



SOCIAL NEWS

Culture a confronto - Mensile di promozione sociale

DISORDINI ALIMENTARI



anoressia **bulimia**

Anno 4 - Numero 2
Febbraio 2007

In questo numero:

Ma questa bellezza
è da buttare
di *Giovanna Melandri*

La chiave del successo
nello sport
di *Manuela Di Centa*

In passerella il bello
d'esser femmina
di *Stefano Dominella*

Il grande equivoco
di *Mariolina Sattanino*

Basta con i modelli negativi
di *Ezio Beltrame*

Specchio, specchio
delle mie brame...
di *Alessandra Guerra*

Un rischio di genere
di *Tiziana Aureli*
ed *Elisabetta Bascelli*

Quando il suicidio è cronico
di *Secondo Fassino*

La famiglia?
Un luogo di conflitti
di *Laura Bellodi*

L'ostinata ricerca
della magrezza
di *Matteo Balestrieri*

Le necessità del corpo
di *Marco Pezzani*



Copertina e vignette di Paolo Maria Buonsante

Social News

www.socialnews.it - redazione@socialnews.it

"Alcuni di noi sono davvero strani: si appassionano per ciò che l'umanità abbandona quando ti impongono la moda più consumistica; piangono per la perdita di un libro anche se la televisione parla solo di calciomercato; accolgono nelle loro case i diseredati e si oppongono al commercio della droga; combattono per i bambini senza infanzia e abbandonati ma rifiutano la guerra e le armi di distruzione. Alcuni di noi sono davvero strani: lottano a fianco dei lavoratori sfruttati; combattono per il riconoscimento dei senza terra, dei senza voce; difendono le donne oppresse, mutilate, violate; mettono in discussione tutto per raccogliere un fiore e rischiano la propria vita per donare un sorriso. È proprio vero, siamo davvero strani: abbiamo scelto di urlare al mondo l'importanza del valore della vita".

Il direttore

- 3** **La morte non ti fa bella**
di Massimiliano Fanni Canelles
- 4** **Se il cibo diventa ossessione**
di Emanuel Mian
- 5** **Un rischio di genere**
di Tiziana Aureli ed Elisabetta Bascelli
- 7** **Ma questa bellezza è da buttare**
di Giovanna Melandri
- 8** **In passerella il bello d'esser femmina**
di Stefano Dominella
- 9** **Contro le insidie del fashion system**
di Carla De Albertis
- 10** **Il grande equivoco**
di Mariolina Sattanino
- 11** **Tornano le curve in passerella**
di Valeria Pomponi
- 11** **Nel nostro mondo vince chi è bello**
di Sonia Viale
- 12** **La chiave del successo nello sport**
di Manuela Di Centa
- 13** **Per le donne, ma non solo**
di Lucia Borgia
- 14** **Basta con i modelli negativi**
di Ezio Beltrame
- 15** **Diritto alla vita è diritto alla salute**
di Mauro Anetrini
- 16** **Specchio, specchio delle mie brame.....**
di Alessandra Guerra
- 17** **Disturbo dell'immagine corporea**
di Emanuel Mian

- 18** **La famiglia? Un luogo di conflitti**
di Laura Bellodi
- 19** **E io faccio la fame**
di Mauro Destino
- 20** **L'ostinata ricerca della magrezza**
di Matteo Balestrieri
- 21** **Quando il cibo alimenta il sé**
di Tiziana Aureli ed Elisabetta Bascelli
- 23** **Un problema subdolo e misconosciuto**
di Roberta Situlin
- 24** **Le necessità del corpo**
di Marco Pezzani
- 25** **Il delirio del corpo**
di Quirino Zangrilli
- 27** **I perché del disordine alimentare**
di Manuela Ponti
- 28** **Quando il suicidio è cronico**
di Secondo Fassino
- 29** **E se puntassimo alla prevenzione?**
di Emilia Manzato
- 30** **Una società del paradosso**
di Enrico Marchetto
- 31** **Io ho odiato il cibo**
di Chiara Rizzello

Le immagini a alle pagine: 5, 6, 10, 16 21 sono tratte da: "Specchi, viaggio all'interno dell'immagine corporea" di E. Mian - edizioni Phasar, 2006



Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodici Italiana

SOCIAL NEWS

Anno 4 - numero 2 - Febbraio 2007

Direttore responsabile:
Massimiliano Fanni Canelles
Dirigente medico azienda sanitaria n°4

Direttore editoriale:
Luciana Versi

Redazione:
Claudio Cettolo
Capo redattore, grafica
Paolo Buonsante
Giornalista pubblicitista, satira
Ivana Milic
Redattore Social News on-line
Serenella Pesarin
Direttrice Generale DGM Ministero Giustizia
Paola Viero
Esperta UTC Ministero Affari Esteri
Cristina Castelli
Professore ordinario università Cattolica
Daniela Carretti
Ufficio legale
Paola Pauletig
Segreteria di redazione, Social News on-line
Marina Cenni
Correzione ortografica

Sedi di Redazione:
Trieste, Udine, Milano, Novara,
Roma, Napoli, Palermo

Collaboratori di Redazione:
Mauro Anetrini
Marina Galdo
Micaela Marangone
Valeria Pomponi
Martina Seleni
Cristina Sirch
Alessandra Skerk
Claudio Tommasini
Antonello Vanni
Elena Volponi

Con il contributo di:
Mauro Anetrini
Tiziana Aureli
Matteo Balestrieri
Laura Bellodi
Ezio Beltrame
Lucia Borgia
Carla De Albertis
Mauro Destino
Manuela Di Centa
Stefano Dominella
Alessandra Guerra
Secondo Fassino
Emilia Manzato
Enrico Marchetto
Giovanna Melandri
Emanuel Mian
Marco Pezzani
Valeria Pomponi
Manuela Ponti
Chiara Rizzello
Mariolina Sattanino
Roberta Situlin
Sonia Viale
Quirino Zangrilli

Manifesto Nazionale di autoregolamentazione della moda italiana contro l'anoressia

Promosso da: Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
Camera Nazionale della Moda Italiana - Alta Roma

Premesso che: I disturbi alimentari come l'anoressia e la bulimia colpiscono, nel nostro Paese, circa tre milioni di persone. Si tratta di individui che soffrono di un grave disturbo della psiche, di un male subdolo che ha cause oscure da rintracciarsi negli snodi difficili della vita di ciascuno. Il problema è complesso e, per essere affrontato, richiede il contributo di specialisti come nutrizionisti, psichiatri, psicoterapeuti. Molte delle donne colpite dai disturbi dell'alimentazione sono giovani che hanno iniziato una dieta anche per raggiungere l'ideale fornito dalle modelle delle sfilate e delle copertine dei giornali. Per inseguire un modello estetico di bellezza percepito come l'unico possibile. Siamo consapevoli, quindi, del fatto che i giovani possono essere condizionati da esempi e stili di vita in cui una magrezza esagerata possa diventare un modello da emulare. Riteniamo che questa componente culturale, estetica e mediatica sia, come affermano i medici specialisti, soltanto una con-causa ambientale di un disagio clinico psichiatrico che affonda le sue radici nella storia individuale delle persone che soffrono di disturbi alimentari. Si tratta però di una con-causa che non vogliamo sottovalutare. Premesso che dalle ricerche scientifiche e dei dati statistici in materia di anoressia risulta che:

- di anoressia e bulimia si può morire (fonte ABA)
- l'anoressia è la prima causa di morte da malattia psichiatrica (fonte ABA)
- circa il 3% della popolazione presenta una problematica di anoressia-bulimia conclamata (fonte ABA)
- il 95% sono donne (fonte ABA)
- i modelli estetici della moda che esaltano le "icone della magrezza" concorrono, se pur indirettamente e secondariamente, in quanto fattori socio-culturali, all'instaurarsi dei disordini alimentari (ABA, AED, AIDAP)
- l'influenza negativa dei modelli estetici "anoressici" interessa anche la pre-adolescenza: il 60,4% delle ragazze italiane tra i 12 e i 14 anni coltiva il desiderio della magrezza, il 24% si è già sottoposto a dieta, il 34% ha inventato la sua dieta senza consultare un medico (fonte Società Italiana di Pediatria).
- secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità esistono una serie di indicatori per stabilire lo stato di salute di un individuo, tra cui l'Indice di Massa Corporea (IMC); sempre secondo l'OMS, un IMC inferiore al valore di 18,5 è un segnale di allarme che indica chiaramente uno stato di "sottopeso" e che va incrociato con una serie di strumenti attraverso cui stabilire lo stato di salute di un individuo [vedi allegato]
- Tutto ciò premesso Sulla base di queste evidenze scientifiche, pienamente consapevoli del ruolo di responsabilità che abbiamo, il Governo Italiano, ed in particolar modo del Ministro per le Politiche giovanili, Camera Nazionale della Moda Italiana, Alta Roma intendono trasmettere creativamente e costruttivamente modelli estetici positivi come strumento concreto di prevenzione ai disturbi alimentari. Per questo:
- 1) Noi ci impegniamo a rivalutare un modello di bellezza sano, solare, generoso, mediterraneo, che l'Italia ha contribuito storicamente a diffondere a livello internazionale, perché crediamo che possa essere ancora oggi una proposta estetica positiva per le donne del nostro Paese e di tutto il mondo.
- 2) Noi ci impegniamo a tutelare la salute delle modelle che posano e che sfilano sulle nostre passerelle alle quali chiederemo un certificato medico basato su una valutazione che evidenzia e tenga conto dei criteri scientifici e diagnostici in materia di disordini alimentari (tra cui l'IMC). Di conseguenza ci impegniamo a non far sfilare o posare modelle dal cui certificato medico risultasse l'evidenza di un disturbo alimentare conclamato.
- 3) Noi ci impegniamo a non far sfilare modelle di età inferiore ai 16 anni, perché crediamo che siano giovani non ancora pronte al mondo del professionismo della moda, che rischiano di trasmettere messaggi sbagliati alle loro coetanee della delicata fascia pre-adolescenziale.
- 4) Noi ci impegniamo a promuovere presso i nostri Associati e le Aziende che sfilano l'inserimento generalizzato nelle collezioni delle taglie 46 e 48, perché crediamo che il tentativo di elaborare un modello estetico più florido non solo sia importante da un punto di vista culturale e morale, ma sia anche produttivo da un punto di vista commerciale.
- 5) Noi ci impegniamo ad affiancare le istituzioni e le associazioni mediche specializzate nel promuovere campagne di comunicazione che modifichino positivamente i modelli estetici ispiratori della formazione dell'identità e dei comportamenti sociali.
- 6) Noi ci impegniamo a prevedere nei nostri regolamenti interni misure idonee a garantire il rispetto dei principi espressi in questo manifesto.

Roma, 22 Dicembre 2006

CLASSIFICAZIONE DELL'INDICE DI MASSA CORPorea STABILITO DALL'OMS

L'Indice di Massa Corporea (IMC) è l'indice semplice del peso per l'altezza, che viene comunemente utilizzato per classificare il sottopeso, il sovrappeso e l'obesità negli adulti. Viene definito dal rapporto tra il peso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza in metri. Per esempio, un adulto che pesa 70 Kg e che è alto 1,75 m ha un indice di massa corporea di 22,9 (IMC = 70 (Kg) / 1.752 (m2) = 22.9) m- I valori espressi dall'Indice di Massa Corporea sono indipendenti dall'età e sono gli stessi per entrambi i sessi. La Commissione di Esperti, ha raccomandato che il corente indice di massa corporea, stabilito dalla OMS (tabella 1), possa essere assunto come classificazione internazionale. I punti limite (tabella 1) devono essere considerati come punti di riferimento per l'azione di politiche pubbliche per la salute. È, pertanto, raccomandato che i paesi usino questa categorizzazione nel momento in cui si trovino a stilare report, nella prospettiva di facilitare le comparazioni internazionali.

Tabella 1: La classifica internazionale degli adulti sottopeso, sovrappeso e obesi stabilita in base all'indice di massa corporea.

| Classificazione | Indice di Massa Corporea (kg/m ²) | |
|-------------------|---|--------------------------|
| | Punti limite principali | Punti limite addizionali |
| Sottopeso | < 18.50 | < 18.50 |
| Magrezza grave | < 16.00 | < 16.00 |
| Magrezza moderata | 16.00 - 16.99 | 16.00 - 16.99 |
| Magrezza lieve | 17.00 - 18.49 | 17.00 - 18.49 |
| Normo-peso | 18.50 - 24.99 | 18.50 - 24.99 |
| Sovrappeso | 25.00 | 25.00 |
| Pre-obesità | 25.00 - 29.99 | 25.00 - 29.99 |
| Obesità | 30 | 30 |
| Obesità classe 1 | 30.00 - 34.99 | 30.00 - 34.99 |
| Obesità classe 2 | 35.00 - 39.99 | 35.00 - 39.99 |
| Obesità classe 3 | 40 | 40 |

Fonte: OMS, 1995, OMS, 2000 e OMS 2004

La morte non ti fa bella

Massimiliano Fanni Canelles

L'adolescenza è un periodo della vita caratterizzato da grandi mutamenti sia nel fisico che nella psiche; costanti sono le preoccupazioni e gli ideali. Inizia il periodo dell'emancipazione ma anche dei conflitti con se stessi e con gli altri. Il baricentro del sostegno e della sicurezza si sposta fuori dalla famiglia per aggrapparsi ad un nuovo riferimento che può essere un gruppo, un sistema, un'immagine. E proprio l'insicurezza provocata dall'immagine del proprio corpo in mutazione spinge i ragazzi alla ricerca dell'irraggiungibile perfezione imposta dai mezzi d'informazione. Il cibo perde la funzione di nutrimento e diventa oggetto di rifiuto o di espressione, di conflitti e tensioni. I disturbi della condotta alimentare assumono un rilievo clinico e sociale ed appetito, volontà, disponibilità di cibo, abitudini familiari, culturali e generazionali diventano oggetto di analisi nel tentativo di affrontare quello che spesso diventa un disturbo psicologico ed alcune volte malattia psichiatrica. In questi casi la distorsione dell'immagine corporea è una costante e numerose teorie tentano di darne spiegazione. Si ipotizza una predisposizione genetica con alterazioni nella corteccia cerebrale e nelle molecole di trasmissione dei segnali. Un abuso sessuale subito nell'infanzia per alcuni sembra essere quasi una costante. Poi si discute sul superamento o meno dei complessi arcaici o delle dinamiche madrefiglia o fra genitori. Altri paragonano il problema ai disturbi da dipendenza, come alcolismo e droga. Molto certo è correlato ad una tipologia caratteriale caratterizzata da un mix di perfezione, altruismo ed egocentrismo ma difficilmente si riesce a spiegare la drammatica evoluzione verso il rifiuto completo del proprio corpo fino alla negazione ed alla perdita della vita. Forse però le caratteristiche della nostra attuale società rappresentate dal consumismo, dalla ricerca esclusiva del piacere, dalla perdita delle regole e degli ideali hanno complicato le relazioni personali. Il rifiuto o l'impossibilità di aderire a questo modello sociale necessita di accorgimenti e soluzioni ed una modifica della propria immagine corporea può permettere un'affermazione individuale senza cadere sotto il controllo dell'altro.. sotto la prevaricazione di un uomo. Scriveva già Santa Caterina nel suo Dialogo della Provvidenza: "Cancellare ogni sensazione umana di dolore, fatica, desideri sessuali e fame significa essere padrona di se stessa". Perdere la propria forma quindi permette di non essere oggetto di un desiderio o non essere comunque oggetto, permette di non aderire agli attuali schemi e permette maggior libertà d'azione. E forse per evitare che altre ragazze come la modella Ana Carolina Reston annientino il proprio corpo è necessario fare in modo che gli adolescenti possano trovare la sicurezza necessaria a mantenere e sviluppare la stima di se stessi.

Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449
Proprietario: Associazione di volontariato @uxilia onlus www.uxilia.fvg.it - info@uxilia.fvg.it
Stampa: Grafiche Manzanese - Manzano (Ud).

Tutti i nostri collaboratori lavorano per la realizzazione della presente testata a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Se il cibo diventa ossessione

Da non sottovalutare nemmeno la sindrome da alimentazione incontrollata, o binge eating disorder, patologia in cui la presenza di alcuni sintomi e l'assenza di altri, comuni in anoressia e bulimia nervosa, rendono la sua diagnosi di difficile comprensione. In questi casi, il soggetto inizia a mangiare con l'intenzione di non esagerare, ma soltanto pochi bocconi dopo si convince di aver pregiudicato la sua giornata dal punto di vista alimentare. In conseguenza a ciò, la perdita di controllo sulla quantità e qualità del cibo diventa pressoché totale

Negli ultimi decenni, i disturbi della condotta alimentare quali Anoressia e Bulimia Nervosa, hanno assunto un rilievo clinico e sociale di dimensioni preoccupanti, in particolar modo fra gli adolescenti d'età compresa tra gli 11 e i 18 anni. In entrambe le patologie sono riscontrabili comportamenti comuni come le abbuffate alternate al digiuno, il vomito auto-indotto, l'abuso di lassativi e diuretici, l'attività fisica portata agli eccessi e non da ultimo, l'utilizzo di un abbigliamento atto a nascondere le forme. L'ossessione data dal cibo e la paura di quanto si relaziona con esso, rappresentano una costante durante tutto il decorso della malattia. Lo stato emotivo va di pari passo con l'andamento del calo ponderale: gioie e dolori non sono misurate attraverso gli eventi quotidiani, ma si basano esclusivamente sul responso della bilancia, che nella quasi totalità dei casi, porta il soggetto a cadere in uno stato depressivo. La depressione è quindi un fattore interdependente, non una problematica isolata, come si può essere portati a pensare. Differente invece quanto avviene dal punto di vista fisiologico: l'oscillazione di peso pur essendo sempre evidente, nel caso dell'Anoressia Nervosa propende per un marcato sottopeso, in quello della Bulimia prevede al massimo un leggero aumento in termini di kg. Per quanto riguarda l'anoressia, sono in continuo aumento i casi di soggetti il cui fisico, dopo un lungo periodo di malattia, rimane irrimediabilmente segnato. Le complicanze mediche, nelle situazioni più disperate, possono far sopraggiungere la morte: il sottopeso in alcuni casi determina una riduzione del muscolo cardiaco, con successivo arresto dello stesso. L'ipoglicemia non regolare, dovuta agli squilibri elettrolitici causati dal vomito e dall'uso improprio di lassativi, può pregiudicare l'equilibrio renale a tal punto da costringere a dialisi. Vi è la possibilità che si presentino lacerazioni a esofago e intestino e la meno grave, ma non poco influente, erosione dentale. Nelle adolescenti, l'assenza di ciclo mestruale è una costante che, se protratta troppo a lungo, può essere la causa di una sterilità permanente e di osteoporosi. Anche per quanto riguarda la Bulimia Nervosa, le complicanze mediche non sono di poco conto: alle abbuffate, che avvengono almeno due volte la settimana, per un periodo non inferiore ai tre mesi, seguono condotte compensatorie, che oltre ad essere preambolo di uno stato depressivo, sono deleterie dal punto di vista fisico; le ghiandole appaiono ingrossate e i capillari sotto agli occhi visibilmente danneggiati a causa degli sforzi provocati dal vomito. Denti e gola sono spesso doloranti e il senso d'affaticamento è persistente. I soggetti obesi facenti parte della categoria diagnostica della Bulimia

Nervosa sono un numero esiguo; frequenti invece, sono i casi in cui si denunciano crisi di alimentazione incontrollabile, non seguite da alcun tentativo di compenso. Si è sempre più orientati a credere che sia non solo utile, ma indispensabile, assegnare una categoria diagnostica specifica al sottogruppo d'individui affetti da obesità. Da non sottovalutare nemmeno la Sindrome da Alimentazione Incontrollata, altrimenti detta Binge Eating Disorder: si tratta di una patologia in cui la presenza di alcuni sintomi e l'assenza di altri, comuni in Anoressia e Bulimia Nervosa, rende la sua diagnosi di difficile comprensione. In questi casi, il soggetto inizia a mangiare con l'intenzione di non esagerare, ma soltanto pochi bocconi dopo si convince di aver pregiudicato la sua giornata dal punto di vista alimentare. In conseguenza a ciò, la perdita di controllo sulla quantità e qualità del cibo diventa pressoché totale. Il binge eater, nell'atto di abbuffarsi riesce a valutare solo il beneficio momentaneo dato dal cibo, che viene usato come valvola di sfogo per allontanare sentimenti di rabbia o frustrazione, ma non è in grado di valutare le conseguenze a lungo termine del suo comportamento. Anche qui, nella quasi totalità dei casi, si arriva ad un'evitabile aumento di peso che va di pari passo con una forte depressione. Bisogna precisare che assistiamo sempre meno ai cosiddetti casi di patologie "pure" e sempre più a casi "misti". Nei primi, grazie all'elevato numero di comportamenti tipici di uno specifico disturbo, è possibile giungere ad una diagnosi precisa; nei secondi, a causa di una commistione di elementi comuni a più patologie, non si è in grado di fornirli in tempi brevi e si rischia quindi di ritardare il processo di guarigione. Vista la gravità di ogni singola affezione, e talvolta la difficoltà oggettiva ad identificarla, è opportuno svolgere un'opera di sensibilizzazione in merito a tutti i disturbi del comportamento alimentare. La possibilità di sconfiggere o perlomeno limitare queste patologie, che condizionano la qualità della vita, deve essere data dagli esperti in materia: gli specialisti, attuando per esempio degli interventi psico-educativi nelle scuole, possono fornire elementi importanti a personale docente, famiglie e adolescenti, perché soltanto attraverso la conoscenza, data da una corretta informazione, si può evitare di incappare in qualcosa di più grande di noi.

Emanuel Mian

Psicologo, ricercatore responsabile scientifico "Body-Image" gruppo di ricerca sui disturbi dell'immagine corporea e del comportamento alimentare Parco Scientifico e Tecnologico di Udine

CRITERI DIAGNOSTICI: IL DSM-IV (MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI)

Anoressia Nervosa - A) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto). - B) Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso. - C) Alterazioni del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso. - D) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. **Sottotipo: Con Restrizioni:** nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). **Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

Bulimia Nervosa: Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti: 1) mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili - 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare a controllare cosa e quanto si sta mangiando). - B) Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo. - C) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi. - D) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei. - E) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa. **Sottotipo: Con Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi. **Senza Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi ecc.

Dott. G. Ferrigno, Dott. M. Bellomo - <http://www.clicmedicina.it/>

Un rischio di genere

I disturbi alimentari sono diventati, nell'ultimo ventennio, una vera e propria emergenza socio-sanitaria per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti. Essi appaiono frequentemente associati ad altri disturbi psichiatrici, come depressione, abuso di sostanze e ansia. Inoltre, le persone che ne sono affette soffrono spesso di notevoli complicazioni a livello fisico, come patologie cardiache e insufficienza renale

Il comportamento alimentare è un comportamento complesso, controllato da numerosi fattori che comprendono l'appetito, la disponibilità di cibo, le abitudini familiari, culturali e generazionali, nonché, non da ultimo, la volontà. Gravi disturbi di tale comportamento portano a disordini, sia di tipo fisico come riduzioni estreme e dannose dell'apporto calorico giornaliero oppure grave sovra-alimentazione, sia psicologico come sentimenti di disagio o eccessive preoccupazioni riguardo al proprio peso o al proprio aspetto. Più precisamente, il termine disturbo dell'alimentazione fa riferimento a disordini persistenti del comportamento alimentare o dei comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo, che danneggiano in modo significativo la salute fisica e il funzionamento psicologico di un individuo e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

I disturbi alimentari, di cui anoressia e bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, sono diventati nell'ultimo ventennio una vera e propria emergenza socio-sanitaria per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti. Essi appaiono frequentemente associati ad altri disturbi psichiatrici, come depressione, abuso di sostanze e disturbi d'ansia. Inoltre, le persone che ne sono affette soffrono spesso di notevoli complicazioni a livello fisico, come patologie cardiache e insufficienza renale che possono condurre alla morte, il che rafforza la necessità di riconoscere i disturbi alimentari come malattie reali e trattabili.

