler intraprendere una terapia per cercare la guarigione dal disturbo. In ogni caso, il contatto terapeutico permette in questi casi perlomeno di aprire un dialogo e di poter monitorare le eventuali complicanze sia mediche che psicologiche. Se una persona con disturbo dell'alimentazione non è ancora in grado di intraprendere un vero e proprio trattamento, viene di solito iniziato quello che viene definito da molti centri un 'percorso motivazionale', ossia un percorso psicologico che ha lo scopo di portare la persona a desiderare il cambiamento e la guarigione.

Essere 'motivati' al cambiamento vuol dire:

- *riconoscere di avere un disagio (consapevolezza)*
- *sentire che la situazione crea una notevole quota di sofferenza*
- *credere nella possibilità di cambiare (senso di efficacia)*
- *essere disponibili a "mettersi in gioco"*
- *avere la forza e il coraggio di chiedere un aiuto (Centro Regionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Veneto).*

Per la cura dei disturbi dell'alimentazione è importante rivolgersi a centri specialistici che si occupano specificamente di questi problemi. Questo permette di poter effettuare prontamente una corretta diagnosi differenziale (cioè capire se si soffre di un vero e proprio disturbo dell'alimentazione), di effettuare tutte le valutazioni specialistiche necessarie (psicologiche, psichiatriche, internistiche e nutrizionali) e di ricevere indicazioni corrette sul trattamento da seguire.

Quando un soggetto con disturbi dell'alimentazione arriva ad una struttura specialistica è infatti indispensabile una corretta e attenta valutazione diagnostica. Non tutti i problemi che si manifestano con un alterato comportamento alimentare sono dei veri e propri disturbi dell'alimentazione. È importante fare una diagnosi differenziale sia con altre patologie psichiatriche, come la depressione o le fobie, sia con patologie internistiche, come il morbo celiaco o problemi endocrini.

La valutazione iniziale ha anche molti altri obiettivi di fondamentale importanza. Prima di tutto è il momento in cui si inizia a stabilire un rapporto di fiducia. La persona che si rivolge al centro specialistico ha bisogno di sentirsi capita, ma nello stesso tempo ha bisogno di sentire di essere in un centro dove questi disturbi sono conosciuti e affrontati con competenza. Non meno importante, nella fase di valutazione vengono raccolte tutte quelle informazioni che servono al terapeuta per

poter capire quale sia il percorso terapeutico più adeguato e poterlo proporre alla persona che ha richiesto la visita.

La valutazione diagnostica indaga la storia del peso, le abitudini alimentari e gli atteggiamenti riguardo al cibo e al corpo; viene valutata la situazione sociale e familiare, il funzionamento scolastico o lavorativo, le relazioni interpersonali.

Se si intravede il pericolo di complicanze mediche o se vi è un dimagrimento o una magrezza rilevante, la valutazione diagnostica va completata da una visita internistico-nutrizionale. Infine, se la persona con disturbo dell'alimentazione è minorenni o comunque vive con la famiglia, è indicata anche una visita per i genitori. Il coinvolgimento iniziale della famiglia è importante e serve a completare il quadro diagnostico, a cogliere il punto di vista dei familiari, a stabilire un'atmosfera di collaborazione in cui i genitori si sentano partecipi del programma terapeutico, facendo sì che la famiglia possa rappresentare un punto di riferimento anche nel caso in cui la paziente dovesse rifiutare o abbandonare la terapia (*Centro Regionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Veneto*).

3.2 Trattamento

Oggi di questi disturbi si può guarire. I trattamenti sono ormai molto specializzati e ci confortano, sulla possibilità di recupero piena di questi pazienti. Come per tutte le patologie, l'intervento precoce e un trattamento tempestivo sono decisivi (*Ministero della Salute, 2018*).

L'approccio più efficace per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è quello multidisciplinare e integrato. Tali, sono infatti disturbi psichiatrici con importanti manifestazioni psicopatologiche ed un'alta frequenza di complicanze mediche: è quindi necessaria una collaborazione tra diverse figure professionali che si occupino in modo integrato di questi diversi aspetti.

Le tappe fondamentali del trattamento nei disturbi dell'alimentazione sono ben riassunte dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (*APA, 2012*):

- *diagnosticare e trattare le complicanze mediche*
- *aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento*
- *aumentare il peso corporeo (nell'anoressia)*
- *ristabilire un'alimentazione adeguata*

- *affrontare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività)*
- *correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso*
- *curare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione*
- *cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari*
- *aumentare il livello di autostima*
- *prevenire le ricadute*

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione può essere svolto, a seconda delle necessità, in modo più o meno intensivo. È sempre una buona regola iniziare, salvo specifiche controindicazioni, dal trattamento meno intensivo (ossia il trattamento ambulatoriale) perché è il trattamento più efficace e quello che interferisce meno con la vita sociale della persona. Si tratta di un trattamento effettuato da un'equipe che sia in grado di affrontare tutti gli aspetti di un disturbo: quelli psicologici, internistici, nutrizionali e di terapia o sostegno della famiglia. Il trattamento ambulatoriale, inoltre, dovrebbe includere sempre i trattamenti psicologici raccomandati dalle linee guida internazionali che hanno un'evidenza derivata da studi clinici come il Trattamento Basato sulla Famiglia (FBT) (indicato per gli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa) o la Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi dell'Alimentazione (CBT-ED) (indicata per gli adolescenti e gli adulti affetti da Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Binge-Eating). I familiari vanno sempre coinvolti nel trattamento dei pazienti minorenni, ma anche, in quello di pazienti maggiorenni, previo consenso di questi ultimi. Il trattamento ambulatoriale si può quindi considerare il trattamento di prima scelta: solo nei casi molto acuti o in quelli in cui il trattamento ambulatoriale non ha funzionato dovrà essere preso in considerazione un trattamento più intensivo.

