

Dedico questa indagine alla memoria di Giancarlo Derme (1948-2018), psichiatra, ma soprattutto collega fraterno, deceduto il 17 aprile scorso, con il quale ho condiviso anni di feconda collaborazione e di faticoso lavoro presso il Dipartimento della ASL C di Roma; e alla memoria di Franco Basaglia, a 40 anni dall'approvazione della Legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" grazie alla quale è stato possibile chiudere gli ospedali psichiatrici civili e giudiziari e, di conseguenza, prendere in cura i cittadini con disturbi psichiatrici e psicologici nel territorio di residenza, presso i Centri di Salute Mentale.

Al riguardo si veda il reportage *"Alla scoperta degli ospedali psichiatrici piemontesi a quarant'anni dalla Legge Basaglia"* di Luciano Del Sette, ne *il manifesto* del 7 aprile 2018; sulla Legge Basaglia, si veda anche *Repubblica.it* del 30 aprile 2018: *Quando i matti diventarono cittadini*; e *il manifesto* dell'11 maggio 2018: *Matti sempre da slegare*; e in particolare il TG1 - Tv7 dell'11 maggio 2018: *Un tempo c'erano i manicomi*.

Ricordo, a questo proposito, che anche a Scanno ho osservato casi di disturbi della condotta alimentare. Per questa ragione ri-propongo la prima parte di questo studio (*L'ANORESSIA DELL'INFORMAZIONE: Indagine epidemiologica sulla diffusione dei disturbi della condotta alimentare in un campione della popolazione scolastica dell'XI Municipio del Comune di Roma*) all'attenzione degli specialisti, degli insegnanti e dei genitori.

Allego, a loro beneficio, parte della tesi della mia collega psichiatra D.ssa Flavia Forato, discussa con il mio amico psichiatra Prof. Luigi Onnis (Relatore) e il Prof. Ernesto Bollea (Controrelatore): ***ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA - CORRELAZIONI TRA CARATTERISTICHE DI PERSONALITA' INDIVIDUALE E DINAMICHE FAMILIARI.***

# L'ANORESSIA DELL'INFORMAZIONE

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SULLA DIFFUSIONE  
DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE  
IN UN CAMPIONE DELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA  
DELL'XI MUNICIPIO DEL COMUNE DI ROMA

Angelo Di Gennaro e Giancarlo Derme

## **PREMESSA**

Lo studio che segue prende le mosse da una iniziativa del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della ASL "C" di Roma che aderendo, durante il 2000-2001, al programma<sup>1</sup> del Comune di Roma "Città Sane", ha dato particolare rilevanza alla prevenzione del disagio mentale. Il predetto DSM, portando a termine una ricerca sul pregiudizio verso i malati mentali da parte degli studenti delle scuole medie superiori (Attenasio, 2001), ha stimolato alcuni docenti coinvolti in questa ricerca a richiedere ulteriori approfondimenti di natura epidemiologica sui disturbi della condotta alimentare. Con questo studio, gli autori intendono rispondere alla richiesta dei docenti che hanno così voluto realizzare, con la collaborazione del nostro DSM, un programma di interventi nell'ambito dell'educazione alla salute.

Lo studio ha poi preso corpo considerando la coesistenza e la convergenza di alcuni presupposti:

- che uno degli obiettivi primari dei Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2001-2003 è quello di promuovere comportamenti e stili di vita per la salute (e tra questi assume particolare importanza la condotta alimentare);
- che secondo l'autorevole manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - DSM-IV-TR - "L'Anoressia Nervosa (AN) tipicamente inizia dalla media alla tarda adolescenza: 14-18 anni" (e tale fascia di età è proprio quella degli studenti che frequentano le Scuole medie Superiori!). "La prevalenza dell'AN sembra essere di gran lunga maggiore nei paesi industrializzati, dove vi è abbondanza di cibo, ed in cui, specialmente per il sesso femminile, è enfatizzato il valore della magrezza. Questo disturbo sembra essere di comune riscontro negli Stati Uniti d'America, Canada, Europa, Australia, Giappone, Nuova Zelanda e Sud Africa, per quanto non vi siano dati certi per quanto riguarda altre culture. Gli immigrati da culture in cui la frequenza del

---

<sup>1</sup> Programma a sua volta aderente al progetto dell'O.M.S.

disturbo è bassa verso paesi a prevalenza maggiore, possono sviluppare AN mano a mano che assimilano il valore conferito alla magrezza. Inoltre, fattori culturali possono condizionare le modalità di presentazione del disturbo. L'AN raramente insorge prima della pubertà, ma sembra comunque che, nei casi ad esordio in epoca prepuberale, il quadro clinico sia più grave per i disturbi mentali associati. I dati disponibili evidenziano come la prognosi sia migliore quando il disturbo si manifesta nella prima adolescenza (tra i 13 e i 18 anni). Più del 90% dei casi di AN si sviluppano nel sesso femminile. La prevalenza lifetime dell'AN fra le donne è di circa lo 0.5%. La prevalenza dell'AN fra i maschi è circa un decimo di quella femminile. Negli ultimi decenni sembra essersi verificato un incremento di incidenza dell'AN.

- che sempre secondo il DSM-IV-TR, "La Bulimia Nervosa (BN) di solito esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. La frequenza della BN sembra essere simile nella maggior parte dei paesi industrializzati, come Stati Uniti, Canada, Europa, Australia, Giappone, Nuova Zelanda e Sud Africa. Scarsi sono i dati per quanto riguarda altre culture. Gli studi clinici sulla BN effettuati negli Stati Uniti sono stati prevalentemente condotti su individui di razza bianca, ma il disturbo è stato descritto anche in altri gruppi etnici. Sia nei campioni provenienti dalla popolazione generale che in quelli di studi clinici, circa il 90% dei casi di BN si sviluppano nelle donne. Sembra che negli individui di sesso maschile con BN vi sia una maggiore prevalenza di obesità nella fase premorboza. La prevalenza lifetime della BN tra i soggetti adolescenti e giovani adulti di sesso femminile è di circa l'1-3%. Il tasso di presentazione nel sesso maschile è circa un decimo rispetto a quello nel sesso femminile.
- che il numero dei soggetti affetti da disturbi della condotta alimentare (DCA), residenti nel territorio dell'XI Municipio<sup>2</sup> e che giungono alla nostra osservazione presso il Servizio di Salute Mentale ci sembra estremamente inferiore al reale numero dei pazienti affetti dai predetti disturbi, che stimiamo essere presenti nel nostro territorio (stima effettuata in base all'entità della diffusione del fenomeno rilevata da indagini epidemiologiche condotte su altri territori);
- che - nell'ambito dell'approccio multidisciplinare ai DCA - il contributo del medico psichiatra e dello psicoterapeuta è considerato fondamentale e insostituibile;
- che i disturbi della condotta alimentare solitamente giungono all'osservazione dei nostri Servizi con estremo ritardo, rendendo il trattamento terapeutico-riabilitativo molto più difficoltoso e costoso.

### **DEFINIZIONE - CLASSIFICAZIONE - CRITERI DIAGNOSTICI**

Per quanto riguarda definizioni, classificazioni e criteri diagnostici dei DCA rimandiamo a quanto riferito dal Manuale Diagnostico e Statistico (DSM-IV-TR) attualmente più adottato in ambito psichiatrico.

In particolare, il DSM-IV-TR per l'adulto distingue:

- Anoressia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)

---

<sup>2</sup> Nella nostra attività sanitaria presso l'XI Municipio, che ha un bacino di utenza di oltre 150.000 abitanti, abbiamo rilevato un afflusso dei soggetti portatori di DCA nettamente inferiore ai dati epidemiologici sopra citati.

Per quanto riguarda i criteri diagnostici, il DSM-IV-TR prevede:

a) Per l'Anoressia Nervosa

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sotto peso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sotto peso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. (Una donna, viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Per L'AN, il DSM-IV-TR distingue i seguenti sottotipi:

- **Con Restrizioni:** nell'episodio attuale di AN il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es: vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
- **Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di AN il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es: vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

b) Per la Bulimia Nervosa

- A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:
  - 1) mangiare in un definito periodo di tempo (per es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
  - 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, eteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Per La BN, il DSM-IV-TR distingue i seguenti sottotipi:

- **Con Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di BN il soggetto non ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.
- **Senza Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto, all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

## **FINALITA' DELLA RICERCA**

Gli autori si sono proposti di:

- rilevare la reale entità della diffusione dei disturbi della condotta alimentare nel territorio dell'XI Municipio della ASL Roma "C";
- elaborare - in base ai dati epidemiologici certi - un programma di informazione, di educazione alla salute e prevenzione di tali disturbi presso la popolazione scolastica del nostro territorio;
- individuare i soggetti con problematiche alimentari "occulte" e tendenzialmente a rischio, ancora in età adolescenziale, ed eventualmente indirizzarli presso centri specializzati, al fine di porre in atto interventi terapeutico-riabilitativi tempestivi ed appropriati, che migliorino la prognosi e riducano i costi economici.

## **POPOLAZIONE STUDIATA**

Abbiamo individuato un campione omogeneo composto da studenti delle scuole medie superiori (un Liceo Classico ed un Istituto Socio-Psico-Pedagogico dell'XI Municipio del Comune di Roma: lo stesso territorio di pertinenza dell'XI Distretto della ASL "C" di Roma).

L'età oscilla tra i 14 e 21 anni.

Il sesso è rappresentato in netta prevalenza da soggetti femmine.

La provenienza sociale è rappresentata da tutti e tre i livelli sociali: basso, medio e alto.

L'etnia e la cultura rappresentate sono quasi esclusivamente italiane.

La religione a cui aderiscono i soggetti del campione è in netta prevalenza cattolica.

## **MATERIALI**

### a) La lettera "liberatoria"

Prima di iniziare il lavoro è stato necessario ottenere il consenso informato di coloro che hanno la potestà genitoriale (paterna e materna) dei soggetti minorenni.