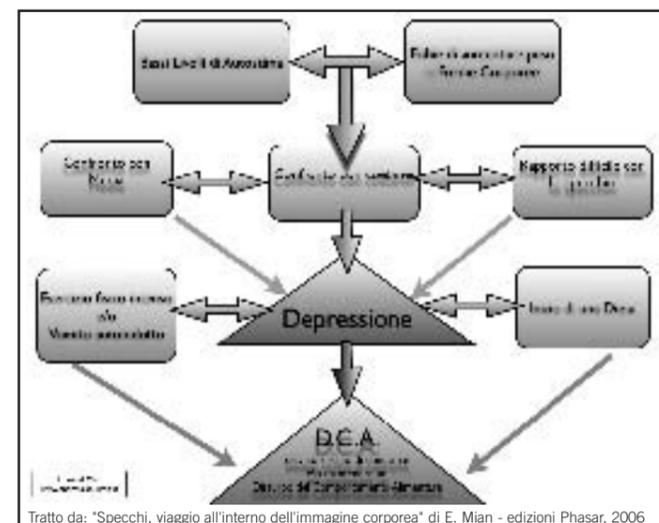
Sono stati individuati alcuni fattori specifici che più facilmente mettono la popolazione a rischio di contrarre tali disturbi. Innanzitutto il genere: a rischio sono maggiormente le ragazze, dato che il 90-95% dei pazienti appartiene al genere femminile, mentre solo una percentuale stimata tra il 5% e il 15% delle persone con anoressia o bulimia sono maschi. In secondo luogo, l'età: in generale i disturbi alimentari si sviluppano frequentemente durante l'adolescenza e la prima età adulta; in particolare, la fascia più colpita è quella fra i 12 e i 25 anni, all'interno

della quale è critico soprattutto il periodo d'età compreso fra i 14 e i 18 anni. Per citare un dato importante, risulta che nei paesi occidentali, inclusa l'Italia, 8-10 ragazze su 100 che hanno tra i 12 e i 25 anni soffrono di un qualche disturbo del comportamento alimentare. Una possibile ragione è facilmente rintracciabile: questa è l'età in cui il corpo si trasforma, diventando di conseguenza oggetto di particolare attenzione e, nel contempo, cominciano a essere particolarmente interessanti ed efficaci i complimenti o le critiche dei coetanei. Ancora, il rischio di sviluppo di patologie alimentari è maggiore in giovani che vivono situazioni familiari critiche (ad es., malattie croniche, disturbi psichici, relazioni familiari problematiche) o in famiglie in cui si dà particolare attenzione al peso e alle forme corporee da parte dei genitori o di fratelli/sorelle. Anche la cultura è un fattore predisponente, risultando tali disturbi tipici del sistema di vita occidentale. Infine, molti studi su famiglie e su gemelli suggeriscono un'alta percentuale di ereditarietà, per cui attualmente la ricerca è diretta a individuare i geni predisponenti i disordini alimentari, anche se si ritiene che più geni possano interagire con l'ambiente e con altri fattori individuali nell'aumentare il rischio.

In considerazione di tale complessità, il nucleo patogenetico che caratterizza i disturbi alimentari (bassa autostima, depressione, sofferenza causata da una mancata corrispondenza tra peso reale e peso ideale) risulta pertanto determinato da un insieme di aspetti biologici, individuali e socio-culturali che, interagendo fra loro, costituiscono il terreno predisponente, precipitante e di mantenimento di tali disturbi (Dalle Grave, 2003). Il che permette di concludere a favore di una visione multifattoriale delle loro cause.

Oltre ad anoressia e bulimia, è presente un'ampia ed eterogenea categoria di disturbi dell'alimentazione atipici, cioè disturbi clinicamente significativi ma che non soddisfano tutti i criteri diagnostici dell'anoressia e della bulimia nervosa: alcune persone, ad esempio, iniziano con una forma di anoressia ma poi, incapaci di mantenere il basso peso, scivolano verso comportamenti bulimici. Secondo l'American Psychiatric Association (A.P.A.), la metà dei pazienti anoressici finisce con l'avere anche sintomi di bulimia e, in qualche caso, i pazienti bulimici sviluppano comportamenti anoressici.

Il presente contributo si occupa in modo specifico della bulimia nervosa, concentrando l'attenzione su aspetti teorici e clinici. A lungo considerata una variante dell'anoressia o, al contrario, come una particolare forma di obesità, la bulimia nervosa è stata riconosciuta come disturbo psichiatrico autonomo a partire dalla terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (A.P.A., 1980). Il termine bulimia ha origine dalla fusione di due parole greche: bous (bue) e limos (fame), che, tradotte letteralmente, significano "fame da bue". Insieme all'anoressia, fa parte dei Disturbi dell'Alimentazione ed è pertanto caratterizzata dalla presenza sia di gravi alterazioni del comportamento alimentare che di una percezione distorta del peso e della propria immagine corporea. Le somiglianze tra l'anoressia e la bulimia comprendono la preoccupazione per la dieta, il cibo e il peso, il disagio quando si è a tavola con altri e la ricerca dell'approvazione sociale. Le differenze riguardano la negazione del problema e



Ma questa bellezza è da buttare

Gli italiani che soffrono di anoressia, bulimia e obesità psicogena sono quasi 3 milioni; di questi il 95% sono donne e prevalentemente giovani. In base ai dati diffusi in novembre dalla Società Italiana di Pediatria inoltre, ben il 60,4% delle ragazze delle scuole medie dichiara che tra i suoi desideri principali c'è quello di essere più magre

Ho cominciato ad occuparmi di anoressia, e più in generale di disturbi del comportamento alimentare, quando in autunno sono arrivati sul mia scrivania alcuni dati allarmanti. Gli italiani che soffrono di anoressia, bulimia e obesità psicogena sono quasi 3 milioni; di questi il 95% sono donne e prevalentemente giovani. Ho rilevato inoltre, dai dati diffusi in novembre dalla Società Italiana di Pediatria, che ben il 60,4% delle ragazze delle scuole medie dichiara che tra i suoi desideri principali c'è quello di essere più magre. Questo dato è molto eloquente, perché non ci parla della malattia conclamata, ma ci dà comunque l'idea di quanto i modelli culturali possano incidere sulla percezione della propria persona già nell'età della pre-adolescenza. La maggior parte delle ragazze, tra l'altro, non inizia una dieta prescritta da uno specialista, ma la improvvisa in base ad una valutazione arbitraria e personale, dibattuta magari tra amiche. Se la fantasia di diventare più magre - dunque più attraenti, più accettabili e più "amabili" in conformità al modello culturale vigente - si innesta su un terreno psicologico ed emotivo connotato dai presupposti di fragilità o vulnerabilità, può accadere che l'inoffensivo progetto di "perdere qualche chilo di troppo" si trasformi in un pericoloso "obiettivo anoressico". Per questo, come Ministro delle politiche giovanili, non potevo non occuparmi del problema. L'anoressia e la bulimia sono gravi disturbi della psiche, problemi complessi che hanno cause oscure che vanno rintracciate negli snodi difficili della vita di ciascuno che, per essere affrontati, richiedono il contributo multidisciplinare di nutrizionisti, psichiatri, psicoterapeuti ed esperti dei disturbi del comportamento alimentare. Ma non si può negare che molte delle donne colpite dai disturbi dell'alimentazione sono giovani che hanno iniziato una dieta anche per raggiungere l'ideale fornito dalle modelle delle sfilate e delle copertine dei giornali e per inseguire un modello estetico di bellezza percepito come l'unico possibile. Per questo, ho creduto fosse necessario affiancare all'azione del Ministero della Sanità, volta ad affrontare il problema dal punto di vista prettamente sanitario, un'operazione di sensibilizzazione nei confronti di quel mondo che quotidianamente si occupa di veicolare l'immagine femminile: operatori del mondo della moda, stilisti, fotografi, agenzie di modelle, riviste specializzate. Così ho chiesto loro una presa di coscienza e un atto di responsabilità. Dopo una serie di incontri con gli operatori del settore pubblico e privato che si occupano di curare queste patologie, ho deciso di chiedere aiuto alla moda italiana per lanciare una campagna di contrasto ai disturbi del comportamento alimentare e di promozione di modelli di bellezza diversificata. Ho quindi incontrato i rappresentanti delle due più importanti associazioni che in Italia organizzano eventi di moda: la Camera Nazionale della Moda Italiana e Altaroma. Con loro è nata l'idea di un Manifesto Nazionale di autoregolamentazione della Moda italiana contro l'anoressia. Abbiamo scelto la via dell'autoregolamentazione perché volevamo avvalerci di uno strumento capace di garantire il maggior consenso possibile intorno a una serie di principi ispirati al buon senso. La bellezza, infatti, è per sua natura una "grandezza particolare": è rischioso, dunque, identificare la bellezza in modo univoco e per giunta identificarla con il corpo magro, spesso magrissimo, troppe volte malato. D'altro canto, il mio intento non nasce dalla volontà di demonizzare l'industria della moda, uno dei motori accessi dell'economia del nostro paese, né tantomeno le modelle che, anzi, questo Manifesto vuole tutelare. Quello che insieme all'industria della moda abbiamo immaginato è un atto

di responsabilità sociale d'impresa. Entrando nel merito, il Manifesto - firmato a Roma il 22 dicembre 2006 - stabilisce alcuni principi di fondo: innanzitutto la rivalutazione di un modello di bellezza "mediterranea" sano, generoso, solare, che l'Italia ha contribuito storicamente a diffondere a livello internazionale e che può essere, ancora oggi, una proposta estetica positiva non solo per le donne del nostro Paese, ma di tutto il mondo. Lo snodo centrale è quello di far in modo che si verifichi, prima delle sfilate, che le indossatrici non soffrano di disturbi alimentari conclamati. Inoltre è necessario vietare agli stilisti di far sfilare le ragazze minori di sedici anni. A rafforzare questo convincimento, la decisione del governo Prodi di innalzare l'età per la scuola dell'obbligo dai 15 ai 16 anni. Credo poi, sia opportuno promuovere l'insediamento generalizzato nella produzione delle collezioni delle taglie - fin ora considerate comode- 46 e 48. Trovo molto incoraggiante che il dibattito, partito dal nostro Paese, stia assumendo, in questi ultimi giorni, un respiro internazionale. Questo aspetto è importante perché il mondo della moda, come è noto, si muove sul mercato globale. Un Ministro della Repubblica italiana, ovviamente, non può che muoversi all'interno del perimetro segnato dai propri confini istituzionali. Ma è pur vero che - fin dall'inizio- per raggiungere una reale efficacia dell'operazione, abbiamo nutrito la speranza di ottenere un effetto domino anche fuori dai confini nazionali. La Spagna proprio in questi ultimi giorni, ha riaperto il dibattito su questo tema, e il Governo, attraverso il suo Ministro della Sanità Elena Salgado, è arrivato a concludere un nuovo accordo con le case di produzione. Sono, inoltre, stata contattata dalle istituzioni della città di Vienna; anche la capitale austriaca, infatti, sembra molto interessata a ciò che è accaduto in Italia ed è intenzionata ad inserire all'interno del programma per la salute della donna un accordo con i media e l'industria della moda sul modello di quello italiano. Sono perfettamente consapevole del fatto che questo Manifesto rappresenti una piccola parte di ciò che si può fare nel campo del contrasto ai disturbi del comportamento alimentare. È necessario un impegno coordinato che coinvolga tutto il governo italiano. Proprio per questo, spero che il lavoro intrapreso assieme al Ministro della Sanità, Livia Turco, che ha già avviato una serie di programmi di contrasto a queste malattie, possa raggiungere importanti obiettivi. Inoltre con il Ministro dell'Istruzione Giuseppe Fioroni stiamo lavorando per sviluppare programmi congiunti di prevenzione e di intervento nelle scuole. Quella che ci attende è una vera e propria sfida educativa. Noi, insomma, abbiamo fatto solo un piccolo passo. Piccolo, ma importante. Perché sono certa che la strada imboccata è quella giusta. E se l'alleanza tra moda e politica bastasse anche ad aiutare una sola di queste ragazze, a salvare una sola delle loro irripetibili e insostituibili esistenze, questa azione avrà avuto un senso. E sarà valsa la pena tentare.



On. Giovanna Melandri

Giovanna Melandri

Ministro per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive

il peso. L'anoressica nega a sé e agli altri che esista una qualsiasi difficoltà o un comportamento alimentare anormale; la bulimica, invece, mentre nega l'esistenza del problema in pubblico, con gli altri, lo riconosce in privato, dentro di sé. L'anoressica è sempre sottopeso (almeno il 15% al di sotto del peso corporeo consigliato), mentre la bulimica può essere sottopeso, normopeso o sovrappeso. Infatti, il peso corporeo, malgrado le abbuffate alimentari, può essere mantenuto costante, o addirittura ridotto, a causa della messa in atto di comportamenti compensatori, come il vomito, l'uso di lassativi o l'esercizio fisico.

La bulimia nervosa è molto più frequente dell'anoressia nervosa, come risulta da una recente indagine che rileva un'incidenza di 12 casi annui su 100.000 soggetti rispetto agli 8 casi di anoressia. La patologia è prevalentemente appannaggio del sesso femminile: una percentuale tra l'1 e il 3% delle donne soffre di bulimia nervosa nel corso della vita, mentre la percentuale è nettamente inferiore o inesistente nei maschi. L'età di esordio si situa nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, con età media intorno a 20 anni e un range compreso tra 11 e 45 anni. Differisce pertanto sotto questo aspetto dall'anoressia nervosa, colpendo maggiormente donne adulte che si affacciano al mondo del lavoro e si distaccano dalla propria famiglia, in concomitanza cioè con due eventi critici che possono mettere a dura prova l'identità personale. I casi che insorgono prima della pubertà e prima del menarca sono più frequentemente associati a psicopatologie e hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole. La razza più colpita è quella bianca, di classe socio-economica medio-alta, ma sono riportati casi appartenenti a diversi gruppi razziali e a diverse classi sociali.

Nei soggetti con bulimia nervosa vi è un'aumentata incidenza di sintomi depressivi (ad es., ridotta autostima) o Disturbi dell'Umore (Distimia e Depressione Maggiore) che nella maggioranza dei casi seguono la bulimia nervosa o sono concomitanti con il suo sviluppo; inoltre vi è un'aumentata frequenza di sintomi d'ansia (ad es., ansia nelle situazioni sociali) o di Disturbi d'Ansia propriamente detti. Circa un terzo degli individui con bulimia nervosa manifesta un abuso di sostanze o qualche forma di dipendenza, in particolare da alcool e da sostanze stimolanti, il cui uso di solito inizia nel tentativo di controllare l'appetito e il peso. Circa la metà dei casi di bulimia nervosa inoltre rivela tratti personologici che incontrano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità, di cui il più frequentemente diagnosticato è il Disturbo Borderline di Personalità.

L'esordio della malattia è spesso associato a una dieta dimagrante: il 34,88% delle pazienti indica la comparsa della bulimia dopo un periodo di restrizione calorica, iniziato per lasciarsi alle spalle una storia di sovrappeso rispetto ai coetanei; mentre, in altri casi, vi è un vissuto di perdita o di separazione. Indipendentemente dall'inizio, comunque, la condotta bulimica

sembra assumere nel tempo un'esistenza autonoma, diventando un pattern abituale nella vita della persona, fatto di abbuffate, alternate a periodi di digiuno o di rigide restrizioni, che andranno progressivamente a sostituire del tutto i pasti regolari. L'esordio avviene in concomitanza a fattori precipitanti. Un percorso tipico di sviluppo della malattia comincia con l'insoddisfazione per il peso e le forme corporee, spesso sollecitata dalle critiche di amici o da confronti perdenti con compagni di classe o colleghi di lavoro, e continua con la decisione di iniziare una dieta. Di solito, la dieta funziona molto bene e la persona comincia a ricevere rinforzi positivi dall'esterno, i quali da una parte aumentano la sua autostima, dall'altra la confermano nella convinzione che la dieta è la cosa giusta da fare. Emerge quindi un fattore perpetuante che porta alla creazione di un circolo vizioso, rendendo difficile l'interruzione della malattia.

In un primo momento, è evidente che la dieta rappresenta per la persona una buona alleata e le conseguenze di un comportamento alimentare scorretto non appaiono ancora evidenti. Per questa ragione, la richiesta al medico o allo specialista arriva solitamente molto tardi, in genere dopo che sono trascorsi dai 3 ai 6 anni dall'esordio della malattia, quando il disturbo è ormai cronicizzato e complesso, e i meccanismi regolatori di fame/sazietà e della defecazione sono già alterati. Una volta che le conseguenze negative sia psicologiche che organiche si fanno sentire, la persona smette di essere euforica come nei primi mesi della dieta. Continua tuttavia nella decisione di non riprendere peso, dato che, se lo facesse, tornerebbe a sentirsi di nuovo "orribile", inaccettabile, non adeguata. Tuttavia, non riuscendo più ad ascoltare il proprio corpo per sapere quando ha fame e quando è sazia, vive nel terrore di aver mangiato troppo, si pesa continuamente o evita di pesarsi, sempre con la paura di deludere se stessa e gli altri o di non essere così brava come prima, in sostanza avendo come unico parametro di riferimento/valutazione della propria vita il cibo e il cibo soltanto.

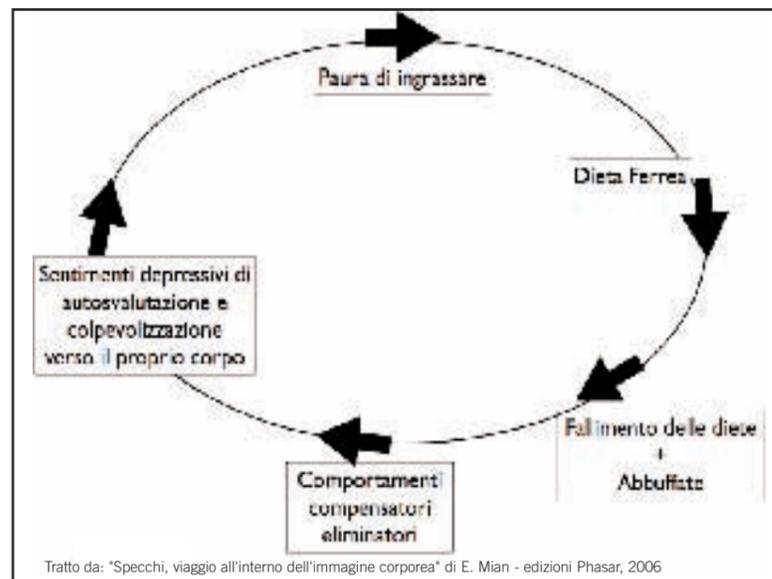
Oltre a queste conseguenze psicologiche che alimentano la malattia, la paziente può presentare diversi disturbi di carattere medico, dovuti essenzialmente all'uso delle metodiche di eliminazione. I disturbi più frequenti e più gravi sono gli squilibri idroelettrolitici presenti in circa il 50% delle pazienti, i cui sintomi sono debolezza e apatia, sete, ritenzione idrica con edemi a braccia e gambe, vertigini, spasmi, irregolarità del battito cardiaco. La stimolazione meccanica del vomito può inoltre causare ferite superficiali nella parte posteriore della gola, che a loro volta possono provocare infezioni, dolori e raucedine; così, il ripetuto contatto che l'acido cloridrico prodotto dal vomito ha con i denti porta a una erosione irreversibile dello smalto dentario. Sotto il profilo endocrino, risultano molto frequenti le irregolarità del ciclo, mentre solo poche pazienti risultano del tutto amenorriche. Di minore entità medica, ma con una rilevante ricaduta sul piano psicologico, è l'aumento delle dimensioni delle ghiandole salivari, in special modo le parotidi, che, oltre a causare una maggiore produzione di saliva, conferisce al volto un aspetto tondo e paffuto, il che porta le pazienti a percepire la propria faccia "grassa" e a pensare che anche il resto del corpo sia così, finendo ovviamente per aumentare la loro preoccupazione per forme e peso e perpetuare il problema.

Tiziana Aureli

Professore straordinario,
dipartimento di scienze biomediche,
Facoltà di psicologia Università degli studi
"G. d'A" di Chieti-Pescara

Elisabetta Bascelli

dipartimento di scienze biomediche
Facoltà di psicologia Università degli studi "G. d'A"
di Chieti-Pescara



Tratto da: "Specchi, viaggio all'interno dell'immagine corporea" di E. Mian - edizioni Phasar, 2006

In passerella il bello d'esser femmina

L'obiettivo è far sfilare mannequin sane, donne solari, che esaltino attraverso l'abito la loro prorompente femminilità. Donne magre, non anoressiche, donne sane anche se agli stilisti viene dato ampio margine di libertà di scelta nel rispetto del buon senso. E i couturier si sono adeguati alle nuove regole

Sono sempre stato convinto che il Manifesto Nazionale di autoregolamentazione della Moda italiana contro l'anoressia, fortemente voluto dal ministro per le Politiche giovanili e per lo Sport Giovanna Melandri, e siglato lo scorso 22 dicembre da Alta Roma e dalla Camera Nazionale della Moda, nella persona del suo presidente Mario Boselli, possa essere considerato come un atto importante per il nostro settore. Come ha più volte sottolineato il ministro Melandri, il governo non ha mai voluto puntare il dito contro la moda, imporre delle regole, semmai offrire un codice comportamentale, che potesse essere d'esempio a tutte quelle ragazze che vedono nella moda punti di riferimento stabili e certezze. Non vogliamo essere additati come i soli responsabili di drammatici fatti di cronaca, penalizzati da inutili prese di posizione da parte degli stilisti a volte considerati capricciosi e irresponsabili. Non potevamo tirarci indietro dinanzi alla richiesta di autorevoli rappresentanti di governo. Da parte nostra, in fondo, c'è sempre stato uno straordinario desiderio di collaborazione. Abbiamo accettato la sfida del Manifesto con la consapevolezza che il rapporto con gli stilisti e le istituzioni ci avrebbe condotto ad un confronto serrato e costruttivo su un tema delicato, di drammatica attualità. No alla taglia 38, dunque, a modelle malate o anoressiche, anche se è chiaro a tutti che l'anoressia è una patologia legata ad uno stato della psiche, che coinvolge spesso anche settori lontani anni luce dalla moda. Un fenomeno generazionale, che colpisce, purtroppo, già da alcuni anni soprattutto l'universo femminile. Si inseguono modelli di bellezza irraggiungibili, mettendo a repentaglio la propria salute e incolumità. Quale è il nostro obiettivo dunque? Far sfilare in passerella mannequin sane, donne solari, che esaltino



Stefano Dominella e il ministro Giovanna Melandri

attraverso l'abito la loro prorompente femminilità. Donne magre, non anoressiche, donne sane, lo ripeto, anche se ogni stilista avrà un ampio margine di libertà sulle proprie scelte. Dovrà avere soprattutto buon senso, come ho sottolineato più volte all'Auditorium durante le recenti sfilate romane di Alta Moda. I couturier si sono adeguati alle nuove regole. Bando ai remake di Twiggy, frammenti sfocati di un passato lontano. Dobbiamo essere propositivi, lanciare messaggi che profumino di contemporaneità. Senza disattendere naturalmente quei canoni estetici, tipici della moda. La bellezza prima di tutto accanto ad un corpo sano ed ad un abito che valorizzano la fisicità della modella.

Stefano Dominella
Presidente di Alta Roma

ULTIMI MONITI DEL PARLAMENTO UE

Il Parlamento europeo bocchia le pubblicità che non favoriscono abitudini alimentari sane; chiede una revisione delle norme sulle etichette; promuove un'educazione alimentare precoce ed un maggior consumo di frutta e verdura. Queste le principali richieste del Parlamento Ue all'apposita Commissione. Sono, infatti, necessarie norme che regolino la pubblicità di cibi, destinati ai più piccoli, troppo grassi o eccessivamente ricchi di zuccheri e sale. Secondo i deputati i messaggi pubblicitari, compresi quelli inviati sui cellulari e online, dovrebbero essere il frutto di un accordo tra media europei e Commissione volto a promuovere l'attività fisica e il consumo di frutta e verdura. Inoltre, il Parlamento sottolinea l'esigenza di un sistema di etichettatura comune, che indichi in modo chiaro la presenza e la quantità delle sostanze nutritive, in particolar modo dei grassi. Tutti gli stati membri, secondo i deputati europei, dovrebbero, quindi, garantire fondi per l'educazione alimentare precoce ed assicurare alle strutture scolastiche la disponibilità di impianti sportivi. Attenzione, però, a non incorrere nell'errore opposto: è giusto adottare misure per la lotta contro l'obesità, ma evitando l'insorgenza di disordini del comportamento alimentare, quali anoressia e bulimia. In tale contesto, il ruolo dei nutrizionisti diviene ancora più importante. Infine, alla luce della revisione della politica agricola comunitaria del 2008, i parlamentari propongono alleggerimenti fiscali e riduzione dei prezzi dei cibi salutari, ma si dicono sfavorevoli all'introduzione di una fat-tax che colpisca i prodotti calorici, perchè penalizzerebbe il ceto a più basso reddito.

Helpconsumatori online

Contro le insidie del fashion system

Una delle prime battaglie che ha deciso di intraprendere la nuova amministrazione comunale di Milano è proprio quella contro l'anoressia, una malattia che purtroppo a volte colpisce molte giovani anche a causa del mito della magrezza che la nostra società ci suggerisce

Milano, 31 gennaio 2007 - La nuova Amministrazione comunale milanese ha istituito nuovamente, dopo tanti anni, l'Assessorato alla Salute che sono stata chiamata a guidare. Partendo dal presupposto che la salute va intesa come benessere psicofisico, secondo quanto stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, e non soltanto come assenza di malattia, l'Assessorato si pone come obiettivo primario la promozione della cultura della salute e della prevenzione, attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'importanza dei corretti stili di vita.

Una delle prime battaglie che abbiamo deciso di intraprendere è proprio quella contro l'anoressia, una malattia che purtroppo a volte colpisce molte giovani anche a causa del mito della magrezza che la nostra società ci suggerisce. Lo scorso settembre abbiamo, quindi, incominciato a programmare una campagna di sensibilizzazione per proporre un modello positivo e sano di bellezza. Per fare questo abbiamo pensato di sfruttare uno degli strumenti di comunicazione certamente più potenti: la moda.