Una forma intermedia di assistenza è rappresentata dall'ambulatorio intensivo (o centro diurno), dove il paziente svolge un programma diurno che permette di svolgere una riabilitazione psiconutrizionale, senza interrompere la propria normale quotidianità. Può essere utile per ragazzi molto giovani, dove c'è una buona motivazione e dove il contesto familiare sia abbastanza solido. Il trattamento residenziale può rappresentare o il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o un'alternativa al ricovero ordinario stesso che, soprattutto per 18 ragazzi molto giovani, a volte bambine, può determinare gravi effetti secondari. La durata della degenza varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire

il recupero ponderale, il miglioramento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e lo sviluppo di abilità per prevenire le ricadute. È necessaria l'adesione delle pazienti al programma con incontri preliminari di motivazione e con la costruzione di un contratto terapeutico ben stabilito, che viene sottoscritto dal paziente e, nel caso sia minore, anche dai genitori dello stesso. Il programma riabilitativo residenziale ha caratteristiche di alta specializzazione ed intensità assistenziale: l'organizzazione della giornata è estremamente strutturata, sia nella attenta gestione dei pasti sia in attività e procedure volte a fare riacquisire ai pazienti una corretta alimentazione e per aiutarli ad affrontare le varie caratteristiche del disturbo dell'alimentazione. Il programma prevede diverse fasi assistenziali sia dal punto di vista psicologico che nutrizionale.

Ci sono casi in cui, quando si verificano determinate condizioni fisiche e cliniche, il ricovero in ospedale si rende necessario. Tale ricovero dovrebbe essere effettuato in strutture ospedaliere preparate ad accogliere questo tipo di pazienti e per il minore tempo possibile. Anche in questo caso è necessario che, oltre ai clinici, sia presente almeno un consulente psichiatra o psicologo, che possa aiutare la gestione del paziente e dei suoi genitori. In alcuni casi, per fortuna non frequenti, quando il paziente rifiuta le cure e rischia la vita si rende necessario il Trattamento Sanitario Obbligatorio, che può essere effettuato in Reparto Psichiatrico o in altra sede, laddove esistano le condizioni logistiche, e che, comunque, non dovrebbe mai essere prolungato oltre lo stretto necessario.

Infine, uno degli aspetti più difficili da gestire per i pazienti e i loro familiari è sicuramente quello della continuità delle cure tra un livello di assistenza e un altro. Ad esempio, quando un paziente, seguito in ambulatorio, si aggrava e deve quindi essere ricoverato in ospedale o in residenza, nella maggior parte delle regioni italiane le famiglie sono costrette a cercare da soli il posto letto in ospedale o in residenza, esponendo sé stessi e i loro figli affetti dal disturbo ad un grave stress. È necessario, invece, che questo processo di transizione tra un livello e l'altro sia gestito interamente dall'equipe dei curanti, concordando con la famiglia e il paziente questo passaggio e rassicurando tutti sul fatto che cambiamento del progetto terapeutico non è necessariamente negativo, ma può costituire un altro gradino verso la guarigione. Questo significa che in ogni regione dovrebbe essere presente una rete di intervento, completa in tutte le sue parti che possa consentire delle cure accessibili

ai pazienti, senza costringerli ad interminabili viaggi della speranza (*Ministero della Salute, 2018*).

3.3 Tecniche di Trattamento

Il trattamento più adatto alla persona va scelto assieme ad un terapeuta di fiducia dopo una approfondita valutazione diagnostica. I fattori da tenere in considerazione sono molti: il tipo di disturbo, la situazione fisica, la presenza di complicanze, la durata di malattia, l'età, le aspettative della persona e le esperienze terapeutiche precedenti, la disponibilità di terapeuti e strutture adeguate vicino alla residenza, le caratteristiche di personalità e altre ancora.

È importante, dunque, essere a conoscenza di tutte le possibili Tecniche di trattamento:

- *Riabilitazione nutrizionale.* Lo scopo della riabilitazione nutrizionale è quello di ristabilire un peso compatibile con la salute fisica e psichica delle persone, in particolar modo chi soffre di anoressia nervosa. Si tratta di ristabilire gradualmente un'alimentazione corretta inserendo in modo guidato e graduale i cibi considerati "tabù" e contrastando la tendenza alla restrizione dietetica. Si affronta quindi sia il problema della "quantità" del cibo che quello della "qualità". Lo svolgimento del programma è stato sviluppato in modo da essere in grado di prevenire perdite di controllo sull'alimentazione o repentini aumenti di peso. Questo punto è molto importante e deve essere condiviso con i pazienti che hanno ovviamente molte paure e preoccupazioni nell'affrontare il cibo e nel variare le abitudini. Nessun cibo dovrebbe essere escluso, compresi quelli considerati "ingrassanti" e quindi fobici. Il percorso va guidato attentamente tenendo conto delle paure e della durata di malattia del paziente. Potrebbero presentarsi inizialmente disagi dovuti alla distensione addominale e alle difficoltà digestive (rallentato svuotamento gastrico) conseguenti ad una prolungata restrizione. In presenza di un grave sottopeso o di terapie ambulatoriali non efficaci, la riabilitazione nutrizionale viene effettuata in corso di degenza in strutture riabilitative.

- *Terapia cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo.* La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) trae le sue origini dalla terapia cognitiva della depressione e dalla terapia comportamentale. È il trattamento d'elezione per la bulimia nervosa, ma viene adottata con successo anche nell'anoressia nervosa e nel disturbo da alimentazione incontrollata. Il modello cognitivo-comportamentale proposto per i disturbi dell'alimentazione considera come principale responsabile degli atteggiamenti e dei comportamenti alimentari patologici la presenza di cognizioni (o pensieri disfunzionali) errate o distorte sul cibo e sul proprio corpo; i comportamenti come la restrizione alimentare, l'evitamento e i comportamenti di controllo del peso e del corpo, sono a loro volta dei fattori di mantenimento delle cognizioni distorte. Nella terapia cognitivo-comportamentale vengono pertanto affrontati sia i comportamenti alimentari scorretti che lo stile cognitivo correlato.