A tal fine abbiamo predisposto un modulo prestampato come quello che segue:

**AUTORIZZAZIONE  
INDAGINE EPIDEMIOLOGICA  
TRAMITE SOMMINISTRAZIONE DI QUESTIONARI E TESTS  
(visionabili presso la Direzione)**

I sottoscritti, genitori dell'allievo/a.....

PADRE.....Tel.....

MADRE.....Tel.....

Autorizzano la somministrazione al/la proprio/a figlio/a di questionari e tests sulla condotta tossicomantica, sessuale e, soprattutto, alimentare (nella versione depositata presso la Direzione) al fine di individuare precocemente l'insorgenza di disturbi del comportamento e l'entità della diffusione del fenomeno in età adolescenziale.

I sottoscritti sono a conoscenza:

- a) che i questionari e i tests sopraindicati saranno somministrati da psichiatri e psicologi della ASL Roma "C", con garanzia della privacy, segreto d'ufficio e professionale;
- b) che personale sanitario qualificato effettuerà incontri con i docenti, genitori e discenti per illustrare i risultati dell'indagine epidemiologica;
- c) che - una volta individuati gli allievi "a rischio" (mediante codice segreto, noto esclusivamente agli psichiatri e agli psicologi) - i sottoscritti saranno contattati telefonicamente dai sanitari per valutare le modalità di risoluzione di eventuali problematiche comportamentali.

I sottoscritti, infine, dichiarano:

Di aver presa visione dei questionari e dei tests di cui sopra;

Di non ritenere necessario (per dare l'autorizzazione) di visionare i questionari e i tests di cui sopra\*

Roma,

FIRMA DEL PADRE

(o di chi esercita la potestà genitoriale)

FIRMA DELLA MADRE

(o di chi esercita la potestà genitoriale)

---

\* Cancellare la voce che non interessa

b) La Scala EDI (Eating Disorder Inventory)

Allo scopo di esplorare la presenza di alcuni tratti psicologici o gruppi di sintomi per la comprensione ed il trattamento dei DCA abbiamo scelto la Scala EDI. La Scala di valutazione, introdotta nel 1983, è costituita da 64 items a cui viene attribuito un punteggio da 1 a 6. Tale Scala comprende 8 sottoscale, alcune delle quali esplorano aree specifiche ed altre gli aspetti psicopatologici generali dei DCA.

c) Il Questionario

Nelle nostre intenzioni il questionario da noi elaborato ha lo scopo di integrare la somministrazione dell'EDI ed ampliare l'esplorazione dell'area del controllo degli impulsi nei disturbi del comportamento in età adolescenziale.

In particolare, abbiamo inserito nel nostro questionario anche domande relative a condotte tossicomantiche, eventualmente presenti, in quanto alcuni autori ( ) ( ) considerano l'AN una condotta tipo tossicomania.

Abbiamo inserito anche domande relative alla condotta sessuale per ottenere - nei casi di incertezza diagnostica - ulteriori elementi per la valutazione delle difficoltà nel controllo degli impulsi da parte di soggetti potenzialmente affetti da disturbi della condotta alimentare.

Per quanto riguarda gli item relativi alla condotta sessuale, in considerazione della giovane età del campione esaminato nonché dei pregiudizi presenti sull'argomento, specialmente nei confronti della popolazione femminile, ed al fine di evitare che i genitori non dessero l'autorizzazione alla somministrazione del questionario, non abbiamo introdotto domande sulla copresenza di devianze sessuali.

Gli item sulla condotta sessuale sono invece finalizzati prevalentemente ad individuare condotte sessuali a rischio al fine di verificare coincidenze e/o divergenze con condotte alimentari a rischio.

Infine, l'inserimento di domande sulla condotta sessuale e tossicomana ci è stata suggerita dall'ipotesi che le vie neurobiologiche di accesso al piacere siano sostanzialmente le stesse per il comportamento alimentare, sessuale e tossicomano.

Il questionario da noi elaborato sui disturbi della condotta alimentare, tossicomana e sessuale, è quello che segue.

## QUESTIONARIO

Ognuno di noi considera giusto un certo comportamento da tenere rispetto al fenomeno delle tossicodipendenze, all'attività sessuale, al cibo.

Questo breve questionario tende a raccogliere rapidamente alcune tue opinioni al riguardo.

Il questionario è anonimo, perciò non è necessario indicare il tuo nome.

Prima di restituirlo controlla di aver compilato il questionario in tutte le sue parti.

Ti ringraziamo sin da ora per la tua collaborazione.

Buon lavoro!

\*\*\*\*\*

Età.....

Sesso.....

T.1 - Ti è capitato di conoscere persone che hanno fatto  o fanno  uso di droghe (leggere o pesanti)?

Sì       No

T.2 - Se sì, erano  o sono .

Amici

Compagni di classe

Parenti

Conoscenti

Altro (specificare):.....

T.3 - E' capitato anche a te di farne uso?

Sì  No

T.4 - Se sì, a quale età hai iniziato?.....

T.5 - Chi o che cosa ti ha spinto a farlo?.....

.....

T.6 - Hai poi smesso o hai continuato?.....

T.7 - Se hai smesso chi o che cosa te lo ha fatto decidere?.....

.....

T.8 - Se continui, chi o che cosa ti spinge a farlo?.....

.....

T.9 - Ritieni che prima o poi ce la puoi fare a smettere?

Sì  No

T.10 - Se no, perché.....

.....

T.11 - Se vuoi, aggiungi qualche tua considerazione al riguardo.....

.....

\*\*\*\*\*

S.1 - Ti è capitato di conoscere persone che nell'attività sessuale hanno evitato  o evitano  di usare metodi per evitare gravidanze indesiderate e per evitare il contagio di malattie infettive a trasmissione sessuale?

Sì  No

S.2 - Se sì, erano  o sono :

Amici

Compagni di classe

Parenti

Conoscenti

Altro (specificare):.....

S.3 - E' capitato anche a te di evitare l'uso di metodi per evitare gravidanze indesiderate e per evitare il contagio di malattie infettive a trasmissione sessuale?

Sì  No

S.4 - Se sì, a quale età hai iniziato?.....

S.5 - Chi o che cosa ti ha spinto a farlo?.....

.....  
.....

S.6 - Hai poi smesso o hai continuato?.....

S.7 - Se hai smesso, chi o che cosa te lo ha fatto decidere?.....

.....  
.....

S.8 - Se continui, chi o che cosa ti spinge a farlo?.....

.....  
.....

S.9 - Ritieni che prima o poi smetterai?

Sì  No

S.10 - Se no, perché.....

.....  
.....

S.11 - Se vuoi, aggiungi qualche tua considerazione al riguardo.....

.....  
.....  
S.12 - Quale argomento vorresti che fosse affrontato e che qui non è stato trattato?  
.....  
.....

### **METODO**

La somministrazione del questionario e dell'EDI è avvenuta in tempi differenziati, ma ravvicinati, in un primo tempo presso il Liceo Classico ed in un secondo tempo presso l'Istituto Socio-Psico-Pedagogico.

La somministrazione è stata effettuata nelle aule durante le ore delle lezioni, alla presenza dei docenti di turno.

Il tempo di compilazione del questionario e dell'EDI è stato mediamente di 30 minuti.

Al fine di garantire la privacy, ad ogni soggetto in studio - prima della consegna del questionario e dell'EDI - è stato assegnato un codice segreto di riconoscimento, noto esclusivamente al soggetto e ai ricercatori (sconosciuto anche al corpo docente ed al personale amministrativo delle scuole).

Tutto il materiale è stato raccolto e poi analizzato sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, accorpando i dati rilevati nel Liceo Classico e nell'Istituto Socio-Psico-Pedagogico, in quanto dall'analisi differenziata dei dati non sono emersi elementi significativi.

### **Risultati**

**(vedi tabelle a parte)**

## **LIMITI DELLA RICERCA**

Prima di discutere i risultati riteniamo opportuno illustrare i limiti dell'indagine.

Non abbiamo sufficientemente illustrato agli studenti e ai loro genitori:

- la garanzia assoluta della privacy delle risposte al questionario;
- il vantaggio di una diagnosi precoce del comportamento;
- la necessità dell'autorizzazione per i minorenni di entrambi i genitori in quanto, secondo il nuovo diritto di famiglia, entrambi esercitano la potestà genitoriale; proprio per quest'ultimo motivo, un 20% delle autorizzazioni non è risultato valido e quindi non utilizzabile nella ricerca, in quanto, soprattutto nelle famiglie con genitori separati o divorziati, ha firmato soltanto il genitore a cui sono stati affidati i figli.

Mentre i dati relativi alla popolazione femminile, data la consistenza numerica, sono da considerarsi attendibili, i dati sulla popolazione maschile risultano scarsamente attendibili in quanto estremamente esiguo numericamente.

## **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

Per quanto riguarda i dati relativi alla condotta sessuale è emerso un comportamento caratterizzato da imprudenza e negligenza in una percentuale del 15.2% delle femmine del 5% dei maschi (mancata utilizzazione di metodi contraccettivi e rapporti sessuali non protetti).

Tale dato epidemiologico sostanzialmente coincide con la percentuale dei maschi e delle femmine che hanno dichiarato di aver fatto abuso transitorio di sostanze stupefacenti leggere o pesanti: 13.8% delle femmine e 6.6% dei maschi.

Circa il comportamento sessuale, non possiamo fornire altri elementi in quanto nel questionario non abbiamo ritenuto opportuno inserire - in considerazione della giovane età dei soggetti - domande relative alla presenza di eventuali condotte sessuali devianti.

In linea generale, possiamo affermare che i soggetti con un alto tasso di tossicomania presentano un basso tasso di condotte sessuali imprudenti (mancata utilizzazione di metodi contraccettivi e rapporti sessuali non protetti).