Per primi in Italia, abbiamo voluto lanciare un messaggio di salute e di professionalità attraverso la moda, per ricordare a tutti, non solo alle indossatrici, che una donna che fa sport, mangia sano e ha uno stile di vita corretto può essere magra e nello stesso tempo sana.

Il 17 ottobre scorso abbiamo quindi istituito, di concerto con l'Assessorato alle Attività Produttive del Comune, con la Camera Nazionale della Moda Italiana, con l'Associazione delle Agenzie di Moda (ASSEM) e medici esperti in materia, il Tavolo "Moda e Salute", da cui è nato un codice di autoregolamentazione per la moda. Il protocollo, firmato il 18 dicembre scorso a Palazzo Marino, ha sancito di fatto un'alleanza tra il Comune e la Moda a tutela della salute e della bellezza delle giovani.

Stilisti, fotografi, giornalisti, agenti delle modelle e tutti coloro che lavorano nel fashion system sono chiamati a sottoscrivere e a firmare ed applicare il documento, che è stato messo a punto da un comitato scientifico, composto da esperti e medici specialisti in scienza dell'alimentazione, medicina dello sport, medicina estetica, endocrinologia, medicina preventiva, psicologia e sociologia. Non proibizionismi e criminalizzazioni, ma un cambio di mentalità e di cultura che con un'indicazione positiva di vita sana ed equilibrata possa aiutare le migliaia di ragazzine che altrimenti, senza indicazioni e guida, potrebbero inseguire modelli sbagliati. È importante educare a uno stile di vita corretto che vada dall'alimentazione equilibrata, al movimento fisico, al rifiuto degli eccessi e alla libertà dalle dipendenze.

I punti salienti del codice riguardano: l'età delle indossatrici (dai sedici anni in su), l'impegno a promuovere l'inserimento del principio della diversificazione delle taglie nel contesto delle sfilate, e indice di massa corporea (I.M.C.) che, su indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, non dovrebbe essere inferiore a 18,5. Tuttavia, poiché la stessa O.M.S. ha evidenziato come l'indice di massa corporea sia da interpretarsi anche sulla base di fattori geografici ed etnici, si ritiene che non ci si debba limitare alla sola osservanza di un parametro numerico né di codici tabelari e che sia preferibile un modello ad personam.

Abbiamo inoltre studiato di introdurre nelle scuole per indossatrici dei corsi



Carla De Albertis con il Sindaco di Milano Letizia Moratti

di alimentazione, stili di vita, comportamento e attività fisica bilanciata e di organizzare eventi ed iniziative che comunichino messaggi positivi, parlando di bellezza legata al benessere, all'equilibrio psicofisico e a uno stile di vita sano e sportivo. Un primo passo in questa direzione è stato la stesura di un opuscolo, messo a punto con il supporto di un comitato scientifico, che fornirà suggerimenti e consigli pratici per le modelle, ma anche per i giovani e tutti i cittadini. L'Assessorato alla Salute lo distribuirà ad ampio raggio nel mese di febbraio, durante la quale il Comune di Milano, in collaborazione con ASSEM, proporrà la prima sfilata "a norma" di codice anti-anoressia: nella splendida cornice di corso Sempione sfileranno, infatti, solo indossatrici di età superiore ai sedici anni e con un indice di massa corporea non inferiore a 18,5. Si tratterà di una manifestazione aperta al pubblico per coinvolgere e sensibilizzare quante più persone possibili in questo progetto.

Il mio augurio e la mia speranza è che, già dalle prossime sfilate di febbraio, si possano ammirare in passerella solo ragazze professionali, belle e sane e che il modello Milano si diffonda in tutto il mondo.

Carla De Albertis

Assessore alla Salute Comune di Milano

Il grande equivoco

Il divieto di far sfilare modelle con una massa corporea inferiore a un certo limite serve certamente a tutelare chi fa quel lavoro: alcune modelle sono morte per anoressia. Ma le top, le vere top model, generalmente non sono affatto anoressiche. Sono invece stupende ragazze molto longilinee e molto in forma che certo staranno perennemente attente alla linea. Ma stare a dieta non significa essere anoressica

Per fortuna non ingrasso facilmente. Non sono una di quelle persone che guardano una pizza e prendono mezzo chilo e non riesco proprio ad "abbuffarmi"; mi piace mangiare e sono golosa, adoro i dolci ma non mangio mai troppo oltre la mia fame e se esagero è il fisico a chiedermi una pausa. Naturalmente se mangio troppo ingrasso, come tutti, e siccome odio sentirmi soprappeso (davvero odio), a tavola sto quasi perennemente attenta. Detesto il mio grasso, non quello degli altri, anzi confesso che negli uomini la pancetta non mi dispiace affatto. Così in embrione non escludo di aver avuto una tendenza all'anoressia e comunque ne capisco e ne ho provato i meccanismi psicologici, quella sensazione di essere totalmente padrona del proprio corpo, quella esaltazione che attraverso il digiuno ti fa sentire come se tenessi tutto sotto controllo: te stessa, gli altri, il mondo intero. Amori, dolori, frustrazioni, fatica, odio verso chi ti sta intorno a cominciare dalla famiglia. Tutto può essere apparentemente gestito attraverso il rifiuto del cibo, dimostrazione di forza e nello stesso tempo minaccia di sottrazione totale. Un'enorme vendetta contro chi non ci ama o ci ama troppo, contro un mondo che non ci ha dato o ci ha tolto quello che volevamo, in ultima analisi una vendetta contro se stessi. Ho provato consapevolmente questa sensazione intorno ai venti anni, quindi molto tardi rispetto all'età in cui in genere si scatena la malattia. Andavo all'Università e attraversavo un momento familiare non particolarmente doloroso ma certamente difficile, complicato, in cui mi attribuisco delle responsabilità improprie. Solo molto, molto più tardi ho imparato a difendermi, a non soffocarmi di sensi di colpa che nulla

avevano a che vedere con la realtà e a tutelare me stessa per essere pronta a tutelare chi, venuto dopo, aveva davvero il diritto di essere tutelato: mio figlio. Così quando è esplosa la polemica sul modello estetico di estrema magrezza proposto dagli stilisti di moda con la richiesta, prima in Spagna poi da noi, di non far sfilare modelle con una massa corporea inferiore a un certo limite per non spingerle le ragazzine verso una china pericolosa mi sono sentita coinvolta personalmente e mi sono chiesta se fossi d'accordo. Sì e no, ma direi più no che sì. Mi spiego: il divieto serve certamente a tutelare chi fa quel lavoro: alcune modelle sono morte per anoressia. Ma le top, le vere top model, generalmente non sono affatto anoressiche, sono invece stupende ragazze molto longilinee e molto in forma che certo staranno perennemente attente alla linea: ma stare a dieta non è, appunto, essere anoressica. Del resto se il modello estetico fosse davvero così prepotente il mondo occidentale sarebbe pieno di magri, mentre sappiamo che sono di gran lunga più numerose le persone soprappeso. Allora sì, assolutamente sì ai limiti di età. È vergognoso far sfilare bambine di 13 anni. Sì anche coinvolgendo i grandi stilisti a un controllo della vita e della salute di queste ragazze, troppo spesso lontane dalle famiglie, sottoposte a ritmi massacranti, a rischio droga e prostituzione. Ma cerchiamo anche di capire che i vestiti piacciono e si vendono solo se indossati da belle ragazze filiformi e non c'è nulla di male in sé e per sé. Quello che invece andrebbe fatto da parte di tutte noi, a cominciare dalle donne impegnate in politica, sarebbe una sorveglianza capillare su tutti gli episodi di discriminazione, di disprezzo, di insulto sulla base dell'aspetto fisico. Le donne sono la grande maggioranza ma non dimentichiamo che esistono anche uomini anoressici. A tutti gli adolescenti la società dovrebbe dire curati, migliorati, coltiva le tue ambizioni ma la bellezza non è un valore assoluto, è solo un dono come altri: l'intelligenza, la simpatia, la gioia di vivere valgono altrettanto. Accompagna la natura ma non sognare di piegarla, è troppo pericoloso.



Mariolina Sattanino

Mariolina Sattanino

Giornalista, corrispondente Rai da Bruxelles

Tornano le curve in passerella

Le prime ad essere colpite da forti accuse sono proprio loro, ma le case di moda non si lasciano sopraffare e denunciano apertamente il fenomeno dell'anoressia, con un secco no a modelle troppo magre

Le ragazze continuano a morire, e non solo modelle, ma anche giovani donne che, folgorate da queste icone di assoluta bellezza, che di folgorante non hanno nulla se non i corpi segnati dalla sofferenza, fanno di tutto per diventarne quanto più possibile la loro copia. Purtroppo rintracciarne le cause è un'ardua impresa, però succede di frequente che i primi ad essere accusati come quelli che favoriscono il diffondersi della patologia tra le passerelle, siano proprio gli stilisti. L'accusa per quanto forte è in ogni caso comprensibile, basti solo pensare alle collezioni di abiti, una qualsiasi, ed ecco comparire solo ed esclusivamente pantaloni mignon, vestiti disegnati per cibi sotto vuoto, tutto, dall'accessorio all'abito da sera, uniformato secondo i canoni stabiliti dall'onnipresente taglia 38, lusso concesso a poche. Ma gli stilisti, nonostante le innumerevoli accuse che vengono loro rivolte e la delicata e scomoda posizione in cui si trovano, non accettano che la moda venga così demonizzata, e che siano loro ad essere additati e considerati tra i maggiori responsabili dal diffondersi della patologia. Molte case di moda senza alcuna riserva si sono scagliate contro l'immagine malsana della modella innalzata a effigie di bellezza, denunciando espressamente il fenomeno attraverso una sostanziale negazione della presenza di ragazze anoressiche sulle passerelle. Tra le voci che più di altre hanno risuonato con esplicita prepotenza dalla parte dei no, è quella dello stilista piacentino Giorgio Armani che, senza perdersi tra inutili giri di parole, ha espresso in modo chiaro e conciso che non si tratta semplicemente di un corpo magro ma di una vera e propria attitudine rinunciataria verso la vita, riconoscendo alla moda il potere, negativo, di esercitare una certa influenza. Ha aggiunto "la moda non deve approfittare dell'idea di un creativo per cui una donna bella è fuori moda", inoltre ha chiarito un altro punto, riguardo al fatto che in parecchi casi "si fa confusione con la moda deprimente, depressa, dal trucco ai capelli sporchi". Pertanto la dichiarazione di Armani, oltre ad non lasciar adito a fraintendimenti, imposta il problema dell'anoressia focalizzandolo da un altro punto di vista, traslando la questione su un livello decisamente più complesso. Vengono considerate, non solo questioni di ordine prettamente estetico, ma ad esser richiamate sono cause di ordine psicopatologico ed esistenziale, una sorta di malessere interiore che c'è, non puoi toccarlo o vederlo se non sui corpi scarni e bianco cera delle modelle. La questione diventa quanto più complessa, il messaggio sempre più ambiguo e di difficile interpretazione, ma Giorgio Armani ha sollevato tematiche troppo spesso oscurate da semplicistiche e superficiali spiegazioni, dando uno spunto di riflessione, spostando il punto di vista, sollevando così problemi di altro ordine. Infatti un disturbo alimentare, com'è per l'appunto l'anoressia non va analizzato in modo isolato estrapolandolo dallo sfondo sul quale si staglia, ma partendo dal presupposto che l'ambito socio-culturale nel quale nasce e si sviluppa riveste un ruolo determinante e significativo per la definizione del problema stesso. La drammaticità del fenomeno certo non si risolve in un polverone di denunce, ma pian piano si sta sempre più acquisendo la consapevolezza che l'anoressia, come le altre forme di disturbi alimentari, non è confinata solo nel mondo sfavillante e irraggiungibile della moda, e inoltre che l'intera società deve sensibilizzarsi nei confronti della patologia cercando di non relegare l'onere e la responsabilità di fare qualcosa solo alle strutture sanitarie, di cooperare affinché si spezzi quello strano legame che accomuna l'anoressia all'idea di un'assoluta e paradossale bellezza.

Valeria Pomponi

Specializzanda in competenze linguistiche e testuali per la comunicazione

Nel nostro mondo vince chi è bello

L'aumento dei casi di anoressia va inserito nel contesto di una società che fa sempre più coincidere il raggiungimento del successo economico con l'aspetto fisico delle persone. Per questo non bisogna cadere nell'errore di puntare il dito solo contro le sfilate

Nel dibattito che si è aperto sul problema dell'anoressia qualche elemento di riflessione in più può essere colto se si inquadra il fenomeno in modo diverso e non si chiedono risposte solo al mondo della moda. L'aumento dei casi di anoressia e dei preoccupanti fenomeni di malessere dei giovani volti a modificare il proprio corpo, vanno inseriti nel contesto generale di una società che fa sempre più coincidere il raggiungimento del successo economico con l'aspetto fisico delle persone. Per questo non bisogna cadere nell'errore di puntare il dito solo contro le sfilate. Più una persona è bella, magra e curata e più sembra ottenere successo in tutti i settori. Questo accade non soltanto nel mondo dello spettacolo, ma anche in quello dell'economia, della cultura, del sindacato ed anche della politica, ove indipendentemente dagli schieramenti, i politici, italiani e stranieri, sono molto attenti al proprio aspetto fisico. Anzi soffermandoci proprio su coloro i quali dovrebbero elaborare politiche ed indirizzare la loro azione per migliorare la società, si nota molta attenzione all'aspetto esteriore. Il ricorso ad interventi chirurgici, la ricerca dell'accessorio usato come vezzo o come status symbol, la pratica dello sport esclusivo, sono solo alcuni degli atteggiamenti dei politici italiani. Chi, invece, si richiama ad un'immagine meno curata, quale ad esempio l'esibizione della canottiera, viene immediatamente associato ad un messaggio politico rozzo. Accade sempre più che la bontà di un programma politico venga valutata attraverso l'aspetto fisico di chi lo presenta. Gli adulti non sembrano fornire esempi educativi o risposte al problema. I mezzi di comunicazione sono portatori di esempi concreti di quale oggi sia la chiave del raggiungimento della felicità: la bellezza e, solo secondariamente, l'intelligenza e la preparazione. Anzi, in alcuni casi può essere addirittura un ostacolo apparire preparati. Un esempio per tutti è quello di alcuni calciatori milionari, che sull'"ignoranza" hanno costruito il proprio personaggio, diventando addirittura "testimonial" di enciclopedie e di mezzi di telecomunicazione. Di fronte a questo tipo di messaggi, i giovani quali strumenti individuano per realizzarsi? Sicuramente l'aspetto esteriore viene individuato come una scorciatoia per raggiungere gli obiettivi di successo e ricchezza, anche a costo di sottoporli a torture fisiche e psicologiche che portano, come nei casi ormai noti, addirittura alla morte od a gravi invalidità. Se il parere degli esperti conferma che la lotta all'anoressia passa anche attraverso il mondo dell'immagine, (la famosa taglia 38), allora coinvolgere il mondo della moda è giusto, ma non è sufficiente. I ragazzi hanno gli occhi puntati non solo sulle fotomodelle o sui fotomodelli, ma su tutta la società. Per questo coloro i quali hanno ruoli di responsabilità e di successo, invece di far andare il mondo all'incontrario sfilando anche loro in passerella (lo hanno fatto anche i politici), potrebbero diventare "testimonial" della lotta all'anoressia, raccontando che per arrivare alla felicità in famiglia e nel lavoro, ossia al successo, ci vogliono tanto impegno e fatica, e poco importa qualche chilo di troppo.

Sonia Viale

Avvocato, già vicecapo Dipartimento Giustizia Minorile Ministero Giustizia

Una persona con un disturbo dell'immagine corporea

- Non accetta la propria immagine allo specchio
- Controlla ossessivamente la propria immagine riflessa
- Nei casi più gravi rifiuta addirittura di guardarsi, anche nelle foto
- Si sente deforme/sgradevole e non vede via d'uscita
- Evita tutti gli eventi sociali per evitare gli sguardi
- Attua comportamenti (digiuno-vomito autoindotto- uso di lassativi-attività fisica estenuante) al fine di modificare reali o spesso presunte imperfezioni e asimmetrie del corpo

CONDIZIONE CRONICA CHE CAMBIA IN GRAVITA'
(Pina 2007)

INIZIO TIPICAMENTE TARDO ADOLESCENZIALE
(15-18 anni e 17-22 anni) (2007)

COLPISCE MAGGIORMENTE LE DONNE
(80% e 70% delle donne, 20% e 10% degli uomini) (2007)



Tratto da: "Specchi, viaggio all'interno dell'immagine corporea" di E. Mian edizioni Phasar, 2006

La chiave del successo nello sport

L'organismo ha necessità energetiche che, se non sono soddisfatte, compromettono le prestazioni fisiche, ma com'è intuibile, anche un eccesso di peso risulta parimenti debilitante. Tutti noi siamo ciò che mangiamo, l'organismo non deve affaticarsi per gestire il cibo ingerito, ma solamente trarre da esso energia e vitalità, sia fisica che psicologica. Bisogna quindi essere informati sulle caratteristiche nutritive e caloriche dei singoli alimenti nonché sul dispendio energetico previsto per il particolare allenamento in programma, tenendo presente i cambiamenti cui l'organismo tramite l'allenamento va incontro

Sono stata e sono tuttora un'atleta e come tale vedo nell'alimentazione il fulcro di una corretta gestione della "macchina" con cui l'atleta lavora: il corpo. Lo sport praticato a qualsiasi livello richiede quindi un adeguato carburante necessario per ottenere prestazioni soddisfacenti che permettono il raggiungimento del risultato. L'alimentazione è quindi fondamentale ma importante è adottare un corretto equilibrio senza drastiche esclusioni o inutili eccessi. Lo sportivo è spesso una persona informata su quale sia l'alimentazione consigliabile per la specifica prestazione fisica richiesta. Durante la crescita sportiva l'atleta, con l'esperienza ma anche grazie all'insegnamento impartito dalle figure professionali che lo aiutano e lo sostengono, impara che una cultura alimentare sbagliata può non solo aumentare il rischio di sviluppare varie malattie ma anche, più in generale, portare ad una scarsa efficienza dell'organismo. Personalmente la mia scelta è sempre stata quella di mantenere una dieta semplice e varia, ricca di condimenti non elaborati ma che all'occasione preveda anche la tanto desiderata gratificazione mentale di un dolce o di un piatto particolarmente sostanzioso. La moderazione è però la chiave del successo, una moderazione non un digiuno perché l'organismo ha ovvie necessità energetiche che se non soddisfatte compromettono le prestazioni fisiche, ma com'è intuibile, anche un eccesso di peso risulta parimenti debilitante specie in discipline come lo sci di fondo dove è necessario portare e trasportare il proprio corpo per lunghi percorsi. Non dimentichiamo che tutti noi siamo ciò che mangiamo, l'organismo non deve affaticarsi per gestire il cibo ingerito, ma solamente trarre da esso energia e vitalità, sia fisica che psicologica. Bisogna quindi essere informati sulle caratteristiche nutritive e caloriche dei singoli alimenti nonché sul dispendio energetico previsto per il particolare allenamento in programma, tenendo presente i cambiamenti cui l'organismo tramite l'allenamento va incontro: il corpo e il suo metabolismo si adattano, si modificano per ottenere prestazioni ottimali con necessità energetiche via via minori. Ma tutte le nozioni mediche e biologiche e le relative necessarie attenzioni dietetiche non devono d'altro

canto sopire il normale e umano desiderio del cibo, che non può limitarsi a divenire mero "carburante", ma che risulta poi importante anche per sentirsi in pace con se stessi e le proprie necessità. La corretta gestione dell'alimentazione è particolarmente difficile poi nell'atleta adolescente soggetto a continui cambiamenti fisiologici e metabolici: cambiano le modalità di allenamento e contemporaneamente le necessità energetiche. Inoltre l'alimentazione dei ragazzi risente di molteplici influenze come i modelli comportamentali dei coetanei e i messaggi diffusi dai mass media che possono confondere le idee in chi non ha abbastanza esperienza e stabilità nel carattere. Esperienze vissute con colleghe, italiane e non, ad alto livello agonistico mi hanno insegnato l'importanza delle conseguenze di possibili errori alimentari: molti atleti possono avere serie difficoltà nel trovare il corretto equilibrio, lo sportivo deve necessariamente modificare la dieta in base alle variazioni richieste dagli allenamenti ma è necessario che ciò avvenga con gradualità. Lo sport è uno strumento utile e stupendo per insegnarci a comportarci nella maniera corretta anche in ambito alimentare, ci permette di seguire la dieta corretta sulla base della qualità delle prestazioni raggiunte. Lo sport può aiutare a sentirci bene nel nostro corpo e regalarci emozioni indimenticabili tramite un semplice meccanismo di feedback: l'ascolto di noi stessi.



Manuela Di Centa

Manuela Di Centa

Pluricampionessa olimpica - Deputato alla Camera
Segretario X Commissione

I giovani atleti, presi dall'ansia di prestazione o semplicemente dal desiderio di avere un corpo modellato, possono diventare schiavi del fitness e sviluppare disturbi alimentari. I pediatri e i genitori devono imparare a tenere sotto controllo le abitudini alimentari dei ragazzi, questo il monito che parte dalle pagine della rivista Journal of the American Medical Association. Secondo l'American Academy of Pediatrics tutti gli atleti delle scuole superiori e dei college che partecipano ad attività sportive organizzate e a competizioni devono essere oggetto di particolari attenzioni da parte dei medici pediatri e dei medici dello sport. Spesso infatti i giovani atleti pur di raggiungere il corretto stato di forma si sottopongono ad estenuanti allenamenti a cui associano un regime alimentare squilibrato. L'American Academy of Pediatrics ha stilato un breve elenco di regole che sia i medici che i genitori dovrebbero tener presente quando seguono questi ragazzi. Prima di tutto la perdita o il guadagno di peso non dovrebbero mai superare l'1,5 per cento del peso corporeo del giovane atleta per settimana; bisogna evitare che i ragazzi ricorrono a regimi alimentari che prevedono il digiuno; i maschi non dovrebbero avere meno del 7 per cento di grasso corporeo e le donne dovrebbero sempre consumare una quantità di calorie che non scenda sotto le 1000 calorie (che sono comunque poche) al giorno, altrimenti aumenta il rischio di conseguenze gravi quali l'anorexia o l'interruzione delle mestruazioni. I genitori, oltre a seguire i propri figli nelle esibizioni in casa e in trasferta che le attività agonistiche impongono, devono stare molto attenti alle abitudini alimentari e allo stile di vita dei propri ragazzi: tra gli sportivi adolescenti è infatti diffuso l'uso di sostanze illecite o di lassativi e diuretici, e spesso i ragazzi vengono a contatto con questo tipo di scorciatoie proprio negli ambienti sportivi che frequentano

Emanuela Grassoli Pensiero Scientifico Editore

Per le donne, ma non solo

Le parole "pari opportunità" fanno pensare subito alla parità tra uomo e donna. Non è così, almeno non sempre. "Centinaia di iniziative nel corso dell'anno- a livello nazionale, regionale, locale e anche europeo- si concentreranno sulla discriminazione di cui sono vittime alcune persone a causa della loro razza, o della loro origine etnica, della loro religione, o delle loro credenze, della loro età, del loro sesso, del loro orientamento sessuale, o di un handicap, che sono altrettanti motivi di discriminazione sui quali è possibile agire a livello europeo". Sul sito internet della Commissione europea viene presentato così in 20 lingue il 2007 come "Anno europeo dell'eguaglianza di opportunità per tutti". Un'iniziativa che va salutata con enorme favore, ma anche con qualche preoccupazione data la sua vastità, bellissima e pericolosa. Noi donne dovremmo fare grande attenzione a non essere marginalizzate come un problema, uno dei tanti, mentre siamo un genere, che mette in luce i problemi di tutta la società. Basterebbe pensare alla immane problematica della Sanità, vista con occhio di genere. Per dire solo due problemi ai quali si spera l'Unione europea presti attenzione. Primo: il rifiuto del cibo, così più frequente nelle donne, l'anorexia nelle sue tante implicazioni come spia di un rapporto malato col mondo. E relativa colpevolizzazione dei familiari. Secondo problema: l'urgenza di dedicare una battaglia a livello europeo come quella che conducono da decenni le femministe del NOW per i medicinali, testati solo sugli uomini: tutta la medicina è ancora tarata sul corpo maschile. Così che alcune di noi medici più sensibili prescrivono dosi per bambini. L'anno si è appena aperto a Berlino con un grande evento, un "Summit dell'uguaglianza", che ha riunito per la prima volta ministri, organizzazioni sociali anche non governative attorno ai temi dell'uguaglianza delle opportunità e della non discriminazione a cui hanno diritto tutti gli esseri umani. "Per garantire un massimo di vicinanza con le popolazioni, la maggior parte delle attività dell'Anno sarà organizzata negli Stati membri a livello nazionale, regionale o locale, in funzione dei loro rispettivi bisogni". La Commissione europea ha emesso una specie di bando per i 27 partner dell'Unione europea. L'Italia ha risposto con un piano nazionale: i progetti sono una ventina e coinvolgono i vari ministeri competenti per settore. Si va dai diritti di rappresentanza alla discriminazione nelle carriere, al lavoro sommerso (immigrati), a stelletta di lavoro (peacekeeping), disabilità, salute femminile; un osservatorio antidiscriminazioni, un concorso nazionale relativo alle pari opportunità. C'è ancora spazio per le Regioni, Province, Commissioni p.o., importantissime per riempire di contenuti specifici, partendo dalle realtà locali, scatole che potrebbero restare vuote. Stare dappertutto significa non essere da nessuna parte. Il budget complessivo europeo è di circa 15 milioni di euro. Quello italiano di 624 mila euro iniziali, che la Commissione europea ci assegnerà solo dopo l'approvazione del nostro piano. Ciascun progetto potrà essere sovvenzionato anche dalle Amministrazioni pubbliche e private. Complessivamente si conta di arrivare a un milione e 200 mila euro. L'importante sarà non fermarsi alle denunce, ma proporre come rimuovere determinati ostacoli, sfruttando ogni iniziativa in modo da prevedere una ricaduta. Sappiamo tutti che valgono soltanto i progetti pilota. Non c'è da stupirsi se le donne italiane continua-

Il 2007, "Anno europeo dell'eguaglianza di opportunità per tutti". I problemi da affrontare sono tanti cominciando dalla salute, vista con occhio di genere: il rifiuto del cibo, l'anorexia nelle sue tante implicazioni come spia di un rapporto malato col mondo

no a sconcertare l'Europa con le loro percentuali miserrime nei luoghi di potere, dove si determinano le situazioni e non si subiscono. E non solo in politica. A ogni sfornata di nomine di rilievo escono con le pive nel sacco vuoto, salvo a lamentarsi a cose fatte. Tra tanto parlare di empowerment, nel nostro Paese qualcosa è andato storto nel mainstreaming. Quest'Anno potrebbe esser l'occasione d'oro per ripartire col piede giusto, uscendo da quella che sembra un'empasse. È bene guardare le cose in faccia e assumersene la responsabilità. Attraversiamo un brutto momento, che va dalla misoginia politica alla misoginia sociale: permangono problemi enormi sull'occupazione femminile, sulla presenza nelle istituzioni, come ha messo in rilievo il capo dello Stato; la violenza sessuale è in aumento, anche se spesso non viene nemmeno più chiamata con il suo nome. L'Unione europea ci dà l'occasione di rilanciare il ruolo fondamentale degli organismi di parità, quali risorse istituzionalmente presenti sul territorio, per portare alla luce del sole, elaborare e arricchire quelle richieste e proposte che vengono dal mondo delle donne, in modo che si possa più autorevolmente intervenire sull'attuale normativa nazionale. "In molte parti del mondo le donne hanno compiuto passi considerevoli verso i piani alti del potere-ha scritto Ralf Dahrendorf- spesso anche con l'aiuto di misure politiche esplicitamente concepite in questo senso. David Cameron è fiero di essersi battuto con successo per portare al 40% la quota delle candidate del suo partito al Parlamento britannico". Niente di tutto questo in Italia, che si è lasciata superare anche dai Paesi di recente indipendenza nell'Africa più profonda.