La TCC è costituita essenzialmente da tre fasi principali:

- *Nella prima fase vengono date al paziente informazioni sul disturbo, mirando alla riduzione delle abbuffate regolarizzando la frequenza e la composizione dei pasti e utilizzando attività alternative alle crisi bulimiche.*
- *Nella seconda fase l'obiettivo è quello di migliorare la qualità e la quantità dell'alimentazione, di affrontare il pensiero di dieta, di riconoscere le situazioni a rischio e far pratica di esercizi di "soluzione di problemi".*
- *Nella terza fase vengono consolidati i risultati ottenuti e viene affrontato il tema della prevenzione delle ricadute. Una tecnica molto utile è l'uso del diario alimentare, in cui vengono registrate dalla paziente modalità e quantità dell'alimentazione, che vengono analizzate e discusse con il terapeuta, insieme alle emozioni e alle convinzioni legate al cibo. Attraverso questo "automonitoraggio", le pazienti apprendono a riconoscere e ad evitare le situazioni ed i comportamenti a rischio (Quaderni del Ministero della salute, 2013).*

Una delle "accuse" mosse alla TCC è quella di non affrontare i problemi globali della persona, ma di limitarsi agli aspetti sintomatologici del disturbo. In realtà anche se è vero che la TCC in una prima fase del trattamento si focalizza su una gestione della fase "acuta" del disturbo dell'alimentazione (come ad es. lavorare sulla diminuzione degli episodi di digiuno, di vomito e/o di abuso lassativi e della frequenza delle crisi bulimiche), in una fase successiva, la terapia prevede di affrontare tutte le problematiche che presentano una connessione con il disturbo

dell'alimentazione e soprattutto le difficoltà familiari e relazionali (come la mancanza di assertività), lo sviluppo di una fragile autostima e le possibili cause che hanno favorito lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. Anche a questo scopo la TCC ha avuto una sua evoluzione utilizzando un approccio più globale chiamato transdiagnostico.

La terapia cognitivo-comportamentale può essere individuale o di gruppo. L'approccio di gruppo è stato utilizzato con successo per la bulimia nervosa e nel disturbo da alimentazione incontrollata. Studi di review e di metanalisi hanno sottolineato l'efficacia di tali trattamenti sull'evoluzione dei sintomi e sul miglioramento del quadro psicopatologico. Il senso di vergogna, di segretezza che caratterizza le crisi bulimiche, le difficoltà interpersonali, l'isolamento e la bassa autostima portano il soggetto ad aumentare i sensi di colpa e il senso di inadeguatezza. Il gruppo può diventare un luogo di rispecchiamento, di confronto e di trasformazione. L'approccio di gruppo è poco consigliato per l'anoressia nervosa a meno che non venga svolto nell'ambito di una struttura intensiva residenziale o semi-residenziale. A livello ambulatoriale invece, l'ansia costante, la rigidità, la difficoltà ad esprimere i sentimenti in un contesto sociale, fanno sì che le pazienti con anoressia nervosa non traggano beneficio dall'approccio di gruppo. L'estrema competitività che caratterizza l'anoressia nervosa può portare a processi di imitazione dei comportamenti più restrittivi e patologici delle altre pazienti. Possono essere così assorbite dalla preoccupazione per il cibo e l'aumento di peso, da essere incapaci di provare interesse per i problemi altrui o di affrontare altri argomenti al di fuori dell'alimentazione e del peso.

- *Terapia interpersonale.* Sviluppata da Kerman nel 1994 per la cura della depressione, è stata estesa alla cura della bulimia nervosa e del disturbo da alimentazione incontrollata. Affronta le difficoltà dei rapporti interpersonali pensati alla base dei disturbi dell'alimentazione. La psicoterapia interpersonale prevede tre fasi: in una prima fase direttiva viene identificato il focus del trattamento.

Viene affrontata un'area tematica scegliendo tra le seguenti 4 categorie:

-Difficoltà a stringere e mantenere legami significativi

-Conflitti con parenti ed amico

-Difficoltà nei cambiamenti di ruolo,

-Lutti e perdite non elaborate.

Nella seconda fase il paziente assume un ruolo più attivo ed è invitato a parlare delle sue attuali difficoltà e a cercare di metterle in relazione al focus del problema che è stato precedentemente identificato; il paziente viene anche invitato a intraprendere qualche cambiamento e a sperimentare nuovi modelli di rapporto. Un'ultima fase è dedicata a preparare il paziente ai problemi che dovrà fronteggiare in futuro.

- *Psicoterapie psicoanalitiche.* La psicoanalisi presuppone che i sintomi siano l'espressione di conflitti inconsci. La psicoterapia psicoanalitica agisce prevalentemente su quelli che sono considerati i fattori predisponenti la patologia dell'alimentazione. Il suo obiettivo è quello di permettere il mantenimento dei risultati raggiunti attraverso l'analisi e la risoluzione dei conflitti interiori e delle problematiche interpersonali. Attraverso un lavoro di introspezione il paziente cerca di scoprire ed analizzare questi conflitti. L'approccio psicoanalitico può essere utile nella terapia dei disturbi dell'alimentazione se le conseguenze fisiche e psichiche dei sintomi non sono tali da impedire il lavoro psicologico. Solitamente, viene consigliato di intraprendere questo tipo di terapia solo una volta recuperato il peso o migliorata la frequenza di crisi bulimiche e vomito allo scopo di affrontare i problemi psicologici sottostanti (ad es. rifiuto della femminilità, identificazioni problematiche con la figura materna, rifiuto del cibo come rifiuto della dipendenza e della sessualità, spinte verso l'autonomia).
- *Psicoeducazione alimentare.* La psicoeducazione è una tecnica educativa che ha lo scopo di far conoscere i meccanismi attraverso i quali un determinato disturbo (medico o psichiatrico) è insorto, si mantiene e può essere curato. È una tecnica che non solo tiene conto dei diritti dei pazienti di essere pienamente informati, ma va anche a migliorare l'aderenza ai trattamenti proprio perché permette di coinvolgere il paziente nelle scelte terapeutiche.
Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione, nonostante il fatto che molto spesso i pazienti hanno già appreso molte informazioni dai mass-media o attraverso

il passa-parola, altrettanto spesso sono presenti informazioni e convinzioni sbagliate e distorte che riguardano il contenuto calorico del cibo, il funzionamento del metabolismo corporeo, e la patogenesi (meccanismi attraverso cui si sviluppa una malattia) del disturbo. Le tecniche psicoeducazionali consistono, quindi, in questi casi, nel fornire informazioni corrette sulle proprietà dei nutrienti, sul funzionamento metabolico e consumo calorico, sugli effetti biologici delle diete restrittive e del dimagrimento, i motivi dell'amenorrea, la relazione tra dimagrimento e sintomi fisici (come l'ipotensione, l'aumentata sensibilità per il freddo, la perdita di capelli, le difficoltà digestive, i problemi dentari) e quella tra dimagrimento e sintomi psicologici (come la depressione, i pensieri ed i rituali ossessivi, l'isolamento sociale).

