

Quaderni del volontariato

6

Edizione 2018

Cesvol
Centro Servizi Volontariato
della Provincia di Perugia
Via Campo di Marte n. 9 06124 Perugia
tel 075 5271976
fax 075 5287998
www.pgcesvol.net
pubblicazioni@pgcesvol.net

Edizione marzo 2018
Coordinamento editoriale di *Stefania Iacono*
Stampa Digital Editor - Umbertide

tutti i diritti sono riservati
ogni produzione, anche parziale, è vietata

ISBN 9788896649756

LE PAROLE CHE TRASFORMANO

Con la collana “I Quaderni del Volontariato”, giunta alla sua undicesima edizione, il Cesvol con ben 116 titoli, concretizza una delle proprie finalità istituzionali, che rimane quella di promuovere la cultura del volontariato, della solidarietà e della cittadinanza attiva. Si tratta di testimonianze e di esperienze di vita che possono contribuire a tessere un filo di coesione e di dialogo positivo, contaminando il nostro immaginario collettivo con messaggi valoriali ed equilibrati, in perfetta controtendenza rispetto al flusso, ormai pervasivo, di contenuti volgari ed, in molti casi, violenti ed aggressivi di cui è piena la contemporaneità con le sue “vie brevi” di comunicazione (come i social).

Se consideriamo la nostra mente come un bicchiere, sarebbe da chiedersi di quale liquido si riempie quotidianamente. Se la nostra rappresentazione della realtà viene costruita dai programmi televisivi, se il nostro punto di vista su un tema specifico viene condizionato dai commenti della maggioranza dei nostri amici di facebook, se abbiamo appreso tutti la facilità con la quale è possibile trattar male una persona, mascherati e non identificabili, senza che questo produca qualche tipo di turbamento alla nostra condizione psicologica, se nel postare i nostri punti di vista ci consideriamo degli innovatori solo perché siamo ignoranti e tutto quello che sappiamo lo abbiamo ricavato da ricerche lampo su Google... ebbene, se riflettiamo su tutto questo, forse non va ricercata molto lontano la risposta alla domanda ormai cronica del perché di una polverizzazione delle relazioni, di un isolazionismo nelle nostre “case elettroniche”, dell’adesione acritica ai vari estremismi di turno che, quelli sì, sono perfettamente consapevoli del potere trasformativo della parola e della sua comprensione sia razionale che emozionale.

Eppure, le parole (e quindi i pensieri e le emozioni che vi sottendono) creano la realtà. Non occorre scomodare tanta letteratura per

comprendere quanto i pensieri siano potenti nel determinare la nostra realtà, nel convincerci che una cosa è in questo modo piuttosto che in quell'altro. Lo abbiamo sperimentato più o meno tutti nella nostra esperienza di ogni giorno, ma poi perdiamo la consapevolezza della nostra stessa origine: all'inizio era il Verbo ed il Verbo era presso Dio. Il verbo era Dio. Più laicamente, questa "sequenza" è stata ripresa in tutte le millenarie tradizioni sia orientali che più vicine a noi. Ma ancora una volta, oggi se ne è persa la consapevolezza.

La parola è un "fattore" unico nel suo genere, una vera e propria bacchetta magica. Ascoltare, leggere, udire solo parole negative produce nel destinatario un vero e proprio campo energetico negativo. L'energia altro non è se non un trasferimento di informazioni. Un trasferimento che avviene attraverso il filo sottile della comunicazione. Oggi, forse inconsapevolmente, l'umanità sta letteralmente usando il potere della parola senza rendersi conto di quanto questa stia trasformandola, conducendola agli estremi di qualsiasi punto di vista. E, quindi, l'un contro l'altro armati. Dice il noto psichiatra Vittorino Andreoli, "Ci troviamo ad un livello di civiltà disastroso, regrediti alla cultura del nemico", ma a noi, come osservatorio della sottile realtà dell'associazionismo e del volontariato, piace conservare e consolidare la speranza che, ad un certo punto, rispuntino da qualche parte parole come amicizia, solidarietà, condivisione e, perché no, amore.

Le parole, non urlate, che appartengono e che ispirano il comportamento di quella parte di cittadinanza che ha preso in carico la sua quota di responsabilità nella società che abita. E che non resta alla finestra, o peggio, dietro al rassicurante schermo di un computer. Sono queste le parole che popolano il piccolo mondo della Collana del Volontariato, che con queste testimonianze prova a riempire con il liquido magico della parola trasformante quel bicchiere ancora mezzo vuoto.

Salvatore Fabrizio

Cesvol Perugia

I Quaderni del Volontariato

**Dove
Chiedere
Aiuto**

Disturbi del Comportamento Alimentare:
conoscenza e cura

Francesca Sorbera
Damiano Marinelli
Laura Tanganelli

Unione Nazionale Consumatori Umbria
Associazione Legali Italiani

www.consumatoriumbria.it
www.associazionelegalitaliani.it

Premessa

**Avv. Damiano Marinelli – Presidente Unione Nazionale
Consumatori Umbria
presidente@consumatoriumbria.it**

TRE milioni. E sono solo le italiane e gli italiani - anche giovanissimi - costretti a combattere contro uno o più disturbi del comportamento alimentare (Dca). Nel mondo, le stime arrivano a oltre 70 milioni. È come se un'intera nazione dovesse fare i conti, ogni giorno, con anoressia, bulimia o binge eating, ovvero abbuffate compulsive. Va ricordato che nel nostro Paese, come in molti altri, la platea di chi ne soffre, negli anni, non solo si è allargata ma si è anche spalmata rispetto a qualche anno fa. Tanto che l'età media si sta abbassando notevolmente come oggi ci sono più uomini e over-40. Non più, dunque, solo ragazze. In Italia sono almeno 300mila i bambini tra i 6 e i 12 anni che accusano problemi anche seri con il cibo, l'80% sono bambine, ma il fenomeno è in crescita anche tra i maschi. Ai 300mila piccoli si devono sommare altri 3,2 milioni di casi tra i 12 e i 17 anni e il dato è uniforme in tutte le Regioni¹. E i DCA costituiscono la prima causa di morte per malattia tra le giovani italiane di età compresa tra i 12 e i 25 anni².

Queste sono le notizie (giustamente) allarmanti che si possono leggere nei giornali Italiani (La Repubblica e la Stampa) e per questo riteniamo, come Associazione UNC Umbria, che sia fondamentale attivare programmi e progetti mirati all'informazione e alla prevenzione. L'Educazione Alimentare si configura come un importante tassello dell'educazione alla

¹ La Repubblica, 01.06.2018 - http://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2018/06/01/news/giornata_mondiale_disturbi_alimentari-197909895/

² La Stampa, 12.03.2009 - <http://www.lastampa.it/2009/03/12/italia/anoressia-prima-causa-di-morte-tra-le-ragazze-djou44PQeQAxR27TS9ni5L/pagina.html>

salute. Risulta infatti fondamentale acquisire corrette abitudini alimentari, in quanto un positivo approccio con il cibo getta le basi per un futuro stile di vita armonioso. L'Unione Nazionale Consumatori Umbria è da anni attiva in questo ambito sia con l'organizzazione di convegni, eventi informativi, incontri, sia con progetti di formazione, soprattutto nelle scuole. Da ultimo, ad esempio, abbiamo aperto uno sportello d'ascolto organizzato e gestito dalla Dott.ssa Francesca Sorbera, a cui è possibile chiedere informazioni info@consumatoriumbria.it. Al Suo impegno dobbiamo questo volume e l'organizzazione interna all'Associazione, di un dipartimento che organizza progetti formativi e informativi sull'argomento. Dunque, riteniamo che sia fondamentale, già nelle scuole, poter attivare un percorso di educazione, informando e formando per rafforzare le conoscenze e gli strumenti critici dei giovani consumatori in età di obbligo scolastico e formativo (6-18 anni). Particolare attenzione deve essere data anche alle problematiche legata all'anoressia ed alla bulimia, con la presenza di figure professionali di riferimento: nell'intento di aiutare a risolvere una problematica complessa (DCA Disturbi del Comportamento Alimentare) o, quanto meno, a sensibilizzare tutti verso questo tema: *ciò significa che è fondamentale cominciare a parlare di questo fenomeno a partire proprio dalle scuole*. La scuola è da sempre considerata, infatti, come luogo privilegiato di crescita culturale e di sviluppo della persona.

Il nostro ultimo progetto nelle scuole, insieme alla Regione Umbria, ad esempio, ha previsto iniziative informative sui comportamenti a rischio tenute da esperti sui Disordini Alimentari individuati dall'UNC, con un focus specifico rispetto ad una attività ludico didattica per la comprensione di tali patologie ancora a molti poco conosciute (*rectius*, sconosciute). La sede delle due iniziative (nella stessa mattinata, ma con classi diverse, del secondo anno) è stata individuata all'interno dell'Istituto scolastico di riferimento. Si è attivato un info point (email

info@consumatoriumbria.it) per la richiesta di informazioni tramite una e-mail apposita dell'associazione. Le e-mail sono state trattate in maniera anonima, così che il singolo studente si è sentito libero di poter esprimere tutte le proprie domande, senza essere soggetto a “riconoscimento” (anche rispetto al gruppo di riferimento dei propri pari). Infine, a seguito degli incontri, si è elaborato un opuscolo sugli argomenti di maggiore interesse, che poi ha dato il là anche a questa pubblicazione. Si è dato ampio spazio all'uso di Facebook e del sito internet associativo (www.consumatoriumbria.it) per la comunicazione ed erogazione di sussidi / informazioni on line.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono una malattia “dell'anima” nel suo rapportarsi con il mondo e non solo una semplice scelta di rifiuto verso il cibo, anzi, il cibo è utilizzato solamente come mezzo di comunicazione per esprimere un dolore. Tra i più noti ricordiamo:

- Anoressia Nervosa;
- Bulimia Nervosa;
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata;

sottolineando che, al di là del peso e delle caratteristiche di espressione del sintomo, tutti i Disturbi del Comportamento Alimentare hanno un nucleo psicopatologico comune: un'intensa ideazione sul cibo e forme corporee. In Italia oltre tre milioni di persone soffrono di Disturbi del Comportamento Alimentare; la fascia di età colpita è tra i 12 ed i 25 anni anche se si è abbassata di molto l'età di esordio di tali patologie (già intorno ai 7 anni è possibile riscontrare sintomi legati alle patologie alimentari). Nel 2008 il Ministero della Salute, la Presidenza del Consiglio e la Regione Umbria hanno dato avvio a una indagine sullo stato dell'arte dell'assistenza in Italia che portasse alla costruzione di una mappa delle strutture e delle associazioni

dedicate ai Disturbi del Comportamento Alimentare al fine di garantire ai cittadini affetti da tali patologie e alle loro famiglie migliori livelli di accesso e appropriatezza dell'intervento. Il censimento ha portato alla individuazione dei servizi dedicati al trattamento dei DCA sul territorio nazionale. Per ogni servizio sono indicate le informazioni relative alla localizzazione (ente di appartenenza, indirizzo, recapiti telefonici e di posta elettronica), alle caratteristiche organizzative, agli orari di apertura, ai livelli di trattamento disponibili e alle prestazioni erogate. La mappatura dei servizi e delle associazioni dedicati ai Disturbi Alimentari attualmente è parte integrante del Progetto "DIRITTO DEI GIOVANI ALLA SALUTE ED ALLA CITTADINANZA - Azioni di informazione e studio delle modalità di prevenzione per i giovani cittadini e non cittadini italiani", promosso e finanziato dal Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Dipartimento di Ricerca Sociale e Comunicazione dell'Università La Sapienza di Roma e dalla USL 1 dell'Umbria. La mappa, consultabile nella sezione "La mappa delle strutture dedicate ai DCA in Italia" permette la consultazione di tutte le informazioni disponibili e la ricerca secondo differenti criteri (per Regione e Provincia, per livello di trattamento, per tipologia di servizio). Include anche le Associazioni che perseguono finalità legate alla prevenzione, allo studio e alla ricerca nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

La realizzazione di una rete di intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza, è la condizione per un percorso di cura appropriato e ottimizzato sul piano delle risorse impiegate. Secondo tali indicazioni la terapia dei DCA deve essere concepita in *termini interdisciplinari ed integrati*. Sono necessarie strutture di cura, in cui collaborino sistematicamente *figure professionali diverse*: internisti, nutrizionisti, psichiatri, filosofi, psicologi

clinici, dietisti, privilegiando, senza mai escludere l'altro, il versante somatico o psichico a seconda delle fasi della malattia. Secondo le Linee Guida internazionale (NICE e APA) i livelli di cura devono garantire tutti un **approccio multidimensionali e multiprofessionale** e consentire una continuità delle cure nel passaggio da un livello assistenziale ad un altro. L'accesso principale al percorso terapeutico dovrebbe essere quello ambulatoriale che svolge funzione di filtro diagnostico e terapeutico per i successivi livelli terapeutici, di day hospital, di ricovero ordinario e residenziale, in relazione agli elementi clinici emersi durante la valutazione interdisciplinare. L'ambulatorio dovrebbe essere dedicato e integrato e completo delle diverse figure professionali. La scelta del livello assistenziale è definita da precisi criteri clinici e psichiatrici e viene accompagnata da un intenso lavoro di motivazione al trattamento, laddove spesso non esiste né motivazione al trattamento né consapevolezza di malattia. Ad ogni livello di trattamento è necessario che sia garantito un *approccio alla famiglia* adeguato considerando le famiglie sempre una risorsa importante e indispensabile nel percorso del paziente. Per aiutare chi soffre, in maniera diretta o indiretta, di tali patologie dal 2011 esiste anche un numero verde gratuito volto ad offrire sostegno psicologico, informazioni scientifiche sulla patologia e indicazioni sulle strutture ad essa dedicate sul territorio nazionale. Il numero verde 800180969 è attivo dal lunedì al venerdì.

Buona lettura.

1. Disturbi dell'alimentazione: tra mito e realtà

dott.ssa Francesca Sorbera

*La bellezza è come una ricca gemma
per la quale la montatura migliore
è la più semplice
(F. Bacone)*

Il Disturbo Alimentare costituisce una delle patologie più diffuse nell'attuale contesto socio-culturale, suscitando continuamente l'attenzione di medici, scrittori, filosofi e psicologi, e di quanti si interessano alle problematiche adolescenziali e giovanili.

Sempre più spesso si osservano forme psicopatologiche legate all'alimentazione soprattutto in alcune fasce d'età dove, le difficoltà psicologiche dell'individuo, sembrano trovare una espressione diretta attraverso il cattivo rapporto con il cibo e per mezzo di comportamenti alimentari qualitativamente e quantitativamente alterati.

Il fatto che tali problematiche investano soprattutto l'età adolescenziale può essere meglio compreso se si focalizza l'attenzione sui cambiamenti e le repentine trasformazioni, corporee e psichiche, che intervengono in questo periodo di rapida crescita dell'individuo: il corpo che cresce e si modifica giorno dopo giorno, lo sviluppo sessuale, la ricerca di maggiore autonomia, l'assunzione di nuove responsabilità, sono tutti fattori che concorrono a determinare la nascita di un "nuovo soggetto" che prende il posto del bambino di ieri.

Tutto ciò ci riconduce alle prime relazioni affettive che costituiscono il fondamento dello sviluppo psichico dell'individuo; questo punto di vista evidenzia l'apporto psicologico dato dalla famiglia, e i legami che si creano al suo interno.

Nel passato emotivo di individui che si trovano a vivere disturbi alimentari, si registra una “disfunzione” del rapporto affettivo che li lega ai propri genitori, e così, ogni atteggiamento o sentimento è camuffato allo scopo di dare l’immagine di famiglia perfetta, felice e in armonia, arrivando al controllo di qualunque tipo di espressione emotiva. In questi soggetti è evidente la mancanza di identità e l’incapacità di riconoscere e distinguere i differenti tipi di impulsi e desideri personali in nome dell’approvazione e del riconoscimento da parte degli altri. Spesso accade infatti che la famiglia non si renda conto né del disturbo né della sofferenza a d esso legata.

Il rifiuto del cibo da parte dell’individuo, diventa così un campanellino d’allarme riguardo un problema che affonda le sue radici molto più in profondità, e cioè nel rapporto fra ciò che la persona è, e ciò che la persona vorrebbe essere, fra ciò che si manifesta e fra ciò che è celato.

Nel tracciare il quadro storico di una patologia psichiatrica, in primo luogo occorre tener conto del continuo mutare dell’oggetto in questione dal momento che il modo di intendere la malattia mentale e il suo ruolo è sempre cambiato nel corso del tempo, non dimenticando mai il contesto e il periodo in cui si sono verificati i sintomi di una malattia percepita ora come biologica, ora come psichica, occorre pertanto, un’indagine storiografica che non si limiti ad una somma di vecchie e nuove nosografie e teorie riguardanti una certa patologia, ma che punti il riflettore verso l’intero quadro storico e culturale.

Da Omero, Tucidide e Livio, figure importanti per la letteratura greca, si ha testimonianza che la morte per fame fosse, per il greco, la sorte peggiore che potesse toccare all’uomo e nonostante ciò la mitologia e la letteratura presentano casi di scelte ascetiche, rifiuto volontario del cibo e presa di distanza rispetto al mondo esterno.

1.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare nei tempi antichi

Nella gremità classica del V sec. a.C. si contrapponevano due tipologie diverse di “uomo” in relazione allo stile di vita imperante. Ad Atene, città dedita alla filosofia e alla vita nell’ “agorà”, il cittadino medio è raffigurato come “rotondo” e panciuto mentre cammina comodamente nei dintorni dell’ “agorà” gustando prelibatezze locali o mentre discute con altri cittadini di questioni filosofiche e politiche sui gradini dell’ università, ben diverso è invece l’ aspetto che ha simboleggiato per secoli la vicina Sparta, la cui cultura era imperniata sui valori del vigore fisico e della potenza militare, e la corporeità celebrata era atletica, muscolosa, fornita di larghe spalle, snella, pronta insomma a far suscitare timori al nemico in battaglia.

Durante l’ apice dell’ Impero Romano c’ era una stridente differenza tra la popolazione che aveva cibo insufficiente e quella che ne aveva in surplus. E’ interessante accennare ai banchetti della nobiltà romana, che con il passare degli anni, e con l’ ingrandirsi dell’ impero, diventavano sempre più sfarzosi e con dozzine di pietanze sempre più esotiche e particolari. La pratica alimentare perdeva il suo fine nutritivo sostituito in toto da quello voluttuoso e così, uomini patrizi in buona salute praticavano iperalimentazione fino alla saturazione seguiti addirittura da vomito in un apposito settore denominato “*vomitorium*”, per poi, una volta vuotato lo stomaco, potersi di nuovo lasciare andare ad altre ingordigie alimentari. Queste pratiche alimentari non possono tuttavia essere definite puramente bulimiche perché il vomito era provocato al fine di poter gustare ancora altre pietanze con lo stomaco libero, i nobili romani erano infatti molto ghiotti e ingordi e le loro ampie pance non facevano pensare che tenessero molto alla snellezza fisica, anzi, anche le matrone romane mostravano con l’ abbondanza delle forme

tutta la loro opulenza e importanza. Tuttavia, anche tra gli antichi romani la dieta era una pratica adottata sia per ragioni estetiche che salutari, serviva per purificare il corpo dalla tossicità di certi alimenti.

Tra gli scritti di Ippocrate (460 a.C.-377 a.C.) figura anche un trattato sulla dietetica, consigliata sia per scopi preventivi che terapeutici e secondo Plinio il Vecchio (24-79 d.C.) alcuni medici prescrivevano ai malati diete così rigide da farli quasi morire di fame mentre altri tendevano a rimpinzare di cibo i loro pazienti. Vi era poi chi digiunava per motivi spirituali; gli aderenti alla corrente dello Gnosticismo³, sviluppatasi verso il II e il III sec. d.C., consideravano tutto il mondo materiale corrotto e praticavano l'ascetismo, con l'astensione quasi totale dal cibo e dai beni terreni. L'ascetismo⁴ cristiano trae le sue origini dalle teorie di Platone, secondo cui l'anima era prigioniera del corpo aspirando al ricongiungimento con il divino e soltanto con l'emancipazione dal mondo dei sensi lo spirito poteva liberarsi e realizzare il suo potenziale divino attraverso la privazione dal cibo e da altre necessità terrene.

In vari miti è possibile riscontrare un comportamento di tipo anoressico, fra questi, quello di Eco e Narciso nella visione elaborata da Ovidio. Eco, punita da Era perché con le sue chiacchiere la intratteneva proteggendo gli amori di Zeus con le ninfe della montagna, fu condannata a non poter più servirsi della propria voce se non per ripetere le ultime parole gridate da qualcun altro, così innamoratasi di Narciso, le fu impossibile manifestare il suo amore.

Decise allora di smettere di mangiare e fece morire il suo corpo di consunzione e di lei rimase solo la voce ecoica.

3 Movimento filosofico e religioso, la cui massima diffusione si ebbe fra il II e il III secolo dell'era cristiana, che rappresenta una dottrina della salvezza tramite la conoscenza.

4 Movimento filosofico e religioso che predica una vita caratterizzata dal rifiuto dei piaceri terreni in nome di uno stile di vita austero.

Tra le fonti letterarie si annoverano in particolar modo le tragedie di Euripide e Sofocle, altri pilastri della letteratura greca. Nell'Ippolito incoronato di Euripide, spicca la figura di Fedra, donna soggiogata dall'amore per il figliastro Ippolito, istillato prepotentemente in lei da Afrodite, irritata perché il giovane, dedito al culto di Artemide, si è votato alla castità.

La donna vorrebbe annichilirsi nello strazio del proprio cuore e così, nel deperimento del corpo, nella mortificazione degli istinti primari (e fra questi trionfa la fame), ricerca la purezza e il controllo della mente sul corpo. Il suo obiettivo primario è evitare che la passione diventi nota ed ella lo persegue utilizzando vari mezzi, tra cui l'anoressia, all'insegna della ricerca di un corpo asessuato.

Da quanto detto si evince che l'anoressia non è solamente un male moderno ma anzi è possibile ritrovarlo anche su alcune opere mediche antiche. Il termine *anorexia* fu usato per la prima volta in un testo medico da Areteo di Cappadocia⁵, che ci ha fornito la descrizione più completa e moderna delle malattie mentali. Nella sua opera indica tra i segnali di aggravamento delle malattie psichiche, la nausea, l'insonnia ed episodi di fame incontrollata che oggi potremmo chiamare bulimia. La frenite, un disturbo della psiche, per Areteo era un'alterazione del sistema nervoso dunque egli può certamente essere considerato il primo grande medico greco come primo autore ad aver registrato abnormi comportamenti alimentari aventi origine nervosa.

Il termine anoressia comparve quindi, in maniera ufficiosa,

⁵ Medico greco antico, esercitò la professione a Roma nel I secolo d. C.. A lui dobbiamo anche la prima descrizione della celiachia e l'invenzione del termine diabete, egli utilizzava terapie semplici e il suo modo di curare le malattie è stato un'ottima base per cure mediche successive.

con Celso⁶ (30 a.C. – 45 d.C.) nell’opera “*De Re Medica*”⁷, un trattato sulla medicina greca, dove vengono descritte tre forme di consunzione che egli denomina “*tabe*”.

Nella prima forma chiamata atrofia, il corpo non riesce ad assorbire le sostanze nutritive, che sono espulse con le feci; il deperimento che ne consegue, se non curato, risulta mortale.

La causa di questo disturbo è da individuare tanto nella poca, quanto nell’eccessiva nutrizione, le quali, rispettivamente, indeboliscono o contaminano il corpo ed hanno cause psicogene, ossia paura del cibo nel primo caso e ingordigia nel secondo.

Nella seconda forma, chiamata *cachexia*, il malato, indebolito da un disturbo cronico causa assunzione di farmaci sbagliati o da cibi nocivi, non assorbe, né espelle il nutrimento ingerito, cosicché il cibo va in putrefazione all’interno del corpo.

Nella terza forma, denominata tisi, il disturbo interessa inizialmente il livello cranico e poi giunge nei polmoni provocando febbre, tosse e vomito da pus e *flegma* misto sangue. Questa classificazione è molto importante perché ad essa, come si vedrà, si rifarà Richard Morton, medico inglese, figura fondamentale all’interno della storia dell’anoressia.

Fu Galeno, medico greco antico ellenista, (129-199 d.C.)

6 Enciclopedista e medico romano, compose un’opera enciclopedica dedicata alle *artes* (agricoltura, medicina, arte militare, retorica, filosofia, giurisprudenza), che nel corso dei secoli fu smembrata, andando in gran parte perduta. Rimangono integri solo gli otto libri sulla medicina, basati su fonti greche ma integrati da osservazioni personali. I suoi testi, per la chiarezza e fluidità dell’esposizione, furono ammirati e imitati nel Rinascimento.

7 Trattato di medicina scritto da Celso in cui viene tracciata una storia della medicina partendo dai tempi della guerra di Troia per arrivare ad Asclepiade mettendo in luce soprattutto i medicinali ed i vizi corporei usati per avvicinarsi o giungere a quei canoni di bellezza in atto alla sua epoca.

a ricostruire un quadro abbastanza delineato dei disturbi alimentari, in particolare, egli istituisce uno stretto legame tra anomalie alimentari con tendenze anoressiche e l'eccesso di uno dei quattro umori che andavano a ledere organi dell'apparato digerente e respiratorio.