Lucia Borgia

Lucia Borgia

Giornalista, membro della Commissione Nazionale per le Pari Opportunità tra uomo e donna

L'ANORESSIA NERVOSA HA BASI GENETICHE

UN NUOVO STUDIO CONDOTTO SU FAMIGLIE CON PIÙ COMPONENTI ANORESSICI CONFERMA L'ESISTENZA DI RADICI GENETICHE

Scienziati americani e internazionali stanno lavorando al primo studio per scoprire le cause dell'anorexia nervosa, la malattia che crea una paura ossessiva di ingrassare e induce lo sviluppo di comportamenti atti a mantenere una magrezza eccessiva. Lo studio, finanziato dall'Istituto nazionale per la salute mentale degli Stati Uniti, sembra dimostrare che la patologia abbia una base genetica. Questo (intitolato "La genetica dell'anorexia nervosa") sta prendendo in esame 400 famiglie che hanno al loro interno più di un componente vittima della malattia. Gli specialisti sostengono che sia fondamentale sottolineare che la malattia ha radici biologiche, in quanto una errata convinzione sulle cause dell'anorexia nervosa fa sì che i malati e le loro famiglie siano tentate di evitare l'aiuto dei medici per timore di venire giudicati parte di famiglie disturbate. "Una serie di studi recenti su gemelli omozigoti e non - sottolinea Walter Key, professore di psichiatria dell'università di Pittsburgh - hanno evidenziato in modo inequivocabile che i geni giocano un ruolo chiave nello sviluppo della patologia. Del resto moltissime persone si sottopongono a diete ma solo una piccolissima parte, (meno di mezzo punto percentuale), sono colpite da anorexia nervosa.

Basta con i modelli negativi

I servizi devono avere la capacità di costruire con la comunità e nella comunità modelli diversi e positivi di cosa sia salute e cosa sia la cura di sé. Il Friuli Venezia Giulia sta cercando di costruire da una parte nuovi modelli di collaborazione tra scuola, servizi sanitari e sociali, amministrazioni locali, associazionismo ecc. e dall'altra strumenti di informazione destinati agli operatori sanitari e sociali

I disordini del comportamento alimentare e le loro forme più gravi (anoressia e bulimia) sono in costante aumento anche in regione Friuli Venezia Giulia. Si stima una prevalenza di 1,3% di forme gravi e del 6% delle forme più lievi nella fascia di età tra i 15 e il 25 anni.

Studi condotti in altri paesi quali l'Olanda hanno dimostrato che solo una minoranza di queste persone accede ai servizi.

I problemi che un'amministrazione regionale deve affrontare quindi si possono sintetizzare in tre punti. Il primo è rappresentato dalla certezza che la patologia è in aumento, il secondo che è ancora sotto diagnosticata, il terzo che si accede poco alle cure e ai servizi.

Per affrontare il primo tema è indispensabile pianificare interventi di prevenzione attiva. Ma come?

Non ci sono ancora studi convincenti che dimostrino l'efficacia della prevenzione primaria, ma è evidente come alcuni modelli culturali abbiano un peso rilevante.

Si sa che sono proprio alcune professioni che godono ora di grande popolarità (modelle, ballerine, atlete, ecc.) ad essere più a rischio. La spiegazione più convincente dell'aumento dei casi sta proprio nell'intreccio tra modelli culturali diffusi ed enfatizzati dai mass media ed in particolare dalla televisione e l'influsso di questi nell'età adolescenziale.

Non è semplice quindi per il servizio sanitario affrontare un problema di questo tipo proprio perché richiede un approccio a tutto campo. È necessario sviluppare strategie globali che coinvolgano tutte le istituzioni in grado di veicolare verso gli adolescenti nuovi messaggi di salute.

Il primo obiettivo è sicuramente quello di cercare di contrastare modelli negativi. Ma la prevenzione deve però su questo ripensarsi. Non può essere l'approccio didattico e terrorista a prevalere. È ampiamente dimostrato che non aiuta ad essere più informati né influisce sugli stili di vita.

Deve essere invece la capacità dei servizi di costruire con la comunità e nella comunità modelli diversi e positivi di cosa sia salute e cosa sia la cura di sé. La nostra Regione sta cercando di costruire da una parte nuovi modelli di collaborazione tra

scuola, servizi sanitari e sociali, amministrazioni locali, associazionismo ecc. e dall'altra strumenti di informazione destinati agli operatori sanitari e sociali, sviluppati sulla base di evidenze scientifiche e di altre esperienze già in corso. Il secondo tema è di avere la capacità di riconoscere i casi e di saperli affrontare. Si è capaci di vedere quello che si sa. È quindi necessario allertare e formare la "prima linea" (MMG, consultori familiari, pediatri) al saper riconoscere e al saper fare. Troppo spesso è insufficiente la formazione di base e diffusa sui disturbi del comportamento e in generale sui disturbi psichiatrici. Si sa ad esempio quanto sia poco diagnosticata e poco trattata una malattia importante e grave come la depressione. Il terzo punto è quali debbano essere i servizi per far fronte ai casi conclamati e complessi. È evidente che questi servizi devono essere veloci, flessibili, articolati, capaci di fornire risposte personalizzate. In questo caso deve essere attivata una vera rete che possa saper parlare di dieta, ricoverare in un reparto ospedaliero se è necessario, fornire un supporto residenziale adeguato quando serve e così via. Nello stesso tempo questi servizi devono rifuggire dalla tentazione dell'essere l'ennesimo servizio superspecialistico che separa, etichetta e crea stigma. Da sempre la medicina ha la tendenza, di fronte ad un problema, a creare non una soluzione bensì una struttura rigida, "un reparto" dove reparto è sinonimo di divisione.

È proprio questo l'errore da evitare. Su questo terreno siamo in ritardo. Il Piano socio-sanitario triennale del FVG di recente approvato si pone proprio l'obiettivo di rafforzare una modalità di intervento integrato in grado di superare l'attuale eterogeneità della risposta, di promuovere una rete "multidisciplinare di professionisti (tra cui MMG, pediatri, servizi distrettuali...) in grado di cogliere precocemente i primi sintomi, di fare la diagnosi, di valutare il bisogno in termini multiprofessionali e di programmare un intervento personalizzato". La strada non è sicuramente semplice: nessun atto amministrativo o legislativo può garantire l'integrazione dei servizi e una nuova cultura della "presa in carico" attiva delle condizioni di bisogno. Un problema come i disturbi del comportamento alimentare, che agisce con forti pressioni culturali sulla popolazione giovane, deve trovare soluzioni che siano in grado di essere dentro la vita quotidiana e non fuori. Può sembrare uno slogan ma è proprio questa la vera sfida della costruzione di un nuovo modello del prendersi cura e quindi di un nuovo modello di sanità.



Ezio Beltrame

Ezio Beltrame

Assessore alla Salute e Protezione sociale del Friuli Venezia Giulia



Diritto alla vita è diritto alla salute

L'anoressia miete vittime tra giovani e meno giovani, colpisce trasversalmente le classi sociali, ammesso che questa società possa, ancora, essere suddivisa in fasce; incide sulle stesse prospettive di sviluppo, perché - fatte salve rare eccezioni - affonda le radici in modelli di vita che nessun governo può sperare di correggere

La ribalta giornalistica di un problema sociale che ha assunto proporzioni, ormai, allarmanti, è fonte di un dibattito sempre più serrato tra psicologi, medici ed esponenti del mondo politico e delle Istituzioni. L'anoressia è un fenomeno che trascende i confini, tutt'altro che angusti, dei disturbi della personalità; una realtà che non può essere affrontata e combattuta a mezzo dei soli presidi farmacologici o clinici, una piaga che la legge, da sola, non può rimarginare. L'anoressia è tutto questo e, forse, qualche cosa di più: miete vittime tra giovani e meno giovani; colpisce trasversalmente le classi sociali, ammesso che questa società possa, ancora, essere suddivisa in fasce; incide sulle stesse prospettive di sviluppo, perché - fatte salve rare eccezioni - affonda le radici in modelli di vita che nessun governo può sperare di correggere.

E, tuttavia, l'anoressia impone, anche e soprattutto, qualche riflessione di carattere giuridico. In particolare, pone l'operatore del diritto, al quale sfuggono le sfumature psicologiche e sociali del fenomeno, di fronte ad uno dei temi fondanti dell'ordinamento: il diritto alla vita, ovvero, meglio, il diritto di vivere.

L'articolo 2 della nostra Carta Costituzionale afferma che "la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo". Il successivo articolo 32 ci ricorda che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", precisando che soltanto la legge può imporre il trattamento sanitario obbligatorio. Infine, l'articolo 2 della c.d. Convenzione per la Salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali stabilisce che "il diritto di ogni persona alla vita è protetto dalla legge". Viviamo, dunque, in un Paese che riconosce (vale a dire afferma come preesistente allo stesso ordinamento giuridico) il diritto alla vita e la protegge. Viviamo in uno Stato che si impegna a tutelare la salute, considerandola un diritto del singolo, ma anche della collettività.

Dunque, la Repubblica non può restare indifferente a fronte della mattanza indotta dall'anoressia. Deve, piuttosto, intervenire - mediante la legge - sulle manifestazioni patologiche, sapendo (e dichiarando) che la tutela alla salute, a volte, impone interventi coattivi; nell'interesse del singolo, il cui diritto alla vita, oltre che inviolabile, è indispensabile, ma anche nell'interesse dell'intera collettività, che rappresenta l'insieme degli individui che compongono il c.d. corpo sociale.

Una lettura conforme a Costituzione dei principi appena enunciati, ci consente di ricavare una prima, significativa, conclusione: il diritto alla vita ed alla salute si traduce, in una prospettiva di interpretazione dinamica del dettato costituzionale, sul diritto di vivere. E di vivere bene, in salute ed in condizioni idonee a consentire lo svolgimento della personalità.

Fatto il primo passo, il secondo viene da sé.

Una interessante teoria del diritto - la quale, a dire il vero, ha avuto migliore fortuna nei Paesi di Common law - afferma che il Diritto è un gioco. In altri termini, al Diritto dovrebbero applicarsi le regole ed i canoni del gioco (ovviamente, di un gioco serio). In questa prospettiva, è agevole comprendere la simmetria tra diritti e doveri, nonché le implicazioni soggettive che ne derivano.

Al diritto di vivere corrisponde, quindi, il dovere - penalmente assistito da un precetto e da sanzioni - di non togliere la vita; allo stesso modo, il diritto alla salute implica il dovere di non recarle danno. Si noti: l'obbligo vincola tutti, interessato compreso anche se - per ovvie ragioni - la legge ha scelto di non punire chi compie atti autoconservativi. Sono, però, soggetti alla pena tutti coloro che, avendo il dovere di intervenire, omettono di farlo. Parlo dei genitori, che non si curano della evidente degenerazione delle condizioni di salute della figlia minore, che ha cessato di nutrirsi. Alludo ai medici, che talora sottovalutano segnali o sintomi allarmanti. Mi riferisco, insomma, a tutti coloro i quali, investiti della c.d. posizione di garanzia, omettono di fare quanto dovrebbero e, pertanto, si inseriscono nel procedimento di causazione dell'evento dannoso o letale che sia.

Mi rendo conto che può sembrare addirittura stravagante introdurre il tema della responsabilità in una materia così drammatica, quasi a voler aggiungere le stigmate della riprovazione ad una sofferenza molte volte devastante. Nondimeno, per quanto possa apparire sgradevole, è opportuno ricordare che quella responsabilità e quelle (eventuali) pene derivano dalla violazione di principi cardine dell'ordinamento. Ammesso il diritto alla vita ed il diritto alla salute e corredati entrambi di rilevanza sociale, il vincolo di solidarietà si traduce in precetto sanzionato (anche) penalmente, per ricordarci che la vita non è mai rinunciabile e che le omissioni sono inescusabili. In conclusione: so bene che la ricetta per curare l'anoressia non è scritta nei codici, e che la malattia non guarisce nei Tribunali; so, però, che una maggiore consapevolezza dei principi che regolano la nostra vita può aiutarci a capire che il problema è di tutti.



Mauro Anetrini

Avvocato

Specchio, specchio delle mie brame.....

Stimolo di vanità e dolore, lo specchio è considerato da molti colpevole degli squilibri alimentari, dell'autodistruzione inconscia che spinge la persona anoressica a provar disgusto per il cibo

Lo specchio, caro amico e nemico di ogni giorno, odiato ed amato, raccontato nelle fiabe e descritto nei libri di psicologia. Lo specchio, stimolo di vanità ma anche di dolore. Colpevole secondo alcuni degli squilibri alimentari, innocente quando è la percezione che abbiamo di noi stessi la causa di tutto. Immagini, figure, vanità spinte dal consumismo occidentale che condiziona i giovani, manipola le loro menti in funzione di un cliché standardizzato secondo le regole del mercato. Ed allora compaiono le abbuffate alternate al digiuno, il vomito auto-indotto, l'abuso di lassativi e diuretici, ma soprattutto lo stato emotivo inizia a modificarsi in corrispondenza all'oscillazione del peso che deve essere sempre più conforme agli standard televisivi. Alcune ricerche di psichiatria sostengono che esiste un gene specifico responsabile di ogni disordine alimentare, altri affermano che alla base ci sia un abuso sessuale. Gli studi sociali evidenziano altri fattori di rischio quali avere un familiare che soffre, o ha sofferto, di questo disturbo, crescere in una famiglia con difficoltà di comunicare o di espressioni negli affetti o appartenere ad un gruppo "a rischio" per il controllo del peso (ballettine, ginnaste, modelle ecc.). Tra i fat-

tori scatenanti i più significativi sono le diete ferree, la difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti e agli eventi stressanti che la vita impone, non essere in grado di superare le sconfitte come un fallimento amoroso, una bocciatura a scuola, un licenziamento dal lavoro, la perdita di un caro, ecc.

Ma il risultato è quasi sempre l'autodistruzione inconscia provocata dalle distorsioni cognitive e percettive. Chi soffre di anoressia ha una costante sensazione di disgusto verso il cibo. Mangia solo il necessario, l'indispensabile. La realtà è distorta, e il rapportarsi con essa è impossibile. Ma cosa fare, come aiutare queste persone che spesso non si rendono conto della propria malattia? Oggi, alcuni studiosi affermano che le terapie e psicoterapie di lunga durata sono in grado di produrre cambiamenti duraturi. Certo bisogna permettere lo sviluppo di una motivazione, è necessario eliminare i comportamenti non salutari di controllo del peso, ma forse la chiave del problema sta nella prevenzione e nel lavoro culturale necessario affinché i giovani sviluppino capacità critiche e valori più forti di quelli che attualmente caratterizzano la nostra società. Ma dove il comportamento deviante si trasforma in disturbo psicologico e da questo sfocia

in malattia psichiatrica allora è necessario intervenire perché si blocchi il ciclo autodistruttivo anche se non esistono al momento dei farmaci che abbiano una indicazione specifica per la terapia dell'anoressia nervosa. Difficile è quindi intra-



Alessandra Guerra

prendere un trattamento sanitario obbligatorio, indicato solo per pazienti che presentano un reale pericolo di vita. Difficile capire quando la persona coinvolta non è più in grado di intendere e volere. Ma proprio in questi giorni in cui il caso Welby ha fatto discutere sulla necessità di rispettare o meno la volontà del paziente di intraprendere o meno le cure consigliate, è doveroso chiarire quale strategia adottare. Quando in questi pazienti la capacità di giudizio non è alterata il medico deve rispettare la volontà del paziente che rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi? E quando la capacità di giudizio è compromessa come comportarsi nell'applicabilità del trattamento sanitario obbligatorio? Noi, non avendo una cura chiara ed efficace, applicando solo psicoterapie attuabili nel lungo periodo, dobbiamo affrontare il problema sia a livello scientifico e di ricerca ma soprattutto sociale ed etico. Al di là delle problematiche etico-scientifiche, comunque, l'attenzione deve essere rivolta principalmente alla persona nella sua individualità, alle sue fragilità e debolezze, al suo percorso di vita, consapevoli che il sostegno affettivo ed umano assume una fondamentale importanza nella terapia stessa.

Alessandra Guerra

Consigliere regionale Friuli Venezia Giulia

Disturbo dell'immagine corporea

Mediamente, in una giornata siamo bombardati da circa 3.000 messaggi pubblicitari riscontrabili, oltre che in televisione, radio e giornali, anche in strade ed esercizi pubblici: nell'80% di essi, viene utilizzata l'immagine di un corpo eccessivamente magro o troppo muscoloso per veicolare l'informazione commerciale

Se ci chiedessero di parlare d'immagine corporea in genere, o nello specifico della nostra, tenderemmo semplicemente a descrivere il nostro corpo.

La realtà è ben più complessa. Con l'espressione "immagine corporea" non s'intende solamente il corpo così come lo vediamo quando ci troviamo davanti a uno specchio, ma anche e soprattutto la percezione che abbiamo di esso. Esiste quindi la rappresentazione mentale che ognuno ha di sé, ed è principalmente essa a determinare l'autostima dell'individuo. Oggigiorno uomini e donne sono sempre più insoddisfatti del loro fisico e lo considerano un nemico da combattere attraverso diete ed esercizio ginnico incessante. Spesso, un regime alimentare restrittivo non è utilizzato solo quale strumento per perdere peso, ma anche per esorcizzare la paura incontrollabile di diventare grassi.

La bellezza è diventata talmente indispensabile da innescare il meccanismo di una vera e propria malattia che negli Stati Uniti prende il nome di body image disturbance, ovvero: disturbo dell'immagine corporea.

Ormai, non possiamo più tacere esclusivamente le donne quali individui che, per vanità o competizione fra pari, conducono un'esistenza tormentata dal peso e dalle forme corporee sin dalla più tenera età.

Bisogna capire come mai la volontà di vivere in un corpo staturato, si sta diffondendo in ambo i sessi, tanto rapidamente da aver raggiunto dati allarmanti: 60.000 persone ogni anno diventano vittime d'anoressia e bulimia nella sola Inghilterra. Nove milioni di statunitensi, di cui un milione di sesso maschile, soffrono di disturbi alimentari.

L'eccessiva importanza riservata all'immagine corporea è frutto dell'errata convinzione che, per essere socialmente accettati, sia necessario apparire in forma uguale, se non addirittura migliore, a quella dei modelli proposti dai media. Mediamente, in una giornata siamo bombardati da circa 3.000 messaggi pubblicitari riscontrabili, oltre che in televisione, radio e giornali, anche in strade ed esercizi pubblici: nell'80% di essi, viene utilizzata l'immagine di un corpo eccessivamente magro o troppo muscoloso per veicolare l'informazione commerciale.

La mente umana è portata a pensare, o meglio a credere, di non riuscire a reggere un confronto con tali assurdi e finti

modelli: cresce così l'insoddisfazione corporea e il senso d'inadeguatezza rispetto ad essi. Una situazione emotiva a tal punto condizionante può dare il via all'insinuarsi di un disturbo di tipo "percettivo" della propria immagine corporea, indipendente dalla forma corporea stessa: in parole semplici, "vediamo" cose di noi stessi che gli altri non vedono. Diventiamo tanto autocritici da non riuscire a distinguere gli effettivi "nei" da quelli creati esclusivamente dalla nostra mente. In alcuni casi il singolo, pur essendo normo-corporeo, sviluppa una sensazione soggettiva di deformità ed è convinto di essere giudicato dagli altri a causa di questa imperfezione, che lo rende diverso e quindi inferiore.

I mezzi d'informazione possono divenire il motivo dell'interiorizzazione di uno stereotipo di bellezza irraggiungibile e creare, nell'individuo che guarda, un rapporto problematico con il proprio corpo, che determina un'insoddisfazione a volte così profonda da rendere la vita poco gratificante.

In casi estremi, il conflitto tra mente e corpo può dare origine a un vero e proprio disturbo dell'alimentazione, con conseguente controllo del peso mediante pratiche pericolose, quali il digiuno o le condotte di compenso.

I confini tra i disturbi del comportamento alimentare e quelli relativi all'immagine corporea sono spesso complessi da tracciare. Per stabilire in che modo ci si possa difendere o curare, è importante considerare che possa esserci coesistenza tra i due. La perdita di peso nel tentativo di raggiungere l'immagine corporea ideale rappresenta qualcosa che va oltre alla diminuzione di centimetri o chili. Un aumento ponderale determina sensazioni di frustrazione e auto-svalutazione. Un calo, al contrario, aumenta il senso d'autocontrollo, la fiducia personale e l'autostima. Il successo o il fallimento nella sorveglianza del peso diviene un simbolo della capacità di dominare la propria vita. La condotta da seguire per non trovarsi intrappolati in una situazione gravosa sta nello sforzarsi di accettare se stessi, fin dall'adolescenza, per quello che si è, senza tentare di uniformarsi a un ideale fisico arbitrario e poco definito. Il corpo salutare è quello di una persona che segue un'alimentazione equilibrata, supportata da un esercizio fisico adeguato alle proprie attitudini e condizioni fisiche del momento. Il ruolo dell'immagine corporea nella diagnosi e nel trattamento di anoressia e bulimia è vitale.

Valutare l'insoddisfazione corporea può far comprendere allo specialista la fase che il paziente sta vivendo ed assumere un'importanza strategica nel trattamento e assessment di entrambe le patologie.