Per i pazienti con anoressia nervosa, la psicoeducazione di per sé raramente porta ad un miglioramento. Tuttavia, attraverso l'acquisizione di informazioni corrette, può aumentare la consapevolezza del problema e il desiderio di cambiamento, e può essere possibile una maggiore partecipazione al trattamento o perlomeno una collaborazione nella prevenzione delle complicanze fisiche.

Nella bulimia vengono fornite informazioni sul circolo vizioso "dieta-crisi bulimiche" e sulle conseguenze fisiche e psicologiche secondarie all'uso dei comportamenti di compenso come il vomito, l'abuso di lassativi e diuretici. In alcuni casi iniziali e non gravi, la psicoeducazione, assieme ad alcuni consigli di carattere nutrizionale, può portare di per sé ad una remissione della sintomatologia. L'assenza di almeno un pasto regolare al giorno o il ricorso a metodi compensatori (vomito, digiuno, abuso di lassativi) anche dopo l'assunzione di piccole quantità di cibo, sono indici della necessità di un aiuto più specifico. L'isolamento e lo scarso supporto sociale sono altri fattori che rendono difficile il successo di un intervento puramente psicoeducativo.

In generale, quindi, la psicoeducazione può essere considerata una tecnica terapeutica molto utile, ma che va associata ad altri interventi terapeutici.

- *Terapie farmacologiche.* L'uso dei farmaci nei disturbi dell'alimentazione è legato all'osservazione che spesso a questi disturbi sono associate altre psicopatologie, come disturbi depressivi e ossessivo-compulsivi. Per questo motivo i farmaci più frequentemente utilizzati sono i farmaci antidepressivi ad azione prevalentemente serotoninergica. Il trattamento farmacologico dei disturbi dell'alimentazione non

deve mai essere considerato come trattamento di elezione, ma sempre come trattamento di supporto al lavoro psicoterapico o psicoeducativo.

Gli studi controllati che valutano l'effettiva efficacia del trattamento antidepressivo nell'anoressia nervosa non sono molti. Questo è dovuto al fatto che in questa patologia il trattamento farmacologico è un trattamento aggiuntivo ad altre forme, più efficaci, di terapia. Nella bulimia nervosa, invece, la terapia antidepressiva ha dimostrato una efficacia specifica nella riduzione dei sintomi bulimici, oltre che nella riduzione dei sintomi psichici associati, come depressione, sintomi ossessivi e impulsività. L'efficacia a lungo termine della terapia antidepressiva resta ancora poco conosciuta e l'impressione clinica è che anche nella bulimia nervosa il trattamento antidepressivo possa essere efficace solo in associazione a trattamenti psicoterapici. L'utilizzo di farmaci stabilizzatori dell'umore, associati ad una terapia antidepressiva, può essere utile nel trattamento della anoressia nervosa e della bulimia nervosa quando sono associate a caratteristiche di multi-impulsività.

Dati più recenti sembrano evidenziare una certa efficacia, nei casi gravi e resistenti di anoressia nervosa, dei farmaci antipsicotici atipici, come olanzapina, quetiapina e aripiprazolo.

- *Terapie familiari.* Diversi studi suggeriscono l'utilità di trattamenti rivolti ai familiari con lo scopo di migliorare le conoscenze relative alla malattia e al suo trattamento e di diminuire il carico familiare, l'eccessivo coinvolgimento emotivo e il criticismo.

Le terapie familiari possono aiutare i genitori a capire meglio gli aspetti patologici del comportamento della figlia e possono essere utili ad interrompere il circolo vizioso tra criticismo e malattia.

L'obiettivo delle terapie familiari non è, come molti credono, la ricerca delle 'cause' della malattia o la colpevolizzazione di uno o più membri della famiglia. Al contrario, ha l'obiettivo di arrivare ad avere dei possibili 'co-terapeuti' all'interno della famiglia. È importante che gli obiettivi del trattamento siano condivisi e compresi da tutti i membri della famiglia e che tutti possano sapere quale possibile ruolo possono avere per contribuire al successo del trattamento. Spesso si tratta di compiti apparentemente semplici (come stemperare la tensione al momento dei pasti, o limitare il criticismo quando sparisce il cibo dal frigorifero), ma che

richiedono un buon controllo delle proprie emozioni ed una condivisione del perché sia meglio comportarsi in un determinato modo piuttosto che in un altro.