Sulla scia di Galeno, si situa il medico bizantino Alessandro da Tralle o Tralliano (525-605 d.C.) che, nel testo *Perì Anorexia*, attribuisce la mancanza di appetito ad un eccesso di umori nello stomaco, proponendo di conseguenza, una terapia in grado di modificare la composizione umorale o con il vomito o con l'evacuazione intestinale e, nel caso che non si arrivasse allo scopo, si dovrebbe far uso di pozioni diluenti o purificanti; anche alcuni cibi sarebbero efficaci come il brodo di piccione o l'uva.

Con un piccolo esame della letteratura medica più antica, ci si può rendere conto che la percezione del digiuno come forma patologica, è vecchia di molti secoli e che, al di là delle notevoli differenze di significato e inquadramento nosografico, è possibile rinvenire agli elementi di continuità con le moderne interpretazioni del disturbo anoressico.

Risulta, infatti, molto significativo che il pensiero scientifico antico aveva delineato con chiarezza una serie di disturbi alimentari connessi in maniera sorprendente con la sfera delle affezioni psichiche.

Anche nell'ambito della religione è possibile riscontrare casi di anoressia.

L'ascetismo cristiano, che affonda le sue radici nel dualismo platonico tra anima e corpo, persegue l'annullamento dei desideri corporei e carnali, vissuti con un senso di profondo peccato, in nome del rafforzamento e della purificazione dell'anima che si protende verso Dio.

Nel medioevo il digiuno aveva un significato che non si iscriveva all'interno delle condotte ascetiche come quelle seguite dai padri

del deserto nel periodo paleocristiano.

In questo periodo storico, infatti, esso assume delle valenze strettamente legate al conflitto d'identità delle giovani donne del medioevo, configurandosi come parte di una reazione spontanea, sebbene non determinata, all'oppressione del mondo maschile; diversi studiosi andranno più in là col tempo ad interpretare la privazione del cibo come sintomo di ciò che è stato definito "santa anoressia".

Se molte donne acquistarono notorietà per i loro lunghi digiuni di stampo mistico, il digiuno ascetico trova negli uomini la massima espressione nella vicenda dei Padri del deserto, monaci che, devoti alla vita vissuta in solitudine e in seguito alla "mondanità" della chiesa, decisero di ritirarsi nei deserti dell'Egitto e della Palestina, per dedicarsi totalmente al Signore. Si narra che trascorressero anni nelle situazioni più impervie in enormi restrizioni di cibo e acqua.

Alcuni studiosi odierni dei disturbi alimentari come Walter Vandereycken e Ron Van Deth, sono propensi a interpretare molti dei casi di "sante ascetiche" o di "padri del deserto" come antesignani delle moderne forme di anoressia restrittiva, e lo dimostrano infatti nel loro lavoro "*Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*", riscontrando, nelle narrazioni di tali vicende, svariati caratteri distintivi della diagnosi di questa patologia.

Il digiuno come forma di penitenza per dei peccati commessi è una pratica molto antica che ha da sempre accompagnato il destino degli uomini, riecheggia nei Salmi Babilonesi e, sia nell'Antico che nel Nuovo Testamento, troviamo pubblici digiuni per placare la collera divina in concomitanza con catastrofi o guerre.

Il cibo, soprattutto nel cristianesimo, è poi spesso associato al peccato e l'ingordigia di cibo alla tentazione del demonio. Non è forse l'irresistibile morso di una mela a precludere l'Eden ad Adamo ed Eva ed a relegarli alla terrena peccaminosità?

Ancora oggi allo scoccare del nono mese del calendario islamico l'intera massa di fedeli si astiene per un mese ad un rigido periodo di astinenze alimentari e sessuali dall'alba fino al tramonto.

Ma l'astinenza prolungata da cibo, per un periodo del medioevo, fu considerata atto di superbia di fronte alle leggi divine e perciò condannata dalla chiesa, si pensava addirittura che nei casi di inspiegabile resistenza al digiuno si celasse l'operato del diavolo, che aiutava con sortilegi notturni il digiunatore nella sua astinenza.

Nel corso della storia si è assistito a situazioni di carestia, dovute a guerre, siccità o piogge abbondanti tali da compromettere il raccolto; i mezzi di sostentamento, come il grano o la selvaggina erano oggetto di venerazione, desiderati e temuti, o offerti in sacrificio agli dei come il bene più prezioso.

Non stupisce quindi il sospetto e l'inquietudine che destavano nella comunità coloro che sceglievano volontariamente di non cibarsi. Ponevano gli altri in una situazione di destrutturazione cognitiva, erano destabilizzanti per la vita comunitaria ed era facile interpretare il loro comportamento, come opera di spiriti maligni che avevano invaso il corpo e lo nutrivano di nascosto.

Il rapporto tra l'astinenza dal cibo e la possessione demoniaca ha un'origine molto antica e compare già in un testo cuneiforme babilonese; anche nel mondo occidentale abbiamo testimonianze scritte di questa credenza, soprattutto in epoca bizantina e medievale, questo fu il motivo per cui i digiunatori vennero più spesso affidati alle cure di esorcisti e stregoni che dei medici e le sante ascetiche guardate con malafede e sospetto. Per ragioni strettamente legate a quanto ora detto, il digiuno venne praticato dai popoli per allontanare i poteri demoniaci ed ingraziarsi la divinità protettrice. Lo si ritrova già nei salmi penitenziali dei Babilonesi, che rivelano l'importanza dei digiuni nei periodi difficili del regno.

All'epoca dell'Antico Testamento, il digiuno costituiva una delle pratiche penitenziali più diffuse ed era inteso come un castigo auto inflitto per sollecitare la compassione divina.

Durante il cristianesimo il digiuno era considerato uno dei modi per raccogliere l'appello di Cristo e redimersi dai peccati terreni; nell'ascetismo più fervente dei Padri del deserto per esempio il digiuno si accompagnava all'astinenza sessuale, la privazione del sonno e altre forme di indipendenza da quella fisicità a cui gli uomini erano troppo legati. Leggendo testi sacri come il "Levitico" o il "Deuteronomio" ci si può facilmente imbattere in una pleora di divieti e prescrizioni dietetiche; alcuni animali come la lepre e il coniglio selvatico sono ritenuti impuri, altri come la pecora e la rana puri.

Si può tentare di rispondere a tale spartizione in chiave allegorica, in quanto certi animali rappresenterebbero simbolicamente il peccato ed altri no, gli animali ritenuti impuri erano quelli che per qualche particolarità (colore, forma) si associavano a qualcosa di sporco, pericoloso e si pensava veicolassero influenze malefiche nocive per il corpo. Oltre a ciò i periodi di digiuno e di prescrizioni dietetiche si attuavano spesso in coincidenza con eventi luttuosi per la comunità, come morti di sovrani o cataclismi naturali; l'astinenza alimentare poteva così salvaguardare dalle influenze malefiche spostatesi dall'evento infausto al cibo e purificare il corpo fino a raggiungere un certo livello di purezza.

Nel complesso e variegato quadro del digiuno ascetico si possono riconoscere alcuni tratti comuni che ripropongono all'attenzione il valore che alcuni elementi dell'atto della nutrizione hanno assunto nelle culture umane:

- 1) la natura destabilizzatrice e sovvertitrice del digiuno in ogni comunità umana;
- 2) la funzione di espiazione dei peccati espletata dal digiuno;
- 3) il divieto di cibarsi di particolari tipi di alimenti, come alcune

carni animali, presente presso molti popoli.

Nel corso della storia si è assistito a situazioni di carestia, dovute a guerre, siccità o piogge abbondanti tali da compromettere il raccolto; i mezzi di sostentamento, come il grano o la selvaggina erano oggetto di venerazione, desiderati e temuti, o offerti in sacrificio agli dei come il bene più prezioso.

Nel corso dei secoli, come si è visto, da una parte ci arrivano documenti di asceti digiunatori e “fanciulle miracolose”, di cui parleremo più avanti, dall'altra abbiamo molte descrizioni di come l'aspetto grasso e rubicondo fosse apprezzato e sinonimo di imponenza e ricchezza; papi, cardinali, arcivescovi non sembravano esercitare la loro vocazione spirituale con la stessa intransigenza delle sante ascetiche, piuttosto vengono spesso raffigurati come corpulenti, con grosse pance, sovente impegnati a consumare ingenti quantità di cibo e vino.

Nell'immaginario popolare l'uomo potente e di successo, era stato da giovane di corporatura atletica, snella, forte per poi lasciar spazio nell'età matura ad un fisico sempre più imponente e vistoso, ed a caratteristiche diverse come la saggezza, la calma, l'amore per la buona tavola. Come già accennato in precedenza, in un contesto in cui gran parte del popolo viveva in condizioni di fame, la grassezza era indice di opulenza e di potere, un vero e proprio status socio-economico.

Qualche secolo più avanti, anche in letteratura è possibile trovare fulgidi esempi di tale stile di vita con Enrico VIII, sua sorella Elisabetta e la regina della Russia Caterina “La Grande”, magri e atletici in gioventù, grassi e potenti in età matura.

Il “*Giulio Cesare*” di Shakespeare chiede di esser circondato da uomini grassi, che sono considerati meno minacciosi: “*Lasciate che mi stiano intorno uomini grassi, dalla faccia paffuta, come il sonno della notte: Gaio Cassio scarno e affamato è d'aspetto; egli pensa troppo: questi uomini sono pericolosi.*” “*Come vorrei che fosse più grasso⁸!*” e non

8 *Giulio cesare*, Atto 1, scena 2, opera shakespeariana, tragedia bastata su eventi storici

solo, anche più avanti, nel famoso romanzo di Tolstoy⁹, “*Guerra e Pace*”, ambientato nella Russia dell’800, un esperto generale dell’armata russa, tanto grasso quanto astuto, deve addirittura essere aiutato a salire a cavallo a causa dell’ingente mole e dei suoi acciacchi.

Un altro esempio di quanto nei secoli passati una corporatura obesa non fosse oggetto di critiche ma anzi, apprezzata e giudicata indicatore di buona salute ci viene dal famoso filosofo David Hume¹⁰ nella sua “*Lettera a un medico*”.

Il filosofo inglese racconta dell’appetito voracissimo che lo colse d’improvviso nel Maggio 1731 e di come questa ingordigia lo portò nel giro di sei settimane a diventare dal magro e allampanato ragazzo che era nel tipo “*Più robusto, gagliardo e pieno di salute che tu abbia mai visto, con un aspetto rubicondo e un’espressione allegra*”.

Riguardo alla considerazione dell’uomo obeso nel corso dei secoli può costituirsi infine un filo conduttore indicativo l’accettazione della corporatura anche in personaggi che hanno segnato la storia, si pensi a T. Roosevelt che dopo essere stato un pugile dei pesi leggeri in gioventù, divenne un obeso e apprezzato presidente degli USA o a W. H. Taft, anch’esso presidente, che fu bonariamente preso in giro per la sua mole e che divenne forse proprio per questa uno dei presidenti più simpatici e amati dal popolo.

Tornando al rapporto col cibo, la donna del medioevo, in lotta per l’autonomia, spostava inconsciamente il conflitto che accompagnava il suo essere, dal mondo esterno, in cui avrebbe certamente fallito, al mondo interiore, per ottenere padronanza almeno su se stessa e sui propri impulsi fisici.

Le “*sante anoressiche*” attribuivano alla rinuncia del cibo quel significato ascetico di cui si è parlato precedentemente, considerandola unica via per esprimere il proprio amore e la

9 Scrittore russo

10 Filosofo e storico inglese (1711-1776)

propria devozione a quel Dio al quale erano pronte ad offrire i loro corpi martirizzati da indicibili sofferenze; del resto, proprio la religione cristiana non manca e soprattutto non mancava, sotto l'influsso platonico, di indicare il corpo come carcere dell'anima ed il suo martirio come via verso la salvezza di questa.

Il corpo, soprattutto quello femminile, è rappresentato come sede del peccato e mal fine della creazione, i cui impulsi, di qualsiasi genere essi siano, devono venire repressi; nel cristianesimo trionfa, infatti, la figura della donna vergine e privata della sua sessualità.

Sono esemplari le vicende di santi e, soprattutto di sante come Caterina da Siena (1347-1380), e Margherita d'Ungheria (1242-1271). La vita di quest'ultima fu segnata da un voto del padre, fatto in occasione di un'invasione dei tartari: re Bela promise Margherita al Signore in cambio della sua protezione. Fedele al voto, quando i Tartari si ritirarono, re Bela edificò un nuovo monastero in quell'isola del Danubio a Budapest, che si chiamò e si chiama tutt'ora Santa Margherita. In quel convento si ritirò la figlia. La giovane suora, dimostrò presto grandi virtù ascetiche e una forza di volontà incredibile, incontrollabile; eccellente negli studi, praticava varie mortificazioni del corpo, soprattutto il digiuno. Qualche tempo dopo, in una situazione politicamente diversa, re Bela rivide i suoi progetti e giudicò conveniente che la figlia lasciasse il convento per sposare un principe.

Margherita respinse però tutti i pretendenti, si oppose alle pressioni del padre e, per rafforzare la sua volontà, intensificò le pratiche ascetiche.

Nel refettorio, restava a tavola lasciando passare i cibi senza toccarli; spesso serviva lei le consorelle e poi si ritirava, digiuna, a pregare. A un certo punto smise di lavarsi e interruppe ogni cura del corpo. Infine fu colpita da una febbre violenta e morì, lucida fino all'ultimo, all'età di ventotto anni. Le notizie provengono dai documenti del processo di beatificazione, iniziato solo

cinque anni dopo la morte di Margherita. Stando alle antiche carte, colpisce quanto il digiuno ascetico di Margherita appaia inscritto nella difesa della sua autonomia contro la volontà, tirannica, del padre.

Questo tipo di considerazioni riguardo al cibo, si unirono ad un importante elemento intrinseco alla controriforma: il disprezzo per la donna.

Tale misoginia si estese in vari campi e fu così che le nuove riflessioni sul significato del digiuno nella vita del buon cristiano portarono la Chiesa a guardare con sospetto le condotte ascetiche più esasperate.

Inizialmente queste pratiche furono considerate come forma di autoesaltazione e dunque peccato, in quanto un vero cristiano doveva conservare con umiltà le norme e i riti prescritti; presto il digiuno prolungato cominciò ad essere considerato espressione eretica o opera del demonio, così il modello della “santa anoressica” iniziò il suo declino all’epoca della controriforma, per varie motivazioni e i comportamenti anoressici vennero sempre più rifiutati dai preti come prova di santità e si impose una nuova figura di santa, quella della donna pietosa e capace di compiere opere buone.

Sulla base di quanto detto, si possono trarre opportune conclusioni riguardanti il rapporto fra santa anoressia/anoressia mentale in quanto queste, se da un lato si diversificano fra loro, dall’altro hanno dei punti che le congiungono.

Per ciò che concerne la santa anoressia non vi è nessuna alterazione dell’immagine del corpo e non si parla mai di paura morbosa d’ingrassare, sintomo nucleare dell’anoressia.

Questa discrepanza si trasforma proprio in parallelismo dal momento che l’aspirazione alla santità di una donna medievale e quella della magrezza di un’anoressica dei nostri tempi risultano molto simili: entrambi sono dei pensieri ossessivi e totalizzanti, non solo, la santità medievale e la magrezza contemporanea

possono benissimo essere paragonate perché rappresentano stati ideali, troppo lontani da stati reali, nei rispettivi ambiti culturali.

Entrambe le anoressiche, quelle del passato e quelle del presente, sono iperattive, mai soddisfatte dei risultati raggiunti e sempre preoccupate della possibilità di poter perdere il controllo del proprio corpo.

Come l'anoressia mentale, anche quella santa è strettamente legata al conflitto fra sessi, rappresentando un modo di combattere l'autorità patriarcale per far trionfare la volontà femminile.

1.2 I Disturbi del Comportamento Alimentare in età moderna e contemporanea

Più avanti nel tempo, a partire dal XVI secolo, si assistette in quasi tutta Europa alla diffusione di una concezione nuova di digiuno, in base alla quale l'astinenza era protratta dal cibo, fu così che comparvero le cosiddette “fanciulle miracolose”, ossia ragazze che si sottoponevano a forti restrizioni alimentari ma che, nonostante ciò riuscivano a sopravvivere e anche godendo di buona salute.

Le vicende di queste fanciulle si diffusero sempre più; le indagini mediche rivelavano che queste miracolose ragazze erano solo truffaldine le quali avevano messo in scena una commedia a scopo di lucro.

Poiché allora tutti questi esempi di miracolosi digiuni venivano smascherati l'ambiente medico cercò una risposta a tali episodi quanto più scientifica.

Avanti nel tempo, per tutto il 1600, si segnalano diversi casi di comportamenti rappresentanti l'anoressia, ma la prima descrizione accreditata di una patologia con caratteri anoressici

è dovuta a Richard Morton¹¹ (1637-1698) che nei suoi trattati parla, a proposito dei disturbi legati all'alimentazione, di "atrophia nervosa" e "phtisis nervosa" descrivendo che all'inizio della malattia il corpo è gonfio, il colorito è pallido e spento, lo stomaco rigettava ogni sostanza solida, la carne si consumava sempre più ed era presente una debolezza tale da costringere la persona a letto, l'urina appariva di colori differenti, talvolta chiara talvolta scura, talvolta di piccole quantità, talvolta abbondante, si presentavano inoltre anche febbre, tosse e difficoltà respiratorie. Per quanto riguarda la cura di questa malattia, Morton raccomandava l'assunzione di alcuni farmaci combinati, conversazione con amici soprattutto perché era stato riscontrato che fra le cause di tale disturbo c'erano tristezza e ansia. L'influenza del dottor Morton perdurò per tantissimi anni influenzando moltissime opere mediche del XVIII secolo e così l'*atrofia nervosa* comparve nell'*Encyclopaedia Britannica*. I casi presentati dal dottor Morton sono quelli di un ragazzo di sedici anni e di una ragazza di diciotto, i quali, rifiutando ogni cura, morirono tre mesi dopo in seguito ad un attacco di sfinitezza. Fra i contributi si distinsero anche quello di Jacob Zwinger¹², che, in un trattato del 1611, individuò una specifica categoria di individui che si rifiutavano nettamente di mangiare e vomitavano ciò che ingerivano; questi soggetti, sembravano non avere lo stimolo dell'appetito e pertanto le cause del digiuno miracoloso erano naturali e la sopravvivenza di questi era un evento divino, e quello nel 1669 di John Reynolds, professore di grammatica che cercò di dimostrare che in questi soggetti alcuni elementi corporei, i cosiddetti fermenti, erano in grado di arricchire autonomamente il sangue senza che in esso si riversasse il chilo prodotto dalla digestione del cibo.

Nel 1679, il medico Enrico Kunne pubblicò "*Dissertatio Medica de*

11 Medico inglese famoso anche per aver condotto studi sulla tubercolosi

12 Medico e scienziato svizzero

Dispepsia”, un trattato in cui si crea un parallelismo fra i sintomi di tipo anoressico e la descrizione del cosiddetto “mal d’amore”. Il sentimento amoroso, oltre ad essere fonte di ispirazione per poeti, pittori, scultori e musicisti, fu anche oggetto di trattazione medica, fin dall’antichità.

Il primo trattato giunto fino a noi sul mal d’amore è quello di Oribasio da Pergamo¹³, che non includeva fra i sintomi il dimagrimento ma l’abbattimento e la debolezza, ritenendo che i sintomi di tale malore altro non erano che passione amorosa, ben lontana da quella platonica, e sfrenato desiderio sessuale. In questi stessi anni, il mal d’amore iniziò a confluire in un altro disturbo: la clorosi. Questa malattia colpiva le ragazze, soprattutto le più nobili che, convinte che il loro pallore fosse indice di sentimento amoroso, cercavano di raggiungere tale colorito con tutti i mezzi possibili, non con il solo uso di cosmetici, ma anche e soprattutto con l’assunzione di alcune sostanze, legno o argilla ad esempio, usati per far scomparire l’appetito.

Il primo a dare una descrizione completa di tale patologia fu Johannes Lange¹⁴ che evidenziò fra i sintomi, oltre al pallore, anche rifiuto di cibo e amenorrea¹⁵. Altri studiosi si interessarono poi a questa malattia, ma solo dopo molti anni si giunse ad identificarne la vera natura e, osservando la composizione del sangue, si individuò una forte carenza di ferro; la clorisi, si scoprì, altro non era che una semplice anemia.

Nel secolo dei lumi, durante il 1700, si fecero sempre più spazio le scienze umane e la psicologia guadagnandosi sempre più spazio all’interno di un mondo pensato in termini cartesiani.

13 (325 – 395) d. C. studioso di medicina e medico, nonché amico, dell’imperatore romano Giuliano l’Apostata

14 Teologo pietista (1670-1744)

15 Assenza del ciclo mestruale. Una donna è considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni.

L'idea cartesiana dell'uomo come macchina e quella spinoziana del parallelismo fra psiche e fisico, portarono alla fondazione di nuovi principi interpretativi ponendo una spiegazione delle patologie psichiche come alterazione di nervi e proprio a questa, all'alterazione di nervi, Robert Whytt¹⁶, attribuì caratteri tipici di comportamenti anoressici. Egli descrisse un'atrofia nervosa determinata da uno stato morboso dei nervi dello stomaco e dell'intestino che causavano una vera avversione per il cibo insieme ad una incapacità di digerirlo, oltre a ciò si aggiungevano poi insonnia, malinconia, sensazione di freddo e vari scompensi cardiaci.

Il medico, riportò il caso di una quattordicenne che soffriva di questo malore, a cui la malattia stessa la portò a soffrire di attacchi di fame e ad avere una digestione così veloce da farla cadere svenuta se non mangiava ogni due ore. Questo caso portò il medico Whytt a intuire una forma diversa di atrofia nervosa: la bulimia.

Fu sulla scia di queste riflessioni che si verificò la conversione dell'isteria da patologia che tocca il visibile a malattia che va oltre ciò e arriva all'invisibile sino alle commozioni straordinarie della mente.

Nel 1737 Johan Jacob Ritter, un altro medico del secolo XVIII, ipotizzò che, poiché le donne nutrono il feto con il proprio sangue, queste (non ancora affette da amenorrea) potevano essere perfettamente in grado di nutrire anche se stesse con la ritenzione del sangue mestruale durante un digiuno prolungato. Soltanto nella seconda metà del XIX secolo viene data la spiegazione definitiva riguardo questi digiuni miracolosi grazie all'opera del neurologo statunitense, nonché medico militare William A. Hammond che collegò tutti questi episodi all'isteria, le donne isteriche avevano tutte una forte resistenza alla mancanza di cibo e acqua, unitamente ad una spiccata tendenza

16 Medico e re di Scozia del VIII secolo

ad ingigantire i fatti e a mentire.

In seguito alla rivoluzione scientifica, che eliminava dalla scienza qualsiasi legame alla religione, la medicina moderna acquistò quelle basi scientifiche che anche i medici d'oggi pongono a fondamento della loro pratica clinica e in quest'ottica anche i fenomeni di digiuno prolungato e il vomito auto-indotto persero qualsiasi presupposto miracoloso.

Il termine *anorexia* venne coniato, quasi contemporaneamente da Gull¹⁷, medico londinese e Lasègue¹⁸, neurologo francese, definendo per primi i connotati clinici, considerando che la nozione di a-normalità nei fenomeni psicologici dipende dalla cultura e dal contesto storico in cui è osservata la patologia. Fu solo grazie a loro che, nella seconda metà del diciannovesimo secolo, l'anoressia mentale divenne improvvisamente oggetto di intensa attenzione medica e fu descritta e definita come entità clinica di origine psicologica.

Gull descrisse una strana malattia che colpiva le giovani donne che rifiutavano il cibo nonostante l'emaciazione. Egli definì questo quadro clinico, inizialmente, *apepsia isterica* e nel 1874 *anorexia nervosa*. Gull ritenne che la mancanza d'appetito, non essendo dovuto ad alcun disturbo gastrico, avesse un'origine centrale e non periferica e che la causa della patologia sarebbe da ricercarsi in "un'anomalia dell'io". Lasegue, inquadrò invece il disturbo tra le varianti dell'isteria chiamandola "*anorexia hysterique*" e descrisse il caso di una paziente estremamente magra e denutrita che però non desiderava la guarigione poiché la sua condizione la poneva al centro dell'attenzione di tutti i familiari ed amici. Lasegue trattò in tutto otto casi di pazienti con questo tipo di patologia che attribuì ad un "trauma emotivo inconfessato".

17 Medico inglese (1816-1890) importante soprattutto per la scoperta, nel 1873, dell'ipertiroidismo.

18 Medico francese (1816-1883) importante per aver perfezionato il riconoscimento dell'irritazione meningea.

Questi primi autori notarono ciò che più tardi divenne la caratteristica distintiva dell'anoressia: Gull ad esempio, restò stupito dell'iperattività e della straordinaria energia delle sue pazienti a dispetto della loro condizione d'inedia, mentre Lasegue osservò il tipico atteggiamento di rifiuto dell'anoressica, il suo peculiare comportamento nei confronti del cibo, e le relazioni patologiche con la famiglia. Negli anni che seguirono i lavori pionieristici di Gull e Lasegue si è scritto estesamente sull'anoressia ma di essa si è capito poco.