Abbiamo rilevato che la maggior parte, sia dei maschi che delle femmine, ha iniziato ad abusare delle droghe, sia leggere che pesanti, all'età di 18 anni. Età che non si discosta molto dall'età di insorgenza dell'AN (dai 13 ai 18 anni, secondo il DSM-IV-TR).

Il 72.7% dei soggetti ha consegnato test codificabili e quindi con punteggio valutabile, mentre il 27.3% dei soggetti ha consegnato test non codificabili in quanto o non avevano dato risposte agli item o avevano dato risposte doppie.

Nella Scala *Impulso alla Magrezza*, il 29.1% delle femmine e il 2.1% dei maschi supera il punteggio 21.

Nella Scala *Bulimia* il 4.9% delle femmine supera il punteggio 27.

Nella Scala *Insoddisfazione per il proprio corpo*, il 52.8% delle femmine e il 6.3% dei maschi supera il punteggio 27.

Riassumendo:

	M	F
1. Impulso alla Magrezza	2.1%	29.2%
2. Impulsi sessuali	7.1%	15.2%
3. Abuso di sostanze	8.1%	30.3%
.....		
4. Bulimia	0	4.9%
5. Insoddisfazione corpo	6.3%	52.8%

- Il 52.8% delle femmine e soltanto il 6.3% dei maschi presentano insoddisfazione del proprio schema corporeo;
- Il 29.2% delle femmine e soltanto il 2.1% dei maschi presentano impulso alla magrezza;
- L'entità della diffusione dell'AN è sostanzialmente pari all'abuso di sostanze nel sesso femminile; nel sesso maschile l'abuso di sostanze è quattro volte maggiore dell'impulso alla magrezza;
- Possiamo trarre conclusioni solo sulla popolazione femminile perché soltanto il campione femminile è significativo;
- Esaminando le risposte del questionario emerge che nella tossicomania e nel DCA nelle femmine è presente un comportamento fortemente guidato dalla curiosità e dalla creatività in misura nettamente maggiore che nei maschi.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Atti del III Convegno: *Patologia da alimentazione e nutrizione*. Roma, 23-24-25 marzo 1994.
- L. Attenasio (a cura di): *Fuori Norma: la diversità come valore e sapere*. Ed. Armando, Roma, 2001.

- A. Carotenuto: *Non odiare il corpo tuo*. In *IL MESSAGGERO*, 17-5-2001.
- M. Casacchia, C. Mela, E. Chiaravalle: *Disturbi dell'alimentazione*. In *Giornale Italiano di Psicopatologia*. Vol. 6 - Marzo 2000 - N° 1. Ed. Pacini, Ospedaletto (PI).
- R. Cravero: *Quando il cibo è un'ossessione*. In *IL MESSAGGERO*, 17-5-2001, Roma.
- R. Delle Grave: *Il trattamento della bulimia nervosa: progressi e problemi*. In *Psichiatria e Medicina*. Anno VI - Agosto 2001, Ravello (SA).
- DSM - IV - TR: *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. Ed. Masson, 2000.
- C. Mencacci, J. Sironi: *La bulimia nervosa*. In *Psichiatria Oggi*. Anno III - N° 5/2001. Ed. CIC, Roma.
- L. Onnis, A. Di Gennaro et al.: *Research project on the treatment of anorexia and bulimia: An integrative, multidimensional approach*. In *Eating and Weight Disorders*. Vol. 2 - N° 3 - September, 1997. Ed. Kurtis, Milano.
- M. Riboldi: *Stato dell'arte dell'anoressia mentale: una ricerca ABA*. In *ABA-NEWS*. Anno V - Aprile-Giugno 1997, N° 17, Milano.
- R. Troili: *Serve una task force per aiutare anoressici e bulimici*. In *IL MESSAGGERO*, 4-11-1997.
- R. Troili: *Quando il cibo è una malattia*. In *IL MESSAGGERO*, 5-11-1997, Roma.

Alla Preside del Liceo "Platone"

E p.c. Al Responsabile di Modulo  
Dr. G. Longhi

E p.c. Al Direttore del DSM  
Dr. L. Attenasio

E p.c. Al Provveditore agli Studi di Roma

E p.c. All'Assessore alla Sanità del Comune di Roma  
D.ssa Giusy Gabriele

E p.c. All'Assessore alla Pubblica Istruzione Provincia di Roma

E p.c. All'Assessore alla Sanità della Regione Lazio

# **PROGETTO**

## **PREVENZIONE ANORESSIA E BULIMIA NELLE SCUOLE**

Riferimento normativo:

Legge n. 285/98

Interventi finanziari a sostegno della famiglia e dell'adolescente

\*\*\*

I sottoscritti, Dr. Giancarlo Derme (psichiatra) e Dr. Angelo Di Gennaro (psicologo), dirigenti di primo livello presso il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Dr. Nicola Di Vito, responsabile del medesimo Centro di Salute Mentale della ASL "C" di Via CT. Odescalchi, 67,

### PREMESSO

- che uno degli obiettivi primari del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è quello di promuovere comportamenti e stili di vita per la salute (e tra questi assume particolare importanza il comportamento alimentare);
- che secondo l'autorevolissimo manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - DSM IV - "l'età media di insorgenza dell'Anoressia Nervosa è di 17 anni, con dati che suggeriscono una distribuzione bimodale con due picchi a 14 e 18 anni" (e tale fascia di età è proprio quella degli studenti che frequentano le Scuole medie Superiori!);
- che "la bulimia nervosa di solito esordisce nella tarda adolescenza o nella prima età adulta";
- che il numero dei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare, residenti nel territorio dell'XI Distretto e che giungono alla nostra osservazione presso il Servizio di Salute Mentale è estremamente inferiore al reale numero dei pazienti affetti dai predetti disturbi, che stimiamo essere presenti nel nostro territorio (stima effettuata in base all'entità della diffusione del fenomeno rilevata da indagini epidemiologiche condotte su altri territori);
- che - nell'ambito dell'approccio multidisciplinare ai disturbi del comportamento alimentare - il contributo del medico psichiatra e dello psicoterapeuta è considerato fondamentale e insostituibile;
- che i disturbi del comportamento alimentare solitamente giungono all'osservazione dei nostri servizi con estremo ritardo, rendendo il trattamento terapeutico-riabilitativo molto più difficoltoso e costoso;
- che il Liceo "Platone" intende presentare un programma di interventi nell'ambito dell'educazione alla salute;

### AL FINE

- di rilevare la reale entità della diffusione dei disturbi del comportamento alimentare nel territorio dell'XI Distretto (corrispondente all'XI Circostrizione) della ASL Roma "C";
- di elaborare - in base ai dati epidemiologici certi - un progetto di educazione alla salute e prevenzione di tali disturbi;
- di promuovere - nei confronti dei soggetti che saranno individuati come portatori di tali disturbi - interventi terapeutico-riabilitativi tempestivi ed appropriati, che migliorino la prognosi e riducano i costi economici;

### CHIEDONO

L'autorizzazione per condurre - fuori orario di servizio - un'indagine epidemiologica sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare psicogeno tra gli studenti del Liceo "Platone" e di accedere al finanziamento derivato dalla legge n. 285/98 (Interventi finanziari a sostegno della famiglia e dell'adolescente).

La collaborazione con l'Istituto "Platone" ci è gradita anche nella prospettiva di estendere il progetto (rete) e di ottenere altre adesioni.

\*Curriculum del Dr. G. Derme:

- Medico Chirurgo

- Specialista in Psichiatria
- Psicoterapeuta legittimato
- Perfezionato presso l'Università Cattolica di Roma e presso l'Istituto Superiore di Sanità nei Disturbi del Comportamento Alimentare
- Primo autore in una ricerca sul parasuicidio nell'anoressia mentale
- Già incaricato ufficialmente (anni 1996-97-98 e 99) della gestione di un Servizio di consulenza per i disturbi del comportamento alimentare gravi presso SPDC - Ospedale Provinciale di Frosinone

\*\*Curriculum del Dr. A. Di Gennaro:

- Psicologo
- Specialista in Psicodiagnostica e Psicologia Clinica
- Psicoterapeuta Familiare
- Già docente di Psicologia Clinica presso l'Università di Roma "Tor Vergata"
- Dal 1980 si occupa di prevenzione di disturbi psicosomatici presso l'Università di Roma "La Sapienza": in questo ambito ha pubblicato numerosi articoli su riviste specializzate, anche internazionali
- Nel 1995 ha pubblicato il volume: "Se mio figlio ha l'asma", presso le Ed. Franco Angeli, Milano.
- Attualmente partecipa ad una ricerca sul trattamento integrato dell'anoressia mentale e bulimia, presso l'Università di Roma "La Sapienza".

Si allega il questionario finalizzato alla rilevazione epidemiologica di cui sopra.

Si resta in attesa di cortese riferimento.

Roma,

Dr. Giancarlo Derme\*  
(Psichiatra)

Dr. Angelo Di Gennaro\*\*  
(Psicologo)

Dr. Nicola Di Vito  
(Responsabile del Centro di Salute Mentale)

## **AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE ROMA "C"**

**Servizio di Salute Mentale – Distretto XI**

**Via C.T. Odescalchi, 67 – 00145 Roma**

**Tel. 5100-4299**

**Fax. 5100-4300**

Al Dirigente Scolastico

Prof. Onofrio Annese

Sezione Associata Liceo Classico "Platone"  
Via 7 Chiese, 259 - Roma

E Al Consiglio di Istituto Superiore  
Sezione Associata Liceo Classico "Platone"

Via 7 Chiese 259 - Roma

# PROGETTO

## PREVENZIONE ANORESSIA E BULIMIA NELLE SCUOLE

Riferimento normativo:

Legge n. 285/98

Interventi finanziari a sostegno della famiglia e dell'adolescente

Facendo seguito alla lettera del 11.05.2000, protocollo n. 70 - di cui si allega copia - in riferimento al Progetto: "Prevenzione anoressia e bulimia nelle scuole", proponiamo il seguente programma di attuazione a carattere biennale (anni scolastici 2000-2001 e 2001-2002).