Esistono diversi tipi di tecniche e approcci alla famiglia:

- *L'approccio psicoeducazionale prevede di fornire informazioni sui disturbi dell'alimentazione e sui loro trattamenti allo scopo di migliorare la collaborazione al trattamento. Può essere fatto con famiglie individuali o in gruppi di famiglie*
 - *L'approccio familiare-sistemico in cui viene vista tutta la famiglia allo scopo di migliorare la comunicazione familiare (è la forma di terapie ritenuta più utile in casi di pazienti con anoressia nervosa ad esordio precoce)*
 - *L'approccio individuale in cui viene vista la coppia o un genitore soltanto (counseling familiare) anche allo scopo di sostegno psicologico.*
 - *L'approccio di gruppo in cui partecipano più coppie di genitori (gruppi psicoeducativi o interventi cognitivo-comportamentali di gruppo finalizzati alla soluzione dei problemi e alla diminuzione dell'emotività espressa) (Quaderni del Ministero della salute, 2013).*
- *Terapia di riabilitazione cognitiva.* La terapia di riabilitazione cognitiva, chiamata anche terapia di 'rimedio cognitivo' è un trattamento che nasce per le persone resistenti ai trattamenti, generalmente ricoverate e affette da un'anoressia grave e cronica. È un intervento che può essere impiegato sia come programma pre-trattamento che come modulo aggiuntivo alle psicoterapie cognitivo-comportamentali. Lo scopo del trattamento è quello di aiutare il paziente ad acquisire una serie di strategie che facilitino l'acquisizione di una maggiore flessibilità di pensiero (e dunque combattere la rigidità che caratterizza il disturbo) e l'adozione di uno stile di pensiero più "globale" (versus la tendenza all'eccessiva attenzione per i dettagli).

I presupposti su cui si basa il programma sono costituiti dall'idea che il cervello, il pensiero e il processamento delle informazioni non siano dati una volta per tutte, ma che siano in grado di cambiare nel corso della vita se sottoposti a specifico "training" o "ginnastica". Si tratta di un programma di derivazione scientifica ove le scoperte basate sulla ricerca sono state portate nella pratica clinica con i pazienti.

È un approccio un po' differente dai classici interventi psicoterapici, che si rivolge soprattutto a 'come' il paziente pensa e non ai contenuti del pensiero (cosa la persona

pensa). Non viene posta alcuna enfasi sui sintomi alimentari manifestati dalla persona (peso corporeo, digiuno, restrizione calorica, iperattività fisica, crisi bulimiche, ...), ma l'attenzione è rivolta ai processi di pensiero attraverso l'impiego di semplici e specifici esercizi cognitivi che nulla hanno a che fare con alimentazione e peso. Questo generalmente riduce le resistenze del paziente migliorando l'aderenza alla terapia (compliance). Si tratta di un intervento che consiste in esercizi mentali finalizzati a migliorare le strategie cognitive, le abilità di pensiero, e il processamento delle informazioni attraverso un programma strutturato e limitato nel tempo.

Il rimedio cognitivo è un intervento che:

Consiste in esercizi mentali finalizzati a migliorare le strategie cognitive, le abilità di pensiero e le modalità di processamento delle informazioni attraverso la pratica;

Promuove una riflessione sugli stili di pensiero;

Incoraggia la metacognizione (il pensare al pensare);

Aiuta ad esplorare nuove strategie di pensiero nella vita di tutti i giorni.

- *Auto aiuto:*

Attraverso la lettura e l'utilizzo di manuali di auto aiuto esistenti in commercio sui disturbi dell'alimentazione il paziente cerca da solo di risolvere il suo problema.

Attraverso l'Auto aiuto di gruppo, un certo numero di persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione si riuniscono in gruppo per combattere il disturbo dell'alimentazione (di solito disturbo da alimentazione incontrollata e, più raramente, bulimia nervosa).

Mentre l'Auto aiuto guidato consiste nella lettura e l'uso dei manuali di auto-aiuto vengono combinate con il supporto di un professionista. Il paziente può essere guidato in questa forma di terapia anche dal medico di base, da un dietista o da un assistente sociale.

- *Ospedalizzazione.* La presenza di complicanze mediche può richiedere un ricovero in regime ospedaliero, che viene di solito effettuato in reparti di medicina (o nutrizione clinica). Questi ricoveri sono in genere relativamente brevi (2-3 settimane) e servono a curare o scongiurare il pericolo di gravi complicanze, ma non sono di solito di per sé sufficienti a ristabilire un peso corporeo adeguato. Possono avvalersi di nutrizione tramite sondino naso-gastrico o (più raramente) per via

parenterale, a seconda delle necessità e dei tempi. La scelta di svolgere un programma terapeutico in regime di ricovero in strutture ospedaliere o in strutture specialistiche a carattere riabilitativo viene operata quando sono presenti i seguenti criteri:

- *Grave o rapida perdita di peso*
- *Complicanze mediche*
- *Frequenza molto elevata di crisi bulimiche, vomito ed uso improprio di farmaci*
- *Multi-impulsività, comportamenti autoaggressivi, elevato rischio suicidario*
- *Elevata comorbilità psichiatrica (asse I e II)*
- *Elevata conflittualità o scarso sostegno familiare*
- *Mancata risposta al trattamento ambulatoriale*
- *Lunga durata di malattia e fallimento precedenti trattamenti (Quaderni del Ministero della salute, 2013), (Disturbi Alimentari nel Veneto).*

3.4 L'importanza della prevenzione

Conclusa la descrizione dei veri trattamenti e delle cure, è ancor più importante fare un passo indietro e focalizzarsi sul prevenire che tali Disturbi si insidino nelle vite dei giovani adolescenti in qualsiasi modo. La prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) è un tema attualmente molto dibattuto, rispetto al quale clinici e ricercatori non condividono in modo unanime le loro opinioni. In particolare, quando parliamo di Prevenzione, ci riferiamo a tutti quegli interventi sanitari e non che cercano di ridurre l'insorgenza, la cronicizzazione e le conseguenze negative di un determinato disturbo. Gli interventi di prevenzione vengono solitamente suddivisi in primari, secondari o terziari in base al momento in cui si agisce, ovvero prima dell'insorgenza della malattia (prevenzione primaria), alle prime avvisaglie dei sintomi (prevenzione secondaria) o quando il disturbo è conclamato (prevenzione terziaria). La prevenzione terziaria coincide con il trattamento stesso del disturbo, ossia con tutti quegli interventi che cercano di alleviare il disturbo e di impedire le possibili complicanze fisiche e psichiche.