Nel XIX sec. casi tipici d'anoressia furono riportati nell'ambito di trattati più generali dell'isteria che esprimono, secondo Gordon¹⁹, a livello sintomatico, le contraddizioni insite nelle società contemporanee circa l'identità femminile, anche se le problematiche delle donne sono molto cambiate dall'ottocento ad oggi.

L'isteria poteva rappresentare il modo con cui affrontare la dipendenza e la passività che erano le caratteristiche fondamentali del ruolo sessuale femminile nell'ottocento; in questo modo le donne potevano ribellarsi estremizzando tale stereotipo, fuggendo dagli obblighi vissuti come un enorme peso e riconquistando potere attraverso la tirannia passiva esercitata sui familiari e sui medici curanti. Nell'anoressia mentale, però, non si simula, come nell'isteria, un disturbo fisico.

Dalla fine del XIX secolo fino agli anni '30 del XX i cosiddetti "artisti della fame" e "scheletri viventi" si servirono per fini spettacolari del loro digiuno prolungato e del loro estremo dimagrimento, solevano esibirsi dietro compenso nelle fiere, nei circhi e nei parchi di divertimento.

Essi rappresentano una variante più moderna delle fanciulle digiunatrici medievali, perché entrambi cercavano sensazione tramite le loro capacità digiunatorie, ma a differenza delle

19 Scrittore e autore di "*Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*", Raffaello Cortina editore, Milano, 2004.

ragazze digiunatrici erano quasi tutti maschi e esibivano le proprie gesta a scopo di lucro.

Anche il tipo di sensazione suscitata era diverso: nel digiuno delle ascetiche prevaleva l'incredulità per un fenomeno che si pensava di natura divina o demoniaca, comunque ultraterrena; negli artisti della fame emergeva l'ammirazione per la particolare abilità espressa.

Lo splendore e il declino degli artisti della fame e delle loro gesta in tutte le principali città d'Europa ci sono giunte grazie agli innumerevoli resoconti fatti da scrittori e cronisti dell'epoca e ciò perché la lotta dell'uomo contro l'istinto naturale della nutrizione era fra ciò che più colpiva l'immaginario popolare e che rendeva questi spettacoli fra i più apprezzati nelle fiere.

Ma si trattava di vera lotta?

La descrizione psicologica più profonda sugli artisti della fame ci viene offerta da Franz Kafka²⁰ nella sua novella "*Un Digiunatore*" in cui lo scrittore praghese narra della vita dei digiunatori e dei loro spettacoli. Kafka pone l'attenzione soprattutto sul drammatico equivoco dell' "impresa" del digiunatore, infatti di fronte allo stupore degli astanti sulle capacità di sopportazione della fame del digiunatore egli risponde: "Perché io sono costretto a digiunare" disse il digiunatore... "perché io non ho mai potuto trovare il cibo che mi piacesse. Se lo avessi trovato, credilo, non avrei fatto tante storie e mi sarei rimpinzato come te e tutti gli altri". Furono le sue ultime parole, ma nei suoi occhi spenti si leggeva ancora la ferma, anche se non più superba, convinzione di continuare a digiunare."

Secondo Kafka l'origine dello sbigottimento degli spettatori derivava dall'intuizione che in quegli uomini "ci fosse qualcosa che non funzionava", qualcosa di misterioso e sospetto da scoprire, ma questo mistero non risiedeva in un inganno sul

20 Scrittore ceco (1883-1924), autore di "*La Metamorfosi*", opera di maggiore successo.

digiuno teso dall'artista agli spettatori, il suo vero inganno stava nel presentare la sua inclinazione come una virtù, il suo digiunare come una prodezza, mentre invece il digiuno per lui era la cosa più facile del mondo ed il mangiare invece la cosa più ardua.

La vicenda degli "artisti della fame" soprattutto presenta delle interessanti affinità con alcuni tratti dei pazienti anoressici.

Quello che colpisce è l'identificazione della persona con l'atto del digiunare, (parafrasando da Cartesio si potrebbe dire "*abstineo me ergo sum*") nonché l'esaltazione narcisistica per questa loro particolare caratteristica sovente presente nel soggetto anoressico che, di fronte alla fragilità del proprio Io e alla indecifrabilità del proprio sistema sensoriale trova nel sintomo anoressico, nel controllo sull'ingestione di cibo, un'esperienza di continuità e di coerenza del sentimento di esistenza di sé.

Il racconto di Kafka, oltre a rappresentare una descrizione storicamente affidabile del fenomeno degli artisti della fame, ci offre uno "spaccato" della personalità del digiunatore di un coinvolgimento, una introspezione personale, una sensibilità verso le sfaccettature del suo animo tali da aver portato molti studiosi a riconoscere in questo racconto le prove della patologia alimentare di cui probabilmente lo stesso scrittore soffriva.

In effetti attraverso la vita e le opere di Kafka è possibile rilevare molti tratti caratteristici della personalità degli uomini anoressico-bulimici.

Kafka cercò infatti per molti anni di conformarsi ad un ideale ascetico e spirituale che si erano prefissi.

Nell'opera di Kafka è presente il leit-motiv del masochismo, la sua tendenza autodistruttiva, la volontà di soffrire, di immolarsi, di trascendere infine con la morte la propria corporeità vista come sordida e ingombrante (vedi "*La Metamorfose*") nel desiderio mai sazio di mettere finalmente a tacere quel profondo senso di colpa che come si può evincere ne "Il processo" avrebbe

costituito il suo imperdonabile peccato.

Kafka scelse di condurre una vita ascetica, monacale, segnata da rapporti con le donne (soprattutto epistolari) nei quali il sesso ricoprì una parte marginale e fosse preclusa la possibilità della vicinanza, dell'affetto, visti come paurosi, incontrollabili.

H.Kohut²¹ nella sua analisi dell'opera kafkiana rilegge la vicenda dei personaggi narrati dallo scrittore alla luce della psicologia del Sé e delle inadempienze compiute dagli oggetti-Sé verso il bambino nelle loro funzioni empatiche e idealizzanti: Gregor Samsa, lo scarafaggio delle *Metamorfosi* di Kafka, può servire qui da esempio. Egli è il bambino la cui presenza al mondo non è stata benedetta dalla calda accoglienza empatica di oggetti-Sé, è il bambino di cui i genitori parlano impersonalmente alla terza persona singolare, è il "Peter Pan, il bambino che non voleva crescere". Il protagonista del suo romanzo, mantiene anche in età matura un aspetto e dei modi fanciulleschi.

La difficile presa in carico della sessualità matura, del corpo adulto è una componente prioritaria nei disturbi alimentari, sia maschili che femminili.

Tuttavia mentre nella donna il processo è legato oltre che alle pressanti richieste culturali, ai marcati e invasivi cambiamenti fisici richiesti dallo sviluppo puberale in età precoce, nell'uomo ciò che provoca maggiori sollecitazioni emotive è il peso psicologico delle responsabilità legate all'entrata nel mondo degli adulti, lo dimostra il fatto che i sintomi coincidono spesso con scelte "da adulti" come dover partire militare, dover gestire la propria vita sentimentale, allontanarsi dalla famiglia ecc...

Anche se l'interesse per i disturbi dell'alimentazione come affezione psicosomatica si è diffuso nella seconda metà del XX sec., sostituendo come manifestazione sintomatica l'isteria dell'800 per proporzioni epidemiche e interesse scientifico, le

21 Psicoanalista austriaco (1913-1981)

complicazioni legate all'atto nutritivo sono state menzionate nei trattati dei medici in epoche ben più remote.

Nei primi decenni del Novecento venne erroneamente considerata un disturbo endocrino “*morbo di Simmond*”²² e attorno agli anni Venti, le pazienti anoressiche vennero trattate con estratti tiroidei. Quando nel corso degli anni Trenta divenne chiaro che l'anoressia e il morbo di Simmond erano entità cliniche diverse, incominciarono le prime spiegazioni psicologiche, soprattutto nella forma di interpretazioni psicoanalitiche che indicavano la sessualità quale origine del disturbo.

L'anoressia venne considerata una difesa da fantasie di fecondazione orale o di impulsi perversi. Benché queste teorie oggi abbiano scarso credito, i loro contributi liberarono la comprensione dell'anoressia dai tristi e poco illuminanti tentativi di un'interpretazione medica esclusivamente somatica.

I principi psicoanalitici tradizionali esercitarono una forte influenza sulla comprensione del disturbo solo per due o tre decenni, e in seguito persero la loro influenza. L'attenzione posta esclusivamente sui fattori sessuali e l'approccio psicoterapeutico interpretativo e relativamente passivo, si dimostrarono di scarsa utilità per questo genere di pazienti. Era necessario un quadro più completo che tenesse conto dei bisogni particolari e delle caratteristiche proprie dello sviluppo delle pazienti anoressiche.

22 una malattia endocrina molto rara, detta anche Cachessia Ipofisaria, dovuta al mal funzionamento del lobo anteriore dell'Ipofisi, si manifesta con astenia, amenorrea o impotenza nell'uomo ed è caratterizzata da assoluta mancanza dello stimolo dell'appetito e altri disturbi più o meno gravi. L'evoluzione è fatale ma attualmente è difficile che si arrivi al quadro completo della malattia di Simmonds, caratterizzato dal mancato funzionamento di tutte le ghiandole endocrine dell'organismo dipendenti dagli ormoni ipofisari, perché la malattia viene identificata precocemente e può essere attuata tempestivamente la necessaria terapia ormonale sostitutiva degli ormoni endogeni mancanti.

Decisiva è stata la comparsa del lavoro di Hilde Bruch²³ (1904-1984) che ha coinciso con una forte crescita dei disturbi dell'alimentazione e nel testo *Eating Disorders* vengono prese in considerazione tanto l'anoressia tanto la bulimia. L'autrice sostiene che entrambi i disturbi ruotano intorno a problemi legati all'immagine di sé oltre che su certi problemi caratteristici dello sviluppo psichico. Ella propone due tipi di anoressia: una forma primaria e una secondaria.

Nel tipo primario sono sempre presenti tre caratteristiche distintive e centrali:

- 1- un'immagine distorta del corpo, la percezione errata di esso come grasso;
- 2- un'incapacità di identificare sentimenti interiori e condizioni di bisogno, in particolare la fame, ma più in generale l'intero spettro delle emozioni;
- 3- un senso pervasivo di “ineffettualità”, la percezione cioè che le proprie azioni, pensieri e sentimenti non originino attivamente dentro di sé ma riflettano passivamente aspettative e richieste esterne.

Quest'ultima caratteristica rispecchia la sensazione di essere un “nulla”, di non avere il controllo del proprio destino. Questo sentimento, che la Bruch ipotizzava basato su esperienze infantili, fa capire perché l'anoressia si sviluppi tanto spesso nell'adolescenza, periodo in cui lo sviluppo di un senso di autonomia e padronanza di sé è importante per il raggiungimento della maturità e indipendenza dai propri genitori. La forma secondaria di anoressia era considerata dalla Bruch come una condizione molto più eterogenea. La sua caratteristica principale era una notevole perdita di peso legata a fattori psicogeni, ma il raggiungimento della magrezza e la mancanza patologica di autonomia non costituivano elementi primari. Questa forma,

²³ Medico, psichiatra e autori di diversi saggi, massima autorità a livello mondiale negli studi di anoressia mentale

implicava la presenza di conflitti psicologici centrati sulla funzione nutritiva (interpretazioni distorte della funzione alimentare). La distinzione proposta dalla Bruch tra anoressia primaria e anoressia atipica non è stata pienamente accettata fra i criteri diagnostici contemporanei, ma ha una sufficiente evidenza dal punto di vista della pratica clinica e considerevole importanza per il trattamento.

Attualmente i criteri diagnostici più accettati sono quelli proposti dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* il documento ufficiale dell'Associazione Psichiatrica Americana e dall'*International Classification of Diseases* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In entrambi si sottolinea la presenza nella patologia anoressica di una grave distorsione dell'immagine corporea che si manifesta nel terrore di diventare obesi; ma il secondo documento presenta delle differenze: la perdita ponderale autoindotta con l'esclusione dei cibi ingrassanti, la perdita nei maschi dell'interesse sessuale, simile all'amenorrea femminile e infine l'esclusione, rispetto, al primo, di qualsiasi comportamento *binge*²⁴.

Pertanto i criteri dell' utilizzati nella diagnosi dell'anoressia mentale sono i seguenti:

- 1- un peso corporeo che è almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto), o un indice di massa corporea di Quetelet di 17,5 o meno. I pazienti in età pre-puberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo dell'accrescimento;
- 2- la perdita di peso è autoindotta mediante l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare, e uno o più dei seguenti: vomito autoindotto, purghe, esercizio eccessivo, uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici;
- 3- è presente una distorsione dell'immagine corporea, sotto

24 Comportamento per cui una persona ingurgita grandi quantità di cibo in un tempo molto breve, solitamente non superiore alle due ore.

forma di una specifica psicopatologia perciò il terrore di diventare grassi persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso basso;

4- è presente una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, che si manifesta nelle donne come amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza. Vi possono anche essere elevati livelli di cortisolo, modificazioni nel metabolismo periferico dell'ormone tiroideo e anomalità della secrezione insulinica;

5- nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi.

Vengono inoltre distinti due sottotipi:

1-con *restrizioni*: nell'episodio attuale di anoressia mentale il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione, come vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi;

2-con *abbuffate/condotte di eliminazione*: nell'episodio attuale di anoressia mentale il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione, come vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

I soggetti che controllano il proprio peso mediante una rigida aderenza alla dieta o all'esercizio fisico (il tipo con restrizioni) tendono ad avere personalità compulsive caratterizzate da inflessibilità, rigida aderenza alle regole, e scrupolosità morale.

Coloro che abbuffano o controllano il proprio peso con condotte di eliminazione (il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione) hanno con maggiore probabilità un temperamento di base compulsivo-impulsivo e più di frequente fanno uso di droghe.

Nonostante la grande maggioranza dei soggetti anoressici sono donne, il disturbo si presenta anche nei maschi ma in una percentuale minore, è soprattutto una malattia dell'adolescenza che compare preferibilmente tra i 14 e i 18 anni, ma vi sono alcuni casi in cui il disturbo è comparso ad un'età più avanzata,

nel terzo e addirittura nel quarto decennio di vita.

Al di là delle dispute comunque, la maggioranza degli osservatori contemporanei concorda sulla necessità di interpretare l'anoressia innanzi tutto come un disordine dello sviluppo adolescenziale, risultante dalla capacità di far fronte alle richieste evolutive di questa fase del ciclo vitale. Infatti, tale età evolutiva ruota attorno a un continuo processo di destrutturazione e ristrutturazione dell'identità personale accompagnata dal lutto per l'immagine di se stessi che si lascia alle spalle e quello che ogni nuova definizione e scelta comporta.

Si tratta di ricomporre i fondamenti del Sé presenti sin dall'infanzia, in relazione alle nuove esigenze e alle sfide proposte dalle caratteristiche personali e sociali di questa fase dell'esistenza. Secondo Erickson²⁵ (1902-1994), l'identità che rimanda all'esperienza soggettiva di coesione interna, senso di continuità e persistenza di sé nel tempo, dipende in modo particolare dalla capacità di sintetizzare gli aspetti divergenti e conflittuali della propria esperienza, influenzata da diversi fattori, quali le condizioni storiche e sociali, l'esperienza familiare, le predisposizioni biologiche e i fattori incidentali nello sviluppo.

I soggetti anoressici sono cresciuti spesso in famiglie con forte tendenza alla ricerca del successo e grande cura delle apparenze esterne. Dietro un atteggiamento generalmente positivo, questi soggetti provano di solito sentimenti di debolezza e indegnità e si sentono obbligati a corrispondere a quanto percepiscono come una richiesta incessante di perfezione. Il periodo in cui più tipicamente emerge l'anoressia è dopo la pubertà, quando le esigenze dell'adolescenza mettono l'individuo di fronte alla necessità di maggiore indipendenza, alla sfida delle relazioni sessuali e al bisogno di perseguire obiettivi e attività autonome.

25 Psicologo del comportamento, psicoanalista tedesco e autore del testo *"Infanzia e Società"*, Armando editore, Roma, 1995

2. Classificazione diagnostica e sintomatologia

dott.ssa Francesca Sorbera

*“Il proprio corpo diventa
il teatro dove si vive ciò che
non si può vivere nel teatro del mondo”*

(U. Galimberti)

Il Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, noto anche con la sigla **DSM** derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, è uno dei sistemi nosografici per i Disturbi Mentali o psicopatologici più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca. La prima versione risale al 1952 (*DSM-I*) e fu redatta dall' American Psychiatric Association (APA), come replica degli operatori nell'area del disagio mentale all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Da allora vi sono state ulteriori edizioni: nel 1968 il *DSM-II*, nel 1980 il *DSM-III*, nel 1987 il *DSM-III-R* (edizione rivisitata), nel 1994 il *DSM-IV*, nel 2000 il *DSM-IV-TR* (testo revisionato) e nel 2013 il *DSM-5*., pubblicato in Italia nel 2014. La definizione e classificazione più accreditata dei DCA è stata fornita nel 1994 dall'American Psychiatric Association nella quarta edizione del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, *DSM-IV*. L'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato nel maggio 2013 la quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-5*), frutto di un processo di revisione di 14 anni. Il *DSM-5* ha introdotto numerose novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle persone che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel corso della

loro vita. Il gruppo di lavoro sui disturbi dell'alimentazione che ha sviluppato i nuovi criteri DSM-5 si è posto come obiettivo primario quello di minimizzare l'uso della diagnosi vaga "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato" per far sì che i pazienti ricevano una diagnosi che descriva accuratamente i loro sintomi e comportamenti – il primo passo per definire un piano di trattamento. I cambiamenti principali riguardano l'aver raggruppato in un'unica categoria diagnostica, chiamata **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**, i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, l'aver fornito una nuova definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'aver incluso nuove categorie diagnostiche e modificato alcuni criteri diagnostici. Un cambiamento minore è stato l'abbandono dei numeri romani per definire le edizioni del DSM a favore dei numeri arabi (da DSM- IV a DSM-5).

2.1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nell'infanzia

Tra questi, il primo ad essere descritto nel DSM-5 è la *Pica*, la cui caratteristica fondamentale consiste nella "persistente ingestione di una o più sostanze senza contenuto alimentare non commestibili" (ad esempio, stoffa, metallo o ghiaccio) per un periodo uguale o superiore a 1 mese. La *Pica* esordisce comunemente in età infantile e più raramente negli adulti. I bambini colpiti presentano uno sviluppo pressoché normale mentre in età adulta risulta maggiormente associata a disabilità intellettiva o altri disturbi mentali. Successivamente, il DSM-5 descrive il *Disturbo da ruminazione*, caratterizzato da ripetuto rigurgito di cibo (successivamente rimasticato, ringoiato o sputato) per un periodo uguale o superiore a 1 mese e

non attribuibile a un problema gastrointestinale o a un'altra condizione medica. Proviene dalle classificazioni dedicate all'infanzia anche il *Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo*, che si manifesta attraverso la “persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche”. Gli individui si alimentano ad esempio con un numero limitato di cibi “preferiti”, quali pasta, dolci e patatine. Il DSM-5 precisa che tale comportamento alimentare non deve risultare associato a mancata disponibilità di cibo o a pratiche culturali (ad esempio, digiuno religioso).

2.2 Pica

La caratteristica essenziale del pica è l'ingerire uno o più sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno un mese. Le sostanze tipicamente ingerite variano in base all'età e alla disponibilità e possono includere carta, sapone capelli. Il termine “non nutritive” è stato incluso perché la diagnosi di pica non va applicata quando sono ingeriti prodotti alimentari che hanno un contenuto nutrizionale minimo. Tipicamente non c'è avversione nei confronti del cibo in generale. Inoltre, l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari deve anche essere inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo e non deve fare parte di una pratica culturalmente sancita. Se il comportamento alimentare si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o condizione medica, si pone diagnosi di pica solo se l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-5 del pica sono i seguenti:

1. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno

- 1 mese.
2. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
3. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
4. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

2.3 Disturbo di ruminazione

Rispetto al DSM-IV, i cambiamenti nei criteri diagnostici del disturbo di ruminazione sono stati minimi, se si eccettua il fatto che nel DSM-5, questo disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia, ma nell'ampia categoria diagnostica “disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il disturbo di ruminazione richiede il rigurgito di cibo, che può essere rimasticato, deglutito nuovamente o sputato, per almeno 1 mese, che il rigurgito non sia attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica, che non si manifesti durante il decorso di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale essi devono essere sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo di ruminazione sono i

seguenti:

1. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
2. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
3. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
4. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo di ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

2.4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sostituisce ed estende la diagnosi DSM-IV di disturbo della nutrizione dell'infanzia. La maggiore categoria diagnostica di questo disturbo, che può essere riscontrato anche negli adulti, è l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo per tre motivi principali:

- 1) apparente mancanza d'interesse per il mangiare o il cibo;
- 2) evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo;
- 3) preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare.

L'evitamento o la restrizione producono un persistente fallimento di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate determinando una o più delle seguenti 4 conseguenze: 1) perdita di peso significativa (o fallimento di raggiungere l'aumento di peso atteso o inadeguata crescita nei bambini); 2) deficit nutrizionale significativo; 3) funzionamento dipendente dalla nutrizione enterale o dai supplementi orali; 4) marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. Non è presente la preoccupazione per il peso e la forma del corpo né deve manifestarsi durante il decorso dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Infine, il disturbo non è dovuto a una mancanza nella disponibilità di cibo o a un'altra malattia medica o mentale.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo sono i seguenti:

1. Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
2. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
3. Significativo deficit nutrizionale.
4. Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
5. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
6. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita.

7. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
8. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

2.5 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: l'Anoressia Nervosa

Il quarto Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione descritto è *L'anoressia Nervosa*, presente anche nella precedente edizione del DSM. Vengono confermati i criteri diagnostici riguardanti la restrizione nell'assunzione di calorie ed il peso corporeo significativamente basso; l'intensa paura di ingrassare; l'alterazione della rappresentazione mentale del proprio corpo, la quale porta ad una costante sensazione di essere sovrappeso. A differenza della precedente edizione del DSM, l'amenorrea (assenza di mestruazioni) non rappresenta più fondamentale per porre diagnosi di Anoressia nervosa.

2.6 Anoressia Nervosa

Il DSM-5 ha introdotto due cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Il primo è l'abolizione del criterio amenorrea previsto dal DSM-IV perché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa, premenarcali e in quelli che assumono estroprogestinici e per il fatto che alcune persone esibiscono tutti gli altri segni dell'anoressia nervosa ma continuano a mestruare. Il secondo riguarda il cambiamento del criterio A, che nel DSM-IV richiedeva Inferiore all'85% rispetto a quanto previsto (in pratica un IMC < 17,5) oppure l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, mentre nel DSM-5 è richiesto un peso significativamente basso inferiore al minimo normale (cioè IMC <18,5) o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso (cioè < 5° percentile). Inoltre è stata eliminata la frase “rifiuto di mantenere il peso corporeo ai di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura” perché richiedeva l'intenzione da parte del paziente e poteva essere difficile valutarla oggettivamente. Nel criterio C è stata aggiunta la frase “comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso”. Infine, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base dell'IMC

I criteri diagnostici DSM-5 dell'anoressia nervosa sono i seguenti:

1. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
2. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi,

oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

L'anoressia nervosa (AN) è, insieme alla bulimia, uno dei più importanti disturbi del comportamento alimentare, detti anche Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP). Ciò che contraddistingue l'anoressia nervosa è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di ingrassare. Nelle forme più gravi possono svilupparsi malnutrizione, inedia, amenorrea ed emaciazione. Le sue origini nosografiche sono molto antiche. Coinvolge nella sua evoluzione funzioni psicologiche, neuroendocrine, ormonali e metaboliche. Per quanto riguarda l'età di esordio, questa si situa fra i 12 e i 25 anni (anche se si sono verificati negli ultimi anni diversi casi che superano i 30 anni), con il momento più critico fra i 15 e i 19 anni. Altri studi hanno trovato picchi di incidenza in corrispondenza dei 14 e 18 anni d'età. La malattia quindi colpisce soprattutto gli adolescenti, anche se ultimamente si stanno sempre più registrando casi negli adulti. Altra caratteristica tipica dell'anoressia è quella di essere un disturbo prettamente femminile: circa il 90% dei casi, infatti, si sviluppa nel sesso femminile. Il problema comunque non riguarda solamente le donne. Anche se gli studi sul sesso maschile sono minori, è stato stimato che sul totale degli ammalati risultano essere presenti dal 5% al 10% di casi riguardanti ragazzi adolescenti e maschi adulti. Il rapporto uomini-donne secondo alcune ricerche è di 1:10; altri studi hanno rilevato una differenza minore fra i sessi, arrivando anche a 1:8. La percentuale di maschi anoressici sembra in aumento, ma ciò potrebbe derivare dal semplice fatto che oggi un maggior numero di uomini si rivolgono ad un medico per curare tale disturbo. Nel sesso maschile è maggiormente espresso un altro problema collegato all'immagine del corpo (Anoressia

riversa o bigoressia), per cui l'ideale non è quello di apparire magri ma il più muscolosi possibile. In questo caso si parla di dismorfia muscolare, che è stata considerata come un fenotipo dell'anoressia. Anche se gli studi in passato sono stati pochi, è stato riscontrato negli uomini anoressici una diminuzione del desiderio sessuale. Poiché in passato ritenuta malattia quasi esclusivamente femminile l'interesse accademico circa l'incidenza dell'anoressia nel mondo maschile si è sviluppato solo di recente; ciò fa sì che siano diffusi stereotipi quali l'anoressia come “malattia da donne”, o l'associazione della sua manifestazione maschile a condizioni quali l'effeminatezza, la bisessualità o l'omosessualità.