### 1° ANNO

Realizzazione di un'indagine epidemiologica sulla diffusione dei disturbi del comportamento alimentare psicogeno (DAP) tra gli studenti del Liceo Classico "Platone".

#### Prima fase

Somministrazione di test allo scopo preparati. Tale somministrazione sarà effettuata 2 volte la settimana, ad una classe per volta. Durante l'ora di somministrazione sarà presente l'insegnante di turno. Si prevede la conclusione di questa fase entro il dicembre 2000.

#### Seconda fase

Elaborazione dei dati raccolti. Questa fase che impegnerà essenzialmente gli scriventi durerà circa due mesi. Il tentativo sarà quello di esplorare e individuare eventuali aree o soggetti a rischio o con patologia in atto o soggetti che comunque meritano attenzione clinica.

#### Terza fase

Restituzione dei dati epidemiologici. Si prevede di restituire, e quindi informare sui risultati ottenuti gli insegnanti, i genitori e gli alunni stessi. Prevediamo un singolo incontro riservato agli insegnanti ed un secondo riservato ai genitori. Agli alunni si ritiene di poter dedicare 5 incontri, uno per ogni anno scolastico, accorpando le 4 sezioni.

E' sottinteso che il medico scolastico, già convenzionato con l'Istituto, sarà coinvolto sin dalla fase preparatoria del Progetto. Egli verrà quindi immediatamente informato di questo Progetto, non appena esso verrà approvato dal Consiglio di Istituto.

#### Quarta fase

Il primo anno si concluderà prevedibilmente a maggio 2000 con 2 incontri riservati agli insegnanti e ai genitori con lo scopo di fornire elementi di carattere generale relativi ai disturbi alimentari psicogeni, utili sia alla individuazione precoce degli stessi sia agli atteggiamenti da assumere nei loro confronti.

### 2° ANNO

Considerato il carattere di informazione, prevenzione e educazione alla salute del Progetto si prevedono incontri didattici che verteranno sulla fisiologia e psicologia dell'alimentazione. Saranno presenti alcune figure professionali:

- Nutrizionista: illustrazione di una corretta alimentazione;
- Internista-Endocrinologo: illustrazione dei danni provocati da una eccessiva, carente o distorta alimentazione;

- Psichiatra e Psicologo: classificazione dei DAP; cenni epidemiologici; teorie patogenetiche; aspetti clinici; influenza degli aspetti emotivo-relazionali; trattamenti.

Gli incontri vedranno la partecipazione congiunta di docenti, genitori e alunni segnatamente del 5° Ginnasio e del 1° Liceo.

In questa sede verranno trattati argomenti selezionati tra quelli avanzati dagli alunni stessi

Complessivo del progetto: da definire successivamente.

Si resta in attesa di riscontro.

Dr. Angelo Di Gennaro  
(Psicologo)

Dr. Giancarlo Derme  
(Psichiatra)

NOTA:

L'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa sono entrambe caratterizzate dall'eccessiva enfasi posta dal soggetto sull'immagine corporea. Inoltre, l'Anoressia Nervosa richiede un peso abnormemente basso e, nelle donne, amenorrea. In contrasto, la maggior parte dei soggetti con Bulimia Nervosa ha un peso normale o quasi normale e tutti mostrano una modalità di abbuffate in successione e comportamenti compensatori inadeguati per evitare di prendere peso. Molti soggetti con Anoressia Nervosa si abbuffano o adottano condotte di eliminazione ad un livello che potrebbe soddisfare anche i criteri per la Bulimia Nervosa. Una diagnosi separata di Bulimia Nervosa non viene fatta se le abbuffate o le condotte di eliminazione sono limitate ad episodi di Anoressia nervosa (cioè, quando il peso è al di sotto della soglia minima normale).

L'utilità della distinzione tra AN e BN è stata messa in discussione. Il fatto che molti soggetti si spostino da una diagnosi all'altra a seconda delle fluttuazioni di peso e della presenza o dell'assenza dei cicli mestruali suggerisce che la AN e la BN dovrebbero essere solo sottotipi che descrivono il decorso di un Disturbo dell'Alimentazione definito in modo più complessivo. Comunque, il DSM-IV mantiene l'AN e la BN come categorie separate poiché ciascuna ha diverse implicazioni riguardo al trattamento. Inoltre, vi sono molti casi puri di AN (soggetti che non si abbuffano e non adottano mai condotte di eliminazione) e casi puri di BN (soggetti che non vanno mai al di sotto del peso normale).

È stato anche suggerito che questi disturbi siano una specie di diagnosi specifica della cultura che è endemica negli USA e in altre nazioni industrializzate dove vi è una preoccupazione su scala nazionale (specie tra le donne) riguardante le diete e il dimagrimento in un contesto che comporta, per la maggior parte dei soggetti, una fornitura di cibo troppo abbondante. Questa ipotesi può spiegare perché l'incidenza di questi disturbi è aumentata negli anni recenti e perché vi è una notevole predominanza di donne con questi disturbi.

Ringraziamenti

Si ringraziano: il Provveditore agli Studi di Roma, i Presidi, i Referenti alla Formazione, ed i Professori del Liceo Classico e dell'Istituto Socio-Psico-Pedagogico che hanno favorito l'indagine; nonché la D.ssa Loredana Frasca per la preziosa collaborazione.

***ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA: CORRELAZIONI TRA CARATTERISTICHE DI PERSONALITA' INDIVIDUALE E DINAMICHE FAMILIARI.***

1.1 – Epidemiologia

La stragrande maggioranza degli individui che sviluppano un disturbo dell'alimentazione è costituita da donne, prevalentemente da adolescenti; l'età di comparsa è compresa tra i 13 e i 23 anni, con età media di circa 17 anni, e l'insorgenza prima degli 11 anni e dopo i 26-30 anni è un evento estremamente infrequente; è stato anche evidenziato che la bulimia insorge in media più tardivamente rispetto all'anoressia, ossia dai 15-16 anni in poi, e che nel 40%-50% dei casi di anoressia compaiono, dopo un certo numero di anni, crisi bulimiche; inoltre, è pressoché unanimemente accettato che la proporzione femmine/maschi sia di almeno 9/1, e alcuni studiosi la ritengono anche maggiore; il numero di casi di anoressia maschile diagnosticati si aggira tra il 5% e il 10% del totale.

Appare ormai chiaro negli ultimi 20-30 anni l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione sia realmente aumentata nei paesi industrializzati (USA; Europa occidentale, Giappone e , anche se in grado minore, Europa orientale) e che l'aumento registrato nel numero dei casi non sia dovuto ad una maggiore attenzione diagnostica (Gordon, 1991).

Benché l'incidenza dell'anoressia sia chiaramente aumentata, essa potrebbe sembrare ancora un disturbo raro, dal momento che l'incidenza, facendo una media dei valori rilevati in vari studi, è di circa 1/100.000 abitanti; tuttavia, prendendo in considerazione solo la popolazione a rischio, ossia le femmine in età adolescenziale, la prevalenza sale allo 0.5-1%, valori rilevati sia fra le ragazze della scuola media superiore in Inghilterra, sia nella popolazione universitaria USA; per ciò che riguarda la bulimia, le stime più recenti arrivano intorno al 3-4% (Gordon, 1991).

Inoltre, tutte le stime ufficiali di prevalenza e incidenza per questi disturbi tengono ovviamente conto solo dei casi trattati, il che, probabilmente, si traduce in una notevole sottostima della reale entità del fenomeno; studi condotti sulla popolazione universitaria statunitense e britannica mostrano come almeno il 5% della popolazione femminile considerata presenti una combinazione di preoccupazione profonda per il proprio aspetto fisico, una percezione di sé come grassa, diete rigorose, episodi di eccesso alimentare e abuso di lassativi; vi sono buone ragioni per ritenere che il numero di casi al limite tra normalità e patologia, la maggior parte dei quali non arriva mai all'attenzione clinica, sia molto superiore a quello dei casi formalmente diagnosticati e trattati (Gordon, 1991).

Secondo Cuzzolaro, la prevalenza puntuale dell'Anoressia Nervosa nei paesi industrializzati arriva allo 0.3-0.4% ragazze in età a rischio, il che corrisponde ad 1 caso/250 ragazze tra 14 e 25 anni; per la Bulimia Nervosa la percentuale è 2-3 volte superiore, giungendosi ad 1 caso/80 ragazze tra i 14 e 25 anni; per i Disturbi del Comportamento Alimentare NAS la percentuale è 7-8 volte superiore ancora (Cuzzolaro, 1996-1997). Cuzzolaro et al. In uno studio longitudinale condotto per tre anni su una popolazione studentesca hanno rilevato che:

- dei 230 individui dello studio, 67 hanno soddisfatto almeno una volta nei 3 anni i criteri diagnostici per un Disturbo Alimentare (=67 casi);
- l'età media dei casi era di 18 anni;
- in >30% dei e in > 30% dei non casi c'è sopravvalutazione del peso corporeo;
- il 50% dei casi e >30% dei non casi aveva intrapreso una dieta nel corso dell'ultimo anno;
- >50% dei casi e >50% dei non casi tra quelli che avevano iniziato la dieta, lo avevano fatto partendo da una condizione di normopeso;
- vomito, lassativi, anoressizzanti ed esercizio fisico eccessivo sono sporadicamente presenti anche nei non casi, pur non raggiungendo la costellazione dei criteri diagnostici.

Tutti i dati riguardanti i non casi starebbero ad indicare una tendenza di base ad un rapporto problematico con il corpo e l'alimentazione, che non raggiunge tuttavia la soglia della patologia conclamata (Cuzzolaro, 1996-1997).