Emanuel Mian

Psicologo, ricercatore responsabile scientifico "Body-Image" gruppo di ricerca sui disturbi dell'immagine corporea e del comportamento alimentare Parco Scientifico e Tecnologico di Udine

Comportamenti di "controllo" (body e mirror checking)

- Indossare vestiti larghi per non mostrare le forme corporee
- Indossare vestiti stretti per monitorare l'aumento di peso
- Evitare in ogni modo lo specchio/Guardarsi spesso allo specchio
- Pesarsi spesso/Non pesarsi mai
- Sentire o toccare le ossa del corpo
- Desiderare un addome piatto
- Evitare di mostrarsi agli altri per paura del giudizio sul corpo
- Avere la sensazione che gli altri guardino/scrutinino/giudichino il corpo



Tratto da: "Specchi, viaggio all'interno dell'immagine corporea" di E. Mian - edizioni Phasar, 2006

PROBLEMATICHE PER IL PAZIENTE con un disturbo dell'immagine corporea

- **Bassa qualità della vita** (Phillips 1998, Sands 1999)
- **Depressione** (Nierenberg et al., 2002-Keel et al., 2001)
- **Drive for thinness o "corsa alla magrezza"** (Wiederman & Pryor, 1999)
- **Eccessiva influenza della propria immagine corporea sui livelli di autostima ed instabilità nelle relazioni interpersonali** (Williamson & Delin, 2001-Mejboom et al., 1997)
- **Tendenza al suicidio** (Sands, 1999)



Tratto da: "Specchi, viaggio all'interno dell'immagine corporea" di E. Mian - edizioni Phasar, 2006

La famiglia? Un luogo di conflitti

L'anoressia nervosa, tale è l'etichetta diagnostica di questo disturbo nella nosografia psichiatrica, è un problema per il quale come ricercatori siamo impegnati verso la comprensione dei fattori causali biologici e non, e come clinici sul fronte della ottimizzazione delle cure, non solo quelle della fase acuta, ma soprattutto quelle di mantenimento, dal momento che si tratta di una malattia che almeno in una percentuale rilevante dei casi, circa il 70%, ha un forte rischio di ricomparsa dei sintomi dopo l'esordio e il primo episodio, con la possibilità negli anni successivi di cambiamenti del profilo clinico che possono in modo significativo aggravare il decorso e le complicanze fisiche. La prima adolescenza è l'età in cui il rischio di ammalare per le giovani è maggiore. La maggior incidenza di esordi del disturbo si concentra nella fascia di età compresa tra i 13-18 anni, anche se va ricordato che non sono più una rarità alcuni casi di esordi ancora più precoci, prima quindi del menarca. Neppure sono una rarità i casi di anoressici al maschile, nonostante il disturbo si qualifichi ancora nell'immaginario di tutti come una "prerogativa", pur triste, al femminile. È evidente che, proprio perché colpisce gli adolescenti, la malattia investe l'intera famiglia, soprattutto i genitori nel loro ruolo di responsabili e garanti della salute psicofisica dei figli. Spetta ai genitori avviare la ricerca di un percorso diagnostico-terapeutico, spesso estremamente faticoso, che deve essere tempestivamente intrapreso: dal riconoscimento possibilmente precoce dei sintomi, fino all'attuazione di una cura la cui necessità viene molto spesso negata, osteggiata e procrastinata dalla giovane paziente.

La famiglia d'altra parte non è soltanto il "luogo" all'interno del quale si giocano intrecciandosi elementi di conflittualità generazionale, oltre che criticità educative che hanno una loro estensione nella scuola, luogo privilegiato di crescita dell'adolescente nella dimensione della socialità e della comunicazione. La famiglia è anche espressione di un elemento della eziologia della malattia e l'avanzamento delle conoscenze scientifiche attuali ci consente oggi di affermare che i fattori genetici di stampo biologico hanno un ruolo significativo nella predisposizione individuale ad ammalare. Su questa vulnerabilità di tipo genetico si iscrive successivamente poi il ruolo di fattori ambientali la cui presenza e molteplicità contribuisce a "precipitare" il quadro clinico. Non è un caso forse che, a livello mediatico, si tenda a parlare di questi ultimi molto più diffusamente ed estesamente di quanto non vengano diffusi i risultati di studi di biologia molecolare e di imaging cerebrale funzionale che propongono modelli di ereditabilità e identificano aree e circuiti cerebrali malfunzionanti che non sono riconducibili al solo stato di inanizione e deperimento generalizzato dovuto al rifiuto del cibo a al dimagrimento conseguente.

Questi stessi studi sulla familiarità del disturbo del comportamento alimentare ci indicano che si tratta di una predisposizione non limitata a questo disturbo ma si allarga al Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) che spesso nella paziente coesiste all'anoressia ed è presente tra i membri della sua famiglia in modo significativamente maggiore che nella popolazione generale. Ciò rende ragione delle osservazioni risalenti ai primi anni '60 di una lunga serie di elemen-

Nel 70% dei casi l'anoressia è a rischio di ricomparsa per cui occorre ottimizzare le cure soprattutto nella fase del mantenimento.

La prima adolescenza è, per le ragazze, l'età più a rischio

ti di comunanza nei profili personologici e nella qualità delle relazioni interpersonali che caratterizzano le famiglie di queste pazienti. Quello che decenni or sono veniva già descritto e costituiva il substrato per un approccio terapeutico psicologico che coinvolgeva l'intera famiglia, ha oggi riscontri in batterie testali complesse che misurano profili neuropsicologici individuali e rappresentano la base per la qualità delle interazioni, dei comportamenti e delle strategie decisionali vigenti all'interno delle famiglie.

In particolare, parlando di profili neuropsicologici che caratterizzano le pazienti e i loro familiari di primo grado (genitori e fratelli), l'attenzione si focalizza sulle cosiddette funzioni esecutive, ovvero quelle facoltà mentali alle quali è deputata la pianificazione strategica dei comportamenti e delle scelte, la valutazione sotto il profilo emozionale delle motivazioni che costituiscono la base di comportamenti di approccio e ricerca piuttosto che di evitamento.

Si comprende bene che la malattia implica una serie di comportamenti intenzionali e volontari, pur riconosciuti dalle pazienti stesse come irrazionali, sostenuti dalla forte valenza emotiva negativa attribuita al cibo, inteso come minaccia al mantenimento di un certo ideale patologico di immagine corporea. Rispetto a tali comportamenti a volte anche aggressivi, dettati dalla patologia, la famiglia fatica ad assumere un atteggiamento appropriato, specie quando la giovanissima età della paziente suggerisce preferibilmente toni autoritari e giudicanti piuttosto che non un rapporto empatico nei confronti della figlia malata. A maggior ragione quando uno dei genitori presenta tratti di personalità tipo rigidità, freddezza e distacco emotivo e perfezionismo.

Questo è il quadro attuale delle conoscenze all'interno del quale leggere il valore di iniziative anche lodevoli sul piano sociale (tipo la regolamentazione delle caratteristiche di BMI minimo per accedere alle passerelle delle sfilate di moda) volte a ridimensionare la tendenza ad attribuire un valore positivo alla magrezza estrema come espressione del controllo assoluto sugli istinti "bassi" come la fame. Ma l'ipercontrollo patologico, in realtà, è semplicemente il frutto di un'attività di inibizione esagerata di alcuni componenti di circuiti cerebrali deputati all'attivazione di comportamenti "appetitivi" appropriati, per la regolazione e il mantenimento dell'omeostasi energetica dell'individuo.

Il futuro dei programmi terapeutici, soprattutto quelli ad orientamento non farmacologico si giocherà sulla possibilità di applicare programmi di neuro-riabilitazione cognitiva sulle funzioni mentali defettuali riscontrate in queste pazienti, in analogia con quanto già viene fatto per altre patologie neuropsichiatriche.

Laura Bellodi

Professore straordinario di psichiatria presso l'Università Vita - Salute San Raffaele di Milano. Direttore del Centro per i disturbi alimentari e direttore del Centro per i disturbi d'ansia e del Centro per i disturbi ossessivi compulsivi presso l'Istituto Scientifico San Raffaele.

E io faccio la fame

Le ragazze spesso chiedono una dieta ipocalorica a prescindere da qualunque valutazione razionale. Il loro obiettivo è una bellezza non meglio determinata e di fatto solo descrivibile in termini di "effetto" sugli altri. Queste ragazze sono pronte a rimetterci in termini di buona salute, pur di arrivare a essere un qualcosa di non meglio specificato

I cambiamenti di tipo fisico, psicologico e sociale dell'adolescenza rappresentano eventi determinanti per la formazione di un'identità stabile. I più visibili e meglio riconoscibili sono, indubbiamente, quelli fisici che si manifestano nella progressiva trasformazione in un corpo adulto e sessualmente maturo. Aumenta in questo periodo l'interesse degli adolescenti per il proprio corpo, il peso e l'aspetto esteriore che rappresentano il veicolo più importante attraverso il quale mediare la relazione sociale e l'appartenenza al gruppo. I ragazzi sperimentano, soprattutto, l'aumento della propria massa muscolare e la comparsa dei caratteri secondari maschili, mentre, nelle ragazze il processo di modificazione del corpo interessa il seno, le gambe, i fianchi. In particolare in questi distretti corporei femminili si assiste ad un normale aumento del grasso corporeo; ciò talvolta provoca insoddisfazione per il conflitto con l'ideale di corpo perfetto e, soprattutto, magro. Spesso l'adolescente si trova impreparato ad attribuire un significato ai cambiamenti in atto e risulta, quindi, necessario fare ricorso alle norme, agli ideali e ai valori della cultura dominante per delineare gli standard di bellezza ed adeguatezza che inevitabilmente condizionano la percezione del proprio corpo. Il modello culturale di riferimento è divulgato attraverso messaggi vei-

colati da riviste, films, televisione e pubblicità (media) che riconducono il rispetto e l'amabilità di una persona alla "perfetta forma fisica". Essere magre assume, così, il significato di corrispondere all'ideale di magrezza propagandato dalla moda (un'identità standardizzata) e insieme rinnegare le caratteristiche femminili del corpo, sentite come poco rispondenti ai requisiti di forza ed efficacia, che così spesso si richiedono alla donna di successo odierna. Una situazione del genere contribuisce alla comparsa dei disturbi del comportamento alimentare che interessano anche il mondo maschile, seppure in minoranza, evidenziando l'evoluzione di un contesto culturale che riduce sempre più le differenze tra i ruoli maschili e femminili. Il mondo femminile è maggiormente soggetto a queste patologie poiché si sottopone più frequentemente a diete, spesso "fai da te", che aumentano la probabilità di sviluppare disturbi dell'alimentazione. Nella pratica dell'ambulatorio di scienza dell'alimentazione i concetti generati si trasformano in nomi e cognomi, in dettagli di vita vissuta che difficilmente lasciano indifferenti. Ho sperimentato più volte che le ragazze adolescenti richiedono la dieta (intesa come regime ipocalorico) a prescindere da qualunque valutazione razionale. Il loro obiettivo, mi è sembrato, è una bellezza non meglio determinata e di fatto solo

descrivibile in termini di "effetto" sugli altri. Queste ragazze sono disposte ad accettare qualunque alchimia nutrizionale nonostante siano molto ben informate sui cardini di una sana alimentazione e della classificazione del peso corporeo. Nonostante queste conoscenze sono pronte a rimetterci, consapevolmente, in termini di buona salute pur di arrivare a essere un qualcosa non meglio specificato. Nei loro sguardi intravedo una determinazione che lascia sgomenti, facendo intendere che se non saranno accontentate faranno a modo loro, cioè faranno come hanno sempre fatto: fare la fame. Le famiglie rivolgendosi dallo specialista tentano un precario compromesso tra le manifeste esigenze irragionevoli delle loro figlie e la tutela della salute. Posso immaginare che pur avendo discusso (litigato) mille volte con le loro figlie non sono più in grado di trovare una soluzione o, al peggio, imporre un antiquato "no" secco a richieste assurde e pericolose. Queste famiglie si sono arrese senza condizioni alle loro figlie e tentano di delegare un enorme problema familiare, sociale e relazionale al nutrizionista che, naturalmente, può fare ben poco e in molti casi niente. Queste esperienze, seppur parziali e riferite ad uno specifico ambito, mi hanno fatto pensare all'estrema debolezza di queste famiglie che si contrappongono alla enorme forza ricattatrice delle adolescenti. Si badi bene che il più delle volte si tratta di famiglie di elevato livello socio-culturale, il che dovrebbe significare buone frequentazioni, libri, tv tematiche, viaggi e quant'altro. È evidente che a queste adolescenti tutto questo appare insignificante e preferiscono il facile gioco dell'apparire quale che sia il prezzo da pagare. Sembra, con tutte le cautele e considerazioni del caso, che la stupidità sia preferita a qualunque altra cosa. Non più rivoluzione contro i genitori ipocriti e bacchettoni, non più ribellione allo status quo, niente voglia di Beat generation, Beatles e Rolling Stones ma solo la fredda determinazione per un nulla patinato. Mi chiedo quando è iniziato tutto questo e soprattutto quando finirà.

Mauro Destino

Specialista in scienza dell'alimentazione
CRN - Centro Ricerche Nutrizionale



L'ostinata ricerca della magrezza

L'anoressia insorge tipicamente nell'adolescenza, anche se sono sempre più numerosi i casi di insorgenza più precoce, intorno ai 10 anni. La necessità di conformarsi a modelli proposti dalla nostra società induce molti adolescenti ad identificarsi con i personaggi che rappresentano il successo e la sicurezza di sé

L'anoressia nervosa è caratterizzata da una progressiva perdita di peso dovuta ad una notevole riduzione dell'apporto calorico, da un'ostinata ricerca della magrezza, da una patologica paura di ingrassare e dalla presenza di amenorrea prolungata. Per una diagnosi di anoressia, il peso deve essere ridotto di almeno il 15% rispetto al peso ideale, oppure deve esserci un indice di massa corporea (BMI) uguale o inferiore a 17.5. È comunque importante valutare l'entità della variazione del peso e la rapidità con cui la riduzione di peso è ottenuta. L'anoressia insorge tipicamente nell'adolescenza, anche se sono sempre più numerosi i casi di insorgenza più precoce, intorno ai 10 anni. L'età giovanile è di per sé connotata dai tipici problemi dello sviluppo, dalla ricerca di un'autonomia e dell'identità personale: l'anoressia è una espressione di difficoltà in questo ambito. La necessità di conformarsi a modelli proposti dalla nostra società induce molti adolescenti ad identificarsi con i personaggi che rappresentano il successo e la sicurezza di sé. Per molte ragazze il desiderio di emulare la linea delle modelle è una spinta ad adottare comportamenti di restrizione alimentare e ad entrare in conflitto con i limiti biologici a mantenere una stabile riduzione di peso. Un aspetto rilevante della anoressia è la negazione della malattia: la paziente non riconosce il proprio comportamento come patologico. Con il termine "egosintonia" si indica che la rappresentazione che la paziente ha di se stessa è quella di una condizione normale o desiderabile, comunque non malata. Ciò contrasta con l'impressione che gli altri hanno: anche nel campo della moda, se una decisa magrezza nell'ambito della moda è tollerata ed anche ammirata, oltre determinati limiti la ragazza inizia ad essere esclusa e comunque non più all'interno di una normalità, che se pur estrema, è però condivisa. Le pazienti vivono inizialmente i propri comportamenti come un tentativo per risolvere i propri problemi. La perdita di peso è vissuta come una straordinaria conquista ottenuta con ferrea autodisciplina e l'aumento di peso come inaccettabile perdita della capacità di controllo. A causa dell'aumento della fame, la paura di ingrassare tende ad aumentare con la diminuzione di peso. Molte pazienti effettuano esercizio fisico estremo e altre mettono in atto comportamenti di eliminazione come il vomito o l'abuso di lassativi. Si distinguono infatti due sottogruppi diagnostici: il tipo restrittivo, in cui la dimi-

nuzione di peso è ottenuta con la riduzione dell'apporto alimentare ed, eventualmente, con iperattività fisica, e il tipo con crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione, in cui si presentano crisi bulimiche, vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici. Le pazienti anoressiche sono spesso adolescenti perfezioniste e competitive, con una identità che si appoggia sulla considerazione che riescono a suscitare negli altri. Coscienti e impegnate a ottenere il massimo, sono in genere molto preoccupate per il rendimento scolastico e per ogni altra prestazione che si trovano ad affrontare. L'anoressia inizia spesso in modo graduale e insidioso con una progressiva riduzione dell'introito alimentare iniziata per motivi diversi: una dieta ipocalorica per motivi estetici, generiche difficoltà digestive, malattie, interventi chirurgici; nel periodo che precede l'esordio si rilevano in molti casi significativi eventi stressanti o cambiamenti di vita. La riduzione dell'apporto calorico può essere realizzata attraverso una riduzione progressiva delle porzioni o attraverso l'eliminazione drastica dei cibi maggiormente ipercalorici. Spesso accade che i familiari si accorgano del problema soltanto dopo molto tempo, quando la ragazza è dimagrita di molti chili. Con il progredire del disturbo si manifesta una continua e ossessiva presenza del cibo al centro di ogni pensiero. Si parla di "ideazione prevalente" sul cibo: molte pazienti collezionano ricette, contano le calorie, impiegano ore a mangiare e tagliano il cibo in minuti pezzetti; alcune cucinano preparazioni molto elaborate, preoccupandosi dell'alimentazione dei familiari. Le pazienti diventano più irritabili, depresse e spesso sviluppano un'ossessione per la pulizia, per l'ordine, per gli orari. Il rapporto con i familiari diventa teso e difficile, talvolta francamente ostile. I tentativi di convincere la paziente a mangiare hanno di solito l'effetto di rinforzare i propositi di digiuno e aumentare la spinta all'isolamento sociale. Altre volte i rapporti familiari sono rigidi, formalmente corretti e l'atmosfera familiare è carica di aggressività latente. Alcuni studi hanno osservato che l'iper-criticismo da parte dei familiari influenza negativamente il trattamento. Le pazienti che fanno ricorso al vomito autoprovocato o all'abuso di lassativi e diuretici presentano complicanze mediche più frequenti. Ad esempio, si manifestano irritazioni a carico delle mucose faringee, esofagee e buccali e carie dentarie. A volte è il dentista che si accorge per primo del problema. Anche se possono esserci alcuni casi che presentano una durata di malattia di solo alcuni mesi, l'anoressia presenta spesso un andamento cronico, talvolta con recupero di peso e successive ricadute nel corso degli anni. Una percentuale di pazienti superiore al 50% presenta una remissione del disturbo, mentre la cronicizzazione si rileva in un 20% dei casi. La mortalità è in media del 5% ed è dovuta alle complicanze legate alla denutrizione, agli squilibri elettrolitici e al suicidio.

Matteo Balestrieri

Professore ordinario di psichiatria presso l'università degli Studi di Udine, direttore della clinica psichiatrica del Policlinico Universitario di Udine, direttore della scuola di specializzazione e presidente del corso di laurea



Quando il cibo alimenta il sé

L'alimentazione in eccesso e il recupero del peso vengono favoriti dalle modificazioni neuroendocrine determinate dalla restrizione alimentare e dal decremento ponderale, che inducono entrambi un aumento della fame e una riduzione della sazietà. Dieta ferrea e decremento ponderale possono anche portare allo sviluppo di depressione, ansia, irritabilità che, a loro volta, scatenano le abbuffate

In passato, la ricerca clinica aveva cercato di individuare un unico fattore come possibile responsabile dei disturbi alimentari; attualmente, si ritiene che un complesso insieme di aspetti biologici, individuali e socioculturali concorra a formare i fattori di rischio, i fattori precipitanti e di mantenimento di tali disturbi. I fattori di rischio sono condizioni antecedenti al disturbo, che aumentano la probabilità del suo sviluppo. Dalle ricerche attuali, sembra che tali condizioni vadano rintracciate nella compresenza di una predisposizione genetica e di un ampio numero di agenti ambientali. Tra questi ultimi, distinguiamo quelli generali (sesso femminile, adolescenza o prima età adulta, vivere nella società occidentale), quelli specifici (fare diete, disturbi dell'alimentazione in famiglia) e quelli generici (bassa valutazione di sé, abuso di sostanze). I fattori precipitanti sono situazioni che si verificano nell'anno che precede l'esordio del disturbo e agiscono attivando lo schema di autovalutazione disfunzionale formatosi per il concorso combinato dei fattori di rischio (cambio di città, interruzione di una relazione sentimentale, fallimenti scolastici, lavorativi). I fattori di mantenimento del disturbo si distinguono in standard (schema di autovalutazione disfunzionale, preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, rinforzi positivi e negativi, comportamenti di controllo dell'alimentazione, vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo) e aggiuntivi (perfezionismo clinico, bassa autostima, intolleranza alle emozioni).

La teoria cognitivo-comportamentale sostiene che il meccanismo centrale di mantenimento della bulimia nervosa è uno schema disfunzionale di autovalutazione e che da esso derivano le altre caratteristiche cliniche del disturbo (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto). In condizioni di normalità, le persone si valutano in base alla percezione delle proprie prestazioni in una varietà di domini della propria vita; al contrario, le persone affette da disturbi dell'alimentazione giudicano il proprio valore sulla base soprattutto del grado di controllo che esercitano sull'alimentazione o sul peso o sulle forme corporee. Di seguito analizzeremo il ruolo di alcuni di questi fattori. Le persone affette da bulimia nervosa hanno caratteri-

stici pensieri automatici su alimentazione, peso e forme corporee che non dipendono da processi di ragionamento, ma si verificano in concomitanza di esperienze capaci di attivare lo schema di autovalutazione disfunzionale. Ad es., una persona affetta da bulimia nervosa se mangia un dolce può pensare in modo automatico "Ho perso il controllo, ingrasserò come una botte" e inizia a rimuginare sul fatto che ha mangiato troppo, che deve avere più controllo e che l'unico modo per recuperare la situazione è saltare il pasto successivo. Pensieri e preoccupazioni persistenti mantengono attivo lo schema di autovalutazione disfunzionale che, a sua volta, produce pensieri e preoccupazioni, il che crea un circolo vizioso che agisce come una specie di blocco del funzionamento mentale. Ciò che mantiene lo schema di autovalutazione disfunzionale in uno stato di continua attivazione sono soprattutto i rinforzi positivi che la persona ottiene quando controlla l'alimentazione, ad esempio i commenti positivi ricevuti dagli altri se e quando riesce a perdere peso. Anche l'esercizio fisico eccessivo mantiene il disturbo bulimico, perché aumenta la preoccupazione per il peso e la forma corporea; favorisce inoltre l'isolamento sociale, perché viene eseguito in solitudine; produce euforia, sensazione di controllo e benessere psicofisico che la persona può ricercare quando sperimenta emozioni negative. Un comportamento caratteristico delle persone affette da bulimia nervosa è l'abbuffata. Anche se sembra controintuitivo, numerosi studi hanno evidenziato che la principale causa delle abbuffate è il tentativo di restringere l'alimentazione. Il controllo rigido di ciò e di quanto mangiare porta il paziente bulimico a compiere piccole trasgressioni che, se si verificano, favoriscono l'abbuffata, la quale viene perseguita senza troppe angosce con l'idea di potere tornare successivamente a esercitare il controllo. Spesso, la modalità di pensiero sottostante a questo comportamento è del tipo "tutto o nulla" come: "Ormai ho rotto la dieta, tanto vale che mi abbuffi e poi potrò liberarmi di tutto il cibo con il vomito". L'alimentazione in eccesso e il recupero del peso vengono favoriti dalle modificazioni neuroendocrine determinate dalla restrizione alimentare e dal decremento ponderale, che inducono entrambi

un aumento della fame e una riduzione della sazietà. Dieta ferrea e decremento ponderale possono anche portare allo sviluppo di emozioni negative (depressione, ansia, irritabilità) che, a loro volta, scatenano le abbuffate, utilizzate in questo caso per modulare stati emotivi intollerabili.