Uno studio effettuato su una raccolta di diverse pubblicazioni di varie nazionalità, sia occidentali sia orientali, ha evidenziato che l'anoressia nervosa è più diffusa nei paesi più progrediti industrialmente, portando alla definizione di “sindrome culturale”. E' qui importante sottolineare che l'anoressia è una sindrome legata al benessere, come dimostra la sua assenza nei paesi più poveri dell'Africa, Asia e America Latina, e la sua comparsa in persone immigrate da nazioni più povere a nazioni più ricche. Significativa rimane l'influenza del modello occidentale, che aumenta la diffusione dell'anoressia nervosa nel mondo. Negli anni 2000, in Italia l'anoressia nervosa ha una prevalenza che varia dallo 0,2% allo 0,8%, .

Le cause dell'anoressia nervosa non sono del tutto chiare. Esistono dei motivi predisponenti di natura sia biologica, sia sociale, sia psicologica ai quali si sovrappongono dei fattori scatenanti che portano allo sviluppo della malattia. Gli ormoni gastrointestinali svolgono un ruolo importante nella regolazione neuroendocrina dell'ingestione del cibo e del senso di sazietà. La grelina è un ormone che riesce a stimolare l'appetito: un suo non corretto funzionamento potrebbe essere una causa, oltre che dell'obesità, anche dell'anoressia nervosa. Recenti

studi mostrano l'influenza che i neuropeptidi della tiroide e la diminuzione della leptina, un ormone che controlla il peso corporeo, hanno sul manifestarsi dell'anoressia. Viceversa, altri studi mostrano che l'anoressia nervosa è associata a osteoporosi nel 38-50% dei casi. Tra i fattori predisponenti è rilevante il fatto di avere un familiare che soffre, o ha sofferto, di un disturbo del comportamento alimentare. Altra causa che può portare allo sviluppo di tali problemi è il crescere in una famiglia dove esiste una grave difficoltà nella comunicazione interpersonale e nell'espressione delle proprie emozioni; in tal caso l'anoressia può assumere il senso di una "comunicazione senza parole" alla famiglia, nella famiglia e per la famiglia (con vari aspetti di protesta, di richiesta di attenzione, di manifestazione di un disagio individuale o del sistema familiare nel suo complesso). In altri casi il disturbo può dipendere da significativi problemi di autostima, legati eventualmente anche a feedback negativi e reiterati dal sistema sociale, familiare o amicale. Disturbi dell'alimentazione possono insorgere anche in seguito a marcate delusioni affettive, o gravi problemi relazionali nella coppia. Altri fattori di rischio sono l'appartenenza a determinati gruppi sociali in cui è rilevante la tematica del controllo del peso (ad es. ballerine/i, ginnaste/i, cicliste/i o altri sportivi professionisti); il vivere in un'area urbana di un paese occidentale, dove la magrezza viene enfatizzata come un valore sociale positivo; il fatto di soffrire di un disturbo della personalità. Un ruolo importante viene svolto anche dai *mass media*, mostrando alle donne più giovani canoni di bellezza non corrispondenti al loro fisico. Oltre ai fattori sociali e familiari, vi sono importanti fattori di rischio legati al forte desiderio di sottoporsi (spesso ripetutamente) a diete ferree per il raggiungimento di uno standard estetico; la difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti e agli eventi stressanti; fallimenti amorosi; gravi difficoltà scolastiche o lavorative; alterazione della normale condizione familiare o

anche una forzata separazione da essa; lutti o gravi incidenti occorsi ad amici o parenti; abusi sessuali e fisici. Fattore importante che caratterizza il disturbo è la dismorfofobia: le persone con questa difficoltà non solo non sono soddisfatte del loro aspetto, ma non riescono ad osservarlo e percepirlo con obiettività, bensì lo vedono distorto e peggiore di quello che in realtà è. La dismorfofobia non è solo un'errata valutazione "razionale" del dato percettivo (ad esempio, davanti allo specchio): è un disturbo psicopatologico che va a coinvolgere la rappresentazione del proprio "schema corporeo", e che richiede un intervento specifico.

Negli ultimi anni si è spostata l'attenzione nel campo della genetica e in tal senso gli studiosi cercano di stabilire le possibili cause della malattia. Gli studi si sono concentrati sul 5-HT(2A) (un sottotipo recettoriale della serotonina), la cui funzione può risultare alterata durante la fase della pubertà. Un tale funzionamento anomalo si ritiene possa essere possibile causa di anoressia, ma i risultati sono contrastanti.

Nella ragazza comincia il più delle volte, se è adolescente, con una difficoltà a riconoscersi nel proprio corpo; nel corpo, cambiando, avviene qualcosa che non possiamo controllare, i segni della funzione riproduttiva appaiono e modificano la relazione della ragazza con se stessa e con gli altri.

Il tentativo di tenere sotto controllo questo cambiamento può prendere la forma del controllo dell'alimentazione che viene ridotta al limite della sopravvivenza, il cibo viene assunto in maniera saltuaria, preferibilmente in solitudine, dando la preferenza ad alimenti a basso contenuto calorico.

Più la fame cresce più cresce l'importanza di dominarla.

La ragazza che riesce a tenere sotto controllo la propria relazione con il cibo in maniera così estrema, spesso è molto brillante in altri campi e questa sensazione di benessere unita all'iperattività, l'aiuta il più delle volte a nascondere a se stessa e agli altri la

diminuzione del peso e la conseguente sofferenza del corpo; in maniera del tutto paradossale, infatti, pur continuando a dimagrire, la ragazza afferma di essere troppo grassa. I modelli che la società offre alle donne difficilmente migliorano l'immagine che la ragazza ha di sé. Raramente è possibile considerare l'eventualità di un corpo che sia espressione dell'anima e che consenta ai nostri desideri di vivere la realtà fisica, soprattutto per le donne e così, l'anoressia, risulta essere una difesa ben strutturata nei confronti di un dolore che non trova parole per esprimersi, un'invisibile campana viene costruita per soffrire di meno e, come la maggior parte delle difese, ciò di cui ci si priva è maggiore di ciò da cui ci si protegge.

Uno dei motivi per i quali le adolescenti ne vengono colpite, è la loro tendenza a seguire delle diete estreme per mantenere una "linea" ideale. Questo approccio ossessivo per le diete riflette l'eccessiva importanza che la società contemporanea attribuisce all'ideale di essere magri, tendenza che viene evidenziata dalle campagne pubblicitarie e dai media; tre categorie a rischio di disturbi dell'alimentazione sono gli atleti, gli attori e le modelle, per i quali mantenere la linea è diventato un requisito professionale.

Stime prudenziali riportano che circa lo 0,5 / 1% della popolazione femminile soffre d'anoressia e poiché più del 90% di coloro che ne sono affetti sono ragazze adolescenti o giovani, si può dire che questo disturbo colpisce principalmente le donne, tuttavia si deve tenere presente che la malattia è stata diagnosticata anche in ragazzi e in donne mature di 50/60/70 e perfino 80 anni.

Le persone affette da tale patologia, di norma, perdono peso diminuendo la quantità di cibo consumata e addirittura in molti casi la nutrizione viene ridotta a meno di 1.000 calorie al giorno, la maggior parte di questi evita di ingrassare eliminando l'assunzione di cibi ipercalorici ed elimina in parte o del tutto il

consumo di carne basando così la dieta quasi completamente su vegetali a basso contenuto calorico come lattuga o carote e facendo un alto consumo di yogurt.

Il cibo rifiutato diventa soggetto ossessivo delle giornate delle ragazze/i con tali disturbi, tanto da impiegare gran parte del loro tempo in un ossessivo rimuginare sul calcolo delle calorie degli alimenti, manifestando un notevole interesse per la gastronomia (leggono libri di ricette e, addirittura, si preoccupano di preparare manicaretti deliziosi per i loro familiari), ricorrono all'ingestione di grandi quantità di liquidi o crusca, per dilatare lo stomaco con qualcosa che non sia calorico; la depressione spesso accomuna gli anoressici.

Quando la malattia è già in fase conclamata, il loro comportamento in prima istanza infastidisce i familiari e gli amici e poi, portato in estremo, preoccupa e così, di fronte alle imposizioni ed aggressioni da parte dei familiari, che spesso ritengono il problema interamente dipendente dalla volontà del soggetto affetto da tale patologia e per questo modificabile con la forza, ma questi soggetti diventano abili manipolatori e simulatori per sfuggire al controllo e così mangiano in orari diversi rispetto a quello delle famiglie e qualora costretti a sedersi a tavola riescono a trattenere il boccone in bocca per poi sputarlo o, addirittura, nascondere in tasca o, addirittura ad auto indurre il vomito se proprio non possono fare a meno di mangiare.

A volte i soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare sviluppano particolari atteggiamenti nel prepararsi il cibo come tagliarlo in pezzettini minuscoli o rifiutarsi di mangiare in presenza di altri dunque il cibo ed il peso diventano un'ossessione, infatti le persone affette da questa patologia non fanno altro che pensare al loro prossimo pasto.

L'anoressia nervosa non colpisce solo persone di sesso femminile, ma anche, seppur in percentuali più basse, soggetti

di sesso maschile; negli uomini infatti si può riscontrare la cosiddetta *anoressia atipica*²⁶, che spesso si associa all'uso di steroidi anabolizzanti, caratterizzata da magrezza eccessiva persino in presenza di una muscolatura ben sviluppata.

Storicamente gli stessi criteri utilizzati per la diagnosi d'anoressia nervosa e i principali strumenti impiegati per lo studio della patologia, sono stati standardizzati su campioni femminili, rendendo ancora più difficile e controversa la collocazione diagnostica di casi maschili, spesso ricondotti ad una secondarietà ed ad altre patologie. Nonostante l'apparente assenza di letteratura sui disturbi del comportamento alimentare nei maschi, bisogna ricordare gli studi del medico britannico Richard Morton che, nel 1689, fece la prima diagnosi d'anoressia su due pazienti, un maschio di 16 anni e una femmina di 18 che rifiutavano di alimentarsi in assenza di cause organiche.

La patologia alimentare colpisce oggi, come in passato, anche gli uomini, sebbene se ne parli molto meno, gli uomini affetti da tale disturbo presentano una sintomatologia più grave rispetto alle donne; questi sono afflitti da maggiori preoccupazioni inerenti il cibo, il peso e l'alimentazione in genere, ricorrono, più delle donne, a sotterfugi per non mangiare e abusano maggiormente di purganti; presentano una maggiore gravità nei disturbi della sfera psicosessuale, una maggiore tendenza all'iperattività, alla sintomatologia ossessiva e hanno alterazioni fisiologiche di maggior gravità. Nei maschi, è più difficile fare una diagnosi d'anoressia, in quanto il criterio diagnostico dell'amenorrea, indice nelle donne di una condizione di malnutrizione prolungata, non può essere utilizzato per ovvie ragioni nei maschi; allo stato attuale, non esiste però, un valido parametro

26 Nell' *Anoressia Atipica*, le preoccupazioni per il corpo e per il peso, pur essendo presenti, non assumono proporzioni così notevoli. Inoltre, mentre l'anoressia pura si identifica col suo aspetto scheletrico e ne nega le anomalie, l'anoressia atipica è consapevole del suo evidente stato di emaciazione.

comparativo per il sesso maschile. Alcuni autori, propongono d'indagare sulla perdita d'interesse sessuale, su episodi d'impotenza e sull'abbassamento del livello di testosterone. Gli uomini affetti da tale disturbo, arrivano ai servizi di cura con alterazioni fisiche più gravi rispetto alle donne, riportano soprattutto complicanze cardiache e atrofie corticali causate da una condizione di malnutrizione e da una scarsa attenzione da parte dei medici, che non di rado, associano tale disturbo ad altre patologie. I maschi inoltre presentano una maggiore riduzione del peso corporeo durante la malattia e ne consegue allora che la percentuale di grasso è minore e con ciò i maschi vanno più frequentemente incontro a cachessia; i maschi soggetti da anoressia nervosa dunque presentano una patologia più grave rispetto a quelli di sesso femminile e:

- sono affetti da maggiore preoccupazione nei confronti del cibo, del peso e dell'atto di cibarsi;
- abusano di farmaci e purganti con più facilità delle donne;
- maggiore, rispetto ai soggetti di sesso opposto è l'ansia dimostrata nei confronti della sessualità.

Non bisogna tralasciare l'aspetto psicologico, l'essere colpiti da una patologia considerata "tipicamente femminile" fa posticipare la richiesta di cura, ed è causa di sentimenti di vergogna e imbarazzo.

Molti autori concordano nel ritenere che quando questa patologia si riscontra in un soggetto maschio si associa in genere a problemi di identificazione nel ruolo sessuale o tendenze omosessuali, non va dimenticato che già presso i Greci l'omosessualità era un rito di passaggio, dalla durata di diversi anni, durante i quali un adulto forma ed educa un adolescente sul piano morale ed intellettuale; a tal proposito è bene sottolineare due fatti:

- il bambino fino all'adolescenza, rimane praticamente nelle mani della propria madre e delle donne, serve;

- L'omosessualità, presso i Greci, quando non fa parte dei rituali ma continua nel maschio adulto, è oggetto di derisione.

Le pratiche dei Baruya²⁷ rappresentano un ottimo esempio per comprendere meglio il senso e l'importanza dell'omosessualità maschile inconscia, universalmente diffusa, a diversi livelli, e per comprendere come i conflitti interni che si vengono a formare della sfera psichica del soggetto, si esprime nello spazio sociale. Il disturbo, negli uomini, è notevolmente aumentato negli ultimi anni; i casi maschili spesso sono diagnosticati con maggiore difficoltà, anche perché un maschio che si abbuffa a tavola è accettato socialmente, a differenza di quanto accade per la donna, inizialmente quindi non si tiene conto della gravità della patologia. Tutto questo fa sì che in media un maschio affetto da disturbi del comportamento alimentare, arrivi in terapia dopo sette anni dall'esordio del problema, mentre per le donne il tempo di latenza è di quattro anni. L'età d'esordio del disturbo nei maschi è collocabile nella tarda adolescenza o meglio, prima età adulta (diciannove - venti anni) e in alcuni studi si delinea la tendenza ad un esordio più tardivo e una durata inferiore del disturbo nella popolazione maschile. Da vari studi emerge che 135 dei pazienti afflitti dal disturbo per la prima volta, ha in media un'età di diciannove anni. Altri studi, invece, parlano di un esordio nei maschi in un'età compresa tra diciassette -ventiquattro anni (le donne invece tra i quindici -diciotto anni), un'età nella quale si è profondamente impegnati nello sviluppo della propria identità e tutto l'agire ed il pensare è finalizzato al divenire adulto.

I disturbi dell'alimentazione, come detto, possono insorgere

27 I *Baruya* sono una tribù della [Papua Nuova Guinea](#) caratterizzati da una forte disuguaglianza tra i maschi e le femmine; tutte le loro istituzioni e miti presentano la superiorità maschile. Hanno un rituale segreto in cui i ragazzi praticano la fellatio ai giovani maschi e bevono il loro sperma, per "rigenerarsi prima del matrimonio".

precocemente e colpire soggetti di età tra i sette ed i dodici anni. È spesso difficile stabilirne l'esordio in quanto difficoltà nell'alimentarsi possono essere presenti sin dalla nascita ed inoltre, alcuni problemi dell'alimentazione riguardanti soprattutto la selezione del cibo sono già molto comuni in età prescolare ma vanno via via scomparendo con lo sviluppo.

Di diversa natura è l'insorgenza di tale disturbo intorno agli otto anni, età in cui il cibarsi ed i problemi ad esso correlati non rientrano nelle normali fasi di crescita e possono essere campanellino d'allarme per problemi riguardanti la sfera psicologica; per quanto possa sembrare strano o poco comune, anche l'anoressia nervosa può manifestarsi intorno agli otto anni ed è caratterizzata da una consistente perdita di peso unita all'incapacità di prendere peso e ad un pensiero sempre più ossessivo rivolto alle calorie ingerite. In quest'età l'esercizio fisico è eccessivo e talora fosse impedito i bambini, nella loro innocenza, riescono ad adottare delle strategie alternative pur di non stare mai seduti (saltellare in continuazione, salire e scendere le scale di casa).

Il rifiuto del cibo viene giustificato dando vari motivi a giustificazione, quali mal di pancia, sensazione di ripienezza, nausea o difficoltà nella masticazione; motivi fuorvianti che spesso nascondono un problema non del tutto apparente.

I sintomi fisici nei bambini sono per lo più gli stessi degli adulti: depigmentazione della cute, estremità fredde, arresto della crescita.

2.7 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: la Bulimia Nervosa

Altro conosciuto Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione è la Bulimia Nervosa, caratterizzata da abbuffate e inappropriate

condotte compensatorie, almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi. Il DSM-5 definisce un episodio di abbuffata come l'ingestione di una quantità di cibo significativamente superiore a quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili, caratterizzato dalla sensazione di perdere il controllo durante l'abbuffata. Le "inappropriate condotte compensatorie", utilizzate per prevenire l'aumento di peso a seguito di un episodio di abbuffata, consistono ad esempio nel vomito autoindotto; abuso di farmaci (quali lassativi e diuretici); digiuno o attività fisica eccessiva. Criterio diagnostico comune all'Anoressia nervosa, l'eccessiva influenza del peso e della forma corporei sui livelli di autostima dell'individuo.

2.8 Bulimia Nervosa

Il DSM-5 ha mantenuto gli stessi criteri diagnostici del DSM-IV con l'eccezione del criterio C (frequenza e durata delle abbuffate). Adesso è richiesto che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verifichino entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi bulimia nervosa, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due volte la settimana per tre mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di condotte compensatorie per settimana. Infine, sono stati eliminati i due sottotipi (con e senza condotte di eliminazione) previsti dal DSM-IV.

I criteri diagnostici DSM-5 della bulimia nervosa sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti :
 - a) Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la

Dove Chiedere Aiuto

maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

b) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).

2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un un consistente periodo di tempo.

soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte

- compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

La bulimia (da greco, *boulímía*, composto di (*bóus*) “bue” e (*limós*) “fame”; propr. ‘fame da bue’) è un disturbo del comportamento alimentare. Ciò che contraddistingue la bulimia è un problema dell’alimentazione per cui una persona ingurgita una quantità di cibo esorbitante per poi ricorrere a diversi metodi per riuscire a non metabolizzarlo e, quindi, ingrassare (vomito autoindotto, utilizzo di lassativi e purghe). Tale disturbo fu per la prima volta descritto nel 1979 dallo psichiatra Gerald Russell, il quale ne diede una definizione nell’articolo intitolato *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Obiettivo del suo studio era attribuire un’identità autonoma ad una patologia che si differenziava dall’anoressia nervosa per alcune caratteristiche determinate, pur mantenendosi all’interno del continuum dei disturbi del comportamento alimentare. Tale distinzione si rivelò importante ai fini dell’inquadramento di una patologia la quale richiede in parte un diverso trattamento e approccio terapeutico rispetto all’anoressia nervosa. I criteri diagnostici attuali della bulimia nervosa sono essenzialmente rimasti quelli proposti da Russell, seppur essi siano state in parte rivisti ed ampliati attraverso vari contributi nel corso degli anni sino ad arrivare ai nostri giorni.

Clinicamente la bulimia è denotata da episodi in cui il soggetto sente un bisogno compulsivo di ingerire spropositate quantità di cibo, correlati da una spiacevole sensazione di non essere capace di controllare il proprio comportamento. L’episodio bulimico è caratterizzato dall’atteggiamento compulsivo con cui il cibo è ingerito e non dal desiderio di mangiare un

determinato alimento. È frequente negli adolescenti e nei giovani adulti. Colpisce prevalentemente soggetti di sesso femminile (90%). Generalmente compare attorno ai 12-14 anni (tarda preadolescenza) o nella prima età adulta (18-19 anni).

Si distinguono due tipi di bulimia:

- *con condotte di eliminazione*, che vede il soggetto ricorrere regolarmente a vomito autoindotto oppure all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi
- *senza condotte di eliminazione*, che vede il soggetto bulimico adottare regolarmente comportamenti compensatori inappropriati, ma non dedicarsi al vomito autoindotto o all'uso di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Gli episodi bulimici possono essere scatenati da alterazioni dell'umore, stati d'ansia o stress. In alcuni casi gli episodi bulimici possono anche essere programmati anticipatamente.

Le cause sono di varia natura, sia psicologica sia sociale o biologica. Per la sua natura deve essere differenziato dall'anoressia nervosa, che in una delle sue forme mostra lo stesso desiderio di ingurgitare al momento una smisurata quantità di cibo, nell'altra malattia si assiste più ad un rituale che ad un qualcosa di improvvisato, e la differenziazione maggiore è quella del rapporto dei pazienti verso il loro peso: sottopeso negli anoressici ma peso normale o anche in sovrappeso per quanto riguarda i bulimici.

2.9 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: il Binge Eating Disorder

Entrato a far parte dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione solo nel DSM-5, il *Binge Eating Disorder* è caratterizzato da abbuffate almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi, senza inappropriate condotte di compensazione. Un'altra differenza con la Bulimia nervosa è rappresentata dal minore

interesse mostrato nei confronti del peso e della forma del corpo.

Il disturbo da binge-eating è stato incluso nel DSM-5 come categoria distinta di disturbo dell'alimentazione, mentre nel DSM-IV era descritto nell'Appendice B nelle categorie che necessitavano ulteriori studi e era diagnosticabile solamente usando l'ampia categoria diagnostica "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato".

Nel DSM-5 il disturbo da binge-eating ha mantenuto i criteri diagnostici simili a quelli del DSM-IV con l'eccezione del criterio D (frequenza e durata abbuffate). Nel DSM-5, infatti, abbuffate si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due giorni la settimana per 6 mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da binge-eating sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 - a) Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 - b) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

Dove Chiedere Aiuto

- a) Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - b) Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - c) Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - d) Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - e) Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
3. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
 4. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
 5. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.
- Moderato: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estremo: 14 o più episodi di abbuffata a settimana

Il Binge Eating Disorder (BED), detto anche Disturbo da Alimentazione Incontrollata, sembra essere il disturbo del

comportamento alimentare (DCA) maggiormente diffuso tra i maschi, con una prevalenza stimata al 40%, contro il 10-15% della bulimia nervosa (BN) ed il 5-10% dell'anoressia nervosa (AN). In letteratura non si trovano numerosi studi sul BED maschile, in quanto generalmente i campioni osservati sono di sesso femminile o misti, pertanto, la descrizione patologica riportata in questo capitolo non farà distinzioni tra i due sessi. I criteri diagnostici sono:

- Episodi ricorrenti di abbuffate associati ad almeno tre dei seguenti sintomi:

- * Mangiare molto più rapidamente del normale
- * Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- * Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se in assenza di appetito o fame
- * Mangiare in solitudine per vergogna
- * Provare disgusto verso di sé, depressione, e senso di colpa dopo ogni episodio

Nel Binge Eating Disorder vi sono numerosi studi sui fattori di rischio e su quelli scatenanti le abbuffate, ma nessuno offre risposte completamente esaurienti, anche se viene spesso citata in letteratura la teoria multifattoriale che comprende: fattori genetici, fattori neuroendocrini, fattori evolutivi ed affettivi e fattori sociali. Tra questi, sembrerebbero rivestire un ruolo fondamentale le difficili esperienze di vita infantile, la presenza di disturbi depressivi nei genitori, la tendenza all'obesità e la ripetuta esposizione a commenti negativi riguardo la forma, il peso e la modalità di alimentazione. Contrariamente a quanto avviene nella bulimia nervosa, le abbuffate potrebbero rappresentare una fuga o un blocco emotivo e del pensiero di fronte ad uno stato emotivo ritenuto intollerabile, oppure rappresentare una difficoltà nella gestione degli impulsi; analogamente nel BED possono innescarsi

altri comportamenti legati all'impulso come l'etilismo, la tossicodipendenza, l'autolesionismo, la cleptomania e la promiscuità sessuale. Dal punto di vista psicopatologico, la polarizzazione del pensiero sul cibo, sul peso e sull'aspetto fisico non sembra spiccata come negli altri disturbi dell'alimentazione, inoltre, studi approfonditi dimostrano che il Binge Eating Disorder possiede specifici correlati genetici, una peculiare distribuzione socio-demografica tra i sessi e le diverse etnie, ed un'elevata comorbilità con la depressione, la cui prevalenza nel corso della vita in questi pazienti si attesta intorno al 60%. La correlazione tra BED, obesità e tentativi di riduzione ponderale è ancora da definire con precisione; in base ad uno studio del 1997 l'eccesso di peso ed il conseguente ricorso alle terapie dietetiche che regolarmente si manifesta nei BED, potrebbero essere una semplice conseguenza della manifestazione patologica, e non un fattore di rischio come accade per la BN.