In breve, la ricerca sui disturbi alimentari evidenzia sempre più frequentemente un'elevata incidenza di essi nella popolazione sub-clinica: persone costantemente a dieta, persone che ricorrono solo sporadicamente a vomito o lassativi o diuretici per controllare il peso, persone che controllano con particolare attenzione la qualità di cibo consumato e il suo apporto calorico, etc., sarebbero enormemente più frequenti dei casi conclamati.

1.2 – Perché l'adolescenza?

La maggioranza degli autori concorda sulla necessità di interpretare anoressia e bulimia come disordini dello sviluppo adolescenziale, risultanti da un'incapacità a fronteggiare le richieste evolutive di quel periodo, in particolare al bisogno di sviluppare un'identità e un senso di capacità personale chiaramente definiti.

Secondo Erik Erikson (1980) il concetto di identità rimanda all'esperienza soggettiva di coesione interna, o, come egli si esprime, al senso di continuità e di persistenza di sé nel tempo; lo sviluppo di un'identità coesa o, "percorribile", dipende da molti fattori individuali (es., predisposizioni biologiche, fattori incidentali di sviluppo) e sociali (es., condizioni storiche e culturali, peculiarità delle esperienze familiari); uno dei più importanti consiste nella capacità del soggetto di "sintetizzare", ovvero di ricomporre gli aspetti divergenti e conflittuali della propria esperienza individuale e sociale.

L'adolescenza è il periodo più critico nella formazione dell'identità, durante il quale il soggetto deve ricomporre i fondamenti del sé costituitisi durante l'esperienza infantile in relazione alle nuove esigenze e alle sfide proposte dalle caratteristiche personali e sociali di questa fase del ciclo vitale.

Numerose ipotesi psicopatologiche tentano di spiegare la frequenza dei disturbi alimentari in adolescenza; approcci di psicologia sociale attribuiscono alla valorizzazione della magrezza, nonché alla mancanza di ruoli sociali femminili chiaramente definiti un notevole peso nell'incidenza dei disturbi alimentari nelle culture occidentali; secondo le teorie psicodinamiche, i disturbi alimentari sono esito di un carente sviluppo dell'identità personale, a sua volta indicativo di difficoltà nel portare a termine il processo di separazione-individuazione; l'ipotesi sistemica prende in considerazione il significato assunto dal processo di separazione-individuazione della paziente per l'intero suo nucleo familiare.

a) partendo dalla **prospettiva socio-culturale**, Gordon (1991) sviluppa la tesi che "tali disturbi (anoressia e bulimia) costituiscono l'espressione estrema del mutamento radicale delle aspettative sociali nei confronti delle donne, che ha avuto luogo su larga scala a partire dalla metà del secolo, ma soprattutto negli anni '60. In un lasso di tempo relativamente breve le giovani donne si sono trovate di fronte ad una serie di pressioni nuove perché si orientassero verso il successo, la competitività e l'indipendenza: si tratta di un sistema di valori fortemente in conflitto con le definizioni tradizionali del ruolo femminile in occidente. Pertanto, di fronte a nuove opportunità, ma anche a nuove pressioni, molte donne hanno incontrato difficoltà nel sintetizzare un'identità "percorribile" e "funzionale", soffrendo nel loro intimo per un senso di frammentazione, di confusione e di insicurezza.

Secondo questo autore, i problemi di autostima e di autonomia così centrali nelle pazienti affette da anoressia e bulimia costituiscono il riflesso ingrandito di conflitti molto più pervasivi, nel quadro culturale più vasto in cui si inserisce il ruolo femminile; la giovane paziente esprimerebbe quindi, inconsapevolmente, una crisi culturale diffusa; da questo punto di vista, l'anoressia è simile all'isteria, anch'essa considerata come espressione di confusione e di prescrizioni contraddittorie sul ruolo femminile.

Attraverso questa chiave di lettura, Gordon sostiene che il profondo sentimento di inadeguatezza e l'attenzione esclusiva alle aspettative dell'ambiente esterno (frutti, a livello individuale, di una percezione impoverita del sé, derivata dalla crescita in un ambiente familiare in cui successo e riuscita sono valori dominanti, ma che scoraggia contemporaneamente la manifestazione di doti individuali e comportamentali autonomi) rappresentano la forma estrema di un modello evolutivo comune fra le adolescenti delle società occidentali nelle quali le ragazze sarebbero ancora educate ad un comportamento sociale compiacente, e incoraggiate molto meno dei ragazzi a sviluppare spirito d'iniziativa e autonomia: la tendenza ad essere compiacenti e l'estrema sensibilità alle richieste esterne è coerente con l'educazione al ruolo di "nutrici", secondo un modello che resiste malgrado i mutamenti promossi dal femminismo. In altre parole, nelle donne la percezione del proprio valore sarebbe ancora determinata dall'esigenza di aiutare e assistere gli altri, secondo un progetto che richiede la subordinazione dei propri bisogni a quelli dell'altro; l'inadeguatezza di questo modello con la richiesta sociale di autonomia e di indipendenza e con la competitività insita nella ricerca del successo, situazioni con cui l'adolescenza pone per la prima volta in contatto, spiega la difficile situazione di queste ragazze; la soppressione del ruolo di "nutrice" nel sé è un problema centrale per le donne anoressiche e bulimiche, che sono con tutta evidenza incapaci di nutrire se stesse.

Cresciute spesso in famiglie con forte tendenza alla ricerca del successo e grande cura delle apparenze esterne, esse, dietro un atteggiamento generalmente positivo ("la figlia perfetta"), nascondono sentimenti di debolezza e incapacità, e si sentono obbligate a corrispondere al modello familiare, che percepiscono come una incessante richiesta di perfezione in tutto; dopo la pubertà, le esigenze dell'adolescenza le pongono di fronte alla propria incapacità di perseguire obiettivi autonomi e alla sfida delle relazioni sessuali, ciò che aggrava il già profondo senso interiore di dubbio e di sfiducia di sé.

L'anoressia nervosa inizia in genere con una dieta, in modo del tutto simile ad altri tentativi di perdere peso effettuati comunemente da milioni di adolescenti; tuttavia nell'anoressica essa diviene presto un essenziale rinforzo dell'autostima, perché contemporaneamente determina un senso di padronanza e capacità in un individuo che si sentiva

debole e vuoto, un senso di trionfo per il raggiungimento della forma corporea socialmente più valorizzata in un individuo costantemente timoroso di essere rifiutato, e un senso di controllo sull'esterno grazie al potere che questo sintomo dà alla paziente all'interno della sua esigente e soffocante famiglia.

La non accettazione di un ruolo sessuale carico di contraddizioni e di conflitti si esprimerebbe così nel rifiuto del corpo sessuato e il tentativo di identificazione in un ideale "maschile" (in realtà asessuato) di intellettualità e purezza spirituale, l'ascetico, sapiente e saggio Narciso che sconfigge definitivamente il sensuale, geniale e fantasioso Boccadoro (Hesse, 1933); il disprezzo della femminilità sarebbe anche il riflesso della svalutazione culturale che essa, con tutti i valori di cui è portatrice, ha subito, insita nella necessità che molte donne hanno di dimostrare di essere "uguali" agli uomini attraverso il successo nel lavoro e nella produzione intellettuale; liberandosi della forma femminile l'anoressica annulla questa femminilità accogliente, compiacente e vulnerabile, acquisisce un potere "maschile" di controllo e di autocontrollo; «la cancellazione dei tratti femminili del proprio corpo può essere considerata, ad un certo livello, come una forma di interiorizzazione della misoginia culturale» (Gordon, 1991).

In questo quadro di riferimento la madre dell'anoressica, che spesso è una donna dotata che ha sacrificato le proprie ambizioni al servizio della famiglia in omaggio al modello culturale di femminilità, e che cerca nella figlia una soddisfazione vicaria a questo suo sacrificio, appare come un prodotto delle circostanze sociali e un'ulteriore fonte di dolorosi conflitti per l'anoressica, che prova un acuto senso di responsabilità per il benessere della propria madre, ma che per obbedirle dovrebbe sforzarsi di essere totalmente diversa da lei.

Per ciò che riguarda la bulimia, Gordon concorda con la tesi della Boskind-Lodahl (1976), secondo la quale le pazienti bulimiche (o bulimarexiche), secondo il termine coniato da questa autrice), anziché rifiutare il ruolo femminile, si conformano in maniera eccessiva agli stereotipi della femminilità, con esagerata compiacenza, passività e sensibilità alla critica e al rifiuto maschile: il desiderio di essere magre e la preoccupazione per l'aspetto esteriore sarebbero manifestazioni di un'adesione informale estrema, non certo di un rifiuto di un modello culturale femminile.

Secondo Gordon, come le anoressiche, le bulimiche sono incapaci di elaborare una soluzione soddisfacente del problema dell'identità, restando prigioniere del dilemma di come integrare ambizione e bisogno di potere ad una identità fondata sulla compiacenza, la condiscendenza e la passività. La loro soluzione al problema porta ad una profonda spaccatura del sé, tra una facciata di perfezione, compiacenza e capacità da un lato, e dall'altro un sé nascosto che esprime ma nello stesso tempo confina al chiuso della cucina o del bagno i sentimenti confusi di bisogno, rabbia, impotenza. La magrezza diviene l'ideale che tiene insieme gli elementi conflittuali della nuova identità femminile, costituita da una parte da potenza, capacità e padronanza e dall'altra da sentimenti materni, compiacenza e sottomissione agli uomini, il cui giudizio è essenziale e con i quali vengono di conseguenza instaurate relazioni turbolente.

Un 40-50% di anoressiche va incontro, dopo un periodo di tempo più o meno lungo in cui ha rigidamente osservato la propria dieta e sopportato i morsi della fame, alla comparsa di episodi di bulimia; in parte questo fenomeno viene interpretato come una risposta compensatoria normale del corpo ad una denutrizione prolungata, ma probabilmente questa spiegazione non è del tutto esaustiva.