In alcune pazienti con bulimia nervosa si possono osservare uno o più processi di mantenimento aggiuntivi che ostacolano la guarigione: il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare, l'intolleranza alle emozioni e i problemi interpersonali. Il perfezionismo clinico è la tendenza dell'individuo a giudicare se stesso in modo predominante o esclusivo rispetto al fatto di riuscire a raggiungere standard eccessivamente esigenti in almeno un dominio della vita (scuola, lavoro, sport, relazioni), nonostante le conseguenze avverse che ciò comporta. Quando il perfezionismo clinico coesiste con la bulimia nervosa, si verifica un'interazione tra le due forme di psicopatologia e gli standard perfezionistici si focalizzano sul controllo dell'alimentazione, del peso e delle forme corporee. Come in altre espressioni del perfezionismo clinico, sono presenti la paura del fallimento (paura di ingrassare), i comportamenti di controllo della prestazione (contare le calorie) e l'autocritica se non si raggiungono gli standard autoimposti (non riuscire a seguire la dieta). La bassa autostima nucleare caratterizza quelle pazienti bulimiche che hanno una visione di sé negativa, incondizionata e pervasiva. Essa rappresenta una costituente permanente dell'identità e ostacola il cambiamento, in quanto crea senso di impotenza e sfiducia sulla possibilità di cambiare, spingendo la paziente a raggiungere il successo nel controllo dell'alimentazione, del peso e delle forme corporee piuttosto che nell'adesione al trattamento (Baruffi, Colombo e Goldwurm, 2005). L'intolleranza alle emozioni consiste nell'incapacità di gestire in modo adeguato gli stati emotivi negativi come rabbia, ansia e depressione. La persona adotta comportamenti disfunzionali di modulazione dell'umore (autolesionismo, sostanze psicoattive) che riducono la consapevolezza dello stato emotivo e dei pensieri a esso associati. Queste pazienti possono usare l'abbuffata, il vomito o l'esercizio fisico eccessivo come mezzi

RICERCATORI ITALIANI SPIEGANO COME IL CERVELLO 'DEFORMA' IMMAGINE CORPO

SCOPERTE LE DUE AREE CEREBRALI ADIBITE A RICONOSCERE INTEGRITÀ E INDIVIDUALITÀ DEL CORPO E AD ELABORARNE LE AZIONI

I ricercatori italiani hanno chiarito il meccanismo cerebrale per cui ci si vede grassi anche quando si è in piena forma. Ovvero uno dei problemi alla base dell'anoressia nervosa. Un gruppo di ricercatori della Fondazione Santa Lucia e del dipartimento di Psicologia dell'Università La Sapienza di Roma, hanno scoperto che sono la Extrastriate Body Area (Eba) e la corteccia premotoria ventrale (cPMv) le due zone del cervello incaricate, rispettivamente, di riconoscere l'integrità e l'individualità del corpo e di elaborarne le azioni. Se si osserva qualcuno che si muove, dunque, il nostro cervello mette in moto due tipi di codifica: se uno dei due o entrambi non vanno a buon fine si altera la rappresentazione mentale del corpo e l'immagine che il cervello ci suggerisce non corrisponde a quella reale, soprattutto quando si tratta della nostra. Questa la spiegazione degli esperti su Natural Science. Quando si osserva un corpo entrano pertanto in gioco due sistemi neurali specializzati e separati: il primo si occupa di individuare chi compie l'azione, il secondo in che modo questa azione è eseguita. Per evidenziare la separazione fra le due aree del cervello e le due funzioni è stata utilizzata la tecnica non invasiva della stimolazione magnetica transcranica (Tms) ripetitiva, capace di indurre, transitoriamente, una lesione virtuale. Alcune lesioni cerebrali possono indurre la percezione che una determinata parte del nostro corpo appartenga ad altri individui, oppure, rendere incapaci di riconoscere volti noti o comprendere e programmare azioni; analogamente nell'anoressia nervosa, la persona ha un'alterata percezione del proprio corpo e si vede in sovrappeso anche se è denutrita e drammaticamente magra. Sono condizioni patologiche che interessano sia l'ambito neurologico sia quello psichiatrico: anche se molto differenti tra loro, è stato ipotizzato - sottolineano i ricercatori - che esse abbiano in comune tra loro un'alterazione, funzionale o strutturale, di regioni cerebrali dedicate alla cosiddetta immagine corporea. Era già noto che a elaborare molte delle informazioni trasmesse dal corpo fossero circuiti cerebrali parzialmente diversi ma solamente adesso è stato dimostrato che il cervello opera una dissociazione anche tra l'identità di un corpo e l'azione compiuta da esso. "Una conoscenza migliore delle strutture corticali implicate nella codifica dei diversi aspetti del corpo - sottolinea Salvatore Maria Aglioti - può contribuire, almeno in teoria, alla messa a punto di piani riabilitativi più efficaci contro le patologie che provocano un'alterata rappresentazione del proprio corpo in ambito neurologico e psichiatrico."

abituale di modulazione dell'umore, producendo un processo aggiuntivo di mantenimento del disturbo. Infine, alcune pazienti affette da bulimia nervosa manifestano problematiche interpersonali: le tensioni familiari vissute da una giovane paziente bulimica possono aumentare la resistenza a riprendere un'alimentazione corretta, riflettendo un meccanismo di intensificazione della necessità di controllo che si esprime appunto nell'aumento della restrizione dietetica. Anche vivere in famiglie dove è presente un altro membro con un disturbo dell'alimentazione oppure esercitare professioni in cui è forte la pressione ad essere magri possono a loro volta accentuare la preoccupazione nei confronti dell'alimentazione, del peso e delle forme corporee, minando l'autostima e favorendo lo sviluppo di emozioni negative, che a loro volta sono meccanismi di mantenimento aggiuntivi. Nell'ambito della teoria cognitivo-comportamentale, è stato messo a punto uno specifico trattamento dei disturbi alimentari. Il modello più utilizzato nel trattamento della bulimia nervosa è quello di Fairburn, strutturato in tre fasi: nella prima, si utilizzano tecniche comportamentali per sostituire le abbuffate con un pattern regolare di alimentazione e il ricorso ad attività alternative; nella seconda, si mira a rendere stabile il comportamento alimentare attraverso la normalizzazione delle porzioni e la scelta della qualità degli alimenti, eliminando quindi la restrizione alimentare; insieme, viene implementato un intervento cognitivo per modificare le distorsioni del pensiero al riguardo; nella terza, l'enfasi è posta sul mantenimento del cambiamento. Secondo Fairburn, il disturbo alimentare è mantenuto dall'interazione autoperpetuante di bassa autostima, estrema preoccupazione per il peso e le forme corporee, dieta ferrea, abbuffate, vomito autoindotto. Nella sua visione, la scarsa valutazione di sé può portare a usare la magrezza quale parametro principale per valutare se stessi, sia per motivi sociali, dato che spesso la perdita di peso è una condotta socialmente rinforzata, sia individuali, poiché il peso e le forme corporee sono più facilmente passibili di controllo rispetto ad altri aspetti della vita. Così, con gli anni, la persona tenderà a giudicare il proprio valore prevalentemente in funzione del peso e delle forme corporee e manifesterà una continua preoccupazione a tenerli sotto controllo attraverso diversi comportamenti (dieta ferrea, vomito autoindotto, controllo del peso). A ciò si aggiunge il perfezionismo e il pensiero dicotomico. Il perfezionismo porta le pazienti bulimiche a imporsi obiettivi ambiziosi, che generano frustrazione ogni volta che non vengono raggiunti. L'alimentazione è ovviamente solo uno degli ambiti in cui esso può estrinsecarsi ma, essendo più facilmente soggetto al

controllo, è probabilmente quello su cui sono riposte le aspettative maggiori. La tendenza al pensiero dicotomico si esprime sia attraverso l'estrema rigidità di giudizio su se stesse, sia riguardo alla capacità di seguire un regime alimentare con caratteristiche estremamente definite. Anche minime trasgressioni rispetto al regime dietetico prefissato conducono a considerare fallimentare tutta l'impalcatura alimentare costruita e quindi a svalutare e considerare inutile ogni tentativo di rimedio all'errore di percorso. Il risultato finale di ogni perdita di controllo sul cibo è il rinforzo della bassa stima di sé e delle angosce riguardo al peso e al corpo. Obiezioni al modello di Fairburn vengono da nuove proposte di terapia cognitivo-comportamentale che pongono l'accento sui fattori emotivi. Molte pazienti con bulimia nervosa non seguono regolarmente rigide restrizioni alimentari e le abbuffate avvengono anche senza diete o pratiche compensatorie; il che chiama in causa l'intervento di fattori diversi da quelli specificamente connessi agli effetti del controllo calorico. Inoltre, molte pazienti descrivono come antecedenti delle abbuffate stress emotivi piuttosto che appetitivi. A supporto delle osservazioni cliniche circa l'importanza dei fattori emotivi nella genesi e nel mantenimento dei comportamenti di abbuffata, sono state condotte verifiche sperimentali. Meyer, Waller e Waters (1998) hanno mostrato che nelle pazienti bulimiche la fame associata a una deflessione dell'umore ha più probabilità di tradursi in un'abbuffata, mentre il livello di fame precedente all'abbuffata è in genere inferiore a quello che precede episodi di alimentazione normale. Inoltre, le ricerche hanno evidenziato come le pazienti bulimiche riportino più frequentemente stati emotivi negativi prima delle abbuffate piuttosto che prima dei pasti normali. Infine, studi di correlazione hanno evidenziato come comportamenti di tipo compensatorio e perdite di controllo con conseguenti abbuffate sono in stretto rapporto con una polarizzazione dell'attenzione incentrata su stimoli riguardanti l'autostima ed emozioni negative. Pertanto, le ricerche più recenti evidenziano l'esistenza di uno stretto rapporto tra stati emotivi negativi, inclusi i fattori legati all'autostima, e perdita di controllo sul cibo.

Tiziana Aureli

Professore straordinario,
dipartimento di scienze biomediche,
Facoltà di psicologia Università degli studi
"G. d'A" di Chieti-Pescara

Elisabetta Bascelli

dipartimento di scienze biomediche
Facoltà di psicologia Università degli studi
"G. d'A" di Chieti-Pescara

Binge eating disorder o disturbo da alimentazione incontrollata

Un problema subdolo e misconosciuto

L'ingestione di cibo può iniziare anche in assenza di fame ed è seguita da grande disagio. Alcune persone non fanno delle abbuffate ma mangiano quasi in continuazione nell'arco della giornata senza riuscire a smettere. Alimentandosi in eccesso, il 90% dei soggetti colpiti da DAI è obeso. Si calcola che i problemi di binge eating riguardino l'1-3% della popolazione generale ma la percentuale aumenta al 30% nei soggetti che si rivolgono agli ambulatori specialistici per la cura dell'obesità

Francesca, 35 anni, da sempre un po' sovrappeso, ora è francamente obesa. Non si piace. Non ha più vestiti da mettersi, non sale più sulla bilancia, non entra nei negozi di abbigliamento perché teme gli sguardi o i commenti delle commesse ed evita lo specchio.

Da qualche mese, quando alle 16 lascia l'ufficio, pur avendo pranzato normalmente, va incontro ad un rituale che la disgusta ma che non riesce a controllare. Si reca in una gastronomia o in un supermercato e compra cibi salati e/o dolci, in quantità, ad esempio, due porzioni di cannelloni, una pizza e/o delle paste. Rientrata a casa, ha a disposizione circa un'ora prima che i figli tornino dalle loro attività pomeridiane. In quel periodo, in solitudine e con l'orecchio teso a cogliere il rumore di qualcuno che rientri prima del solito, e possa scoprirla, Francesca riesce a finire tutto il cibo, mangiandolo con rapidità, senza veramente gustarlo. Alla fine si sente del tutto piena, troppo piena. Allora vorrebbe non essersi abbuffata, prova un grande senso di vergogna e di disgusto. All'inizio cercava di resistere ma ora non ci prova nemmeno: è qualcosa di più forte di lei. Tutto è iniziato circa due anni fa dopo tre mesi di dieta ed in un periodo in cui aveva grosse difficoltà al lavoro, nel senso che si sentiva poco considerata. Un problema che in buona parte persiste ancora. Francesca è naturalmente preoccupata per il suo peso, dovrebbe innanzitutto fare più movimento. Una volta andava spesso a correre ma ora le manca il fiato, o le fanno male le caviglie.

Correre è diventato praticamente impossibile. All'ultimo controllo del sangue il medico di famiglia, sottolineando in rosso l'aumento della glicemia, le ha detto: "Signora mia, questi valori sono da pre-diabete, dovrebbe proprio dimagrirmi una volta per tutte. L'anno scorso era un po' calata di peso ma mi sembra che abbia recuperato tutto e con gli interessi". La storia di Francesca indica la presenza di un disturbo del comportamento alimentare di tipo binge eating, o da alimentazione incontrollata (DAI), caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate, (e cioè di ingestione di quantità di cibo superiori a quelle che la maggior parte delle persone consumerebbe in circostanze analoghe) associati a perdita di controllo (la sensazione di non potersi fermare o di decidere quando smettere). L'ingestione di cibo può iniziare anche in assenza di fame ed è seguita da grande disagio.

Alcune persone non fanno delle abbuffate, come nel caso di Francesca, ma mangiano quasi in continuazione nell'arco della giornata senza riuscire a smettere. Alimentandosi in eccesso il 90% dei soggetti con DAI è obeso.

Si calcola che i problemi di binge eating riguardino l'1-3% della popolazione generale ma la percentuale aumenta al 30% nei soggetti che si rivolgono agli ambulatori specialistici per la cura dell'obesità.

L'età più frequente di insorgenza del DAI è intorno ai 25-35 anni ma ci sono casi precoci che compaiono nell'adolescenza o anche in età pre-adolescenziale. I meccanismi che portano al disturbo non sono chiaramente definiti e richiedono ulteriori studi. Come nel caso di Francesca, una dieta è spesso all'origine del DAI e ne precede l'insorgenza, in altri casi soprattutto nei soggetti più giovani il DAI può iniziare senza precedenti restrizioni dietetiche.

In ogni caso il problema può insorgere in risposta ad un difficile riconoscimento o gestione delle emozioni e/o dello stress o a disagio psicologico di vario tipo (ansia, depressione, ecc.), a disturbi di personalità, a relazioni personali problematiche o a situazioni di vita difficili. Nella genesi del DAI potrebbero essere coinvolte anche alterazioni biologiche ad esempio a livello dei processi di regolazione della fame e della sazietà. Vi sarebbe inoltre una predisposizione familiare. I soggetti con DAI, inibiti dalla vergogna per il loro peso ed il loro comportamento, hanno difficoltà a cercare aiuto, oppure affrontano solo il problema del sovrappeso ma non quello dell'alimentazione incontrollata.

In genere aderiscono a programmi che prevedono diete molto rigide e verifiche frequenti del peso da parte degli specialisti, delegando quindi ad altri il problema della mancanza di controllo. Una volta a dieta tuttavia i soggetti con DAI vanno incontro facilmente a processi di disinibizione (rottura della restrizione dietetica) e tendono ad abbandonare la terapia più frequentemente dei soggetti obesi senza DAI: La restrizione dietetica rigida non è quindi efficace né al controllo del peso a lungo termine, né alla risoluzione dei comportamenti alimentari problematici ma anzi può contribuire ad aggravare la perdita di controllo.

La restrizione calorica tuttavia non è sempre e del tutto controindicata purché sia moderata ed equilibrata dal punto di vista nutrizionale e della distribuzione dei pasti ed introduca cambiamenti gradualmente. In molti casi un supporto psicologico è auspicabile anche con l'obiettivo di affrontare i pensieri distorti (sul peso e le forme corporee, l'alimentazione o gli obiettivi irrealistici di calo di peso), la generalizzazione dei pensieri negativi ad altre aree del sé o la difficile regolazione delle emozioni che sostengono il disturbo. Interventi di terapia di gruppo guidati possono essere efficaci in quanto forniscono reciproco supporto, condivisione e scambio.

In conclusione le persone con DAI presentano una condizione di sovrappeso con importanti ricadute sia sul piano fisico, sia su quello psicologico, che può sicuramente beneficiare di un trattamento articolato che affronti le diverse componenti del disagio.

Roberta Situlin

Ricercatrice servizio di dietologia e nutrizione clinica,
ospedale di Cattinara -TS

Le necesssità del corpo

Le due principali disturbi dell'alimentazione, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, sono entrambi caratterizzati da stereotipia clinica, prevalenza nel sesso femminile ed epoca di insorgenza caratteristica

I disturbi della condotta alimentare (DCA) costituiscono uno dei più importanti problemi psichiatrici dell'età adolescenziale per la loro gravità, per la particolare complessità clinico-gestionale, anche a livello familiare, per l'alto impatto sociale e per la loro crescente prevalenza nel mondo occidentale ed individualizzato. Si è assistito ad un incremento dei DCA nel dopoguerra; nella fascia d'età 12-25 anni la prevalenza dell'anoressia nervosa è oggi calcolata 3 su 1000, con rapporto maschi/femmine 1:10. Sembra che solo 1 su 3 pazienti anoressici acceda a centri specialistici. La complessità di queste malattie è soprattutto legata alla compromissione multisistemica ed all'associazione di problemi psichiatrici ed organici; ne consegue quindi anche una particolare complessità della presa in carico, che deve essere integrata e duratura. La gravità deve essere considerata sia dal punto di vista prettamente sanitario, per il rischio di vita o di cronicizzazione, sia dal punto di vista del carico assistenziale molto elevato e del relativo costo sociale ed economico. I due principali disturbi dell'alimentazione, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, sono entrambi caratterizzati da stereotipia clinica, prevalenza nel sesso femminile ed epoca di insorgenza caratteristica.

L'anoressia nervosa, il disturbo più grave ed invalidante, è noto da maggior tempo: in una adolescente o giovane donna l'alterazione del comportamento alimentare è sempre associata a dimagrimento ed amenorrea. Il nucleo centrale del disturbo psicopatologico consiste nell'intensa paura di diventare obesi, unitamente a significativa ed eccessiva perdita di peso non associata ad alcun disturbo fisico primario.

L'individuazione precoce dell'anoressia nervosa è fondamentale e si deve avvalere soprattutto della collaborazione dei medici di base e dei pediatri di libera scelta; è basata sui criteri diagnostici di classificazione psichiatrica secondo l'approccio categoriale descrittivo sia dell'O.M.S. che dell'Associazione Psichiatrica Americana. L'aspetto principale è il rifiuto a mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per età e statura, con perdita di peso autoindotta o mancato aumento per i bambini, e scarto di almeno il 15% dalla normalità. L'intensa paura di ingrassare, pur essendo sottopeso, si associa da una parte alla percezione di sé come troppo grassi e dall'altra al diniego della gravità della perdita di peso. L'amenorrea, per le ragazze che hanno già avuto il menarca, deve essere di almeno tre cicli mestruali consecutivi; è dovuta al disturbo endocrino che coinvolge l'asse ipotalamo- ipofisi-gonadi.

La classificazione americana considera due sottotipi: quello restrittivo e quello bulimico. Nel primo la perdita di peso è primariamente ottenuta con restrizione dietetica, digiuno e attività fisica eccessiva; nel secondo sottotipo, ora più frequente,

vi possono essere frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti di svuotamento, come vomito autoindotto ed uso improprio di lassativi e diuretici.

Il profilo comportamentale e personale delle ragazze anoressiche è ben noto: l'incredibile capacità di negare la fame e tollerare la denutrizione, l'interesse ossessivo per gli aspetti calorici e nutritivi della dieta, la distorsione della percezione della propria immagine corporea, l'esagerata importanza data all'attività motoria ed una tendenza all'iperattività non solo fisica ma anche intellettuale, più spesso in assenza di alterazione dell'umore. Spesso il profitto scolastico è buono, con tendenza al perfezionismo ed all'intellettualismo; vi è rifiuto della sessualità e del corpo adulto e frequentemente si riscontrano tratti ossessivi della personalità. Altrettanto ben noto è l'aspetto fisico delle ragazze anoressiche: importante riduzione di muscoli ed adipi; aspetto molto emaciato con guance scavate, perdita delle forme femminili, cute secca e cosparsa di lanugo, capelli opachi e unghie fragili.

Le complicanze somatiche interessano molteplici organi ed apparati: renale, cardiocircolatorio, endocrino-metabolico, gastrointestinale, la crisi ematica e le difese immunitarie. I disturbi endocrini possono riguardare, oltre agli ormoni sessuali, gli ormoni tiroidei, ipofisari e il cortisolo; il deficit estrogenico può provocare ipodensità ossea ed osteoporosi. L'evoluzione, e quindi la prognosi, dell'anoressia nervosa sono molto incerte; la contraddittorietà dei dati di cui si dispone è dovuta soprattutto alla diversa durata con cui si seguono i pazienti nei vari studi di esito della malattia.

Più è lunga la durata dello studio e più emerge l'elevata tendenza alla cronicizzazione, con le recidive anche dopo molti anni. Comunque la normalizzazione ponderale del ciclo avviene molto spesso nell'arco di anni; mentre disturbi psicopatologici importanti persistono in più di metà dei pazienti, anche dopo il miglioramento fisico e della condotta alimentare e nonostante un funzionamento sociale e lavorativo abbastanza buono. Fortunatamente non mancano singoli episodi benigni che, o spontaneamente o grazie ad interventi efficaci e tempestivi, si risolvono nell'età adolescenziale. All'opposto non sono rari i casi che vengono portati all'attenzione dei clinici in uno stadio di estrema gravità, che può anche comportare il pericolo di vita: il tasso di mortalità all'anno della malattia è di 0,5%, con rischio più elevato tardivamente rispetto all'esordio.

L'assoluta necessità di ricovero ospedaliero si impone in caso di abbassamento critico dei parametri della frequenza cardiaca, pressione arteriosa, glicemia, potassiemia e temperatura corporea, unitamente a rapida perdita del peso corporeo che scende al di sotto del 75% del peso normale. Anche il rifiuto totale ad alimentarsi, con necessità di alimentazione nasogastrica o parenterale, l'assenza totale di collaborazione, l'ineadeguatezza del supporto familiare e la presenza di altri disturbi psichiatrici concorrono a motivare il



ricovero. Ovviamente i parametri critici variano in rapporto all'età e la precocità del ricovero è necessariamente sempre maggiore con l'abbassarsi dell'età stessa. Anche il rischio di suicidio deve essere sempre considerato con grande attenzione.

La sede del ricovero nell'acuzie per le minori deve essere un reparto ospedaliero di pediatria o di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza. È indispensabile l'intervento coordinato di un'équipe multiprofessionale costituita da neuropsichiatri dell'età evolutiva o psichiatri, psicoterapeuti, pediatri o internisti o endocrinologi, dietisti e personale infermieristico preparato. Idealmente dovrebbero essere istituiti nuclei specifici per la diagnosi e cura dei disturbi alimentari; ciò vale anche per le cure ambulatoriali per i casi meno gravi e per il ricovero in strutture intermedie, possibilmente specializzate, in regime di lunga degenza o residenziale o semiresidenziale. L'anoressia nervosa è un disturbo mentale che richiede un approccio multidisciplinare, una forte alleanza terapeutica con la paziente ed una stretta collaborazione con la famiglia. Spesso è necessaria la separazione dall'ambiente familiare attraverso ospedalizzazione o degenza post-acuta in centro terapeutico specializzato. Di fondamentale importanza è la presa in carico psicoterapeutica, che di solito deve essere a lungo termine.

Diversi però sono gli indirizzi teorici e tecnici, ispirati alla scuola psicoanalitica, familiare-sistemica e cognitivo-comportamentale. Come spesso accade in questo campo i criteri empirici prevalgono su quelli strettamente scientifici; sembra tuttavia che le terapie relazionali-sistemiche siano più efficaci nelle pazienti anoressiche più giovani, mentre la terapia cognitiva comportamentale appare più indicata nei disturbi bulimici. Anche quando la psicoterapia è individuale il counselling psicologico alla famiglia è indispensabile. Molto più limitato invece è l'utilizzo di psicofarmaci, di solito indicati per i sintomi depressivi ed ossessivi ma dopo la fase più acuta e complicata della malattia; in generale gli psicofarmaci vengono considerati in rapporto alla comorbilità psichiatrica.

Vari fattori sono predisponenti per l'anoressia nervosa: di tipo biologico-genetico, ambientale -familiare e psicologico, come la dipendenza, le difficoltà nel processo di separazione - individuazione, e la tendenza a fissarsi all'infanzia e la scarsa definizione dei ruoli familiari. Tra gli aspetti socioculturali di particolare attualità sono il mito del successo, la competitività e l'adesione a modelli di bellezza ispirati alla magrezza. Sono invece da considerarsi come fattori precipitanti eventi traumatici di vario tipo, la crisi puberale vissuta come minacciosa o la pratica esagerata di una dieta prescritta per sovrappeso. Talora il rifiuto del cibo si insinua subdolamente mascherato da disturbi gastroenterici: in realtà una scusa per non alimentarsi mentre si controlla rigidamente il peso.

Molto deve essere ancora fatto per adeguare, dal punto di vista delle risorse e dell'organizzazione, la rete assistenziale per la prevenzione, diagnosi tempestiva, cura e riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare.

I reparti ospedalieri di degenza di neuropsichiatria dell'infanzia ed adolescenza, per l'assistenza delle fasi acute, sono numericamente insufficienti; lo stesso vale sia per le strutture riabilitative dedicate all'intervento intensivo dei DCA, di tipo residenziale o day hospital, sia per i servizi territoriali che devono garantire la più ampia disponibilità di intervento diagnostico, terapeutico e di supporto psicologico alle famiglie.

Marco Pezzani

Direttore Neuropsichiatria infantile Ospedali Riuniti Bergamo

Il delirio del corpo

Una delle caratteristiche che avvicina l'anoressia alla psicosi è la mancanza della coscienza di malattia. Le giovani anoressiche sono moderne vestali di una religione segreta, che compiono, sull'altare del proprio corpo, riti riparatori di chissà quali inconfessabili peccati

Nel periodo di passaggio dall'infanzia all'adolescenza si dovrebbe verificare l'abbandono sostanziale dell'investimento narcisistico ed autoerotico del primo periodo dell'esistenza per arrivare all'investimento oggettuale dell'adulto (una vera, rara, impresa). Partendo da una sessualità autocentrata e da uno psichismo orientato in modo totalmente egoistico, passando per la rinuncia al polimorfismo sessuale infantile ed alle fantasie inconscie ad esso connesse, nel normale sviluppo psicosessuale, si dovrebbe acquisire progressivamente il riconoscimento del proprio corpo e dei suoi confini assieme al riconoscimento della complementarietà dei sessi, dunque un ridimensionamento dei vissuti infantili di onnipotenza: riconoscere che, per eternarci, abbiamo bisogno di un oggetto che non ricade sotto il nostro controllo. D'ora in poi saremo costretti a negoziare con il mondo la soddisfazione del desiderio libidico. Le profonde modificazioni che avvengono in adolescenza implicano una modificazione dei processi di percezione e ricerca dell'oggetto: da un oggetto scelto in base a gratificazioni narcisistiche si dovrebbe passare alla percezione di un oggetto diverso da sé che si riconosce non controllabile in modo onnipotente (in realtà le persone che giungono ad una completa percezione dell'altro come Persona possono davvero contarsi sulla punta delle dita).