Tipi di prevenzione	Scopi	Mezzi
----------------------------	--------------	--------------

Prevenzione primaria	Ridurre o eliminare i fattori di rischio che contribuiscono a sviluppare il DCA	Educazione Sensibilizzazione Informazione
Prevenzione secondaria	Ridurre la morbilità e il cronicizzarsi del DCA	Identificazione precoce dei soggetti a rischio
Prevenzione terziaria	Trattare i soggetti con DCA ormai conclamato e prevenire le complicanze	Trattamento e riduzione dei sintomi

In particolare, in questa tabella vengono riassunti gli scopi e le modalità di intervento nei diversi tipi di prevenzione (*La cura dei DCA in Veneto - Disturbi del Comportamento Alimentare*).

Non dimentichiamoci, però, che i DCA sono patologie ad eziologia multideterminata in cui numerosi fattori predispongono o mantengono il disturbo. Per poter affermare che l'azione preventiva primaria sia possibile, sarebbe necessaria una conoscenza efficace dei fattori di rischio, di vulnerabilità e quelli più incisivi che determinano la malattia. Oltre all'identificazione, sarebbe importante dimostrare che tali fattori possano essere modificati e che il loro cambiamento comporti effettivamente una riduzione dell'incidenza del disturbo. Se tra le classi di fattori di vulnerabilità includiamo, secondo i modelli eziopatogenetici più accreditati, fattori di tipo psicologico, culturale, familiare, biologico e di sviluppo, risulta evidente come su alcuni dei fattori di rischio ad oggi conosciuti non sia possibile intervenire, come ad esempio sui fattori genetici, familiari o di personalità.

L'area ad impatto preventivo maggiormente rappresentata è stata quindi finora, inevitabilmente quella relativa a fattori psicosociali. Si va dunque a intervenire e modificare le reazioni dei soggetti alle pressanti richieste di tonicità e magrezza.

Poiché dunque la pressione sociale alla magrezza rappresenta una forte spinta ai comportamenti di dieta i quali, a loro volta, rappresentano un possibile fattore scatenante per un DCA, lo scopo degli interventi preventivi è stato quello di diminuire nei soggetti partecipanti l'uso di diete restrittive, contrastando quindi il valore sociale attribuito all'essere magri (*P. Santonastaso, T. Zanetti, 2013*).

Sarebbero vari gli aspetti su cui sarebbe bene lavorare.

Uno dei temi centrali da affrontare va a soffermarsi sicuramente sull'aumentare o migliorare l'autostima e l'accettazione di sé. L'approccio è innovativo per contenuti e metodologia e ha l'obiettivo di "migliorare l'immagine corporea lavorando sull'autostima", con risultati che sembrano molto promettenti. Questo nuovo approccio si basa sull'assunto che attraverso un miglioramento dell'autostima (individuato da più studi come "fattore protettivo" per l'insorgenza dei DCA) è possibile agire positivamente sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari delle/degli adolescenti, realizzando interventi all'interno dell'ambiente scolastico. I progetti di prevenzione dei DCA basati sull'autostima sono interventi di promozione della salute, che mirano a identificare e potenziare aspetti positivi del sé, allo scopo di produrre cambiamenti a livello di autopercezione e valori, quali, ad esempio, norme culturali che regolano l'immagine corporea, per giungere alla modifica di comportamenti alimentari. Riferimento teorico di quest'approccio è la teoria del cognitivismo sociale che afferma che per modificare i comportamenti è necessario intervenire sui fattori predisponenti quali le influenze ambientali (i media), i fattori personali (valori e atteggiamenti), e l'autopercezione (l'immagine corporea)

(Dors, Centro di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte).

I principali aspetti relativi al ruolo cruciale dell'autostima e di una positiva immagine corporea, necessari per difendersi da derisione e stigmatizzazione a causa del peso, possono essere:

- *una serie di attività per sperimentare e sviluppare abilità/competenze personali e sociali fondamentali quali ad esempio l'esercizio della leadership;*
- *il coping (strategie per resistere alle pressioni sociali e dei media che spingono all'adozione di comportamenti alimentari restrittivi e distorcono l'immagine corporea).*

Si inserisce utilmente nei programmi basati sull'autostima l'utilizzo del concetto di autoefficacia di Bandura, utilizzato all'interno di alcuni progetti soprattutto nell'ottica dello sviluppo dell'autonomia da parte dell'adolescente nei confronti della gestione del rapporto coi media e dell'aumento dell'advocacy (intesa come capacità di operare cambiamenti in relazione a norme e pressioni sociali). La metodologia utilizzata è di tipo esperienziale, interattivo e cooperativo. Laddove i cambiamenti permangono, pare possa essere considerato un fattore di "rinforzo" il coinvolgimento di figure chiave all'interno di setting di comunità, quali genitori, insegnanti, figure professionali (nutrizionisti, dietisti e medici di base), gruppi di pari (gruppi sportivi, ecc.).

Un altro tema centrale potrebbe basarsi sulla dissonanza cognitiva. Un intervento basato sulla dissonanza cognitiva è basato sull'accettazione del proprio corpo: promuovere l'accettazione del corpo mediante una riduzione dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza comporta una riduzione dell'insoddisfazione corporea, degli stati d'animo negativi e di errati comportamenti di controllo del peso. In particolare, risulta efficace impostare interventi basati sulla dissonanza cognitiva per i gruppi "a rischio": cioè, prevenzione selettiva rivolta agli adolescenti e prevenzione indicata rivolta ad adolescenti con bassa autostima (*Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D. 2003*), elevati livelli di ansia, eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Un esempio di un intervento di prevenzione selettiva può essere quello rivolto a studentesse con preoccupazione dell'immagine corporea che siano interessate ad un intervento sull'accettazione del corpo, svolto in un setting di gruppo, con un programma di intervento progettato per essere realizzato, per esempio, in quattro sessioni condotte per quattro settimane consecutive presso la scuola (Progetto Corpo secondo Stice). Tale intervento è già strutturato ed elaborato in alcune realtà italiane (*Ann Intern Med, 2005*) ed offre l'opportunità di implementare e di valutare gli effetti di questo interventi di prevenzione selettiva anche nella popolazione italiana. Generalizzando, la dissonanza cognitiva può essere ridotta in tre modi:

- a. producendo un cambiamento nell'ambiente;*
- b. modificando il proprio comportamento;*
- c. modificando il proprio mondo cognitivo (ovvero il sistema delle proprie rappresentazioni cognitive e delle loro relazioni funzionali interne).*

Lo studio dei mediatori dell'intervento, cioè i meccanismi attraverso cui l'intervento raggiunge i suoi effetti (*Jacobs, MP., Fiese, BH, 2007*), ha evidenziato che:

- L'intervento di dissonanza riduce sia alcuni esiti (es. insoddisfazione corporea, restrizione dietetica, stati d'animo negativi e sintomi dei disturbi dell'alimentazione) sia il mediatore (es. interiorizzazione dell'ideale di magrezza).
- I cambiamenti del mediatore si correlano con quelli degli esiti.
- I cambiamenti del mediatore si verificano prima di quelli degli esiti.
- Gli effetti dell'intervento diventano significativamente più deboli quando sono controllati per il cambiamento del mediatore (*Stice E, Shaw H, Burton E, et al, 2006*).

All' Università di Padova è stato condotto uno studio in tre scuole in cui è emerso che fornire informazioni corrette rafforzando abilità e competenze personali non solo incoraggia l'uso

di comportamenti a rischio per la regolazione del peso, ma sembra avere un impatto positivo nel ridurre l'insoddisfazione corporea e il perfezionismo clinico (*Santonastaso et al., 1999*). Il programma d'intervento comprendeva sessioni di gruppo in cui venivano svolte le "lezioni" tenute da esperti psichiatri e psicologi seguite da una discussione aperta in gruppo. Per un migliore impatto si è sentita l'esigenza di partire dalle conoscenze stesse dei ragazzi e di dare un'ampia risonanza nelle discussioni in gruppo alle loro idee ed opinioni, valorizzandone il contributo. Si è ritenuto importante allontanarsi da un approccio esortativo drammatizzante, ciò che i colleghi anglofoni definiscono "fear inducing approach" il cui scopo sarebbe quello di presentare contenuti (e spesso immagini) atti a spaventare. È stato infatti dimostrato che i messaggi fondati sull'induzione di sentimenti di paura e pericolosità anziché rendere incisiva l'informazione finiscono per attivare una sorta di rigetto dei contenuti proposti. Nell'intervento è stato dato ampio spazio al concetto di salute, stimolando nei ragazzi atteggiamenti e comportamenti protettivi. Per esempio, una specifica sessione veniva improntata ad aumentare la capacità critica nei confronti dei modelli ideali proposti dai media lavorando direttamente sul materiale preso da riviste e spot pubblicitari, con vivace attivazione da parte degli studenti.

CONCLUSIONE

Con questo elaborato, ho voluto presentare il tema dei Disturbi della Nutrizione ed Alimentazione in adolescenza, ad oggi raffigurati come una vera e propria "*epidemia sociale*".

Partendo dal fatto che essi sono inseriti nel DSM-5, ho voluto fornire una dettagliata descrizione dei disturbi, così come presentati nel manuale, ed in particolare, di quelli più comuni come l'Anoressia o la Bulimia Nervosa. Ad oggi questi disturbi rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che c'è stato anche un abbassamento dell'età d'insorgenza, con diagnosi addirittura in età pre-adolescenziale e nell'infanzia. Inoltre, il tasso di mortalità è del ben 10% e rappresenta il tasso più alto rispetto a tutti i disturbi

psichici. Soprattutto a partire dalla seconda metà del Novecento, i paesi occidentali elevano questa cultura del perfezionismo che si diffonde in particolare tra i giovani a vista d'occhio. La cultura americana ed occidentale invia un segnale potente alle donne, e cioè che solo l'essere bella e sottile conferisce loro un valore e la possibilità di essere amate, catalizzando l'attenzione su un'ideale del corpo femminile dove la magrezza è segno di successo, salute e responsabilità nella vita. E dunque, il cibo si trasforma in loro nemico e i DCA si diffondono a dismisura.

Tra l'altro, questi disturbi vanno a toccare un periodo di vita, l'adolescenza, in cui la persona si ritrova alla ricerca di una nuova identità e per questo, viene resa ancor più fragile. Il tutto viene poi amplificato dall'insorgenza dei cosiddetti "nuovi genitori". Numerosi studi sull'organizzazione relazionale del sistema familiare delle pazienti anoressiche e bulimiche hanno riscontrato caratteristiche frequenti come l'evitamento del conflitto e il delegare ad altri la responsabilità genitoriale. Dando spazio, in questo modo, al sorgere di crisi, problematiche, disagi tra i genitori stessi e i bambini che sentono di non poter sfogare le loro rabbie, perdendo così la possibilità di comunicare.

D'altro canto, la famiglia diviene succube non solo dei continui cambiamenti della società, ma viene anche travolta dal Disturbo Alimentare del proprio/a figlio/a. Infatti, quest'ultimo, richiede cure e attenzioni importanti, sconvolgendo gli equilibri e i rapporti con i familiari arrivando a veri e propri conflitti.

Viviamo in un'epoca in cui tutti gli individui, ed in particolare gli adolescenti, hanno un'importante familiarità con i mezzi multimediali. Ho ben sottolineato l'importanza di questi, che propongono quotidianamente un'immagine corporea irrealistica, che finisce per influenzare l'idea di corporeità dei più giovani e che spinge verso l'abisso dei Disturbi Alimentari. I ragazzi, così, già demoralizzati, fragili e con bassa autostima, vengono esposti a modelli estetici perfezionistici, dai quali imparano che il loro corpo deve aderire ad un criterio estetico ed il loro valore dipende da una valutazione esterna.

Ad aggravare la situazione si aggiunge anche l'emergenza COVID-19, che negli ultimi 19 mesi ha portato ad un incremento del 40% di nuovi casi. Proprio in questo periodo i ragazzi sono portati a respingere il chiedere aiuto e trascinano con loro lacerazioni di dolori profondi come ansie, insicurezze, paure, senso di fallimento.