Infatti, la fase di ciclo vitale in cui si effettua questo "viraggio" corrisponde spesso grossolanamente a quella in cui inizia la sintomatologia nelle "bulimiche a peso normale", pazienti bulimiche ossessionate dall'idea della magrezza e da visioni distorte del proprio corpo, ma il cui peso, pur oscillando, non scende mai al livello pericolosamente basso che caratterizza l'anoressica (il che fa sì che questo tipo di disturbo sia molto più spesso vissuto in segreto e in solitudine); rischiando di semplificare eccessivamente, si potrebbe tuttavia dire che mentre nel caso dell'anoressica le maggiori difficoltà dello sviluppo sono i problemi dell'adolescenza che accompagnano il mantenimento del peso e della forma corporea postpuberale, nel caso della bulimia la difficoltà centrale è dovuta alla fase dell'adolescenza in cui si progettano la separazione dalla famiglia e l'ingresso nel mondo degli adulti e si elaborano le minacce che queste difficoltà pongono al senso di identità personale (Gordon, 1991), difficoltà di fronte alle quali si viene a trovare anche l'anoressica, pure se la sua sintomatologia ha spesso avuto l'effetto di ritardarne il momento.

In breve, il controllo della forma e del peso corporeo come mezzo per risolvere i problemi di identità personale è un problema che nell'anoressica emerge poco dopo la pubertà, quando il corpo sviluppa forme e funzioni adulte e la persona si deve confrontare con le sfide evolutive dell'adolescenza, mentre nella bulimia a peso normale i problemi evolutivi si presentano tra le relazioni interpersonali e il senso personale di separazione, questione che diviene cruciale al momento di progettare la separazione dalla famiglia e nel far fronte alle richieste sociali proprie della prima giovinezza (Gordon, 1991); per le anoressiche che sviluppano il sintomo bulimico, si potrebbe ipotizzare il raggiungimento, anche se ritardato, della fase di confronto con queste ultime richieste.

Su questa linea di pensiero, partendo dalla considerazione che il tasso di incidenza dei disturbi alimentari in adolescenza presenta due picchi, uno tra gli 11 e 17 anni e l'altro tra i 18 e 21 anni, Catina e Kachele (1993) ipotizzano l'esistenza di due differenti eziologie: i disturbi alimentari che si manifestano all'inizio dell'adolescenza potrebbero essere maggiormente connessi alla preoccupazione per la forma corporea, mentre nell'adolescenza più tarda sarebbero sottesi problemi più gravi di personalità.

Il primo picco, dicono questi autori, si riferisce all'età in cui l'identità personale è definita principalmente in riferimento all'immagine corporea-aspetto fisico; all'inizio dell'adolescenza, infatti, il corpo diviene il centro primario di interesse e preoccupazione, in parte perché fonte di cambiamenti e nuove sensazioni, in parte perché costituisce un importante mezzo di auto-valutazione: il confronto del proprio corpo con quello degli altri è, a questa età, un elemento di definizione dell'identità personale e la percezione del proprio corpo può controllare la definizione dell'immagine complessiva del Sé. In particolare, le ragazze tenderebbero ad essere più insoddisfatte del proprio aspetto rispetto ai

maschi coetanei, e il peso diverrebbe un parametro di giudizio particolarmente importante in relazione al modello sociale di “donna attraente” valicato dal gruppo di riferimento.

Per questi motivi in questa fascia d'età è ordinario che un'adolescente decida di seguire una dieta allo scopo di perdere peso e avvicinarsi al modello culturale di bellezza, e, nella maggior parte dei casi questa preoccupazione tende ad essere di breve durata; tuttavia, alcuni di questi soggetti, in presenza di concomitanti problemi nevrotici o di personalità, possono sviluppare deviazioni alimentari di tipo persistente.

Il secondo picco corrisponde alla tarda adolescenza e all'inizio dell'età adulta, ossia al periodo in cui si completa il processo di formazione dell'identità della donna sulla base dell'integrazione di opzioni del Sé professionale e socio-sessuale; Catina e Kachele aderiscono all'ipotesi, avanzata peraltro da numerosi altri autori, che le femmine definiscano il proprio Sé sulla base del coinvolgimento e dell'impegno nei rapporti interpersonali, la cui importanza verrebbe valorizzata anche a spese della propria auto-realizzazione, nell'ambito di un modello culturale e sociale assorbito fin dalla primissima infanzia, che sarebbe diverso da quello di autonomia e separazione offerto ai maschi e che entrerebbe in conflitto con lo sviluppo successivo di un'immagine di sé come autonoma, indipendente ed emotivamente controllata e affermata.

Secondo questi autori, la maggior parte delle teorie sugli stadi evolutivi considerano un generico processo di separazione che sarebbe in realtà tipico dei maschi e trascurerebbe lo specifico dell'identità femminile, in cui sarebbe invece necessario considerare congiuntamente la valorizzazione dell'oblatività femminile e la necessità di separazione. Il modello sociale di “successo e realizzazione” contrasta con questo nucleo dell'identità di genere femminile di emotività e di sensibilità al coinvolgimento nei rapporti interpersonali, e non sarebbero disponibili alternative di ruolo, ma solo una scelta che esclude l'altra; le adolescenti consapevoli di questo contrasto riuscirebbero quindi a sviluppare una propria immagine femminile mediando tra i due modelli, mentre le ragazze inconsapevoli di questo contrasto, che si identificano con l'ideale sociale di “donna di successo” senza riuscire ad aderirvi appieno, sarebbero a rischio di disturbi alimentari, i quali costituirebbero una soluzione adattiva a questo conflitto. Secondo questi autori, quindi, i disturbi alimentari sarebbero quindi da porre in relazione non tanto con carenze nello sviluppo dell'identità in generale, quanto con le specifiche caratteristiche dell'identità di genere.

b) Dal **punto di vista psicodinamico** è necessario prendere in considerazione anzitutto la centralità del corpo, e dell'esperienza corporea, in adolescenza; è possibile affermare che “il corpo è al centro della maggior parte dei conflitti dell'adolescente... La trasformazione morfologica della pubertà, l'irrompere della maturità sessuale rimettono in discussione l'immagine del corpo che il bambino aveva potuto progressivamente costituirsi... A ciò si aggiungono anche altri fattori, alcuni inerenti ai processi psichici stessi, come l'elaborazione del lutto o la rottura dell'equilibrio fra investimento oggettuale e investimento narcisistico, altri che coinvolgono il contesto familiare e sociale in cui cresce e matura l'adolescente.

Le condotte centrate sul corpo ci sembrano avere come principale caratteristica quella di mettere in questione la definizione di un corpo sessuato: l'adolescente utilizza il suo corpo fisico, i suoi bisogni fisiologici, in particolare quelli alimentari o di sonno per mantenere a distanza la sessualità e lo scompiglio che essa induce nel corpo. Ogni condotta centrata sul corpo comprende in se stessa una parte dia gire e costituisce, con il passaggio all'atto, un freno o una parziale difesa nei confronti dell'elaborazione mentale. Nell'anoressia mentale tutto ciò è evidente, ed anche l'obesità e alcuni disturbi del sonno possono essere spiegati nello stesso modo” (Marcelli & Braconnier, 1994).

Una ipotesi avanzata da Canestrari per giustificare i frequenti timori dimorfobici può essere estesa anche alle diverse condotte centrate sul corpo (Canestrari et al., 1980, cit. in Marcelli & Braconnier, 1994). Per questo autore la rottura dell'equilibrio fra gli investimenti oggettuali e quelli narcisistici e la transitoria assenza d'oggetto per le pulsioni lipidiche e aggressive conducono l'adolescente a utilizzare il proprio corpo come oggetto transitorio, transizionale o transazionale al fine di dirigerne le sue pulsioni. Scegliere il proprio corpo come oggetto d'amore è una delle basi del narcisismo secondario quale l'ha definito Freud, che si è principalmente interessato al destino della pulsione lipidica, ma è ipotizzabile che lo stesso possa accadere alla pulsione aggressiva: quando quest'ultima non ha più un oggetto di investimento a sua disposizione, il corpo può divenire un collegamento transitorio.

Parlando del corpo vanno considerati tre assi principali di comprensione che sono sempre strettamente intrecciati (Schilder P., 1971, cit. in Marcelli & Braconnier, 1994): lo schema corporeo, l'immagine corporea e il “corpo” sociale.

Lo schema corporeo, concetto di origine neurofisiologica e neuropsicologica, indica la percezione del proprio corpo derivante dalle diverse proiezioni corticali del sistema senso-motorio (vie sensitive esteroceettive e propriocettive); è evidente che le modificazioni puberali (crescita staturale e ponderale, cambiamento della silhouette con l'acquisizione dei caratteri sessuali secondari, etc.) modificano sensibilmente lo schema corporeo.