Attualmente, il Binge Eating Disorder è considerato un disturbo del comportamento alimentare molto diffuso e si ritiene colpisca il 2-3% della popolazione generale adulta. La sua prevalenza cresce parallelamente al grado di sovrappeso; studi effettuati sulla popolazione generale in Italia dimostrano che la prevalenza del disturbo si stima tra il 0,7% ed il 4,6%, mentre altri lavori svolti negli Stati Uniti riportano un'incidenza del 5% negli obesi della popolazione generale, 10-15% degli obesi che utilizzano programmi commerciali per perdere peso, 30% degli obesi che ricercano un trattamento per l'obesità in centri specialistici, e - nei soggetti che intendono sottoporsi a chirurgia bariatrica - il disturbo potrebbe superare il 50%. Si ritiene che questo disturbo colpisca maggiormente tra la seconda e la terza decade di vita, ciò nonostante, indagini retrospettive hanno rivelato che la perdita di controllo sul cibo esordisce assai più precocemente della diagnosi ed in genere prima dei venti anni;

questo lasso di tempo tra esordio e diagnosi potrebbe in parte spiegare la tendenza alla cronicizzazione del disturbo. Non sono molti gli studi sulle influenze genetiche nel BED, ma alcuni dati indicano che la prevalenza del disturbo è più elevata in individui che hanno almeno un parente di primo grado che soffre di questa stessa patologia (60%), rispetto a famiglie in cui questa è assente (5%). Una ricerca su piccola scala non ha dimostrato la tendenza familiare o una significativa relazione tra BED ed altri disturbi alimentari o psichiatrici. In un altro studio in cui sono stati valutati oltre 8000 gemelli norvegesi di entrambi i sessi, il BED appare essere influenzato quasi in egual misura da fattori genetici (41%) ed ambientali (59%), con leggera prevalenza di questi ultimi. In uno studio di genetica molecolare su di un campione di 469 obesi, dei quali 24 con una mutazione del recettore melanocortinico-4 è stato dimostrato che tutti i soggetti portatori di quest'alterazione risultavano positivi alla diagnosi per BED. Da anni la ricerca si è focalizzata anche sulla possibile influenza dei fattori ormonali nella patogenesi delle abbuffate, tra questi i più scrutati sono l'insulina, l'adiponectina, la leptina e la grelina, ed i cannabinoidi. I primi studi sugli stili familiari dei BED confrontano 43 abbuffatori con 88 soggetti affetti da altri disturbi dell'alimentazione utilizzando il Family Evironmental Scale; i BED ottennero punteggi minori per quanto riguarda coesione familiare, emotività espressa, divertimento attivo, indipendenza personale; viceversa riportano più alti livelli di conflittualità e controllo interfamiliare. Si riscontrò inoltre che, rispetto ad altri soggetti affetti da altri disturbi dell'alimentazione, i BED avevano un livello culturale più basso.

Tra i fattori psicosociali in grado di influenzare l'insorgenza della malattia si sono evidenziati maggiormente la preoccupazione e l'insoddisfazione per l'immagine corporea o il peso ed il frequente ricorso a diete dimagranti. Questi fattori permettono di spiegare il 61-72% della varianza dei sintomi negli uomini e il 70% nelle donne.

2.10 Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Nel DSM-5 sono presenti altresì *Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione*, caratterizzati dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. Tra i quali: Anoressia nervosa atipica (l'individuo presenta un peso corporeo uguale o superiore alla norma); Bulimia nervosa e Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata (inferiore a 1 volta alla settimana e/o a 3 mesi); Disturbo da condotta di eliminazione (caratterizzato da ricorrenti e inappropriate condotte di eliminazione in assenza di abbuffate); Sindrome da alimentazione notturna (eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale oppure durante la notte). Infine, il DSM-5 contiene i Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione, caratterizzati anch'essi dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. In questo caso, tuttavia, il clinico decide di non specificarne la ragione, ad esempio a causa di insufficienti informazioni per porre una diagnosi più specifica.

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo è fatto registrando "disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione" seguito dalla ragione specifica (per es., "bulimia nervosa a bassa

frequenza”)

1. **Anoressia nervosa atipica.** Sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
2. **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata).** Sono soddisfatti tutti criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. **Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata).** Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. **Disturbo da condotta di eliminazione.** Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
5. **Sindrome da alimentazione notturna.** Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi solo consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale,

compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

2.11 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).

Dove
Chiedere
Aiuto

3. LE BUONE PRATICHE DI CURA E LA RETE DEI SERVIZI

dott.ssa Francesca Sorbera

Il Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Gioventù ha ritenuto necessario intervenire nuovamente in questo ambito promuovendo il Progetto “Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare”, affidato alla Regione Umbria, capofila del progetto. Il progetto si inserisce nel più ampio quadro del Programma “**Guadagnare Salute**” finalizzato a rendere più facili le scelte salutari attraverso la promozione di campagne informative e la realizzazione di azioni che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l’insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica. Il progetto “Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare” si propone di verificare lo stato dell’arte dell’assistenza in materia di DCA, di promuovere azioni di sorveglianza finalizzate alla conoscenza della reale entità del fenomeno e alla concreta traduzione delle indicazioni della Commissione nei diversi territori, con lo scopo ultimo di elaborare un documento di buone pratiche che possa costituire un punto di partenza per la costruzione di una risposta adeguata al bisogno di cura dei pazienti affetti da DCA. Il primo e più importante obiettivo è stato quello di realizzare una **mappa dei servizi** specificamente dedicati al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare con la duplice finalità di informare il cittadino sulle possibilità di trattamento offerte al livello nazionale e di fornire alle Istituzioni indicazioni sulle necessità di potenziamento dell’offerta terapeutica utili

alla promozione di ulteriori azioni finalizzate all'adeguamento e omogeneizzazione della risposta ai problemi di salute preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi, in termini di numero e tipologia di servizi, di prestazioni erogate, di risorse impiegate e di presenza di percorsi coordinati e completi in ciascuna Regione. A completamento dell'obiettivo è stata inoltre effettuata una ricognizione della normativa prodotta da ogni Regione in materia di DCA, allo scopo di dare piena espressione degli specifici provvedimenti e del modello organizzativo adottato da ciascuna Regione. Oltre alla creazione della mappa dei servizi dedicati ai DCA, il progetto di propone di realizzare due ulteriori obiettivi, entrambi indispensabili a rispondere in maniera più adeguata al bisogno di cura dei pazienti affetti da DCA: una attività di sorveglianza e una revisione delle evidenze scientifiche in materia di DCA. L'attività di sorveglianza ha coinvolto per un periodo di 2 anni cinque centri sentinella di comprovata esperienza con l'adozione di una metodologia diagnostica rigorosa e affidabile e l'applicazione di un protocollo terapeutico integrato e multidisciplinare. Tale osservatorio, coordinato dal Centro dei Disturbi Alimentari Palazzo Francisci ASL 1 dell'Umbria, ha consentito di misurare la frequenza, l'incidenza e la prevalenza dei DCA nei rispettivi servizi, la variabilità e le caratteristiche dei nuovi casi di DCA; di conoscere alcuni dati riguardanti la provenienza e il percorso del paziente; di esaminare l'interazione dei pazienti con le Associazioni e con i Servizi e di valutare gli esiti intermedi e/o finali di tali trattamenti. L'attività di sorveglianza ha condotto all'arruolamento di 574 pazienti affetti da Anoressia, Bulimia, BED o DAI (Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata), DCA-NAS (Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati) di cui sono state analizzate le caratteristiche sociodemografiche, sanitarie ed anamnestiche e di cui sono stati valutati gli esiti

rispetto al trattamento applicato. Particolare attenzione è stata rivolta alla durata del periodo di mancato trattamento tra l'esordio e il primo contatto con i servizi e delle ragioni di un eventuale gap, elementi essenziali per la valutazione da un lato dell'efficacia del trattamento, dall'altro della adeguatezza dell'offerta terapeutica disponibile.

La presentazione clinica dei DCA necessita di un approccio interdisciplinare integrato per il trattamento di queste condizioni. La Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ha pubblicato nel 1998 alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di queste condizioni. Secondo le indicazioni di questo documento di esperti, la terapia dei DCA deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati. Sulla base delle caratteristiche di gravità dei DCA, assimilabili a quelle dei disturbi psichiatrici maggiori, la Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa ha inoltre definito il modello organizzativo di riferimento secondo una rete di tipo dipartimentale che viene articolata nei seguenti livelli di trattamento:

- Unità ambulatoriali, necessarie per rispondere a circa il 70% della domanda di cura;
- Unità semiresidenziali, necessarie per il trattamento di circa il 20% delle pazienti;
- Servizi di degenza residenziale e riabilitativa, necessari per il 10% circa dei soggetti affetti di DCA;
- disponibilità di letti per i ricoveri in emergenza in Unità ospedaliera altamente specializzata per il trattamento dei DCA.

La valutazione iniziale deve includere tutte le informazioni utili a definire le prospettive terapeutiche e deve includere: il peso, lo stato metabolico, la funzionalità cardiaca, l'eventuale negazione della malattia, la valutazione della motivazione al trattamento, la capacità di collaborazione della paziente, la capacità di collaborazione dei genitori e la sussistenza delle condizioni logistiche ed ambientali che rendono possibile il trattamento.

Valutazione psicopatologica: i primi incontri con una paziente affetta da DCA sono determinanti in quanto non solo si effettua la valutazione psicopatologica ma si pongono le basi per un rapporto di collaborazione e di fiducia. Infatti, la costruzione della motivazione alla terapia costituisce, come per tutte le patologie psichiatriche gravi, una componente importante della terapia stessa, nel senso che quando la paziente giunge ad accettare il trattamento e, quindi, alla consapevolezza di essere ammalata, possiamo affermare che ha percorso già una parte del cammino terapeutico e che questa consapevolezza, che consente la costruzione dell'alleanza terapeutica, costituisce senz'altro fattore un prognostico positivo. Il primo colloquio dovrebbe prevedere una fase libera e una fase più strutturata. Nella fase libera (come in ogni colloquio psichiatrico) l'iniziativa su come condurre il discorso è lasciata alla paziente cui viene chiesto di esprimere spontaneamente il disagio psichico che sperimenta e il vissuto soggettivo che ha dei propri problemi. Dalla reticenza e dalla capacità di chiedere aiuto, dalle aree di contenuto che la paziente sceglie di prendere in considerazione, dalla qualità delle comunicazioni verbali e non verbali e dalla modalità di interagire con il terapeuta, è possibile ottenere informazioni fondamentali sugli atteggiamenti affettivi, sulla capacità di stabilire una relazione, sulla consapevolezza di malattia, sulla presenza di motivazione intrinseca al trattamento e sulla possibilità di costruire un'alleanza terapeutica. La necessità di indagare con accuratezza i sintomi psicologici e le abitudini

alimentari della paziente che tende a negare il suo problema, può richiedere una parte del colloquio più strutturata attraverso l'utilizzazione d'interviste strutturate o semistrutturate. I questionari più accreditati in letteratura sono:

- Eating Attitudes Test (EAT-40) di DM Garner e PE Garfinkel, 1979 (versione italiana validata da M. Cuzzolaro e A. Petrilli, 1988);
- Eating Disorders Examination (EDE 12.OD) di CG Fairburne e Z. Cooper, 1993 (versione italiana validata da V. Ricca e E. Mannucci);
- Structured Clinical Interview for DSM IV SCID, First et al. 1995 (Intervista strutturata dal DSM IV - Ed. italiana).

Nell'intervista semistrutturata, l'incontro è gestito dal terapeuta che ne scandisce i tempi, i contenuti e gli sviluppi, ponendo alla paziente domande specifiche sulla storia del peso, sulle abitudini alimentari e sugli atteggiamenti riguardo al vissuto corporeo, sul significato del sintomo nella storia psicologica della paziente e sulla strutturazione della personalità della stessa; vengono anche indagati i dati necessari per valutare se sono soddisfatti i criteri diagnostici per AN e BN ed anche la distinzione dei vari sottotipi delle sindromi, distinzione importante per il significato clinico e prognostico. Poiché spesso le pazienti con DCA negano o sottovalutano i propri sintomi, nella raccolta delle prime informazioni si rende necessario un breve contatto con i familiari o con il medico curante o comunque con una figura di contesto. Nella fase valutativa, comunque, per le pazienti che convivono con la famiglia, è necessario almeno un incontro con lo psichiatra o lo psicologo che si occupa specificatamente dei problemi familiari per l'esplorazione delle dinamiche familiari.

Valutazione internistico-nutrizionale: in considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con la paziente per stabilire una buona relazione terapeutica, per cui anche il nutrizionista deve modulare il suo intervento con la cautela e la sensibilità necessarie. E', inoltre, determinante già nella fase del primo contatto, che venga garantita l'integrazione dei due livelli internistico e psicologico. Il protocollo diagnostico internistico-nutrizionale comprende la valutazione clinico- anamnestica, la valutazione dello stato nutrizionale, della condotta alimentare e della spesa energetica. La valutazione clinico-anamnestica è costituita da: Anamnesi fisiologica, familiare e patologica con particolare riferimento a:

- storia del peso corporeo, con particolare riferimento a fluttuazioni ponderali recenti;
- valutazione dell'andamento della patologia nel tempo con ricerca di comportamenti compensatori passati e/o in atto (vomito autoindotto, uso di lassativi e/o diuretici, iperattività fisica);
- valutazione di eventuali disturbi del ciclo mestruale.
- esame obiettivo mirato all'evidenziazione di condizioni patologiche associate e/o complicanze. In particolare, per la Bulimia andranno escluse altre cause di vomito e ricercata la presenza di: ipertrofia delle parotidi causata dal vomito, erosione dello smalto dentale causata dalla cronica esposizione agli acidi di origine gastrica ed il segno di Russell (callo al polpastrello delle dita con cui la paziente si provoca il vomito).

La valutazione dello stato nutrizionale è possibile attraverso il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) o l'uso di tabelle auxologiche, previa misurazione del peso e della statura. E' consigliabile evitare ulteriori misure per la valutazione dello stato nutrizionale, giacché si potrebbero favorire comportamenti di regressione e di scissione che tendono al mantenimento della sintomatologia. Tali indici sono sufficienti per definire lo stato nutrizionale all'esordio e per seguirne l'evoluzione nel tempo. La valutazione della condotta alimentare e della spesa energetica comprende:

- descrizione delle abitudini alimentari con particolare riguardo agli eventi antecedenti (stato emotivo, punteggio di fame);
- strutturazione quantitativa e qualitativa del pasto;
- il monitoraggio dell'attività fisica e degli atteggiamenti compensatori.

Per la valutazione della condotta alimentare e della spesa energetica può essere utile l'utilizzazione di un diario alimentare. La valutazione dei parametri emato-biochimici nella fase ambulatoriale può essere consigliata nei DCA e possono essere raccomandate anche indagini mirate a quesiti specifici e su base individuale per una valutazione delle complicanze della malnutrizione. Spesso l'emo-concentrazione determina nell'AN un'apparente normalità dei parametri in esame per cui è importante porre l'attenzione in particolare sulle eventuali anomalie elettrolitiche conseguenti allo stato di denutrizione, al vomito, all'uso di lassativi e diuretici.

Programma terapeutico: per stabilire le modalità di trattamento più appropriate alla situazione clinica ed alla gravità della patologia

è di fondamentale importanza la valutazione iniziale della paziente. Nella scelta della strategia terapeutica da effettuare in stretta integrazione con il medico di medicina generale e la famiglia è necessario valutare inizialmente se il trattamento può essere effettuato presso la struttura ambulatoriale, presso una struttura residenziale o semiresidenziale, o se il caso necessita di un ricovero ospedaliero.

I trattamenti psicoterapeutici: il trattamento psicoterapeutico costituisce il fondamento della terapia per i pazienti con disturbi del comportamento alimentare e dovrebbe essere messo in atto in tutti i pazienti, in combinazione con il trattamento nutrizionale e psicosociale familiare. Le condizioni mediche della paziente e la sua motivazione al trattamento sono i due aspetti fondamentali da considerare prima di iniziare un trattamento psicoterapeutico. Infatti, qualora lo stato fisico sia seriamente compromesso o addirittura ci si trovi in condizioni di urgenza medica vengono a mancare le condizioni per affrontare vantaggiosamente gli aspetti intrapsichici. D'altro canto, in assenza di una consapevole accettazione della diagnosi da parte della paziente e della sua motivazione al cambiamento, il trattamento psicoterapeutico risulta inefficace. Nel caso in cui le condizioni fisiche della paziente siano giudicate troppo compromesse sarà opportuno rimandare l'inizio della psicoterapia e iniziare il trattamento solo quando le condizioni fisiche si siano ristabilite. L'efficacia del trattamento psicoterapeutico sul recupero nutrizionale durante la fase acuta non è chiara. In effetti a tale proposito le evidenze, tutte non randomizzate, sono contrastanti. Nel caso di iniziale assenza di motivazione al trattamento è opportuno intraprendere iniziative volte ad incrementare la motivazione. Studi epidemiologici significativi confermano che una percentuale molto bassa di pazienti con DCA chiede direttamente un trattamento. Per tale ragione, tutte le più qualificate strutture di trattamento dei DCA definiscono nella loro offerta d'intervento

una serie iniziale di colloqui di motivazione che arrivano a rappresentare fino al 30% dell'intero percorso. In sintesi, è importante non sprecare mezzi con chi non ha ancora definito né di avere un problema, né di voler cambiare; piuttosto è utile aiutarlo a comprendere di avere un problema, comunicando per quali buone ragioni dovrebbe decidere di porre in atto un cambiamento. Una volta compiuto questo passo, il tempo dell'intervento può essere sensibilmente ridotto in quanto una persona motivata a cambiare è in grado di utilizzare al massimo quanto offertole. Nella fase della motivazione alla terapia può risultare efficace l'utilizzo dei gruppi di autoaiuto. Esistono numerose esperienze, peraltro non comparative, riportate in letteratura, sull'utilità di tali gruppi di auto-aiuto o gruppi di motivazione composti da pazienti che hanno già superato le prime fasi del trattamento. In tali gruppi, che funzionano sul modello di quelli utilizzati per le dipendenze da alcool, le pazienti possono essere più facilmente convinte al trattamento dall'esperienza positiva di chi prima di loro ha vissuto lo stesso percorso, superato le stesse difese alla terapia, sopportato la stessa angoscia all'idea di recuperare peso. Questa area tematica appare come una delle più innovative e più in linea con un'idea del paziente e dei familiari considerati come interlocutori attivi dei servizi e delle politiche di programmazione della salute mentale. Superata la difficoltà di costruire una motivazione al trattamento, la scelta del tipo di psicoterapia è collegata alla fase del disturbo, alle caratteristiche di struttura di personalità della paziente al grado di maturità e alle risorse individuali della paziente. Si ritiene opportuno ribadire come non esistano evidenze sufficienti per affermare la superiorità di un approccio psicoterapeutico e come in letteratura esistano indicazioni circa la potenziale utilità dell'integrazione di diversi tipi di intervento psicoterapeutico. Per l'anoressia non esistono evidenze per affermare che gli effetti dei differenti trattamenti psicoterapeutici

siano diversi, sia relativamente al decorso che all'esito. Quest'affermazione tende a sottolineare che l'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici (cognitivi, psicoeducazionali, psicoanalitici, di terapia della famiglia), che usano tecniche e procedimenti differenti ottenendo effetti equivalenti, può dipendere da elementi comuni condivisi da tutti i trattamenti, i cosiddetti fattori aspecifici: il rapporto empatico terapeuta-paziente, il setting, la disponibilità ad uno schema concettuale di riferimento, la chiarezza delle procedure e il loro ruolo nelle varie fasi della terapia. Nell'ultimo decennio abbiamo assistito, oltre ad un progressivo aumento delle psicoterapie disponibili per il trattamento dei DCA, anche al superamento del pregiudizio circa la possibile integrazione tra i differenti approcci terapeutici. Nel caso della bulimia non esistono evidenze sufficienti per affermare la superiorità di un approccio psicoterapeutico su un altro; peraltro, la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è la terapia più studiata e per la quale esistono le maggiori evidenze di efficacia. Due revisioni sistematiche hanno evidenziato come nei pazienti sottoposti a psicoterapia cognitivo-comportamentale migliorino in maniera significativa sia i sintomi specifici di bulimia nervosa (es. le abbuffate) che i sintomi non specifici, quali la depressione, rispetto ai pazienti non sottoposti a psicoterapia. Inoltre, in due trial randomizzati e controllati di comparazione tra diverse forme di psicoterapia, la psicoterapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata più efficace nel breve termine ma non a lungo termine. Due revisioni sistematiche ed un trial randomizzato e controllato hanno evidenziato come, in pazienti sottoposti a psicoterapie di tipo diverso da quella cognitivo-comportamentale, si riducano gli episodi di abbuffate. Va sottolineato inoltre che gli studi sono di qualità variabile, il campione è spesso di piccole dimensioni e il numero di pazienti che hanno ottenuto una remissione completa è variabile tra i vari studi. La durata della

psicoterapia dipende da molti fattori e, ai fini dell'efficacia, non è possibile dare indicazioni precise sulla durata del trattamento. Limitatamente al caso della terapia individuale sono in genere riportati periodi minimi di un anno, ma talora sono richiesti 5-6 anni di terapia. Sono vari gli approcci terapeutici disponibili nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione recentemente infatti, la maggior parte degli studiosi in Italia e all'estero ha affermato che l'approccio più completo e più efficace nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione è quello multidisciplinare (psichiatria, psicologia, riabilitazione nutrizionale, consulenza filosofica etc.) ed integrato, cioè un trattamento in cui le diverse discipline coinvolte si integrino in un unico progetto terapeutico che sappia tener conto delle differenze individuali e delle varie fasi della malattia; la "cura migliore" dei disturbi alimentari è rappresentata quindi da un approccio multidisciplinare ed integrato, con il quale si vuole arrivare a comprendere i diversi bisogni (biologici e psicologici) della paziente e fornire una risposta adeguata. La psicanalisi insegna che il sintomo psichico non va semplicemente eliminato, come se fosse un persecutore estraneo al soggetto, ritiene invece che vada ascoltato in modo da stimolare nel soggetto un particolare allenamento a trovare il senso e il valore di ciò che lo fa soffrire. Sensi, fantasia, sentimento, ragione, solo la piena collaborazione fra questi permetterà di arrivare ad un giusto modello interpretativo che non si limiti a capire un mondo ma che sveli, in modo sempre nuovo, il senso dell'essere. *"Se decifro me stesso, coinvolgo me stesso nell'atto: essere non posso anche l'interprete mio. Ma chi per il suo cammino semplicemente sale, porta in più chiara luce anche l'immagine mia"*²⁸. Tale effetto di senso, altrettanto che di non senso, di controsenso e di equivoco, è in grado di far saltare gli sconosciuti e inconsapevoli vantaggi del sintomo, i quali agiscono occultati dalle tragiche insegne del dolore e della malattia, e proprio in questi vantaggi

28 F. Nietzsche, *La Gaia Scienza*, Adelphi editore, Milano, 1979

risiede larga parte dell'attaccamento che il paziente ha nei confronti della propria malattia; attaccamento paradossale se si riflette per un attimo a quanto sia una condanna all'impotenza, all'ossessione e alla paura. Tuttavia il vincolo tenace che lo lega alla sua condizione morbosa dimostra come proprio in essa si trovi imprigionato e incompreso un pezzo consistente dell'identità del soggetto e dei suoi più irrinunciabili desideri. Occorre quindi lavorare contro corrente: contro la corrente conformista del sintomo e contro ogni smania di guarigione che sia pretesa, a prescindere dai prezzi soggettivi che comporta. Lo stile compiacente con cui il soggetto anoressico sembra adeguarsi ai miti e agli ideali in voga nel suo tempo (le diete, le palestre, la moda, ecc.) rischia di trarre in inganno la cura fino a convincerla di risanamenti illusori. Occorre pertanto muoversi non solo nella sfera visibile del paziente ma anche e soprattutto partire dalla sfera invisibile facendo riferimento a concetti di *inconscio*, di *diagnosi*, d'*interpretazione* e di *transfert*. Il soggetto può sentirsi alienato. L'idea del sé si costella definitivamente dal rapporto con l'altro come già Mead²⁹ affermava e dunque, alla

29 Mead filosofo, sociologo e psicologo statunitense, considerato tra i padri fondatori della psicologia sociale sostiene il ruolo della filosofia come indagatrice e mediatrice tra l'intelligenza dell'uomo e i fenomeni di evoluzione dell'universo. La filosofia ideale per Mead, dovrebbe essere da un lato quella che rifiuti i dualismi tra la Ragione e l'Assoluto, e dall'altro quella che organizzi una visione scientifica della vita e del mondo completa di tutti i possibili significati. Mead analizzò la società, o quello che lui definì un *mondo sociale dell'universo*, rilevando che l'individuo è in grado di plasmare elementi nuovi grazie al potere dei *simboli*, attuato attraverso gesti e linguaggi. La funzione della socialità, viene allora svolta dal pensiero e dall'opinione degli esseri umani, integrati nella collettività. Interessante fu la distinzione fra "Me", ovvero l'assorbimento degli atteggiamenti degli altri, e "Io", ovvero la reazione del soggetto in risposta all'interazione con l'ambiente, oltre alla focalizzazione sul controllo sociale, effettuata tramite l'intervento limitante del "Me" sull'"Io".

modalità con cui un individuo vede se stesso si aggiunge anche una dimensione sociale, il sé infatti ha la peculiare caratteristica di essere oggetto a se stesso assumendo così, all'interno del sociale, un ruolo guida per pensieri sentimenti ed azioni. Il rifiuto da parte dell'altro causa l'alienazione del soggetto da se stesso e, una volta rifiutato, introietta tale rifiuto e insieme ad esso fa sua anche l'alienazione dal sé. L'altro rifiuta perché non riconosce ed è ignaro dal fatto che così facendo, ai soggetti con problemi risulta ancor più facile rifiutare se stessi in quanto non riconosco più quel sé al quale fino ad allora appartenevo e nel quale fino ad allora si identificavano. Non ci si auto-riconosce in sé stessi ma nell'altro che, come immagine speculare riflette un sé malato ma più bello perché malato, ma questo non riceve il consenso esterno né prima né dopo la malattia ed entra in un circolo vizioso di mancata accettazione e riconoscimento di sé che non viene né dall'altro né da sé perché non si vedrà mai perfetto e dunque accettato. Con il decorso della malattia il corpo prende sempre di più il sopravvento quasi ad impossessarsi della mente che non possiede più la ragione di sé e la mente non si comprende, non controlla i meccanismi di decadimento che il corpo ha innescato lasciando libero sfogo ai sensi, oramai confusi, che avviano un meccanismo perverso dettato dall'illusione che più si è deprimenti fisicamente più ci si vede belli compiacendosi dei risultati raggiunti. La mente non ha ragion di sé, se l'avesse comprenderebbe bene che il meccanismo è autolesionista, è distruttivo e porta alla fine ma non è così e l'illusione dei sensi ci accompagna nella ricerca infinita del corpo perfetto e dunque perfettibile; il soggetto che soffre di tali disturbi si compiace nel vedere il proprio corpo magro e prova soddisfazione e orgoglio nel constatare la realizzazione degli obiettivi che il suo corpo e la sua mente avevano imposto, innamorandosi del proprio corpo malato e depresso tanto da compiacersene e non sentire più il peso del giudizio dell'altro

divenuto oramai un fantasma. Non si ha ragione della malattia, non la si concepisce come malattia ma come un traguardo raggiunto e ancora da definire e rifinire, limare e perfezionare, non comprendendo che, a traguardo raggiunto, si vince la fine come annullamento del sé diventando vittime, e al tempo stesso carnefici di se stessi. La ragion di sé ci permette di comprendere in un certo qual modo perché siamo così e non altrimenti, perché abbiamo compiuto determinate scelte e quali sono gli scopi che sottostanno a tali decisioni ma il soggetto malato non possiede più alcuna di queste ragioni; esse le sono dettate dal corpo. Non sa chi è. Comprende solo il proprio desiderio di divenire altro, di perfezionarsi in quanto corpo imperfetto che ha trovato nella magrezza un mezzo per il miglioramento di sé; non sa perché è partito tale meccanismo irreversibile, se non ragionato o se non riflettuto ma oramai c'è, senza un vero motivo.