Nicola Peluffo ci ricorda che durante questo tumultuoso periodo di trasformazioni, si possono costituire nello psichismo dell'adulto di domani, degli "insiemi rappresentazionali ed affettivi, carichi di sessualità e aggressività narcisistica che si strutturano in maniera permanente e che regolano, in modo per definizione regressivo, la vita dell'adulto". Questi insiemi, che Peluffo denomina "personaggi primari" e che spesso popolano i sogni dell'adulto, attraverso un'attività onirica non a sufficienza metabolizzata, ne dettano le condotte di veglia: costituiscono, in altri termini, una sorta di software aberrante che sotto la spinta di situazioni stressanti o per effetto della ben conosciuta coazione a ripetere, possono "infettare" le vicende esistenziali delle persone, spingendoli a comportamenti che agli occhi degli osservatori esterni possono essere totalmente incomprensibili. Ora cosa c'è di più incomprensibile del comportamento delle giovani anoressiche che arrivano a fare scempio dei loro corpi rischiando la morte o gravi invalidità? Quello che più ci colpisce alla prima osservazione è il distacco anaffettivo con cui trattano la loro situazione. Infatti una delle caratteristiche che avvicina l'anoressia alla psicosi è la mancanza della coscienza di malattia. Le giovani anoressiche sono moderne vestali di una Religione Segreta, che compiono, sull'altare del proprio corpo, riti riparatori di chissà quali inconfessabili Peccati! Se dovessimo descrivere le cose che più ci colpiscono nel comportamento di queste malate esse sono:

- l'alterazione della percezione del proprio corpo
- la condotta di espiazione
- l'habitus depressivo ed un aspetto da "angelo decaduto" che

I perché del disordine alimentare

Gli psichiatri di formazione biologista sostengono che esiste sicuramente un gene specifico, altri pensano ai disturbi da dipendenza. I terapeuti che fanno riferimento alla teoria delle memorie repressse, invece, affermano con certezza che il 90% delle donne affette da un disturbo dell'alimentazione abbia subito un abuso sessuale

L'idea che ogni terapia sia in grado di “funzionare” perché ciò che realmente cura è la relazione che si stabilisce tra paziente e terapeuta è sempre più affermata. Il problema è che il “funzionamento” di una teoria deve anche essere considerato in rapporto all'efficacia e all'efficienza: esiste una differenza sostanziale tra “dieci anni” e “dieci sedute”. Di innovativo, nella moderna letteratura scientifica, compare non solo una forte critica rispetto alle teorie e alle tecniche terapeutiche precedenti. La sindrome da “Vomiting”, il mangiare per vomitare, oggi rappresenta una categoria diagnostica a sé: nella precedente letteratura scientifica - e tuttora in autori non aggiornati - questa patologia caratterizzata da specifici meccanismi di formazione e persistenza, veniva fatta rientrare nella categoria diagnostica della Bulimia Nervosa. Con questo termine intendiamo riferirci a un tipo di disturbo basato sul fatto di mangiare e vomitare compulsivamente più volte al giorno, sintomatologia che in letteratura viene attualmente considerata una particolare variante di Anoressia e Bulimia. Oggi poi viene riconosciuto un altro tipo di disordine alimentare: accanto all'anoressia, alla bulimia e al già citato vomiting compare il binge eating (il mangiare per abbuffarsi). Gli psichiatri di formazione biologista sostengono che esiste sicuramente un gene specifico responsabile di ogni disordine alimentare. I terapeuti che fanno riferimento alla teoria delle memorie repressse, invece, affermano con certezza che il 90% delle donne affette da un disturbo dell'alimentazione abbia subito un abuso sessuale. Poi c'è anche chi, in un'ottica psicodinamica, connette il problema a un mancato superamento di complessi arcaici, in particolare - visto che la maggior parte delle persone che soffrono di questi disturbi sono donne - il complesso di Elettra. Per gli studiosi fedeli a una scuola di orientamento relazionale, poi, le cause dei disordini alimentari vanno cercate nella famiglia: nelle dinamiche madre-figlia o nella conflittualità fra genitori. Infine, da qualche anno esiste una prospettiva che collega strettamente i comportamenti anomali legati al cibo a disturbi da dipendenza, come alcolismo e la tossicodipendenza. C'è quindi necessità di valutare anche diversamente questo panorama partendo da un nuovo punto di vista: i disturbi delle persone affette da anoressia, bulimia e vomiting sono il risultato di un processo di retroazioni tra soggetto e realtà, in cui sono proprio gli sforzi che la persona compie in direzione del cambiamento a mantenere la situazione immutata. Lo scopo del terapeuta diventa quello di spezzare il circolo vizioso tra la reiterazione dei tentativi fallimentari del soggetto per risolvere il proprio problema e alla persistenza del problema stesso: per farlo, egli deve capire "come funziona" il problema, piuttosto che spiegare "perché esso esiste". I disordini alimentari sono patologie in rapida evoluzione, che si modificano in concomitanza all'evoluzione degli individui e delle società e, per questo, richiedono interventi terapeutici in grado di aggiornarsi continuamente in modo da calzare alla realtà su cui devono intervenire. Per esempio, il vomiting costituendo una patologia a sé stante, presenta caratteristiche di persistenza completamente diverse rispetto a quelle dell'anoressia e della bulimia e si configura come un vero e proprio “perfezionamento” nel campo dei disturbi alimentari. Questo tipo di disturbo, che attualmente appare essere il disordine alimentare più diffuso, ha come matrice la bulimia o l'anoressia ma una volta che si è costituito diventa una vera e propria “qualità emergente”, che non ha più niente a che vedere con ciò che inizialmente lo ha prodotto. Indursi il vomito diviene un problema del tutto diverso ed autonomo. Le persone che presentano il disturbo “vomiting” sono caratterizzate dall'impulso irrefrenabile a mangiare per vomitare e non solo ad abbuffarsi e poi a procedere con il vomito quale necessaria eliminazione di ciò che hanno mangiato. Attraverso la ripetizione continua, la sequenza del

mangiare e vomitare si trasforma a poco a poco in un rituale sempre più piacevole, fino a diventare, nell'arco di qualche mese, il massimo dei piaceri, a cui la persona non riesce più a rinunciare. L'aspetto più rilevante di questa sindrome risiede quindi nel fatto che ciò che rende irrefrenabile la compulsione tipica del Vomiting è il piacere di tutta la sequenza del mangiare e vomitare, che viene progressivamente costituendosi come un vero e proprio modello di ricerca del piacere. Una volta instaurata una sindrome da vomito, dunque, il problema non è più il controllo del peso, ma il controllo di questa compulsione al piacere: il mangiare e vomitare, che rispetto ad anoressia e bulimia rappresentava la “tentata soluzione”, diventa il problema e trova nel piacere la sua ragione di persistenza. Emerge quindi, chiaramente, come la sindrome da vomito, pur essendo un prodotto evoluto di Anoressia e Bulimia, non possa essere considerato un disordine alimentare tout court, quanto piuttosto una vera e propria “perversione” basata sul cibo. Ciò che permette di riconoscere una ragazza vomitatrice o potenziale vomitatrice e un'anoressica è il modo in cui parla del cibo. L'anoressica non ama assolutamente parlare del cibo, è un argomento che la disturba. Il cibo è qualcosa di costantemente cattivo: si ingeriscono soltanto quelle pochissime cose che popolarmente si sanno essere a bassissimo tenore calorico. Un'anoressica non si soffermerà a parlare di quello che mangia, di come mangia, delle sue tentazioni circa il mangiare, perché sono sempre, perennemente sensazioni di disgusto. Mangia quel tanto necessario, indispensabile, per non finire ospedalizzata. La ragazza con sindrome da vomito parla del cibo come se parlasse di qualche cosa di molto piacevole, con gusto. Il binge eating è altresì un ulteriore esempio di sviluppo nel campo dei disordini alimentari: è connotato dall'alternarsi di periodi prolungati di astinenza o regime ipercontrollato nel rapporto con il cibo e periodi, più o meno lunghi, di intensa trasgressione, in cui la persona si abbandona completamente al piacere delle abbuffate. All'abbuffata, generalmente concentrata in uno spazio limitato di tempo, segue poi un altro lungo periodo “punitivo” di digiuno, e il ciclo ricomincia. Il sistema percettivo-reattivo di queste persone è quindi basato sulla continua alternanza di digiuno/abbuffata, controllo/perdita di controllo. La capacità di controllarsi di queste persone è infatti talmente ben riuscita che dopo un po' non riescono più a gestirla e perdono il controllo. Partendo da questa prospettiva, tutti i disturbi alimentari sono il risultato di un modo “disfunzionale” di percepire e reagire “al reale” che noi stessi, con le nostre azioni, ci siamo costruiti (la Nostra realtà). Se all'interno di tale processo cambiano le nostre percezioni e le nostre reazioni, “coerentemente” cambieranno anche le nostre resistenze. Portare a sperimentare (fare nuove esperienze), mediante stratagemmi e raffinate forme di suggestione - “nuove” percezioni di realtà - arresterà quel sistema circolare che rende persistente il problema e produrrà un concreto “cambiamento” nella sfera comportamentale, cognitiva ed affettiva di ognuno di noi. Con questo si vuole dire che per conoscere come un problema funziona non è sufficiente l'osservazione esterna, ma è necessario agire in modo da cambiarne il suo funzionamento. La realtà che ognuno di noi percepisce, i problemi che si creano e le patologie che si formano, sono il frutto delle modalità con le quali ognuno di noi si rapporta a tale realtà: non esiste una “unica” e “vera” realtà ma tante quante sono le nostre interazioni con tutto ciò che ci circonda: “ognuno costruisce la realtà che poi subisce”.

Manuela Ponti

Psicologa psicoterapeuta

Movimento delle associazioni di volontariato italiano

Mo.d.a.v.i. Futuro Pensato - gruppo del Veneto

in realtà, dietro all'involucro di remissione e pacatezza, nasconde un'aggressività ferina (che poi è quella che aggrava e mina l'integrità psicosomatica del soggetto). Dobbiamo tornare al modello di Peluffo per orientarci nella comprensione dell'incomprensibile. Figurarci agenti nella mente di queste sventurate giovani delle entità demoniache che altro non sono che frammenti di memoria di spinte sesso-aggressive incompatibili con l'integrità dell'Io, molto spesso desiderati incestuosi edipici che strutturano, in presenza di un Super-Io rigido, esigente e feroce, sensi di colpa così terribili da richiedere un Sacrificio adeguato. Il tutto, come ci ricorda Daniela Marengo è complicato da modalità profondamente regressive del rapporto oggettuale, cioè da un ritorno a modalità di rapporto più primitive caratteristiche dei primi anni di vita. “I fantasmi e imago relative alle dinamiche relazionali inconse invece di imboccare la strada della elaborazione psichica (ad esempio attraverso il sogno) individuano nel corpo la sede del conflitto: il corpo è quindi l'oggetto privilegiato sia degli attacchi aggressivi, sia degli investimenti narcisistici”. Inoltre si crea, nella mente di queste persone l'attivazione, per iperinvestimento, di una Imago privilegiata: l'immagine della madre fusionale, imago onnipotente e persecutoria che suscita un potente desiderio di fusione che attiva, al tempo stesso, una profonda angoscia di dissolversi nell'altro e di riassorbimento-annientamento. Si tratta di un vissuto onnipotente del lattante grazie al quale il bambino non percepisce l'oggetto (la madre) separato dal sé, bensì egli si vive come un tutto con la madre in una sorta di struttura simbiotica: la distinzione tra sé e l'altro è molto labile ed il bambino vive la madre come un prolungamento di sé stesso, come fosse un arto o un proprio organo. Recenti ricerche epidemiologiche effettuate da ricercatori italiani mostrano una maggiore incidenza dell'anoressia nervosa in soggetti che abbiano avuto una qualche manifestazione di sofferenza fetale: “Results Several complications, such as maternal anemia (P = .03), diabetes mellitus (P = .04), preeclampsia (P = .02), placental infarction (P = .001), neonatal cardiac problems (P = .007), and hyporeactivity (P = .03), were significant independent predictors of the development of anorexia nervosa. The risk of developing anorexia nervosa increased with the total number of obstetric complications”. In un mio recente lavoro ho mostrato come le ipotesi micropsicoanalitiche sull'esistenza della cosiddetta guerra uterina, cioè di una conflittualità psicobiologica feto-materna, siano state sostanzialmente dimostrate dagli studi della biologia evuzionistica. Nello strutturarsi della anoressia nervosa, sembrerebbe dunque che l'originario conflitto materno-fetale, iniziato durante l'epopea intrauterina, impronti tutte le susseguenti fasi di organizzazione libidica trovando nella fase orale la sua definitiva strutturazione: il conflitto successivamente si sposterà, dall'interazione del feto con l'oggetto materno, all'interazione con il proprio corpo divenuto il sostituto fantasmatico dell'involucro materno-fetale. Il fantasma della madre fusionale deve essere tenuto a bada, controllato, e quindi deve essere vagliata, bloccata, al limite negata, ogni rappresentazione, anche lata, che ad esso rimanda. Nell'anoressia mentale, queste rappre-

sentazioni riguardano prevalentemente il corpo ed il cibo. Nella mente di queste ragazze la funzione alimentare viene erotizzata. Per questi soggetti mangiare significa inconsciamente congiungersi carnalmente ad un oggetto incestuoso: di qui la necessità di restringere l'apporto alimentare o quantomeno ritualizzarlo in complicate formule sacrificali. Inoltre la sostanziale distruzione che si fa del proprio corpo e della propria bellezza ha anche lo scopo di rendersi meno appetibile sessualmente, trovando sollievo e riparo alle richieste sessuali che provengono dall'es. La frequente sistematica autoosservazione allo specchio (che a livello conscio è finalizzata al controllo delle proprie forme) ha inconsciamente i connotati di una funzione sessuale voyeuristica autoerotica cui si è ritornati per regressione.

Il corpo, come ci ricorda ancora Daniela Marengo, diventa a volte un persecutore da controllare. Spesso, nei casi più favorevoli, solo una parte del corpo diviene il fulcro di vincolamento di questa lotta: il conflitto viene allora circoscritto, non si struttura una sindrome anoressica ed il corpo sembra essere apparentemente accettato, anche se viene vissuto come deturpato da quella parte “orribile” che viene vissuta come fonte-meta di un disturbo difficilmente etichettabile. “La sempre maggior richiesta da parte di giovani e giovanissimi di interventi di chirurgia estetica rende evidente la diffusione di questo fenomeno... Il vincolamento su una parte del corpo del conflitto è un'operazione difensiva. Spesso rimuovere il “persecutore” o meglio, asportare chirurgicamente la parte del corpo che incarna l'immagine del persecutore, scardina la difesa, le angosce persecutorie, non più vincolate, debordano, con grave rischio per la salute psichica”. L'anoressia nervosa è purtroppo un banco di prova molto duro per lo psicoterapeuta: è a tutti gli effetti una sindrome border-line, cioè una forma a cavallo tra la psicosi (rottura del rapporto di realtà, assenza della coscienza di malattia) e la nevrosi. Poiché la giovane anoressica è sostanzialmente chiusa fantasmaticamente nel suo involucro materno-fetale, soprattutto la fase di contatto e di apertura sono impresa dura che richiede al terapeuta esperienza, neutralità, paziente attesa: ogni tentativo di forzare la situazione verrà vissuto dalla paziente come una ripetizione di una minaccia inglobante che mette in pericolo la sua intoccabile Unicità. Non solo: come acutamente mette in evidenza Gioia Marzi: “Nella pratica clinica ho riscontrato come nelle storie di queste ragazze ci si imbatta spesso in tentativi falliti di spostamento nel secondario, cioè di allacciare relazioni di questo tipo: legami molto forti, caratterizzati da un'intensa fusionalità ed una forte idealizzazione dell'oggetto, ed abortiti nei momenti in cui l'oggetto si differenzia manifestando interessi diversi... Questa traslazione si può realizzare anche nei confronti della terapeuta dando luogo a quelle difficili situazioni di nevrosi da transfert”.

Quirino Zangrilli

Medico psicoterapeuta, psicoanalista ed omeopata,

Direttore e fondatore di "Scienza e psicoanalisi”.

Membro didatta della Società Internazionale di Micropsicoanalisi

NEWS DAL MONDO

Alcune grandi multinazionali stanno mettendo in atto restrizioni precise al marketing alimentare diretto ai bambini, elevando il proprio target a ragazzi di età non inferiore ai 12 anni. È questa la risposta corretta delle aziende, e già elogiata da Markos Kyprianou nell'ambito della piattaforma d'azione europea per l'alimentazione col fine mirato di combattere l'epidemia di obesità già a partire dall'infanzia. Anche altri Paesi extra-europei hanno già adottato norme simili: in Australia è vietato effettuare pubblicità diretta a giovani di età inferiore ai 14 anni, mentre in Olanda questo limite è portato a 12 anni; in Svezia i personaggi dei cartoni animati non possono pubblicizzare alimenti per bambini e altro ancora. Negli Stati Uniti flagellati dall'obesità e che detengono il primato mondiale, si è fatto molto poco: per ora l'unica limitazione riguarda il tempo concesso alla pubblicità alimentare che non deve superare i 12 minuti all'ora nei giorni feriali, o 10 minuti e mezzo l'ora nel week-end.

Se nel mondo l'obesità è considerata come un'epidemia, negli USA si può parlare di grave endemia. E i più piccoli ne divengono vittime innocenti e inermi. Per questo in USA si pensa di ricorrere alla chirurgia anche sui giovani e addirittura sui ragazzi. A partire dalla primavera prossima il bypass gastrico verrà eseguito anche su bambini al Children Hospital Medical Center di Cincinnati. Mentre tre altri centri clinici sperimenteranno la laparoscopia gastrica adattabile sui teen-ager. Questo tipo d'interventi, seppure meno invasivi e reversibili rispetto alle obsolete resezioni gastriche e intestinali, vengono in genere eseguiti sugli adulti e sono considerati ad alto rischio per le importanti complicità. Tuttavia la problematica obesità negli Stati Uniti è di tale entità per cui la decisione di ricorrere all'intervento chirurgico anche sui più giovani appare come uno spiraglio di prevenzione. Certo, ma che ne sarà della qualità della vita dei giovanissimi almeno per il primo anno dopo l'intervento?

Quando il suicidio è cronico

I disturbi alimentari hanno una percentuale di mortalità fra le più alte tra i disturbi psichiatrici (del 5-20 %) e la denutrizione prevede una serie di complicanze organiche e cognitive che tolgono lucidità al paziente, per cui i terapeuti che si occupano specificamente di disturbi alimentari sono spesso attanagliati dai dubbi sulle scelte da compiere nei confronti di pazienti che rifiutano le cure

L'Anoressia Nervosa (AN) è un disturbo complesso, dove componenti psicologiche, psicopatologiche e organiche si intrecciano strettamente; è una malattia "esistenziale" (Bruch, 1988), poiché costituisce, in fin dei conti, una notevole ragione di vita per chi ne è affetto e il desiderio di perseguire la magrezza scalza spesso ogni altro valore o obiettivo. Questi pazienti hanno "necessità" della propria malattia ed essa diventa il loro unico modo di affrontare la vita. I sintomi – digiuno, ristrettezza, abbuffate e successive condotte di eliminazione, perfezionismo e ossessività – rappresentano in effetti tentativi, pseudorassicuranti e controproducenti per la paziente, di curare angoscia, rabbia e insicurezze inconscie che, a loro volta, aumentano il bisogno di controllo della ragazza. Il controllo riguarda gli affetti, le paure, la fame cocente e imperiosa di "amore" che coincide con quella di cibo. In ultima analisi si tratta di una malattia in cui si ha una pervicace e maligna aggressività contro di sé e contro gli altri: l'autodistruzione inconscia, che Alfred Adler nel 1914 definì "suicidio cronico", è la più disperata e perversa forma di richiesta di amore tramite la distruzione dei genitori. Inoltre questo disturbo non si autolimita, ma si ingigantisce sempre più a causa sia delle distorsioni cognitive che percettive, anche dovute all'emaciazione corporea. Pertanto uno dei maggiori problemi in cui ci si imbatte quando si cerca di curare l'AN è la resistenza al trattamento, sia conscia che inconscia. La malattia si auto-mantiene perché in certa qual misura così vuole la paziente. Essa, infatti, concede sempre dei vantaggi, primari e secondari: il non dover affrontare la vita adulta, il controllo sulla famiglia, l'affetto e le cure che si ricevono, la sensazione di essere forti e onnipotenti attraverso il controllo su di sé.

Vi è quindi un dilemma: la resistenza alle terapie è sostenuta da una volontà lucida o viziata dalla malattia? In altre parole, la paziente è in grado di autodeterminarsi, nonostante la denutrizione e le conseguenze cognitive di questa?

Questo porta a considerare l'aspetto immediatamente successivo...il continuo dialogo con la morte che queste pazienti intrattengono. Ma sono esse in grado di comprendere che la loro malattia può condurre alla morte? Cos'è per loro la morte? Sono esse in grado di scegliere consapevolmente un rischio di vita continuo che deriva dall'ostinato rifiuto delle cure o dalla non collaborazione ad esse? E quando l'insistenza dei terapeuti, che possono ricorrere anche al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e alla nutrizione forzata, diventa terapeutico o è ininfluente? Queste e altre domande nella sfera dell'etica medica attanagliano il terapeuta che si occupa specificamente di disturbi alimentari. Si è iniziato a parlare, soprattutto nei paesi anglosassoni, anche per l'AN di accanimento terapeutico, terapie palliative, valutazione della competenza, cioè della capacità decisionale del paziente, e i dubbi etici a questo riguardo si moltiplicano. Non si deve dimenticare, infatti, che i disturbi alimentari hanno una percentuale di mortalità fra le più alte tra i disturbi psichiatrici (5-20%) e che la denutrizione prevede una serie di complicanze organiche e cognitive che tolgono lucidità al paziente.

Il non avere una risposta precisa a tali domande, porta il terapeuta ad uno stato di scoraggiamento, impotenza, dubbio, rabbia che modula le sue capacità terapeutiche e il rapporto con i pazienti. Un caso clinico esemplare riguarda Carol, una diciottenne affetta da AN grave che rifiuta le terapie; non vuole mori-

re, ma preferirebbe essere morta piuttosto che aumentare di peso. L'importanza dell'essere magra supera tutti gli altri aspetti della sua vita, come le relazioni, la scuola e la vita stessa. Carol si è creata un nuovo sistema di valori che l'ha portata a decidere che la morte è preferibile al recupero ponderale (Tan, 2003). Queste patologie conducono talvolta all'exasperazione. E non solo i terapeuti che cercano di curare, ma anche e soprattutto le famiglie di questi pazienti, che si trovano "fra incudine e martello", nel doppio ruolo di sostegno alle figlie malate e di alleati dei terapeuti. Alcune ricerche (Treasure et al, 2001; Fassino, 2002), hanno messo in luce che i familiari delle pazienti con AN mostrano elevato stress e affaticamento, al pari di quelli di pazienti schizofrenici. Molti genitori provano sensi di colpa e vedono le figlie come "inguaribili" e percepiscono le conseguenze negative della malattia sul benessere fisico, mentale e sociale delle figlie. Molti genitori sottolineano la propria frustrazione, la mancanza di aiuto, la sensazione di essere manipolati dalla malattia (la figlia diventa colei che gestisce il tempo dei genitori), sentimenti di tristezza, paura, rabbia, ostilità, privazione di sonno, depressione. I familiari provano sensi di colpa per aver scoperto tardi la malattia, frustrazione, difficoltà al momento dei pasti, difficoltà a comunicare con i pazienti, rabbia a causa dell'impatto economico della malattia, inadeguatezza a controllare l'impulsività dei pazienti; desidererebbero più informazioni sulla malattia, supporto e aiuto pratico, confronto con altri riguardo la propria esperienza; fondamentali quindi risultano i gruppi di supporto e di auto-aiuto per familiari, al fine di migliorare la qualità di vita nella famiglia.

Le ultime linee guida dell'APA (2006) per il trattamento dei disturbi alimentari dedicano poche righe alle questioni etiche implicate; ma consigliano di "rispettare la volontà dei pazienti competenti e di intervenire rispettosamente su quei pazienti la cui capacità di giudizio è scemata a causa della malattia mentale, qualora gli interventi siano di comprovata efficacia".

L'articolo 51 del Codice di Deontologia Medica (1998), definisce il dovere da parte del medico di rispettare la volontà del paziente "sano di mente" che rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, dopo averlo debitamente informato delle possibili conseguenze. Nel nuovo Codice Deontologico appena approvato, nell'art. 52 scompare la dicitura "persona sana di mente", aprendo così nuovi scenari anche per quanto riguarda i disturbi alimentari, soprattutto in fase iniziale, quando la persona è lucida e consapevole delle proprie scelte.