Concludendo, ho parlato dei trattamenti e le cure per poter combattere e sconfiggere i disagi che questi Disturbi portano con sé, ma ancor più importante diviene il ruolo della prevenzione. L'istruzione, lo scambio di informazioni tra genitori, insegnanti, lavoratori nel

sociale o i giovani stessi sono fondamentali affinché il ragazzo sappia e conosca i rischi e i danni che i Disturbi Alimentari lasciano, a livello fisico, relazionale e psicologico.

Per concludere, ritengo necessario un accenno anche a ciò che sta accadendo in questo momento in ambito politico e nazionale. In tema di elezioni, un post diffuso sui Social Network da una politica italiana ha fatto molto discutere. Uno slogan, poi cancellato e rivisto, in cui bulimia, anoressia, autolesionismo e obesità venivano definite “devianze”, ovvero dei “*comportamenti che si allontanano da una norma o da un sistema di regole*” (*Enciclopedia Treccani, 2021*), da “contrastare con sport e cultura”.

Ritengo che definirli “devianze” non solo sia inopportuno e sbagliato, ma va anche a stigmatizzare e discriminare chi ne soffre, facendo tra l’altro maturare l’idea che siano causati da scelte individuali. Una visione che va a toccare non solo la salute di molte persone impegnate a gestire assiduamente i loro disturbi, ma anche la memoria di chi purtroppo non ce l’ha fatta ed è stato sopraffatto dalla propria malattia. Un pensiero che impedisce di progredire, ma fa tornare indietro di secoli, a quando ogni comportamento non in linea con la “norma” portava all’isolamento e all’esilio, a quando la persona “non normale” doveva essere nascosta.

Dobbiamo trattare i Disturbi di questo tipo con estrema serietà, poiché essi sono in grado di compromettere gravemente la salute sia fisica che psichica dell’individuo. È fondamentale far sì che si lavori duramente sulla prevenzione e sui giusti trattamenti, dando loro l’importanza che meritano di avere.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- A cura di F. Parlato, (2021). Aumentano i disturbi alimentari tra i giovani: l’altra faccia della pandemia di cui si parla poco. Fanpage.
- Adnkronos Salute, (2012). Covid: in pandemia +30% disturbi alimentari e più casi tra giovanissimi. Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica per giornata del “Fiocchetto Lilla”.
- Ameri D., (2022). "Cerchiamo attrici anoressiche". Gli esperti: "La magrezza estrema proposta sui social non deve essere un modello". Articolo, de “La Repubblica”.

- American Psychiatric Association (2014). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM V, (Trad. It). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5. Raffaello Cortina Editore: Milano. (pp. 245-262)
- Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP, 2015). "I disturbi dell'alimentazione, cosa sono e come affrontarli."
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, Psychol Rev, pp. 84, 191-215.
- Buonomo A, (2021). La famiglia divorata. Vivere accanto al disturbo alimentare, Ugo Mursia Editore.
- Calogero, (2009). Objectification Processes and Disordered Eating in British Women and Men.
- Cannata G., Situlin R., (2013). Vorrei non mangiare, come fare quando il cibo diventa un nemico. Dipartimento Salute Mentale Trieste.
- Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (2013). - Azienda Ospedaliera, Azienda ULSS 16 di Padova - Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova.
- Colamonico D. (2022). Disturbi Alimentari e Influenza dei Social Media.
- Dalla Ragione L., Bianchini P., (2010) Ricerca Identitaria dei Disordini Alimentari, Consiglio Regionale della Toscana (pp. 133-136)
- Dalle Grave R., Calugi S., AIDAP, Luglio 2015 (pp. 5-15).
- Danti S., (2020). Istituto Specchi D'acqua, I Disturbi Alimentari nell'Infanzia Un Aiuto alla Famiglia tra Risorse ed Emergenza.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, (2003). D., & Story, M. Associations of weight based teasing and emotional well-being among adolescents. Arch Pediat Adol Med. Pp. 157, 733-738.
- Gordon, A. R., (1990). Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale, Raffaello Cortina, Milano.
- Jacobs, MP, (2007). Fiese, BH. Family mealtime interactions and overweight children with asthma: Potential for compounded risks? J Pediatr Psychol. pp 64-68.
- Ladogana, S. (2006). Lo specchio delle brame. Mass media, immagine corporea e disturbi alimentari. Italia: Franco Angeli.
- Larousse, Peruzzo (1994). La grande enciclopedia. Milano: Alberto Peruzzo Editore.

- Marcelli D., Braconier A. (1999). *Adolescenza e Psicopatologia*. Masson.
- Nardone, G. (2013). *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*. Milano: BUR Psicologia.
- Onnis, L. (2016). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Italia: Franco Angeli.
- Rothemund Y., Buchwald C., Georgiewa P., Bohner G., Bauknecht H.C., Ballmaier M., Klapp B.F., Klingebiel R. (2011) Compulsivity predicts fronto striatal activation in severely anorectic individuals. *Neuroscience*. pp. 242–250.
- Santonastaso P., Zanetti P. (2013). *Prevenzione primaria sei disturbi del comportamento alimentare. Mito o realtà?* Pp. 41, 42, 43.
- Sassaroli S., Ruggiero G.M., Fiore F., (2016). *I disturbi alimentari: una patologia del controllo*.
- Stice E, Shaw H, Burton E, et al. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. pp263–275.
- Tramontano M. e Aggio V., (2018). *Feeding Disorders o Eating Disorders? I disturbi alimentari durante l'infanzia*. State of Mind.
- Tsai AG, Wadden TA.(2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med*;pp 56-66.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H.W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, pp 426-437;
- <https://www.msdsalute.it/approfondimenti/notizie/covid-in-pandemia-30-disturbi-alimentari-e-piu-casi-tra-giovanissimi/>
- <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/come-si-curano-i-dca/>
- DORS Regione Piemonte. *Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare. Criteri per individuare interventi efficaci*. <http://www.dors.it/>
- <https://medicoepaziente.it/2021/disturbi-alimentari-tra-i-giovani-in-aumento-durante-la-pandemia/> (M. Vincenzi, 2021).