L'immagine corporea corrisponde a “quel quadro del nostro corpo che formiamo nella nostra mente, ossia il modo in cui il nostro corpo appare a noi stessi” (Schilder P., 1935, cit. da Bruch, 1994); si tratta, dice la Bruch, di un concetto plastico, costituito da tutto le esperienze sensoriali e psichiche e continuamente integrato dal sistema nervoso centrale. Ai fini della sua costituzione è essenziale, anche se non è l'unica determinante, il movimento: la motilità svolge un ruolo fondamentale non solo nel definire le frontiere del sé, ma anche nel differenziare questo sé dall'ambiente percettivo totale. Inoltre, il bambino assorbe gli atteggiamenti altrui verso il suo corpo e le parti di questo e può quindi elaborare un concetto del corpo come piacevole e soddisfacente, oppure giungere a vedere il suo corpo intero e le sue parti come sgradevoli, sporche, vergognose o disgustose (Kolb, 1959, cit. in Bruch, 1994). Per la Bruch, inoltre, “nel concetto di percezione e identità corporea occorre includere l'interpretazione esatta o errata degli stimoli enterocettivi e di possesso del proprio corpo... Questo nuovo concetto comprende l'esattezza o l'errore della percezione cognitiva del

sé fisico, la precisione nel riconoscere stimoli provenienti dal di dentro o dal di fuori, un senso di dominio delle proprie funzioni corporee, la reazione affettiva alla realtà della propria configurazione fisica e il giudizio dell'individuo circa la desiderabilità del proprio corpo da parte di altri". L'immagine corporea è quindi un concetto che appartiene al sistema simbolico-immaginario e la cui base è affettiva; essenzialmente:

- l'organizzazione dell'immagine corporea segue il destino delle pulsioni lipidiche e aggressive, ed è quindi in perpetuo rimaneggiamento: "tutto ciò che vi può essere di particolare nelle strutture lipidiche si riflette nella struttura del modello posturale del corpo. Gli individui nei quali domina questa o quella pulsione parziale sentiranno questo o quel punto del corpo al centro della loro immagine corporea" (Schilder P., cit. Marcelli & Braconnier, 1994);

- la costituzione dell'immagine corporea implica il riconoscimento di un confine, "i cui limiti vengono acquisiti nel corso del processo di defusione del bambino dalla madre e che presentano alcune analogie con le frontiere dell'io di cui Federn (1952, cit. in Anzieu) ha mostrato come vengono disinvestite nel processo di depersonalizzazione (Anzieu). L'immagine corporea sarebbe quindi elaborata molto precocemente dall'io, esse stesso in piena strutturazione, e consisterebbe in un "processo simbolico di rappresentazione di un limite con funzione di immagine stabilizzante e di membrana protettiva. Tale passo fa del corpo un oggetto di investimento e la sua immagine è il prodotto di questo investimento, un oggetto non intercambiabile, salvo nel delirio, che deve essere mantenuto intatto a qualsiasi costo. La funzione dei limiti si collega all'imperativo dell'integrità" (Angelergues, 1975, cit. in Anzieu). Il problema dei confini è particolarmente intenso in adolescenza, con incertezze testimoniate, a diversi livelli, dalle dismorfofobie, dalle bouffé ipochondriache acute o dai frequenti sentimenti di estraneità.;

- secondo P. Schilder la costruzione definitiva dell'immagine corporea corrisponde alla fase di accesso alla genitalità, prima della quale il corpo non viene percepito come un'unità; dal punto di vista delle relazioni con l'esterno, Schilder sostiene che l'adolescente scopre la propria immagine corporea attraverso le tendenze lipidiche degli altri dirette verso di lui e attraverso il flusso continuo di scambi reciproci tra l'immagine corporea propria e l'immagine corporea di tutti gli altri, strutturandosi definitivamente con il conseguimento della genitalità. (cfr. Schilder P. cit. In Marcelli & Braconnier, 1994).

Per quanto riguarda il "corpo sociale", in una prospettiva fenomenologia il corpo può rappresentare il veicolo dell'"essere nel mondo", centrale negli scambi relazionali affettivi tra gli individui, per cui un interesse per una determinata parte del corpo altrui rispecchia un interesse per la parte corrispondente del proprio, e ogni anomalia di una parte del corpo focalizza l'interesse sulla parte corrispondente del corpo degli altri (Schilder, già cit.). Questo concetto assume particolari significati in adolescenza, quando, rispetto a tutti i parametri somatici (statura, peso, età di comparsa dei caratteri sessuali secondari, età del menarca e delle prime eiaculazioni...), la deviazione standard rispetto alla media è, fisiologicamente, molto forte; l'adolescente si interroga sulla sua normalità e sul parere degli altri, e tende ad utilizzare il suo corpo sia per differenziarsi rispetto alle generazioni precedenti, sia per cercare una rassomiglianza rassicurante con i propri coetanei. P. Jeammet (1980, cit. Marcelli & Braconnier, 1994) riassume perfettamente il posto occupato dal corpo nella problematica dell'adolescenza: "il ricorrere al corpo è in adolescenza una via privilegiata di espressione. Il corpo è in effetti un caposaldo per una personalità che si cerca e che ha una immagine di sé ancora fluttuante. Fissando i confini, è un punto di incontro fra il dentro e il fuori... Il corpo è nello stesso tempo una presenza familiare ed estranea: è contemporaneamente qualche cosa che vi appartiene e qualche cosa che rappresenta l'altro, specialmente i genitori... Infine il corpo è un messaggio indirizzato agli altri. Contrassegna generalmente i rituali di appartenenza, specialmente attraverso la moda".

Nell'ambito della psicopatologia delle condotte centrate sul corpo, sembrano prevalere due tipi di difese:

- 1) Il bisogno di padronanza, che A. Freud ha descritto come comportamento ascetico dell'adolescente (Freud A., 1967) è legato al bisogno di mantenere il controllo sia sui fantasmi che sulle fonti di eccitamento pulsionale: "questo timore della pulsione ha carattere pericolosamente progressivo e può, dopo aver interessato i soli veri desideri pulsionali, arrivare a coinvolgere i bisogni fisici più semplici", nell'anoressia mentale l'ascetismo diviene estremo e quali caricaturale.
- 2) La regressione a fonti di soddisfazione pulsionale precedentemente abbandonate (regressione temporale), oppure da processi secondari a processi primari di pensiero (regressione formale), oppure da un livello di esigenze egoiche e superegoiche ad un livello di esigenze dell'Es (regressione topica). In adolescenza si possono osservare tutti i tipi di regressione, ma per ciò che concerne in particolare il corpo, si ammette che la regressione temporale (e in minor grado la regressione topica) siano particolarmente importanti in quanto di fronte all'emergere della sessualità il ritorno protettivo a scoppi pulsionali propri delle pulsioni parziali è frequente. Le alterazioni delle condotte alimentari occupano in questo ambito, un ruolo privilegiato: la frequenza di tali alterazioni in adolescenza esprime l'importanza dei punti di fissazione orali e della loro riattivazione in concomitanza alla recrudescenza pulsionale globale.

In adolescenza lo sviluppo psicosexuale dipende da una serie di fattori: organici, cognitivi, affettivi, relazionali e socioculturali (attinenti questi ultimi all'insieme delle modalità con cui la cultura e i gruppi di riferimento, famiglia e coetanei, permettono e promuovono l'elaborazione di questa fase di crescita).

Per ciò che riguarda i fattori cognitivi, la nuova capacità cognitiva di accedere allo stadio delle operazioni formali e di comprenderle permette di modulare le esigenze pulsionali attraverso l'astrazione, la simbolizzazione, la sublimazione, la razionalizzazione, etc.

Per ciò che riguarda i fattori affettivi e relazionali, ci sono tre punti essenziali da prendere in considerazione: l'immagine corporea (crf. Precedentemente), la scelta d'oggetto sessuale e l'identità sessuale.

Nella scelta d'oggetto sessuale sono preponderanti due elementi, l'organizzazione delle pulsioni parziali nell'ambito della pulsione genitale e la modulazione della messa a punto fra versante oggettuale e versante narcisistico. Questi due elementi si articolano in una serie di passaggi, tra i quali assume una particolare importanza il disinvestimento progressivo degli oggetti genitoriali, che è fonte di notevole difficoltà, come testimoniano le scelte d'oggetto a carattere incestuoso o il rifiuto di sé in quanto essere sessuato, come accade nell'anoressia; gli altri passaggi comprendono il passaggio dall'autoerotismo all'eterosessualità, con l'importanza assunta dalla fantasia associata alla condotta masturbatoria e la risoluzione della bisessualità.

Dalla necessità di affrontare questi passaggi e dalla loro difficoltà, le frequenti oscillazioni dell'adolescente: fra eterosessualità e omosessualità, fra attaccamento ai genitori e amore verso un nuovo oggetto, fra il gruppo e il singolo amico idealizzato, fra il primo amore e la relazione occasionale senza coinvolgimento affettivo...

L'identità sessuale struttura tutta l'organizzazione stabile dell'identità, che viene acquisita quando l'individuo è giunto ad identificarsi stabilmente con i suoi obiettivi, con le sue ambizioni, con la sua sessualità e con i suoi rapporti con il proprio sesso e con l'altro, sia sul piano collettivo e sociale che sul piano individuale ed etico. Così di fronte all'interrogativo "Che tipo di persona sono io?", i sentimenti che riguardano la mascolinità o la femminilità e le caratteristiche che ad essi sono associate, come l'attività e la passività, il dominio e la sottomissione, assumono un ruolo essenziale nella risposta.

Molte ipotesi aiutano a comprendere la frequenza dei disturbi alimentari in adolescenza; possono essere principalmente considerate le seguenti:

- La riattivazione della pulsione orale, legata ad un punto di fissazione difensivo, in relazione alla emergenza della sessualità genitale, nel quadro della regressione temporale già accennata; l'adolescente ritorna a modalità di soddisfazione già sperimentate nella sua infanzia e quindi non minacciose per il suo equilibrio psichico interno, ma questo comporta sessualizzazione della funzione alimentare;
- Il desiderio di impadronirsi, controllare e gestire in prima persona i propri bisogni corporei, nel quadro del processo di separazione-individuazione dalle figure genitoriali, con l'esplosione della conflittualità sul versante dell'alimentazione;
- La focalizzazione delle interazioni e del conflitto fra genitori e adolescente al momento del "pasto familiare", spesso considerato con avversione dagli adolescenti, avversione che deriverebbe dalla trasformazione della curiosità (tingeggiata da disgusto e invidia) nei confronti della scena primaria; poiché le funzioni alimentari sono sessualizzate, il pasto familiare assume un valore altamente simbolico, con spostamento della scena primaria alla scena familiare;
- Una intensa "fame di oggetti", ossia il bisogno adolescenziale di incorporare un gran numero di oggetti per soddisfare la propria ricerca identificatoria, che solitamente conserva il proprio carattere metaforico, ma che può, in presenza delle condizioni precedenti, trasformarsi nell'assunzione di cibo vera e propria; il bisogno di assumere cibo può costituire anche un modo per riempirsi, cioè una forma di lotta contro il vuoto e la depressione sottostanti. In questo contesto, quando viene meno il lavoro psichico di metaforizzazione e si verifica la concreta assunzione di cibo, tende ad attivarsi il timore della distruzione dell'oggetto, tanto più intenso quanto lo è il bisogno di incorporazione, che può spingere l'adolescente a controllare rigidamente la sua fame e a sviluppare comportamenti anoressici.