[...] Era un buco nero, un buio interiore che ignoravo, di cui non avrei mai immaginato l'esistenza. Perché mi succedevano quelle cose? I demoni mi stavano addosso... Perché piangevo? Non ero mica una piagnona! Mi stavo sgretolando³⁰.

Il soggetto con problemi ha ben chiara la perfettibilità dell'uomo ma essa è concepita razionalmente nel momento in cui grava la malattia, in quanto la ragione è deviata dalla malattia e si realizza nella malattia stessa, quando è un soggetto sano infatti ha senza dubbio riflettuto su di sé e sulle ragioni del proprio essere e ha valutato bene e con attenzione i pro e i contro della propria esistenza e, dopo tanto cercare ha trovato nell'anoressia una risposta ai contro esaltando nello stesso tempo i pro della magrezza dove questi sono immediati: mi sento meglio, più leggera, sto meglio vestita, mi guardano di più, sono più sicura di me stessa perché piacente e piaciuta, dimagrire fa parte dei

30 Judith Fathallah, *Sono Bruttissima*, Mondadori, Milano, 2007

cliché della bellezza riconosciuti a livello sociale, ciò è quanto si riscontra in alcuni siti pro-ana tali pro, seppur immediati, sono effimeri e caduchi perché dopo un certo periodo svaniscono creando ancora disagio per un corpo che ancora non piace ma illude in luce di una promessa di perfezione quando in realtà, la strada intrapresa porta solo al fallimento del sé sano perdendone il controllo.

Ognuno riconosce la propria essenza nel proprio essere.

La possiamo intendere in termini cartesiani come essenza dell'anima che scaturisce dal pensiero su di sé e sulla propria azione del pensare; la possiamo intendere in termini nietzschiani partendo dal corpo che agisce e che è manifestando un'energia vitale nel reale; possiamo intenderla in termini heideggeriani nel senso dell'esserci qui ed ora in questa prospettiva spazio temporale sulla quale riflettiamo e collochiamo il nostro io, ma rimane sempre ben fermo che siamo noi che agiamo, che pensiamo e che siamo, siamo noi ad avere la piena padronanza del nostro essere e la piena coscienza di tale padronanza. Il malato con disturbi dell'alimentazione perde tale padronanza ed il corpo da amico diventa nemico consapevole che impossessa e guida le azioni del soggetto deviandone il sé che non si percepisce più come originario del proprio esserci nel mondo ma viene percepito come sé malato e deviato dalla malattia; questa, come una strega cattiva, ha il potere di deviare sé da se stessi, alienando il vero sé e rigettandolo in un angolo remoto del proprio io.

Riconoscendo che l'essenza è deviata ed è frutto dell'alienazione del vero sé e ritornando ad avere coscienza del proprio sé sano che, riconosciuto come malato e quindi nella sua vera essenza e non nella sua essenza deviata, può guarire ossia ritornare alle proprie origini.

La cura, sicuramente lunga e difficile sarà possibile.

4 I livelli di assistenza e i modelli organizzativi in Umbria

dott.ssa Francesca Sorbera

AUSL Umbria 1 Alto Tevere Umbro

Vengono erogati intereventi di tipo ambulatoriali integrato all'interno dell'attività del Dipartimento di Salute Mentale (nell'articolazione dei CSM di Città di Castello, Gubbio e Umbertide) con rapporti formalizzati con specialisti internisti e nutrizionisti.

AUSL Umbria 1 del Perugino

- **Centro DCA “Palazzo Francisci, Todi**

Il Centro, nato nel 2003, eroga prestazioni di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale ed è esclusivamente dedicato a persone affette da *Bulimia Nervosa* ed *Anorexia Nervosa*. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto USL Umbria 1 Media Valle del Tevere. L'equipe è composta da medici (psichiatri, endocrinologi, nutrizionisti) psicologi, dietisti, infermieri, filosofi, educatori, operatori socio-sanitari, danzavivimento-terapeuti, chinesologi.

La struttura dispone di 15 posti letto.

- **Centro DAI, Città della Pieve**

Il Centro DAI, nato nel 2008 eroga prestazioni di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale ed è esclusivamente dedicato a persone affette da *Obesità* e da *Disturbo da Alimentazione Incontrolla*. Il servizio interdipartimentale afferisce al Distretto del Lago Trasimeno. L'equipe integrata è composta da medici (psichiatri, endocrinologi, nutrizionisti) psicologi, dietisti, infermieri, filosofi, educatori, operatori socio-sanitari, danzavivimento-terapeuti,

chinesiologi.

La struttura dispone di 18 posti letto.

- **Centro Diurno “Nido delle Rondini”, Todi**

Il centro, nato nel 2012, è esclusivamente dedicato ai pazienti che presentano una lunga storia di malattia e che necessitano di un trattamento riabilitativo meno intensivo rispetto ad un ricovero residenziale, ma più prolungato nel tempo. Il Centro Diurno permette un graduale ripristino delle abilità sociali e il reinserimento nel mondo lavorativo o, in alcuni casi, scolastico.

Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto USL Umbria 1 Media Valle del Tevere.

L'equipe integrata è composta da medici (psichiatri, endocrinologi, nutrizionisti) psicologi, dietisti, infermieri, filosofi, educatori, operatori socio-sanitari, danzamentoterapeuti, chinesologi ed in aggiunta, il trattamento Diurno prevede la figura di un'insegnante e un assistente sociale. La struttura dispone di 15 posti letto.

AUSL Umbria 2 Valle Umbra Sud

Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale (Foligno, Spoleto e Norcia) di tipo integrato all'interno del DSM con rapporti strutturati e dedicati con Servizio di Endocrinologia.

AUSL Umbria 2 Terni

Ambulatorio integrato dedicato, nell'ambito del DSM per la diagnosi, la terapia e la prevenzione dei DCA particolarmente centrato su terapie della famiglia.

Azienda Ospedaliera di Perugia

Il Di.M.I.S.E.M. (Dipartimento di Medicina Interna e Scienze

Endocrine e Metaboliche) e

la clinica Psichiatrica dell'Università di Perugia propongono un programma di ricerca e di terapia, son interventi sia in regime ambulatoriale integrato che di ricovero, in collaborazione con l'SPDC dell'Azienda Ospedaliera stessa e i Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse USL della Regione Umbria. E' attualmente l'unico presidio di ricovero in acuzie della regione Umbria.

Azienda Ospedaliera di Terni

Presso l'Azienda Ospedaliera di Terni è operativo, con delibera n°490/98, un Centro per la diagnosi e cura dei DCA con struttura interdipartimentale e attivo tramite la collaborazione tra Servizio Dietetico e di Psicologia. Vengono erogati interventi di tipo integrato in regime ambulatoriale.

5 IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

dott.ssa Francesca Sorbera

Le associazioni sono una realtà importante della politica di intervento nell'ambito della prevenzione e cura ai Disturbi del Comportamento Alimentare, operano in sinergia ed integrazione con i Servizi specialisti territoriali attraverso la stipula di appositi protocolli operativi promuovendo un'accoglienza totale della persona. Le associazioni presenti in Umbria promuovono attività di sostegno alla famiglia anch'essa direttamente coinvolta nella problematica, attraverso interventi educativi e di mutuo-aiuto, avvalendosi della consulenza di esperti per affrontare tematiche specifiche legate alla gestione della sofferenza e delle difficoltà relazionali.

Associazione “il Pellicano”, Perugia

L'Associazione “il Pellicano” è sorta nel 1997 a Perugia da un gruppo di giovani ragazze affette da Disturbo del Comportamento Alimentare insieme ad alcuni operatori dei servizi di salute mentale. L'associazione svolge attività terapeutica attraverso una convenzione con l'USL Umbria 1 di Perugia la quale ha messo a disposizioni locali e personale.

L'associazione svolge una funzione di informazione e formazione rivolta ai pazienti, ai familiari, alle scuole ed agli insegnanti.

Associazione “il Paguro”, Città di Castello

L'associazione nasce nel 2004 da un gruppo di genitori afferenti al Servizio DCA di Città di Castello con i seguenti obiettivi: corretta informazione sui disturbi alimentari; sostegno diretto a tutti coloro che ne soffrono, familiari ed amici; collaborazione con strutture pubbliche e private che lavorano nell'ambito dei DCA.

Associazione “Federica Alessi”, Terni

Questa associazione è nata nell'anno 2006 su iniziativa della famiglia di Federica Alessi, scomparsa dopo 13 anni di malattia. E' un'associazione composta da volontari che hanno deciso di inestire le loro risorse umane e professionali a tutti coloro che direttamente o indirettamente soffrono di tali patologie. Da circa 4 anni, inoltre, l'associazione svolge attività di prevenzione e sensibilizzazione sia in ambito scolastico sia in ambito comunitario avvalendosi della collaborazione di esperti.

Associazione “Mi Fido di Te” ONLUS, Todi

L'associazione “Mi Fido di Te” nasce nel 2006 per volontà di un comitato promotore di genitori di pazienti affetti da DCA afferenti al Centro di cura Palazzo Francisci di Todi. L'associazione persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale e socio-sanitaria operando in sostegno sia di pazienti sia di familiari in collaborazione con i centri: Palazzo Francisci, Nido delle Rondini, Centro DAI appartenenti alla USL umbria1 le attività dell'associazione si svolgono all'interno di rapporti di convenzione con la Provincia di Perugia, con la USL Umbria 1 e con l'ente tuderte “ETAB La consolazione”.

L'associazione prevede attività di sensibilizzazione e prevenzione per i Disturbi del Comportamento Alimentare; gestione dell'appartamento “*la casa di Pandora*” nata per ospitare le pazienti affette da tali patologie; formazione di operatori e/o persone interessate ad approfondire tali problematiche; sensibilizzazione attraverso materiale informativo e produzione di testi.

Associazione “i Girasoli”, Spoleto

Viene istituita nel 2010 a Spoleto per volontà di un gruppo di familiari afferenti al Servizio integrato DCA dell'USL Umbria 2. Svolge compiti di accoglienza ed ascolto dei familiari coinvolti.

Associazione “Il Bucaneve”, Castiglione del Lago.

L'associazione nasce in sostegno di persone e famiglie che vivono una situazione problematica legata ai DCA, Svolge attività di ascolto, supporto ed orientamento.

Unione Nazionale Consumatori Umbria

www.consumatoriumbria.it

L'Unione Nazionale Consumatori Umbria è da anni attivi in questo ambito sia con l'organizzazione di convegni, eventi informativi, incontri, sia con progetti di formazione, soprattutto nelle scuole. Attraverso il sito dell'Associazione si possono avere ulteriori informazioni: info@consumatoriumbria.it

6 IL PROGETTO NUMERO VERDE SOS DISTURBI ALIMENTARI

dott.ssa Francesca Sorbera

Attualmente si dibatte molto se l'incidenza dei DCA stia aumentando realmente oppure no, laddove la difficoltà sta nel comprendere se l'aumento registrato nelle strutture sanitarie corrisponda ad un aumento dell'incidenza nella popolazione generale o sia piuttosto riconducibile al miglioramento raggiunto negli ultimi anni nel progetto di sensibilizzazione dell'intera comunità civica e del personale medico. Con maggior accesso ai luoghi di cura per quelle stesse pazienti la cui malattia, fino a non troppi anni, fa sarebbe rimasta "invisibile" condannandole a rimanere imprigionate e radicate nella convinzione, spesso condivisa con rassegnazione anche da medici curanti e familiari, che non esista una cura efficace. È inoltre presente la tendenza delle persone affette da tali disturbi ad occultare il problema e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti e la possibilità di un progetto di cura tempestivo. La letteratura indica che il più forte indicatore di esito positivo nei casi di DCA è la tempestività delle cure: tale progetto è nato con l'obiettivo di porsi come tramite tra i pazienti e i servizi specializzati.

Il Dipartimento della Gioventù ha realizzato di concerto con il Ministero della Salute, nell'ambito del progetto "DIRITTO DEI GIOVANI ALLA SALUTE ED ALLA CITTADINANZA", promosso e finanziato dal Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e dalla USL Umbria 1 un censimento di tutti i servizi pubblici o convenzionati presenti sul territorio nazionale suddivisi per tipologia e per territorio che ha portato alla creazione di una mappa dinamica consultabile su internet da utenti e operatori

(www.disturbialimentarionline.it).

L'obiettivo del presente progetto è quello di implementare l'utilizzo della mappa, già disponibile, in modo da offrire agli utenti informazioni attendibili sui servizi presenti nei territori a loro più vicini.

A tale scopo, alla AUSL1 dell'Umbria – già capofila del progetto della mappa - è stato assegnato il compito di attivare un numero telefonico verde dedicato, denominato di seguito Numero Verde SOS Disturbi Alimentari, per consentire immediate e dettagliate informazioni sugli stessi servizi oltre che ad offrire un servizio di counseling e ascolto per chi soffre di tali patologie.

6.1 Caratteristiche del servizio implementare

Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari è un servizio di counseling telefonico rivolto all'intera popolazione.

Il servizio è svolto da personale formato e dedicato, è operativo dal lunedì al venerdì sulle 24 ore è gratuito per l'utente, garantisce l'anonimato e ha una copertura nazionale.

Per ragioni di carattere organizzativo e per sfruttare le sinergie esistenti, il servizio è stato istituito presso il Centro DCA Palazzo Francisci di Todi, USL Umbria 1.

Il servizio è svolto da 4 operatori opportunamente formati che lavoreranno in turni sotto il coordinamento di un responsabile di progetto.

Compiti degli operatori

- gestione delle richieste telefoniche
- raccolta dei dati statistici
- registrazione su apposita scheda delle richieste ricevute e delle risposte fornite
- registrazione delle segnalazioni sulla qualità del servizio

6.2 Obiettivi del servizio

Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari ha un'attività di prevenzione a più livelli:

- primaria, fornendo un'informazione capillare all'utenza;
- secondaria, offrendo sostegno a persone che hanno o rischiano di avere problemi legati ai DCA;
- terziaria offrendo un solido punto di riferimento per informazioni o sostegno a chi si trova in fase di cambiamento o a chi è a rischio di ricaduta

Qualunque sia il livello di azione, il counseling telefonico si caratterizza per essere un intervento strettamente personalizzato, dal momento che ogni utente è diverso dall'altro, con un proprio stile di vita, un personale modo di percepire la problematica ed un diversificato bagaglio di risorse a cui attingere.

Lo scopo primario dell'attività di counseling telefonico è quello di:

- rispondere ai bisogni informativi degli utenti che hanno contattato il servizio;
- facilitare il processo di riflessione promuovendo le potenzialità del consultante;
- mobilitare risorse interne ed esterne per attivare un cambiamento.

Attraverso un ascolto attivo e la predisposizione dei necessari strumenti di rilevazione, il servizio permetterà di:

- analizzare la domanda d'aiuto portata dall'utente;
- fornire informazioni scientifiche sulle problematiche dei DCA;

- offrire sostegno psicologico;
- fornire indicazioni sulle strutture sanitarie che prestano assistenza;
- fornire informazioni sulle iniziative promosse sul tema dei DCA.

L'attività del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari permetterà di elaborare i dati sull'utenza che contatta il servizio. I dati permetteranno, nel rispetto dell'anonimato, di registrare bisogni, domande, indicazioni utili per programmare interventi di prevenzione e lotta ai DCA, per ideare e realizzare ulteriori iniziative mirate a particolari target e per valutare l'efficacia della comunicazione.

Il Servizio, pensato prioritariamente per gli utenti/pazienti/familiari, è naturalmente accessibile anche agli operatori socio-sanitari sui quali potrà avere una ricaduta in termini di sensibilizzazione ed informazione generale sulle tematiche collegate ai DCA.

6.3 Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari: dati e riflessioni

Chiamate

Rispetto ai primi anni di attività (Novembre 2011), le chiamate ad oggi risultano quasi raddoppiate.

Negli ultimi mesi di attività il numero di chiamate ha mostrato un trend stabile, leggermente in ascesa, registrando una media giornaliera di circa 11 chiamate.

Il servizio Numero Verde SOS Disturbi Alimentari, dopo un anno di attività, continua a testimoniare l'emergenza a livello nazionale del problema rappresentato dai Disturbi del Comportamento Alimentare e l'importanza di un punto di riferimento per supporto e informazioni.

Tipologia dei fruitori del servizio

Le chiamate provengono da pazienti affetti da disturbo alimentare, da persone a loro vicine (familiari, amici), specialisti e personale sanitario.

Le chiamate nelle diverse fasce orarie

Si rileva che durante la fascia oraria che va dalle 8.00 alle 14.00 chiamano per lo più genitori o persone direttamente coinvolti con un caso di disordine alimentare. Approfittando dell'assenza della persona malata che si trova a scuola o al lavoro, familiari e amici utilizzano il numero verde per confrontarsi in piena libertà circa un problema ancora sconosciuto e che fa paura, chiedono informazioni sui centri, sugli atteggiamenti migliori da utilizzare in determinate circostanze e per sentirsi rassicurati su alcuni atteggiamenti nuovi, e su cambi repentini d'umore tipici della patologia alimentare. Nella seconda metà della giornata invece le chiamate provengono soprattutto da pazienti che presentano un disordine o un vero e proprio disturbo alimentare e cercano sostegno psicologico e un indirizzo di cura specializzato.

Le chiamate che sono arrivate durante la fascia oraria notturna provengono essenzialmente da pazienti soprattutto di tipo bulimico o di binge eating, che hanno bisogno di sostegno immediato, in particolare per episodi di abbuffate e/o vomito, molto frequenti nella tarda serata e nella notte. Da soli col cibo il numero verde risulta essere un ottimo alleato di sostegno.

I pazienti

Dai dati raccolti negli ultimi mesi si rileva un aumento di chiamate da parte dei pazienti. La richiesta più frequente da parte di tale utenza è quella di informazioni relative ai servizi specializzati a cui rivolgersi. In molti casi gli utenti non sono a conoscenza dei servizi presenti nel proprio territorio e non hanno idea di come fare a richiedere assistenza adeguata. In altri casi hanno già provato ad effettuare trattamenti, ma non conoscendo i servizi hanno fatto intraprendere al paziente trattamenti parziali o non adeguati senza ottenere risultati e aumentando il senso di frustrazione rispetto al disturbo.

Altra problematica esposta dagli utenti (anche nel caso in cui la chiamata è effettuata dai pazienti stessi) è la necessità di poter accedere a servizi con un livello di trattamento intensivo (riabilitazione residenziale) che purtroppo non sono ancora distribuiti in maniera omogenea sul territorio nazionale.

Il Numero Verde, utilizzando la mappa nazionale dei servizi specializzati www.disturbialimentarionline.it, riesce a fornire risposte adeguate alle molteplici richieste di assistenza, indirizzando gli utenti ai servizi territoriali o alla tipologia di servizio che essi richiedono.

I familiari

Nel caso la chiamata sia stata effettuata da persone vicine al paziente (familiari, amici) spesso quest'ultimo non è ancora consapevole del disturbo in atto e pertanto non pone domanda di cura. I familiari e gli amici chiedono quindi supporto personale e consigli per motivare il paziente a un processo di cambiamento, o a quali servizi è opportuno rivolgersi.

Rimane alta anche la richiesta di supporto personale. I familiari e gli amici dei pazienti si trovano spesso in grande difficoltà nel gestire e nel relazionarsi con il paziente. I comportamenti disfunzionali delle persone affette da DCA sono infatti di forte impatto emotivo e fonte di continua ansia e preoccupazione per le persone a loro vicine: rifiuto del cibo, forte calo ponderale, autolesionismo, ricorso ad vomito autoindotto più volte al giorno, grandi abbuffate. La persona malata può cambiare radicalmente in pochi mesi e diventare irriconoscibile agli occhi di chi ci convive quotidianamente. Non è raro che gli amici si allontanino e le famiglie ne risentano fino a diventare schiave della malattia di un loro componente. In questi casi l'ambiente familiare invece che aiutare il paziente a guarire può diventare un importante fattore di mantenimento del disturbo stesso.

È molto importante quindi che familiari e amici possano essere a loro volta supportati per poter continuare a stare vicino ai pazienti e per non entrare nel circolo vizioso del disturbo. Spiegare a familiari e amici le modalità con le quali la malattia si manifesta, suggerirgli stratagemmi per aumentare la motivazione al trattamento in caso di pazienti che non si vogliono curare, supportarli nei momenti di maggiore difficoltà, sono tutte azioni di fondamentale importanza sia per loro che per i pazienti.

I medici

Un dato che risulta particolarmente significativo è l'utilizzo del Numero Verde da parte di specialisti e personale sanitario (medici di base e pediatri di base) che si rivolge al servizio per chiedere informazioni riguardo strutture specializzate verso cui indirizzare i propri pazienti, o anche solo per un confronto su un loro paziente. Questo dato risulta molto importante poiché indica la necessità di un punto di riferimento nell'ambito dei DCA, quale il servizio del Numero Verde, anche per i

professionisti e il personale sanitario, che possa consentire una diagnosi precoce e un inizio del trattamento altrettanto tempestivo.

E' fondamentale, a tal proposito, l'utilizzo di mezzi di informazione volti a divulgare la storia, le caratteristiche ed i sintomi dei disturbi alimentari in modo da riconoscerli ed in maniera sempre più tempestiva intervenire.

Caratteristiche demografiche dell'utenza

Sesso:

Rispetto agli anni precedenti crescono le richieste d'aiuto per pazienti di sesso maschile. Si tratta soprattutto di giovani ragazzi o preadolescenti che tendono diminuire le quantità di cibo e esagerare nell'esercizio fisico nell'ottica di ottenere un determinato fisico (asciutto e muscoloso).

In accordo con i dati epidemiologici della letteratura internazionale, il campione analizzato è prevalentemente femminile. Particolarmente interessante è il dato sull'utenza maschile, di cui si conferma il trend in crescita di incidenza e prevalenza della patologia alimentare.