Contemporaneamente, in altri articoli si sottolinea l'importanza di rispettare la volontà del paziente, fino ad aprire uno spiraglio alle direttive anticipate di trattamento (art. 36).

Ne consegue pertanto che i dilemmi etici per il clinico che si occupa di tali patologie si amplificano e che è necessario aprire al più presto una tavola rotonda unitamente a giuristi ed esperti di bioetica al fine di creare delle linee guida per la cura di queste patologie, che tengano conto anche di queste complesse problematiche etiche e medico-legali.

Secondo Fassino

Professore straordinario di psichiatria struttura complessa universitaria di psichiatria - centro pilota regionale per la cura, ricerca e prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare Università di Torino Ospedale Molinette Torino

E se puntissimo alla prevenzione?

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), sono patologie psichiatriche caratterizzate da una distorsione dell'immagine corporea con conseguente alterato rapporto con il cibo. Comprendono: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder)

L'disturbi del comportamento alimentare hanno la caratteristica di manifestarsi con una sintomatologia "a ponte" tra psichico e somatico: si tratta infatti di disturbi psichici che alterano il comportamento alimentare e determinano complicanze fisiche molto gravi e a volte mortali. Sono malattie gravi alla cui base vi è una bassissima autostima, una grave difficoltà rispetto all'autonomia, dove la magrezza diventa una sorta di identità di sé, dove i comportamenti ossessivi e compulsivi compromettono gravemente la qualità di vita. Sono prevalentemente presenti nel sesso femminile, sono diffusi soprattutto nel mondo occidentale e nei paesi sviluppati. Nel Documento Ministeriale del 1998 i valori di prevalenza in Italia nelle donne fra i 12 e 25 anni sono: AN 0.3%; BN 1%; EDNOS 6%. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) è calcolato intorno al 10-30% della popolazione obesa adulta, benché la sua valutazione sia molto dipendente dai diversi criteri diagnostici utilizzati dai ricercatori (scende a 3-7% se si utilizzano le rigorose indicazioni del DSM-IV). Purtroppo dei DCA se ne sente parlare solo in occasione di morti drammatiche, in realtà il 5% delle anoressiche fra i 25-30 anni muoiono entro 10 anni dall'insorgenza della patologia. L'approccio terapeutico indicato è di tipo multidisciplinare cioè l'assistenza alle persone con DCA deve essere condotta da team multiprofessionale ed interdisciplinare (psichiatra, internista, dietista, psicologo) che, nel reciproco rispetto delle singole competenze, offra al singolo paziente percorsi personalizzati. Il Centro per i DCA di Ferrara è strutturato in modo multidisciplinare ed è inserito all'interno del Dipartimento Medico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria. Sappiamo come un aspetto problematico e peculiare dei DCA sia la difficoltà del mantenimento di un rapporto terapeutico stabile nel tempo: la collocazione del Centro DCA di Ferrara all'interno dell'area ospedaliera permette una "continuità" nell'assistenza in quanto la stessa équipe segue il paziente nelle diverse fasi della presa in carico (ambulatoriale, day-hospital e degenza). Anche nei casi in cui l'approccio terapeutico sia corretto le percentuali di remissione totale dei DCA sono ancora abbastanza sconfortanti (solo il 30% circa ha una remissione totale a medio termine). Spesso quindi il riscontro di DCA in età adulta rappresenta l'esito di situazioni non riconosciute o non adeguatamente trattate in età evolutiva o comunque cronicizzate. Inoltre i pazienti con DCA tendono a non chiedere le cure e a nascondere il loro disturbo come è dimostrato in un famoso studio olandese di Hoek (1995) in cui si è visto che il 43% delle pazienti con An e solo l'11% delle pazienti con Bulimia si rivolgono al Medico di Medicina Generale. Sulla base di queste considerazioni diviene sempre più necessario organizzare adeguati programmi di prevenzione sia primaria che secondaria.

Dato che l'esordio dei DCA avviene soprattutto in età adolescenziale, la prevenzione dei DCA e la promozione della salute per le persone con DCA o a rischio di presentare questo tipo di affezioni dovrebbe rivolgersi prevalentemente ad interventi nell'età evolutiva, siano essi di tipo educativo o clinico.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria dovrebbero essere coinvolte le diverse figure di "adulti significativi" (genitori, insegnanti, allenatori sportivi, etc.) per renderli protagonisti della promozione della salute in questo campo attraverso pro-

getti di formazione sui DCA per far conoscere i fattori di rischio, ma anche i fattori di protezione (come per es. educazione ai valori etici, alla responsabilità individuale, allo sviluppo di capacità critica e di discernimento, all'autonomia come risorsa etc.).

Programmare anche interventi che mirino a contrastare il modello di magrezza oggi imperante e che riportino il valore della persona lontano dall'estetica.

Per la prevenzione secondaria sono necessari progetti di formazione di tutte le figure terapeutiche che vengono a contatto con le fasce a rischio. Nella Regione Emilia-Romagna, nel marzo 2000 l'Assessorato alla Sanità, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per la Salute Mentale, ha inviato alle Aziende sanitarie indirizzi contenenti le "Linee sull'organizzazione dei servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare".

Tali Linee erano il risultato del lavoro di un gruppo tecnico regionale (tutt'ora attivo) costituito dagli esperti regionali del settore e dai responsabili delle strutture per DCA presenti nelle diverse Aziende sanitarie della Regione, come il Centro di Ferrara.

Nei primi mesi del 2002 è stata condotta una rilevazione dello stato di attuazione della direttiva suddetta attraverso una indagine presso le Aziende sanitarie della Regione e le strutture private operanti in questo settore.

Proiettando i valori di prevalenza nell'area dell'Emilia Romagna e confrontandoli con il numero dei pazienti trattati nelle diverse strutture è emerso che globalmente, il numero di pazienti con DCA residenti in Regione conosciuto dai servizi intervistati, è sensibilmente inferiore all'atteso e questa discrepanza è maggiormente evidente nell'età evolutiva. Ciò lascia supporre una scarsa capacità da parte dei servizi regionali (di base e/o specialistici) nel rilevare e porre corrette diagnosi.

E chiaro quindi come è ancora difficile pensare ad un aggancio dei pazienti DCA in fase precoce perché non è ancora funzionante un adeguato programma di prevenzione secondaria.

Nelle Aziende dovrebbe essere attivata una collaborazione strutturata, fortemente integrata, tra tutti quei servizi e dipartimenti che si occupano delle problematiche dell'adolescenza e dell'età adulta: Pediatri di libera scelta, Medici di Medicina Generale, Consulteri Familiari, Consulteri Giovani, Pediatria di Comunità, Ser.T. ecc. Si dovrebbero elaborare programmi (programma adolescenza e programma età adulta) ai quali far collaborare i diversi operatori, garantendo la multidisciplinarietà, coordinati da un professionista di chiara competenza professionale ed organizzativa. La possibilità di aumentare l'outcome positivo e di ridurre la tendenza alla cronicizzazione dei DCA passa attraverso una diagnosi precoce che è possibile solo se vi è una condivisione di informazioni e di progetti tra tutte le figure terapeutiche interessate. In conclusione i DCA sono patologie complesse che ancor oggi vengono trattate adeguatamente solo nelle strutture specialistiche e per i quali non sono stati predisposti sufficienti programmi di prevenzione.

Emilia Manzato

Psichiatra, direttore Centro DCA, azienda ospedaliera - universitaria di Ferrara

Una società del paradosso

Sociologi, filosofi e antropologi sono concordi nel definire il disturbo alimentare come extrema ratio di un "progetto" chiamato "corpo". Secondo Susan Bordo, autrice dello splendido "Il peso del corpo", la patologia autoprodottasi all'interno di una cultura non è devianza anomala, non è "aberrazione" ma è semplicemente la sua espressione caratteristica o, meglio "la cristallizzazione di ciò che in gran parte in essa non funziona"

Proiettarsi in un contesto quotidiano rituale come può essere una passeggiata per le vie del centro o un pranzo tra colleghi è forse una delle cartine tornasole più efficaci per saggiare i paradossi della struttura sociale. Moda e cibo sono le variabili forse più evidenti.

Cosa vuole dire "essere alla moda?" Cosa determina l'essere "in" e l'essere "out" in contesti sociali sempre più attenti all'habitus? Da una parte esprimere la propria individualità, la propria peculiarità con scelte estetiche, di gusto e di trend, dall'altra essere perfettamente consci che chiunque decida di essere alla moda farà la stessa identica cosa. Con il cibo il fenomeno paradossale è ancora più acuto, perché giochiamo su due assi, quello del piacere per cui l'assunzione di cibo dev'essere appagante nella ricerca della soddisfazione del gusto (pensiamo al boom dell'economia alimentare, dello slowfood, dei media sempre più attratti dalla cucina e dal cibo), l'altro è quello del corpo. Dove il cibo rappresenta l'elemento frenante, potenziale agente negativo su un ipotetico corpo socialmente accettato. Qualche anno fa il calcio nazionale fu al centro di uno scandalo per la messa in onda di un filmato amatoriale piuttosto sconvolgente dove si mostrava il calciatore Fabio Cannavaro intento a una flebo di Neoton, un farmaco comunque non inserito nella lista doping.

I media gridarono all'allarme e una ventata di scandalo di abbatté su di un sistema calcio già gravemente malato. All'indomani dell'episodio il sociologo dello Sport, Pippo Russo, pubblicò uno splendido intervento sulle pagine di *Indiscreto*.it sottolineando come il Doping di per sé fosse un effetto marginale di un problema molto più variegato e complesso, quello del corpo.

Un corpo come "fatto destinatario di ingenti investimenti (biologici, economici, comunicativi) calato dentro un ciclo di produzione che impone sollecitazioni e stress crescenti, e da almeno un decennio reso oggetto di processi di narcisizzazione e feticizzazione". Il corpo è un idealtipo della silhouette socialmente desiderabile.

Prima ancora di entrare nel terreno medico-farmacologico, è doveroso proiettare il problema in una dimensione sociale e culturale. Dimensione dominata dal paradosso, appunto. Domandandosi in primis quale sia il gioco attuale del corpo, e quale sia il ruolo che interpreta nella società attuale.

Sociologi, filosofi e antropologi sono concordi nel definire il disturbo alimentare come extrema ratio di un "progetto" chiamato "corpo"; secondo Susan Bordo, autrice dello splendido "Il peso del corpo", la patologia autoprodottasi all'interno di una cultura non è devianza anomala, non è "aberrazione" ma è semplicemente la sua espressione caratteristica o, meglio "la cristallizzazione di ciò che in gran parte in essa non funziona".

La metafora del "corsetto" in questo senso è perfetta, perché mentre un tempo l'imposizione del corsetto per la donna era il sintomo del controllo sociale del movimento, ora il controllo si sposta dall'oggetto all'aspettativa ovvero alla magrezza e al suo aspetto patologico, l'anoressia, come forma di controllo e di dominio sul corpo. Se nell'analisi di Bordo sono condivisibili gli strali a una società dei consumi e dei media che ha cambiato la percezione del corpo, portando a una sottilizzazione della silhouette femminile, meno ci convince l'ipervalutazione di questi agenti culturali. Una teoria sociale del corpo ha visto il "lavoro" sul corpo e la "voglia" corpo aumentare esponenzial-

mente. Come se ci fosse una tensione costante all'alterazione della superficie del corpo, a interagire con essa e a modificarla secondo vari gradi di intervento. E l'anoressia sarebbe l'estremo tentativo di un controllo sul corpo, sull'esautorare i professionisti della salute (medici, psicologi, nutrizionisti) del loro potere in una sorta di "sfida" (challenge) proponendo un modello alternativo, self-made nell'approccio al corpo. Da qualche tempo l'anoressia è entrata nell'agenda setting dei media, ed è esploso collateralmente il fenomeno dei siti pro-ana ovvero siti web che offrono testimonianze quotidiane anonime (molto spesso attraverso la forma diaristica del blog) di ragazze che si offrono come vere e proprie "consulenti" nel percorso dell'anoressia, non inquadrata come patologia ma come scelta di vita.

Il lavoro medico è qui sottratto del potere terapeutico-curativo e inserito in una prospettiva socio-culturale: lo stile di vita.

È tanto incredibile quanto agghiacciante leggere alcune di queste testimonianze online perché evidenziano subito quanto pericoloso e multiforme sia il problema del disturbo alimentare. Ciò che disturba di più è la consapevolezza della scelta che sembra sfidare apertamente chi va a ricondurre tra le cause dell'anoressia l'esposizione a particolari modelli mediatici, chi naviga all'interno delle parole dei pro-ana nota immediatamente una simbiosi perfetta coi media, tanto da utilizzarne molto spesso lo stesso linguaggio e le stesse armi.

La cosa che ancor più sconvolge è la rivisitazione e il riutilizzo del linguaggio medico-terapeutico, come se stessero ricostruendo e realizzando una propria alternativa al corpo e all'ideale di bellezza. Dopo il boom mediatico dei siti web pro-ana le autorità hanno immediatamente cercato se ci fossero gli estremi per l'oscuramento, per cancellare queste testimonianze spaventose. Peggio la cura proposta della patologia.

In un suo splendido saggio "La pelle e la traccia: le ferite del sé", André Le Breton analizza le dinamiche di gruppo di alcuni adolescenti vittime di sempre più diffuse pratiche autolesionistiche dell'età adolescenziale. Il sociologo e antropologo francese condusse alcune interviste in profondità nelle quali i soggetti interrogati dichiaravano di aver posto in atto tali comportamenti "per stare meglio", "nel momento in cui la sofferenza si faceva intollerabile". Incidere, infliggere un dolore, utilizzare comportamenti autolesionisti come stile di vita è modo per far uscire all'esterno, come confessavano gli intervistati, "l'energia negativa". E le volte in cui l'ambiente esterno si accorgeva delle ferite auto-inflitte, erano pure l'occasione per smettere tali pratiche. In quel preciso istante la comunicazione verbale veniva ripristinata. Il ponte gettato tra sé e gli altri. Dove la società produce le vittime, disponendo delle loro vite, l'individuo pone in essere atti che coinvolgono l'unica realtà di cui ha totale disponibilità, e questa realtà è il corpo. Corpo e identità sono legate da un nesso inscindibile. La censura, l'oscuramento, la disconferma di chi soffre di disturbi alimentari è una dichiarazione di resa, un allontanamento dalla comprensione del fatto individuale e sociale. Quel ponte di comunicazione possibile va salvaguardato e tentato senza pregiudizi e, soprattutto, senza timore alcuno.

Enrico Marchetto

Culture della sociologia dei processi culturali e della famiglia presso l'Università di Trieste

Io ho odiato il cibo

Questo è stato il primo passo sulla strada verso la guarigione: rendermi conto che ciò che mi stava accadendo e che mi aveva colpita non era normale ma patologico ed altamente pericoloso per la mia sopravvivenza.

Avevo 15 anni quando i miei genitori si resero conto – prima di quanto riuscissi a fare io – che soffrivo di un disturbo alimentare. Ero una ragazza a cui mangiare e vivere piaceva ed ero passata in poche settimane a non cibarmi più né a frequentare le amicizie di sempre. Era come se avessi improvvisamente chiuso bocca e cuore a tutto e tutti. L'anoressia è una malattia insidiosa perché cresce in te lentamente e prende forza e vigore ben prima che tu ne sia consapevole: appare all'esterno attraverso il tuo corpo che rimpicciolisce a vista d'occhio e tu non lo percepisci correttamente, negando persino l'evidenza di un ago della bilancia che scende o dei vestiti che cascano. Scompare il ciclo, i capelli e le unghie si spezzano, apparentemente dovresti essere molto debole ed invece una sorta di iperattività ti prende e ti induce a fare, muoverti, non avere tregua. Il corpo non riesce a stare fermo e la mente gira ossessivamente intorno ad un unico, gigantesco pensiero: il cibo. Cibo e peso spazzano via dalla mente qualsiasi altro interesse e ragionamento: tutti è imperniato attorno ad essi, a come poter dimagrire – ancora ed ancora, all'infinito possibilmente – e a come poter eludere i controlli familiari che si fanno via via più pressanti. Ci si sente onnipotenti.

Finché...finché il corpo e la psiche non raggiungono il limite delle loro possibilità rivendicando il giusto riposo e l'adeguato nutrimento nei modi più dolorosi e spaventosi. Ecco che ci si rende conto di essere malati e si è obbligati ad accettarne l'idea benché a malincuore.

Questo è stato il primo passo sulla strada verso la guarigione: rendermi conto che ciò che mi stava accadendo e che mi aveva colpita non era normale ma patologico ed altamente pericoloso per la mia sopravvivenza. A questo punto un bivio, una scelta radicale: morire o vivere? E se vivere, come poter accettare nuovamente di mangiare, come poter accettare di vedere il proprio corpo crescere di peso e dimensioni? Il corpo dell'anoressica spaventa gli altri, è un richiamo al valore più atavico, fondamentale e radicale, quello della vita. L'anoressica sfida la vita, sfida il mondo e sé stessa. Ed ora, se vuole sopravvivere, deve sfidare anche l'anoressia stessa che abita in lei. È la lotta più dura che io abbia mai fatto, perché il nemico lo avevo dentro e non fuori; come avere una parte di me in lotta contro l'altra ed una confusione continua su quale ascoltare ed assecondare. Cosa volevo per Chiara? Dovevo rispondermi, e rispondermi radicalmente, se volevo sopravvivere. È stato a quel punto che ho permesso a tutti i miei desideri negati, a tutti i miei bisogni non soddisfatti, a tutte le mie aspirazioni mancate di uscire fuori con prepotenza. Anche a costo di scontentare la famiglia che mi aveva sempre voluta studentessa modello e ragazza perfetta. Anche a costo di non avere un ragazzo che mi volesse per ciò che ero e per ciò che sarei diventata alla fine di questa guarigione, anche a costo di dover rivoluzionare tutto di me. Ecco: io volevo vivere! Il resto lo avrei costruito dopo. Iniziai a mangiare e contemporaneamente mi affidai ad uno psichiatra molto valido che mi supportasse nel mio percorso di guarigione soprattutto in questa fase delicatissima in cui vidi il mio peso aumentare di circa 30 kg in pochi mesi. Accettai di per-

dere il controllo sul cibo e per l'anno successivo pensai solo a riprendermi fisicamente, senza pormi troppe domande sul dopo. Ovviamente non volevo rimanere tutta la vita vittima dell'alimentazione compulsiva né dell'obesità, ma ebbi fiducia in me stessa ed aspettai...mangiando...finché questo desiderio abnorme di cibo non venne pian piano soddisfatto. Intanto proseguivano gli incontri con il terapeuta e soprattutto proseguiva il mio percorso di crescita e maturazione globale: l'adolescenza è un periodo critico per chiunque ed ovviamente oltre ai dca avevo i problemi che tutti i miei coetanei avevano: lo studio, il desiderio di amare ed essere amata, la voglia di rendermi indipendente dai genitori, l'insoddisfazione corporea, la ricerca di una Chiara adulta. Durante i successivi due anni presi delle decisioni radicali e fondamentali per la mia vita: finire il liceo per poter iscrivermi all'università e riuscire a lavorare in un campo che mi permettesse di aiutare le persone in difficoltà e disagio psicologico e sociale. Questo volevo e questo avrei fatto. La mia guarigione passò attraverso dei pilastri fondamentali che dovetti edificare in quegli anni: migliorare la mia autostima e stabilizzarla, non facendola dipendere troppo da successi od insuccessi esterni e temporanei, aver fiducia in me e nelle mie capacità, vedere il mondo da una prospettiva relativista e vedere gli altri come differenti senza sentire il bisogno di adeguarmi a nessuno o ad un modello. Io ero io. Verso i 18 anni iniziai a dimagrire spontaneamente, tornando normopeso. Episodi di abbuffate e digiuni diventarono sempre più contenuti e lievi e terminai la psicoterapia sotto consiglio dello psichiatra stesso. Riuscii a diplomarmi senza badare al voto, sentendomi comunque felice per il risultato e mi iscrissi alla facoltà di Scienze dell'Educazione. I residui della malattia furono sempre più contenuti e lievi, limitandosi spesso a temporanei disturbi dell'umore senza condotte alimentari scorrette. Da allora ho mantenuto il mio peso – non il peso ideale, ma quello reale che fa stare bene me – mangiando senza grossi problemi e soprattutto sentendomi bene con me stessa ed amandomi. Né la scomparsa di mio padre, avvenuta quando avevo 20 anni, né la successiva depressione di mia madre, ebbero la forza di farmi ricadere nella malattia. Finita l'università iniziai a lavorare nel sociale e poi affrontai una vera e propria sfida psicofisica per chi ha avuto l'anoressia: diventai mamma di due bambini. E neppure in quel caso mi colse la malattia, superando egregiamente tutte le modificazioni corporee e psichiche correlate alla gravidanza. Attualmente sono una mamma serena ed un'educatrice che lavora con adolescenti disabili e si è iscritta alla Facoltà di Psicologia. Nulla del mio percorso è stato rimosso, ricordo tutto con intensità, a volte con emozioni forti. Ricordo e non voglio dimenticare, perché la malattia ha fatto parte di me, mi ha aiutata a costruire una persona che amo e che stimo, una persona che sa amare ed aiutare gli altri e che continuerà a dire, con ogni mezzo che avrà a disposizione, che guarire è possibile davvero. Non bisogna mai disperare, anche se il percorso è lungo e difficile, anche se a volte si cade, anche se si è stanchi. Guarire è la cosa più bella che esista perché ricongiunge alla vita. Guarire è rinascere una seconda volta. Se soffrite di un dca o pensate di soffrirne, non rinunciate alla vita, fatevi aiutare! Non c'è da aver vergogna, non c'è da temere il giudizio: tutti – e sottolineo tutti – abbiamo dei problemi e delle difficoltà e per fortuna possiamo darci una mano a vicenda affinché ognuno risolva le proprie o trovi strategie alternative che gli consentano una vita dignitosa e felice. Ne vale la pena e ve lo dico col cuore.

Chiara Rizzello

Amministratrice blog "Briciole di Pane"
(link: <http://blog.libero.it/bricioledipane>)

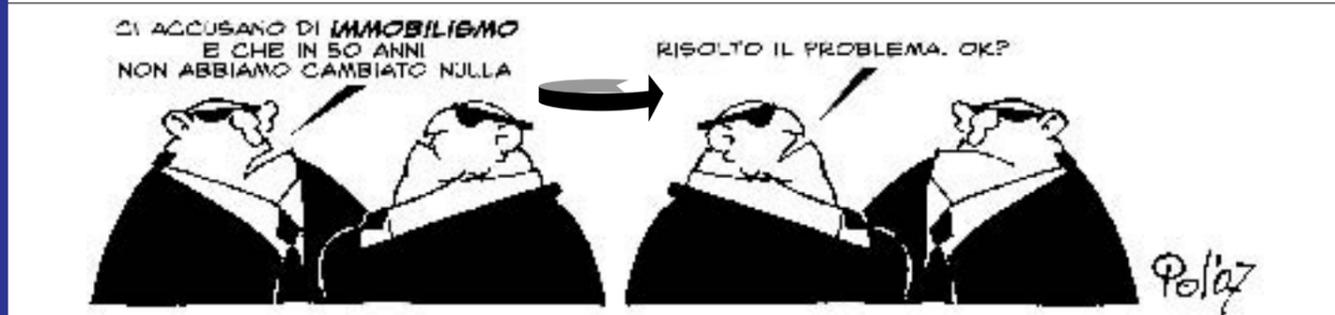


TAIMS



EUROPA ROMAN

NOTIZIE FALSE E TENDENZIOSE SUGLI UOMINI DEL POTERE
"TAIMS Europa Roman" è il nome letto in italiano di un notissimo giornale inglese e di un altrettanto celebre carattere di stampa.
Una "comica finale" sugli uomini politici indistintamente dagli scanni che occupano... siano essi europei o romani non cambia nulla.



SOCIAL NEWS

Culture a confronto - Mensile di promozione sociale

A NOI BASTA POCO PER DARTI TANTO

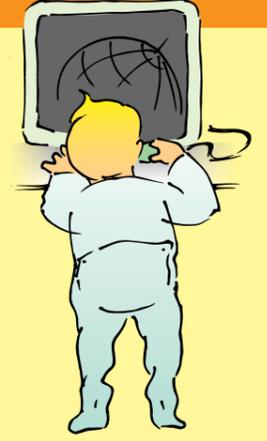
Se desideri sostenere questo giornale, versa un tuo libero contributo sul nostro
c/c postale 61925293

È importante indicare la causale "DONAZIONE SOCIAL NEWS".
ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO @uxilia - Via San Francesco 28/c, 34133 - TRIESTE

TANTE NOTIZIE ED OPINIONI SU TEMI SPECIFICI

TESTIMONIANZE CONCRETE

RECENTISSIME ANALISI TECNICHE



SE VUOI SCOPRIRE QUALCOSA IN PIÙ

www.socialnews.it