Fino a circa 20 anni fa il rapporto tra l'incidenza dei Disordini alimentari negli uomini e nelle donne era pari a 1:10, 1:15; dati più recenti suggeriscono che questo rapporto sia arrivato almeno ad 1:4. Nel caso del più recente dei Disordini Alimentari e cioè il Disturbo da Abbuffata Compulsiva la distanza si accorcia e il rapporto maschi e femmine diventa 3:4. È difficile non correlare questo fenomeno al fatto che le preoccupazioni per il corpo, per la forma fisica e per l'apparenza in genere, fino al secolo scorso prerogativa quasi esclusivamente femminile, riguardano adesso sempre più anche i ragazzi.

Già da alcuni anni, contestualmente a numerosi cambiamenti socio-antropologici strutturali della nostra epoca, il peso e le forme corporee sono diventati oggetto di cura e fonte di numerose preoccupazioni anche per gli uomini; taluni si rivolgono al corpo con il desiderio esclusivo di “pomparlo”: lo desiderano più muscoloso, più massiccio e meno snello; altri lo desiderano semplicemente “magro”. I disturbi alimentari al maschile si declinano come Disturbi “classici” come Anoressie, Bulimie, Disturbi da Alimentazione Incontrollata ma anche i nuovi Disturbi come l’ortoressia e la bigoressia.

Fasce d’età utenza:

Il range d’età dell’utenza risulta molto ampio: sono state ricevute chiamate per bambini molto piccoli, anche 4 anni, fino ad arrivare a pazienti con età superiore a 60 anni. Le fasce più rappresentate sono quelle dai 20 anni in su; le chiamate dagli utenti con più di 30 anni sono state effettuate prevalentemente da persone affette da Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Pazienti adulti

Come si nota nei dati, si sono rivolti al servizio molti pazienti con più di 30 anni, per la maggior parte binge eaters con insorgenza del disturbo in età adulta. Questa tipologia di pazienti spesso non accede ai servizi perché non consapevole di soffrire di disturbo alimentare, associato nel pensiero comune alla fascia d’età adolescenziale, per cui un servizio anonimo come il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari può rappresentare per loro un importante punto d’ascolto e di informazione riguardo alla loro problematica. An e BN croniche in età adulta!

L’adulto che chiama e soffre di anoressia o bulimia chiama in piena libertà ed utilizza il telefono come amico a cui esporre

le difficoltà inerenti alla patologia ormai cronica, si sfoga circa gli insuccessi passati alle cure, raccontano di periodi in cui credevano di aver abbandonato la patologia alimentare, si confronta sulla necessità di cura nonostante l'età avanzata e su quanto, ora più di prima possa risultare difficile intraprendere un percorso di cura senza trascurare il lavoro e/o la famiglia.

Pazienti in età infantile o pre-adolescenziale

Si sono rivolti al Numero Verde anche pazienti molto giovani, in età pre-puberale (dagli otto anni e prima del menarca). La letteratura indica che si è abbassata, in generale, l'età dell'insorgenza di tutti i Disordini del Comportamento Alimentare, che si è spostata intorno ai 14-15 anni, con la comparsa del disturbo in bambini di 10-11 anni.

I fattori di rischio per un esordio precoce di DCA nei bambini sembrano senz'altro aumentati: i modelli culturali della magrezza a cui sono sempre più esposti bambine/i attraverso i mass media e i messaggi che transitano negli ambienti di vita familiari, scolastici e sportivi; abitudini alimentari scorrette e sempre meno regolari in ambito familiare, l'aumento dell'incidenza dell'obesità infantile, quest'ultimo potentissimo fattore di rischio specifico per lo sviluppo di un DCA.

Pazienti adolescenti

Molte sono le chiamate da pazienti adolescenti che con curiosità e dolore raccontano i loro problemi talvolta non capiti talvolta nascosti. Si sfogano, piangono, cercano sostegno e ascolto, ricercano in noi soprattutto la forza per raccontare ai familiari il loro disagio e farsi dunque aiutare. Ci raccontano della vergogna che provano e del sentimento di colpa nei confronti della vita, ci parlano dei loro atteggiamenti volti a nascondere la patologia e della sensazione di prigionia legata ad essa. Ci chiedono come “mettere a tacere” i pensieri ossessivi o come uscire e

godere della loro vita con quella spensieratezza tipica dell'età adolescenziale. Il nostro compito nei pazienti adolescenziali oltre all'ascolto è volto verso la consapevolezza della patologia così importante per intraprendere un percorso di cura guidato.

Diagnosi riferita

L'operatore che risponde alla telefonata, senza guidare il discorso e utilizzando la scheda raccolta dati, cerca di inquadrare la problematica dell'utente e prende nota di questa tramite una diagnosi riferita, che naturalmente non può essere equivalente ad una diagnosi svolta in ambito clinico. Anche quando chiama un soggetto che ha già effettuato trattamenti per DCA e quindi riferisce una precedente diagnosi effettuata da specialisti, il disturbo nel frattempo potrebbe essere mutato.

6.4 L'attività del Numero Verde

L'attività del Numero Verde continua a testimoniare l'emergenza a livello nazionale del problema rappresentato dai Disturbi del Comportamento Alimentare e l'importanza di un punto di riferimento per supporto e informazioni.

Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari rappresenta un fondamentale servizio attivo su tutti i livelli di prevenzione:

- *Prevenzione primaria:* il Numero Verde fornisce un'informazione capillare all'utenza riguardo ai servizi specialistici presenti nel territorio di appartenenza o più adatti alle esigenze. Gli operatori sono in grado inoltre di aiutare l'utenza a riconoscere segni e sintomi della patologia qualora non sia ancora stata fatta diagnosi

da parte di nessun specialista e il paziente non sia stato ancora trattato: in questo modo si può ridurre il tempo che intercorre tra l'esordio della patologia e l'inizio di un trattamento specializzato, andando così ad influire positivamente sulla prognosi del disturbo. Il crescente numero di chiamate e la costante richiesta di informazioni riguardo ai servizi testimonia la difficoltà da parte degli utenti di accedere ai servizi anche nelle regioni in cui sono presenti in un numero significativo, come dimostra l'alta percentuale delle chiamate provenienti dal Nord-Italia.

- *Prevenzione secondaria:* Gli operatori del Numero Verde sono formati per offrire un sostegno attivo all'utenza anche nel caso di persone affette da DCA da molto tempo che però non trovano il coraggio di intraprendere un percorso terapeutico completo. Spesso tale utenza ha già effettuato trattamenti in passato, la maggior parte dei quali aspecifici ed incompleti, i quali non sono serviti ad altro se non cronicizzare il disturbo e aumentare il senso di frustrazione del paziente. Sentirsi ascoltati e rassicurati sulla possibilità di guarigione aiuta il paziente ad aumentare la motivazione al trattamento, tanto che spesso sono i pazienti stessi a chiedere, al termine della telefonata, informazioni sui servizi.
- *Prevenzione terziaria:* Il Numero Verde offre un solido punto di riferimento per informazioni o sostegno a chi si trova in fase di cambiamento o a chi è a rischio di ricaduta. Arrivano al servizio chiamate di pazienti in trattamento che necessitano di ulteriore sostegno o riferiscono difficoltà con i servizi: è importante in tal

Dove Chiedere Aiuto

senso sostenerli e, nei casi in cui il trattamento seguito fosse palesemente inadeguato, consigliare di mettersi in contatto con un servizio specializzato. Lo stesso lavoro viene effettuato con i familiari e gli amici di pazienti cronici o in trattamento che necessitano sia di supporto che di un riscontro rispetto alle situazioni problematiche che stanno vivendo.

La modalità utilizzata dagli operatori è stata quella del counseling telefonico, un intervento strettamente personalizzato, dal momento che ogni utente è diverso dall'altro, con un proprio stile di vita, un personale modo di percepire la problematica ed un diversificato bagaglio di risorse a cui attingere.

Lo scopo primario dell'attività di counseling telefonico è stato quello di:

- rispondere ai bisogni informativi degli utenti che hanno contattato il servizio;
- facilitare il processo di riflessione promuovendo le potenzialità del consultante;
- mobilitare risorse interne ed esterne per attivare un cambiamento.

Attraverso un ascolto attivo e la predisposizione della scheda raccolta dati, il servizio si è occupato di:

- analizzare la domanda d'aiuto portata dall'utente;
- fornire informazioni scientifiche sulle problematiche dei DCA;

Dove Chiedere Aiuto

- offrire sostegno psicologico;
- fornire indicazioni sulle strutture sanitarie che prestano assistenza;
- fornire informazioni sulle iniziative promosse sul tema dei DCA.

L'attività del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari ha permesso di elaborare i dati sull'utenza che ha contattato il servizio. I dati hanno permesso di registrare bisogni, domande, indicazioni utili per programmare interventi di prevenzione e lotta ai DCA, nell'ottica di ideare e realizzare ulteriori iniziative mirate a particolari target e per valutare l'efficacia della comunicazione. Il servizio, pensato prioritariamente per gli utenti/pazienti/familiari, è risultato utile anche agli operatori socio-sanitari, in termini di sensibilizzazione ed informazione generale sulle tematiche collegate ai DCA, e a specialisti del settore per le informazioni sui servizi nazionali.

FOCUS 1

ASPETTI NORMATIVI DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO: COS'E' E COME FUNZIONA.

IN PARTICOLARE: UTILIZZO DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO NELL'ANORESSA NERVOSA.

Avv. Laura Tanganelli – Legale U.N.C. Umbria – sportello di
Castiglione del Lago (PG)

1. Il trattamento sanitario obbligatorio: in cosa consiste e come funziona.

Il trattamento sanitario obbligatorio (abbr. TSO) consiste nel ricovero coatto e forzato del paziente che presenta problemi psichiatrici e che quindi può potenzialmente risultare pericoloso per se stesso, per gli altri e per la comunità in generale.

Il Tso è stato introdotto dalla legge n. 180 del 13.05.1978 (cd. Legge Basaglia), la legge quadro che ha decretato la chiusura dei manicomi ed ha regolamentato il TSO, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici.

In particolare, sul finire degli anni 70', ha preso piede nel nostro paese l'idea favorevole alla chiusura degli ospedali psichiatrici, maturata in un contesto storico-ambientale caratterizzato dalla nascita di un clima pronto all'introduzione di un sistema di assistenza psichiatrica territoriale diversificata a seconda dei bisogni dei pazienti.

Difatti, la legge 180/78 , di carattere meramente transitorio, è stata assorbita dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre dello stesso anno, grazie

alla quale il manicomio e i centri d'igiene mentale sono stati sostituiti dai servizi psichiatrici territoriali ed, in particolare, dal Dipartimento di salute mentale, e nella quale è confluita anche la normativa di regolamentazione del Trattamento sanitario obbligatorio, attualmente disciplinato dagli artt. 33 - 35 L. 833/1978.

La legge 180/1978, poi confluita nella legge 833/1978, si è contraddistinta per il carattere particolarmente innovativo e antiautoritario, essendo caratterizzata dall'idea che la regola sia rappresentata da una condizione di capacità di agire del malato di mente, ma mantenendo la possibilità di effettuare ricoveri coatti sul paziente, attraverso l'adozione di soluzioni coercitive come il trattamento sanitario obbligatorio, che **permettono una restrizione della libertà personale del soggetto soltanto in presenza di precisi e rigidi presupposti, previsti dalla legge, e solo all'esito di una complessa e delicata procedura** adottabile nei confronti del malato ritenuto non più soltanto pericoloso per se stesso e per gli altri ma, soprattutto, bisognoso di cure.

Nel contesto della L. 180/78, il **Trattamento sanitario obbligatorio è considerato un'eventualità del tutto eccezionale**, una deroga espressamente autorizzata – e disciplinata nei minimi dettagli dalla legge – del principio del necessario consenso tutelato dall'art. 32 comma 2 della Costituzione³¹, in forza del quale i trattamenti sanitari, e nello specifico i trattamenti psichiatrici, sono di regola volontari in quanto ognuno di noi ha il diritto costituzionalmente tutelato di scegliere “se” e “come” curarsi, nonché di essere adeguatamente informato sulla natura e gli effetti del trattamento, e di rifiutare qualsiasi cura che gli venga somministrata contro la sua volontà.

31 Art. 32 comma 2 Costituzione della Repubblica Italiana: *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti nel rispetto della persona umana”*.

Ai sensi dell' art. 1 della L. 180/1978 (art. 33 L. 833/1978)³², sono previste una serie di garanzie per fronteggiare il rischio di eccessiva leggerezza nel proporre un Trattamento sanitario obbligatorio, nel rispetto della riserva di legge di cui all'art. 32 comma 2 Costituzione, ad esempio conferendo all'individuo sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio la facoltà di scegliere il medico e il luogo di cura nonché attribuendogli il diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Inoltre, il legislatore ha precisato che il carattere coercitivo del Trattamento sanitario obbligatorio non potrà né dovrà mai comprimere l'esercizio "dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione", con ciò intendendo che un Trattamento sanitario obbligatorio non potrà negativamente incidere né sulla capacità di diritto privato, né sulla capacità di diritto pubblico del paziente.

E proprio a garanzia dei diritti fondamentali del cittadino e per garantire un'effettiva tutela della personalità dell'infermo in

32 Art. 33 Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori : *"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari.*

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato, possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato".

occasione di un Trattamento sanitario obbligatorio, il legislatore ha avuto cura di definire dettagliatamente ed espressamente l'iter procedurale che deve essere messo in moto nel caso in cui si renda necessario l'intervento sanitario forzoso.

2. (...segue) I luoghi in cui si svolge il Trattamento sanitario obbligatorio e il procedimento.

In riferimento alle modalità di svolgimento del trattamento sanitario obbligatorio, la legge 180 ha previsto che gli interventi di cura e riabilitazione relative a malattie mentali siano attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri attribuendo la gestione del disturbo psichiatrico, compresi i casi in cui si renda necessario un TSO, a servizi di natura dipartimentale costituiti da strutture territoriali (così come previsto dall'art. 34 L. 833/78)³³.

33 Art. 34 Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale: *“La legge regionale, nell'ambito dell'unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.*

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extra ospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma art. 33 da parte di un medico dell'unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e servizi extra ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.”

E' pertanto possibile l'attuazione di un TSO in un ambiente extra ospedaliero, nonostante la legge non ne faccia specifica menzione (si veda art. 33 comma 4 L. 833/78 nella parte in cui afferma "gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori ... sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate").

Difatti, il Tso può astrattamente essere attuato, oltre che nei reparti psichiatrici, anche presso il domicilio della persona anche se, nella maggioranza dei casi, il provvedimento di TSO si risolve nell'accompagnamento coatto, solitamente tramite i vigili urbani, presso i reparti psichiatrici appositamente deputati a ciò (i cd **SPDC – Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**).

La legge attribuisce al **sindaco** del Comune del luogo in cui il soggetto ha residenza o in cui momentaneamente si trova, **il potere di disporre il provvedimento dispositivo del TSO**, in considerazione della sua qualità di "autorità sanitaria locale" (come da art. 1 L. 180/78, ora art. 33 comma 3 L. 833/78).

Il sindaco emette il provvedimento dispositivo del TSO nella forma dell'**ordinanza**, attraverso la quale impone ad un soggetto un determinato comportamento.

Ai sensi dell'art. 34 L. 833/1978, il TSO in condizioni di degenza ospedaliera può essere adottato soltanto in presenza di **due certificazioni**, rilasciate da due diversi medici, che attestino la contemporanea presenza di **tre fondamentali condizioni**:

- la persona deve trovarsi in una situazione di alterazione tale da necessitare urgenti interventi terapeutici;
- gli interventi proposti devono essere rifiutati dal soggetto;
- non è possibile adottare tempestive misure extraospedaliere.

Tali condizioni devono essere certificate da un primo medico, che può essere ad esempio il medico di famiglia o qualsiasi esercente la professione medica, e convalidate da un secondo medico che deve necessariamente appartenere alla struttura pubblica come previsto dall'art. 34 L. 833 del 1978.

Le certificazioni indicate non solo devono attestare la sussistenza delle tre condizioni che giustificano la proposta del Tso, ma devono anche essere adeguatamente motivate, non essendo ammesse certificazioni che si limitino a formule di stile, enunciando semplicemente le tre condizioni senza contestualizzarle nella situazione concreta.

Ricevute la certificazione del primo medico, convalidata dal secondo facente parte della struttura sanitaria pubblica, il sindaco deve emettere, entro 48 ore dal suddetto atto di convalida, l'ordinanza dispositiva del Tso, solitamente attuata facendo accompagnare la persona dai vigili urbani presso un reparto psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Entro le 48 ore successive al ricovero, il sindaco deve notificare tale ordinanza al **giudice tutelare** il quale, "assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti" (art. 3 L. 180/78 ed art. 35 L. 833/78) può convalidarla o meno con decreto motivato. In caso di mancata convalida, il sindaco deve immediatamente disporre la cessazione del Trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

La convalida del giudice tutelare si rende necessaria in considerazione del fatto che il Tso in condizioni di degenza ospedaliera comporta comunque, ed in concreto, una limitazione della libertà personale, con conseguente necessario intervento dell'autorità giudiziaria, volto a garantire che non si verifichino restrizioni della libertà personale ingiustificate.

La durata massima del Trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera è di sette giorni,

termine prorogabile qualora vi sia una proposta motivata del sanitario responsabile del SPDC che indichi l'ulteriore durata presumibile del trattamento; tale proposta di proroga deve essere comunicata al sindaco che ha disposto il ricovero che, a sua volta, dovrà informare il giudice tutelare per la convalida della proroga che avverrà negli stessi tempi e nelle stesse modalità del procedimento appena descritto, previsto dall'art. 35 comma 4 e 5 L. 833/78.

E' possibile rivolgere al sindaco richiesta di modifica o revoca del provvedimento dispositivo del TSO con istanza che può essere avanzata dalla stessa persona sottoposta al trattamento, da un congiunto e persino da un estraneo, e sulla quale il sindaco ha il dovere di pronunciarsi nel termine di giorni dieci. Si veda sul punto art. 33 L. n. 833/1978: "chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato"; s'intende pertanto che, ancora una volta, è necessaria la convalida della decisione del sindaco da parte del giudice tutelare.

Chi è sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio, o chiunque vi abbia interesse, ha altresì diritto di ricorrere al tribunale competente per territorio (cioè al tribunale nel cui circondario ha sede il giudice tutelare) contro il provvedimento di TSO convalidato dal giudice tutelare.

L'art. 35 L. 833/78³⁴ attribuisce analogo potere di ricorso al

34 Art. 35 Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale: "Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'art. 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'art. 33 terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida, il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'Interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il TSO debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore da ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

L'omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio, ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo avanti al Tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il TSO e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione."

sindaco, nei casi di mancata convalida del provvedimento di ricovero da lui emesso.

Le parti possono stare in giudizio senza ministero del difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato che agisce in nome e per conto del ricorrente.

A fronte della proposizione di tale ricorso, il presidente del Tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti e può decidere di sospendere il trattamento anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione, in accoglimento di specifica richiesta di sospensiva del TSO; se, invece, tale richiesta di sospensione è presentata nel corso dell'udienza, il presidente del Tribunale provvede entro giorni dieci sulla stessa dopo aver assunto informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

Relativamente allo svolgimento dell'udienza di comparizione, non sono prescritte particolari formalità, il Tribunale potrà ammettere o non ammettere le prove richieste dalle parti, assumere le informazioni che ritiene utili o disporre eventuali prove d'ufficio.

Infine, si sottolinea che i suindicati ricorsi e successivi procedimenti in materia sono esenti da contributo unificato, compresa l'esenzione dalle spese di registrazione della decisione del processo.

3. Funzionamento concreto del TSO e considerazioni conclusive.

Il procedimento appena descritto, necessario per ottenere un TSO, appare complesso, oltre che lungo e macchinoso, ma non bisogna dimenticare che i numerosi oneri burocratici imposti dalla legge, riflettono la preoccupazione di evitare un ricorso sproporzionato al TSO che ne snaturerebbe la natura di extrema ratio e di strumento attivabile soltanto quando tutti

i tentativi volti ad ottenere un consenso del paziente si siano rivelati infruttuosi.

Va avuto riguardo del fatto che il TSO, andando drammaticamente ad incidere sulla libertà del soggetto, deve poter essere attivato soltanto utilizzando mille cautele ed accorgimenti.

Proprio per questo è stata manifestata la preoccupazione che il ruolo del sindaco nel disporre il ricovero, soprattutto nelle grandi città, sia meramente burocratico senza che sia svolto un effettivo controllo sulla procedura, risolvendosi il tutto al riempire moduli “preconfezionati”.

Altre critiche sono state mosse all'assoluta brevità del periodo di durata del ricovero (sette giorni) giudicato insufficiente per avviare un progetto terapeutico adeguato, con il rischio che si aggredisca l'infermo con dosi massicce di psicofarmaci, per ottenere massimi risultati nel minor tempo possibile.

Nella pratica, il TSO è normalmente richiesto dai familiari del “malato” o da persone appartenenti al contesto sociale in cui vive allertando, nella maggior parte dei casi, il servizio psichiatrico locale o direttamente le forze dell'ordine nelle ipotesi in cui il paziente rifiuti di recarsi in ospedale.

A questo punto il medico, che può essere il medico dell'ambulanza, lo psichiatra del servizio giunto sul posto o anche il medico di famiglia, redige una proposta di TSO, motivando la stessa.

La procedura scatta generalmente nei confronti di soggetti che manifestano un acutizzarsi del disturbo psichico, attraverso il compimento di azioni eclatanti e pericolose, come la minaccia di suicidio, minaccia o compimento di lesioni, oppure rifiuto di comunicare e conseguente isolamento, rifiuto di terapia nonché **rifiuto di acqua e cibo**.

Il ricovero costituisce una misura disposta prevalentemente nei

confronti di pazienti già conosciuti dai servizi territoriali, per lo più soggetti che vivono situazioni di solitudine ed esclusione, disagio e sofferenza, nonché situazioni di isolamento familiare e sociale; spesso il paziente in TSO non ha consapevolezza della propria malattia, non riconosce il proprio bisogno di cure, dunque difficilmente chiede aiuto in assenza di familiari e amici in grado di sostenerlo e spingerlo verso i servizi territoriali.

Tutto ciò fa sì che un disturbo psichico, già presente in modo più o meno latente, si acutizzi in modo eclatante ed esplosivo.

In definitiva, alla base di un provvedimento come il Trattamento sanitario obbligatorio, troviamo spesso, oltre a un disturbo psichico (anche non necessariamente grave) condizioni di emarginazione, sradicamento dal contesto sociale-culturale-familiare di appartenenza, problemi di integrazione sociale.

Non esiste infine un protocollo terapeutico prestabilito a proposito degli interventi terapeutici praticati al paziente in TSO; ad ogni modo, è facile che il ricovero attuato contro la volontà del paziente renda lo stesso poco disponibile ad interventi psicoterapeutici che si basano su un certo rapporto fiduciario tra medico e paziente in forza del quale il secondo riconosca nel primo come qualcuno che possa aiutarlo.

Può invece accadere che il ricovero forzato venga vissuto dal paziente come un sopruso o una sorta di punizione e tale circostanza influisce pesantemente sulle scelte terapeutiche dei medici in quanto può risultare difficile instaurare con il paziente un rapporto di cura che sia continuativo, limitando così le possibilità di miglioramento.

4. In particolare: utilizzo del trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa.

L'utilizzo del TSO nell'anoressia nervosa è un tema dibattuto da molti anni e nel cui ambito circolano diverse opinioni che a

volte giungono a conclusioni diametralmente opposte.

Secondo alcuni autori³⁵, la sottoposizione di un paziente ad una nutrizione forzata può minare la relazione terapeutica e avere un impatto incerto sul decorso e sull'esito a lungo termine dell'anoressia nervosa ed è quindi ipotizzabile soltanto quando costituisca l'ultima risorsa terapeutica disponibile per salvare vite umane, mentre secondo altri³⁶ il TSO va considerato come un trattamento compassionevole e per tale motivo giustificato.

In generale, il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici è sempre stato oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico e, per l'anoressia nervosa, la questione è ancora più complessa.

La possibilità di attuare un TSO per far fronte a necessità urgenti di trattamenti salvavita per il paziente, nasce dal fatto che, nonostante gli evidenti danni fisici e psicosociali determinati dall'anoressia nervosa, **molto spesso le persone che ne sono colpite non vedono il basso peso e l'estrema restrizione calorica come un problema, fino ad arrivare a rifiutare le cure e a non rispondere ai trattamenti disponibili**, mettendo così a serio rischio la loro salute fisica.

In particolare, in alcune pazienti la negazione della malattia e della gravità delle condizioni mediche, la paura d'ingrassare, il disturbo dell'immagine corporea, l'inflessibilità cognitiva, inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio per la sopravvivenza e ciò induce molte cliniche a considerare la possibilità di porre in essere un trattamento obbligatorio³⁷.

35 Goldner Elliot - Treatment refusal in anorexia nervosa - International Journal of Eating Disorders 1989 - Vol. 8; Issue 3 - Pages 297 - 306

36 Tiller J Schmidt U, Treasure J - Compulsory treatment for anorexia nervosa: compassion or coercion? Br J Psychiatry 1993

37 Santonastaso P. - Il trattamento sanitario obbligatorio

Si pone inoltre il problema riguardante la “capacità mentale” dei pazienti affetti da anoressia nervosa di prendere decisioni sul trattamento. Come per altre patologie psichiatriche, la decisione riguardo alla valutazione della capacità del consenso dovrebbe derivare da un accurato bilanciamento tra la necessità di rispettare l'autonomia del paziente e la necessità di proteggere le persone con alterazioni cognitive dalle conseguenze di una decisione sbagliata³⁸.

Per quanto riguarda gli aspetti legislativi della tematica, nella legislazione italiana l'anoressia nervosa può essere considerata come una delle malattie psichiatriche in cui si possono verificare le condizioni previste dalla legge 833/78 (art. 34) per l'applicazione di un TSO: la presenza di “alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”, l'impossibilità di “adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere” e la negazione del consenso da parte del paziente.

A questo proposito è stato sottolineato³⁹ che nell'anoressia nervosa il motivo urgente dell'ospedalizzazione è più spesso costituito dalla grave compromissione fisica che richiede un trattamento di carattere medico e/o la rialimentazione forzata, e non da alterazioni psichiche tali da richiedere, di per sé, un trattamento urgente, come previsto dalla legge.

C'è da dire però che sono le “alterazioni psichiche” che impediscono al paziente una valutazione adeguata del proprio stato di salute e del conseguente rischio per la vita e che tali

nell'anoressia nervosa – *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2009 – pagg. 205 - 209

38 Appelbaum Paul S. - Assessment of patients' competence to consent to treatment - *The New England Journal of Medicine* 2007; 357: 1834 - 1840

39 Marinozzi L., Troiani S., Borsetti G., Rodriguez D. - Alimentazione forzata nei pazienti anoressici tra etica e scienza. *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie* 2000; 3: 180 - 9

alterazioni vanno trattate, in primo luogo, con la riabilitazione nutrizionale; in generale, nel paziente psichiatrico, la non consapevolezza della malattia e della necessità del trattamento, è uno dei più importanti predittori di tale incapacità⁴⁰.

Secondo la legislazione italiana, il TSO è possibile nell'anoressia nervosa perché il rifiuto del trattamento della malattia fisica è il sintomo di una malattia psichica.

Esistono però delle interpretazioni più restrittive della legge, secondo le quali il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche e non sarebbe quindi possibile una rialimentazione forzata.

La gestione di queste situazioni è, pertanto, ancora fonte di incertezza e dibattito aperto e non esiste alcuno studio che abbia finora dimostrato che il TSO riduce il tasso di mortalità nell'anoressia nervosa, né esiste ancora un consenso sulle indicazioni per il TSO nell'anoressia nervosa.

In mancanza di dati certi sul rischio fisico e psichiatrico derivante dall'applicazione del TSO nell'anoressia nervosa, sarebbe auspicabile la costituzione di un gruppo di lavoro di esperti che stabiliscano delle linee guida cliniche condivise sulle indicazioni e controindicazioni riguardanti questo tipo di trattamento.

Non è stato ancora raggiunto un consenso nemmeno sul protocollo d'intervento da applicare durante un TSO nell'anoressia nervosa.

In alcuni casi, il trattamento può essere effettuato attraverso l'utilizzo del sondino naso-gastrico e altre procedure di alimentazione forzate, giudicate come invasive da alcuni esperti, mentre in altri casi, può essere utilizzata la procedura dei pasti

40 Appelbaum Paul S. - Assessment of patients' competence to consent to treatment - The New England Journal of Medicine 2007; 357: 1834 - 1840

assistiti da parte di un dietista o un infermiere.

Non esistono, allo stato, dati che indichino quale sia la strategia preferibile; in particolare, non sono ancora state sviluppate strategie e procedure efficaci per aiutare i pazienti che concludono il TSO a prevenire il deterioramento dopo la dimissione.

In tale contesto, si deve ritenere che l'autonomia del paziente affetto da anoressia nervosa non debba essere limitata con leggerezza perché, anche se il risultato a breve termine del TSO potrebbe sembrare favorevole, gli esiti a lungo termine non sono ancora stati stabiliti con certezza.

Si deve pertanto concludere affermando che, come per ogni altra patologia psichiatrica, il TSO dovrebbe essere utilizzato secondo il principio della beneficalità della cura nel senso che dovrebbe essere disposto solo e soltanto quando i vantaggi del trattamento ospedaliero sono prevedibilmente superiori ai rischi che possono insorgere intervenendo contro la volontà del paziente.

Si sottolinea, infine, che, di fronte al rifiuto della necessaria cura da parte di un paziente affetto da anoressia nervosa, c'è spazio, qualora se ne ravvisi l'opportunità e l'utilità, per l'adozione di misure protettive diverse dal TSO, quali il ricorso alla figura dell'amministratore di sostegno prevista dagli artt. 404 e ss. c.c. da applicare a chi si trovi, per effetto di menomazione fisica o psichica, nell'impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi.

Tale possibilità si iscrive in un sistema la cui finalità (L. 6/2004, art. 1) è quella di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia.

Al giudice tutelare spetta, per legge, il compito di indirizzare

l'amministrazione di sostegno affinché si muova nel rispetto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione del medesimo.

A tal fine, il giudice tutelare può nominare l'amministratore di sostegno affidandogli l'incarico di compiere ogni attività volta a sostenere, persuadere ed indirizzare il beneficiario, affetto da anoressia nervosa, ad esempio affidandogli il compito di persuadere lo stesso a ricoverarsi in un centro specializzato, attribuendogli il potere di richiedere l'intervento dell'autorità sanitaria per un trattamento nutrizionale integrativo quando il peso dovesse calare sotto la soglia di rischio-vita, od ancora interdicensi all'assistito l'acquisto di medicinali nocivi per la sua salute e demandando all'amministratore di attivarsi nel dare massima diffusione di tale divieto presso i rivenditori di tali prodotti, nonché di vigilare sull'osservanza delle prescrizioni interdittive ordinate al beneficiario⁴¹.

41 Si veda decreto Giudice Tutelare Roma, 6 dicembre 2010, in www.personaedanno.it

FOCUS 2

LA SPECIFICITA' DEL COUNCELING

dott.ssa Francesca Sorbera

*“la filosofia non
consiste nelle parole, ma nei fatti:
dà forma, plasma l'
animo, mette ordine nella nostra vita
regola le nostre
azioni, indica ciò che si deve fare”*

cL.A. Seneca

Le relazioni umane

Se l'essere umano è fatto di anima e corpo, il grande compito che ci spetta è la conquista dell'armonia fra questi due spetti. si tratta di armonizzare le pulsioni del corpo con i desideri dell'anima. compito pratico della filosofia è dunque armonizzare in noi tutte le istanze interiori che percepiamo ed è in questa ottica che la filosofia rappresenta riflessione sul senso della vita e sull'agire che ci può far star bene con noi stessi, con gli altri, e con il mondo⁴².

alla filosofia si deve ricorrere quando la serenità è perduta ed è in tal senso che la filosofia non è dottrina ma attività.

dal momento in cui nasce, l'uomo è in relazione con il mondo che lo circonda, quindi vive ed interagisce con altri uomini. questa delicata condizione umana è sottoposta ad un numero infinito di variabili che ne specificano la qualità e l'efficacia delle relazioni stesse . se solo vagamente immaginassimo quante possano essere le sfumature che caratterizzano le relazioni umane che l'uomo sperimenta ogni giorno nel suo quotidiano ci renderemo conto di quanto primaria sia la funzione sociale degli individui.

42 Cfr. G. Mollo, *La via del senso*, la scuola, Brescia 1996

recenti ricerche scientifiche sull'amigdala condotte dalla Dottoressa Barrett (2010) hanno dimostrato che l'amigdala cresce con l'aumentare delle conoscenze sociali, anche occasionali e quanto questo determini nella persona un aumento della capacità di ricordare i particolari a partire dal nome o dal volto della persona che si incontra.

ci sono anche delle ricerche che dimostrano come il cervello si adatti cambiando dimensione in aree specifiche a seconda delle situazioni. il risultato più interessante di questi studi è che il cervello si plasma in funzione delle nostre attività.

sono ormai molti gli autori che ritengono la relazione un fattore primario da cui dipende il benessere e la qualità della vita di ogni individuo. è importante evidenziare la connessione profonda esistente fra le modalità relazionali di ciascuno di noi e le relazioni primarie instaurate con le figure di riferimento e di accudimento primarie, ossia legate ai nostri primi anni di vita.

la teoria dell'attaccamento di Bowlby evidenzia infatti la tendenza agli esseri umani a costruire nel corso dell'esistenza legami affettivi "preferenziali" con altri esseri umani sull'imprinting fornito dalle primarie relazioni che il bambino stabilisce con le figure di riferimento che si prendono cura di lui. il comportamento di attaccamento e le relazioni che ne conseguono consentono alla persona di mantenere la vicinanza con la / le figure di attaccamento più significative e, di avere delle risposte di tipo interattivo che permettano il mantenimento ed il consolidamento delle relazioni stesse. come si evince si nasce con la predisposizione a costruire legami di attaccamento. l'essere umano anche quando è nel silenzio e nella solitudine non è mai in assenza di relazione in quanto ogni comportamento verbale o non verbale che metterà in atto costituirà un'azione di comunicazione. la pragmatica della comunicazione umana di Watzlawick insegna che è impossibile non comunicare perchè ogni comportamento è comunicazione indipendentemente dalla propria volontà. essendo quindi la relazione con l'altro implicita nell'esistenza umana, la comunicazione apre la relazione. la relazione stessa con le diverse figure di riferimento

consente di “imparare ad imparare” ossia facilita l’incremento delle proprie possibilità conoscitive, condizione essenziale per la sopravvivenza e condizione strategiche per il miglioramento della qualità della vita.

in tutti gli cambi relazionali (parole e azioni) la nostra identità personale prende forma, in un continuum dato dall’interazione/ integrazione di quello che noi pensiamo di noi stessi e di quello che gli altri pensino di noi. la relazione presuppone la circolarità dei comportamenti ossia essi sono in sequenza “azione e risposta” ad un altro comportamento

“ogni comunicazione implica un impegno e perciò definisce la relazione (...) sembra che quanto più una relazione è spontaneo e sana tanto più l’aspetto relazionale della comunicazione recede sullo sfondo. viceversa, le relazioni “malate” sono caratterizzate da una lotta costante per definire la natura della relazione mentre l’aspetto di contenuto della comunicazione diventa sempre meno importante” (watzlawick 1967) per poter operare in modo professionale è necessario avere una chiara mappa deontologica ed etica e, soprattutto, una chiarezza nella capacità di poter stabilire una relazione efficace con la persona che si rivolge al professionista per chiedere aiuto, senza dimenticare la poliedricità della sua realtà bio-psico-sociale di appartenenza. “e’ la relazione che guarisce” (yalomon 1980) è infatti importante sottolineare l’importanza di una relazione di counseling che sia rispettosa, empatica, partecipata, attenta nei confronti del cliente per poter gettare insieme a lui le basi necessarie a stimolare il cambiamento desiderato attraverso specifiche tecniche di intervento. e’ importante entrare nell’ottica di idee che ogni individuo ha una sua particolare struttura caratteriale e che quindi non esistono persone migliori o peggiori ma soltanto modi diversi di vedere la realtà.

la relazione umana diventa così momento di crescita solo quando consente l’incontro con l’altro e l’accettazione della sua diversità.

La relazione di aiuto

la relazione è argomento di notevole interesse scientifico. in psicologia la relazione è considerata come un “fenomeno originario rispetto alla costruzione individuale nel senso che l’individuo si costituisce sempre a partire da una relazione e non come individualità isolata che instaura relazioni” (Galimberti) . Carl Rogers (1951) definì la relazione d’aiuto come “la relazione in cui uno dei due protagonisti promuove nell’altro la crescita lo sviluppo e la maturità”, dove l’altro può essere sia un singolo individuo sia un individuo in gruppo. In altre parole è un modo elegante per indicare un intervento di supporto allo sviluppo del sé e alla comprensione delle proprie motivazioni e inclinazioni. la parola “aiuto” abbinata alla parola “relazione” ha accezione prettamente pedagogica ed indica l’impegno elargito da colui che reca aiuto a sviluppare nell’altro la consapevolezza delle condizioni che lo rendono ingabbiato e prigioniero delle aspettative degli altri, stimolandone la crescita e l’autonomia. da questa accezione si evince che il bagaglio tecnico-conoscitivo di colui che presta aiuto non è sufficiente a rendere efficace l’aiuto stesso, e non si acquisiscono competenze specifiche che permettono la costruzione della relazione. Per esempio un insegnante pu essere colto e preparato didatticamente ma, la riuscita dell’insegnamento dipende dalle sue abilità e dalle sue competenze relazionali.

la relazione d’aiuto professionale si costruisce grazie ad una competenza consapevole ed intenzionale che si acquisisce attraverso percorsi formativi specifici che fanno della relazione ‘aiuto una relazione che “cura” differenziandosi inequivocabilmente dalle relazioni umane intese come incontri sociali.

lavorare sulla relazione significa innanzitutto incontrare l’altro e non conoscere l’altro; quando due soggettività si incontrano in una relazione di aiuto si crea un qualcosa di nuovo e di complesso ed imprevedibile costituito da diversi elementi:

-motivazione

- comunicazione
- interesse verso l'altro
- ascolto

nasce così il processo di aiuto di counseling.

Empatia e simpatia: aspetti importanti delle relazioni di aiuto.

La consulenza filosofica è essenzialmente un prendersi cura dell'altro. La relazione deve essere dialettica e attuata verso un "pensare insieme" come indica Achenbach⁴³. E' dialogando e riflettendo insieme che possono emergere consapevolezza e aprirsi a spiragli di vita.

in questo consiste l'arte dell'incontro tra due individualità come incontro trascendentale tra due esseri umani. La consulenza filosofica si muove all'interno di una prospettiva preventiva; la relazione è rivelazione e processo, costante scoperta di sé. la reciprocità si costruisce tramite l'unità dialogica. Il vero dialogo è come sostiene Paulo Freire in *L'educazione come pratica della libertà* è un rapporto orizzontale tra due persone e nasce da una matrice critica e genera criticità. si nutre di speranza di amore di umiltà di fiducia reciproca e di fede. per questo solo il vero dialogo è capace di comunicare in maniera reale.

l'empatia costituisce un importante aspetto delle relazioni umane in quanto facilita il "contatto" nel qui e ora con l'intimità dell'altro intesa come comprensione del messaggio dell'altro nella sua globalità di contenuto sentimento ed emozione.

il concetto di empatia è stato ampiamente elaborato da Carlo Rogers, il quale la definisce come "capacità di sentire il mondo personale de cliente come se fosse nostro, senza però mai perdere questa qualità del come se"...ad un certo momento io sento che tra me e il mio cliente esista quasi un legame ectoplasmatico.

empatia è "unirsi" all'altro senza dimenticarsi di sé, proteggendo

43 Cfr. G. Achenbach, *La consulenza filosofica* Apogeo, Milano 2004

la “giusta” distanza necessaria all’ascolto e alla comprensione, che consente di aggiungere la propria visione della realtà a quella dell’altro, arricchendola con nuove risorse procedendo insieme nel percorso, restando pur sempre in due. i neuroni specchio sarebbero una delle possibili componenti delle capacità prefrontali che ci consentono di emozionarci con un’altra persona senza diventare quell’altra persona e di essere presenti senza però perdersi nell’esperienza dell’altro.

senza annullare il valore della propria esistenza è possibile immedesimarsi empaticamente nell’esperienza dell’altro anche quando sono presenti controindicazioni e conflittualità, sospendendo il giudizio per vere la cognizione esclusivamente dell’altro, del suo vissuto e quindi della sua unicità.

la sospensione del giudizio ovviamente richiede un’alta consapevolezza di sé e dei propri vissuti in modo da poterli scindere da quelli dell’altro, evitando di svalutarli o di modificarli riuscendo così semplicemente a dedicarsi ad un ascolto attento dell’altro per comprendere i punti di vista, i sentimenti e le motivazioni. grazie all’intelligenza empatica è possibile differenziare attraverso l’auto consapevolezza i propri vissuti emotivi e cognitivi interni da quelli degli altri, mobilitare dinamicamente emozioni e pensieri in sé e negli altri per potenziare il processo di apprendimento, dimostrare competenza, entusiasmo e abilità nell’incontrare l’altro ed infine lavorare in modo creativo integrando la capacità adattiva con la sintonizzazione emotiva e la capacità di osservazione.

L’empatia quindi consente di comprendere non solo ciò che si conosce ma anche ciò che non si conosce ancora. Dal greco *empathia* sta per indicare “sentire in” ossia legame, relazione che unisce due persone nella medesima visione. Riassumendo c’è empatia quando due persone si trovano a proprio agio perché esiste fra loro una comprensione profonda nata dal riuscire a riconoscere nell’altro la stessa capacità di sentire.

Il Counselor come restauratore relazionale

il counselor in quanto esperto agevolatore nelle relazioni di aiuto è paragonabile ad un “restauratore” ossia un professionista che con competenza pazienza e curare riesce a riportare la persona che chiede di avvalersi della sua competenza al suo splendore naturale”, aiutando la persona ad esprimere la propria resilienza producendo una qualità della vita orientata nella salute.

quando tra counselor e cliente si stabilisce una relazione d’aiuto il cliente inizia ad apprendere modalità di risposta agli eventi più soddisfacenti al proprio ambiente e all’proprie richieste.

come “restauratore” di persone il counselor può, facendo da specchio, rimandare al cliente emozioni e pensieri espressi poco chiaramente, o non espressi affatto aiutandolo così ma a mettere a fuoco il proprio disagio e quindi ad attivarsi in prima persona per trovare soluzioni adeguate.

il counseling ha per sua struttura una definizione temporale che prevede che il contratto con il cliente esaurisca il suo percorso nell’arco di 12-14 incontri. a ciò ovviamente possono seguire altri contratti mirati alla definizione di altri obiettivi. il miglior modo per aiutare una persona che si trova in difficoltà non consiste nel dirle che cosa fare ma piuttosto bisogna aiutarla a consapevolizzare la sua situazione per poterla gestire scegliendo autonomamente la direzione da prendere. l’obiettivo diventa aiutare il paziente a prendersi lui in carico.

La filosofia deve essere terapia, finalizzata ad una trasformazione del modo individuale di vedere e deve essere in grado di alleviare le preoccupazioni che hanno impedito il vero vivere. introdurre pertanto la riflessione filosofica all’interno dei processi terapeutici può costituire un proficuo viatico per liberarsi da pregiudizi e ossessioni, aprendo la mente a considerazioni diverse da quelle in cui si è trincerati per la difesa personale o per deformazione mentale. la filosofia diventa un’opportunità per riprendere in mano la propria vita, riappropriandosi di quella intenzionalità che può farsi progetto e senso del vivere.

Counselor e Disturbi del Comportamento Alimentare

Nel settore dei Disturbi del Comportamento Alimentare il Counseling opera in collaborazione con altre figure professionali quali nutrizionisti, medici psicoterapeuti, psichiatri, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza e sostenere il paziente nel suo percorso di cambiamento.

La narrazione del vissuto alimentare svolge un ruolo fondamentale, infatti chi ha difficoltà a proseguire un regime dietetico o presenta dei disturbi alimentari tende a porre in primo piano tre aspetti: l'eccesso di dinamica (tipico delle forme di rifiuto come nell'anoressia), l'eccesso di sostituzione simbolica (tipico delle forme con eccessi alimentari come la bulimia), eccessiva diffidenza simbolica (tipico delle forme di disturbi alimentari di disturbi selettivi ed ortoressia). esaminiamole adesso una alla volta.

- eccesso di sostituzione dinamica (attivazione) il paziente si presenta pieno di rabbia per un fallimento e attribuisce la responsabilità all'altro.

- eccesso di sostituzione simbolica (controllo) il paziente si presenta distante dalla realtà, ha delle proprie ed irremovibili convinzioni e presenta diffidenza nei confronti delle persone a sè vicine (anche verso il personale medico)

-eccesso di sostituzione emozionale: il paziente manifesta una dimensione psicologica di sofferenza nei confronti di determinate situazioni familiari.

Nei Disturbi Alimentari il Counseling deve rivolgersi alla persona, all'emozione diretta legata al cibo pertanto il paziente spesso può presentare processi proiettivi di rabbia o ansia nei confronti del cibo che richiedano lo spegnimento della tensione interna attraverso la comprensione da parte del medico. la condivisione del vissuto e della frustrazione del paziente creano già i presupposti per una buona alleanza terapeutica. Il tono della voce deve essere calmo, le parole ben scandite e scelte, il paziente ha bisogno di essere "saziato" tramite la narrazione. indispensabile è poi dare il giusto riconoscimento allo sforzo

che il paziente dovrà fare per intraprendere il suo percorso di cura.

una volta stabilita l'alleanza terapeutica con il paziente si procede con lo stabilire alcuni obiettivi ma sopra ogni cosa, compito del Counseling è quello di aumentare la consapevolezza.

la filosofia costituisce quella fora di pensiero che può permettere ad una persona di acquisire quella consapevolezza di cui ha bisogno per poter poi vivere felicemente. filosofia è "cura per l'uomo, in quanto in essa è riposta per lui la possibilità di dare un senso al proprio essere al mondo"⁴⁴.

44 A. Pieretti, *La cura filosofica* ed. Morlacchi perugia, 2008

Bibliografia essenziale
(per ulteriori approfondimenti: info@consumatoriumbria.it)

A. Arachi, *Briciole (Storia di un'anoressia)*, Feltrinelli, Milano, 2009

R. Bell, *La Santa anoressia. Digiuno mistico dal medioevo ad oggi*, Laterza, Bari, 2002

P. Bianchini, L. Dalla Ragione, *Il cuscino di viola*, Diabasis, Reggio Emilia, 2008

L. Dalla Ragione, *La casa delle bambine che non mangiano, identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*, Il pensiero scientifico editore, Roma, 2008

L. Dalla Ragione, P. Bianchini *La casa di pandora*

L. Dalla Ragione, M. Vicini *Una linea per amico, mondo virtuale e nuove tecnologie per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare*

L. Dalla Ragione, M. Scoppetta, *Giganti d'argilla, i Disturbi Alimentari Maschili*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009

L. Dalla Ragione, L. Giombini “*Soliturini imperfette- Le buone pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare*”

L. Dalla Ragione, P. Antonelli “*Le mani in pasta. Riconoscere e curare il disturbo selettivo dell'alimentazione in infanzia e prima adolescenza*”, Il Pensiero scientifico Editore

L. Dalla Ragione, S. Mencarelli, *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*, Franco Angeli, 2012

Dove Chiedere Aiuto

J. Chasseguet Smirgel, *Il corpo come specchio del mondo*, Raffaello Cortina, Milano, 2005

D. Cosenza, *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008

M. Cuzzolaro, *Anoressia e Bulimia, (troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi)* Il Mulino, Bologna, 2004

P. De Giacomo, C. Renna, A. Santoni Rugiu, *Manuale sui disturbi dell'alimentazione*, Franco Angeli, Milano, 2005

A. De Saint-Exupéry, *Il piccolo principe*, Bompiani, Milano, 2008

J. Fathallah, *Sono bruttissima*, Mondadori, Milano, 2007

A. Favaro, P. Santonastaso, *Anoressia e bulimia (Guida pratica per genitori, insegnanti e amici)*, Positive Press, Verona, 2008

F. Galimberti, *Corpo gruppo istituzione. Il trattamento dell'anoressia-bulimia*. Franco Angeli, Milano, 2000

G. Galli, *Psicologia del corpo. Fenomenologia ed ermeneutica*, Clueb, Bologna, 1997

M. Gerlinghoff, H. Backmund, *Mal di cibo*, Red, Milano, 2009

R. Girard, *Anoressia e desiderio mimetico*, Lindau, Torino, 2009

R. Gordon, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Cortina Raffaello, Milano, 2004

S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L'anima ha bisogno di un luogo*, Tecniche nuove, Milano, 2007

- M. Merleau-Ponty, *Il Visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano, 2007
- L. Onnis, *Il tempo sospeso; anoressia e bulimia tra individuo famiglia società*, Franco Angeli, Milano, 2004
- B. Pojaghi, P. Nicolini, *Contributi di Psicologia Sociale in contesti socio-educativi*, Franco Angeli, Milano, 2008
- B. Pojaghi, *Il gruppo come strumento di formazione complessa*, Franco Angeli, Milano, 2002,
- E. Riva, *Adolescenza e anoressia, corpo genere e soggetto*, Raffaello Cortina, Milano, 2009
- A. Salvo, *Questo corpo non è il mio (Capire l'anoressia attraverso gli occhi di chi ne soffre)*, Mondadori, Milano, 2008
- P. Todisco, P. Vinai *La fame infinita, manuale di diagnosi e terapia del disturbo alimentare incontrollato*, Centro scientifico, Torino, 2008
- J. Treasure, U. Schmidt, E. Van Furth, *I disturbi dell'alimentazione*, Il Mulino, Bologna, 2008