**c) In termini sistemici**, il processo dell'individuazione affettiva, per cui crescendo il ragazzo sposta i suoi investimenti affettivi fuori dalla famiglia d'origine e dalle figure che ad essa direttamente si collegano, è ciò che prepara all'adolescenza e che si completa nel corso di essa; la capacità di stabilire relazioni personali e significative inizia a proporsi tra gli 8 e gli 11 anni (Sullivan, 1972) e si sviluppa gradualmente coinvolgendo individui del proprio e dell'altro sesso, adulti al di fuori della famiglia, ecc.

Ciò che viene messo alla prova da questo processo di individuazione tuttavia, non è solo l'organizzazione psicologica dell'individuo adolescente, ma anche l'organizzazione psicologica dell'intero suo nucleo familiare, che deve essere in grado di modificarsi e di adattarsi alla nuova situazione che sta maturando. In questa chiave di lettura, infatti, l'adolescenza di un figlio corrisponde non solo ad una fase del ciclo vitale dell'individuo, ma ad una fase del ciclo vitale della famiglia.

Haley (1976), affrontando il discorso della crisi adolescenziale e delle patologie che insorgono nel corso di essa, parla di "emancipazione dei genitori dai figli", sottolineando come la "criticità" di tale fase non riveste soltanto l'ansia e l'incertezza con cui l'adolescente affronta il proprio cambiamento, ma anche, e spesso soprattutto, l'ansia e l'incertezza con cui il resto della famiglia, e segnatamente la coppia genitoriale, guarda a questo cambiamento come al preludio della separazione dal figlio.

La maggior parte delle crisi familiari si verificano quando qualcuno entra nella famiglia oppure la lascia; la peculiarità di questa fase è che la composizione della famiglia non cambia, ma devono necessariamente cambiare i rapporti all'interno di essa; in questa chiave di lettura, la "crisi adolescenziale" può essere riletta come "una lotta per mantenere le vecchie posizioni gerarchiche all'interno del sistema familiare". Ad es., una madre può essere in difficoltà quando la crescita della propria bambina la induce a percepirla come una rivale, e il padre trovarsi in difficoltà in quanto preso nel mezzo tra queste due donne; ugualmente, un padre può essere in difficoltà quando la crescita del figlio lo pone di fronte ad un altro maschio adulto; ulteriori problemi possono derivare dalla necessità dell'adolescente di adeguarsi ad un mondo esterno che può apparire spesso fortemente discontinuo con quello familiare: per i genitori c'è una linea

spesso difficile da tracciare che separi i comportamenti da guardarsi bonariamente come tipici dell'età e quelli per i quali preoccuparsi (ad es., le diete!).

Il superamento di questo periodo come un normale stadio del ciclo vitale dipende in gran parte da come i genitori stessi hanno concluso il loro processo di individuazione e di svincolo, cioè dalla loro capacità di tollerare l'individuazione e lo svincolo del figlio (Cancrini, 1988 e 1992); il problema è che il figlio deve separarsi dalla famiglia, ma deve al tempo stesso mantenere i suoi legami con essa (Haley, 1976), cosa che può essere ottenuta solo cambiando le modalità di rapporto; là dove questo cambiamento è percepito come una rottura, avverrà il blocco evolutivo (dell'individuo e della famiglia) e la crisi, oppure la rottura definitiva.

Ancora, questo periodo in cui la coppia genitoriale inizia a constatare come la progressiva autonomizzazione del figlio, che ha sempre meno bisogno dei genitori e occupa loro sempre meno tempo, lasci spazi sempre maggiori alla coppia coniugale, per cui i partner si rendono conto che prima o poi resteranno soli, uno di fronte all'altro; nei casi in cui la coppia ha mantenuto la propria stabilità grazie alla funzione genitoriale e ha comunicato per lungo tempo solo sui figli e attraverso di essi, i due partner possono trovarsi a percepire di non avere nulla da dirsi né da condividere, e per ciascuno dei due si evocano i fantasmi della vecchiaia e della solitudine; il rapporto matrimoniale può entrare in crisi, con conseguenze diverse.

Non necessariamente per tutti i figli di una coppia le cose vanno nello stesso modo; in molti casi genitori che hanno visto altri figli allontanarsi uno dopo l'altro senza risentirne, si trovano improvvisamente in difficoltà quando è la volta di un determinato figlio che, in genere, ha avuto un'importanza particolare nella relazione matrimoniale; può essere stato il figlio mediante il quale i genitori comunicavano più spesso tra loro o quello che essi sentivano più bisognoso di aiuto e che li teneva uniti nella comune preoccupazione del prendersi cura di lui.

Ne segue che i problemi in questa fase possono emergere come sintomi a livello sia del figlio che della coppia, anche se è in realtà molto più frequente che il figlio sia designato come paziente molto più spesso dei genitori, per la complessità della maturazione adolescenziale, per la fragilità dell'adolescente stesso in questa fase, per la facilità con cui determinati comportamenti del giovane possono essere stigmatizzati o considerati "anomali", per la tendenza dell'adolescente ad instaurare un braccio di ferro proprio sui comportamenti disapprovati dai genitori (Cancrini, 1988 e 1992).

Quando i genitori e il figlio non riescono a tollerare l'angoscia della separazione, questa minaccia può essere scongiurata se il figlio ha qualcosa che non va e sviluppa un sintomo che lo limita socialmente in modo tale da poter restare all'interno della famiglia; i genitori possono continuare ad avere una fonte di preoccupazione che alimenti il loro rapporto, il figlio non deve affrontare i conflitti di lealtà che l'autonomizzazione gli imporrebbe.

L'angoscia della separazione nell'ambito delle "famiglie psicosomatiche" è un fattore essenziale nello sviluppo e nel mantenimento delle emergenze sintomatiche; essa ci appare, fenomenologicamente, con l'incapacità di queste famiglie di tollerare il conflitto e la loro tendenza a spegnerlo sul nascere del suo manifestarsi (Minuchin et al., 1980, Onni et al., 1985); l'impossibilità di accedere al conflitto aperto ed esplicito diviene ovviamente particolarmente castrante e frustrante per il figlio adolescente, spesso quindi portato ad esprimere il proprio disagio attraverso il muto linguaggio del corpo; nella quasi totalità dei casi, la giovane anoressica e la sua famiglia appaiono concordi nell'affermare che l'unico motivo di contrasto tra figlia e genitori è il cibo, e che se non fosse per quello, per i genitori la ragazza sarebbe una "figlia perfetta" di cui loro "potrebbero fidarsi ciecamente", e per la figlia "non ci sarebbe nessun motivo di litigare con mamma e papà".

Queste famiglie ci appaiono permeate di miti di unità a tutti i costi, che occultano fantasmi di rottura e di dissoluzione della famiglia in caso di separazione dei suoi membri, fisica e metaforica, che di fatto ostacolano, rendono difficile o impediscono del tutto (nei casi più gravi) l'individuazione dei figli, da cui deriva la profonda angoscia del conflitto e della separazione di cui sopra, e che particolarmente nelle fasi di passaggio del ciclo vitale familiare possono indurre emergenze sintomatiche a livello corporeo (crf. Successivamente).

Stierlin (1988) propone i modelli transazionali (o scenari) di legame e di rifiuto, e del processo di delega quali dinamiche costituenti una cornice all'interno della quale valutare come viene danneggiata l'individuazione del figlio in famiglie con pazienti psicosomatici.

Il prevalere di un modello transazionale di legame, che sembra essere peculiare delle famiglie con paziente anoressica, può condurre al ritardo o addirittura all'impedimento dell'individuazione del figlio; secondo Stierlin il legame può operare a tre differenti livelli:

- Un livello principalmente affettivo (livello dell'Es), nel quale i bisogni di dipendenza del figlio sono utilizzati e manipolati; il legame a livello dell'Es implica frequentemente una massiccia gratificazione regressiva che favorisce una disposizione dipendente e passiva o persino simbiotica, così come osserviamo spesso nei disturbi psicosomatici che coinvolgono il tratto digerente (es., coliche ulcerose) e nell'anoressia mentale;
- Un livello principalmente cognitivo (livello dell'Io), nel quale il genitore (o i genitori) che mette in atto il legame sostituisce il proprio Io con le sue distorsioni all'Io del figlio e alle sue capacità di discriminazione; il legame al livello dell'Io comporta un processo di mistificazione attraverso doppi messaggi, per cui un figlio dipendente e mistificato diviene spesso confuso e incapace di intraprendere correttamente i propri segnali interni;
- Un terzo livello, nel quale sono incoraggiati e utilizzati i bisogni di fedeltà (livello del Super-Io); il legame al livello del Super-Io induce nel figlio lo sviluppo di un forte senso di lealtà e dell'obbligo, da cui deriva un intenso senso di trasgressione e di colpa ogni volta che tenta di separarsi nei pensieri e nei sentimenti così come nelle azioni; questi sensi di colpa, continui e insistenti, per ogni mossa di separazione rinchiodano il figlio nel ghetto familiare e, in più,

possono contribuire a stili di vita autodistruttivi ed ipereccitati, come accade ad es. nei pazienti sofferenti di tireotossicosi e nell'anoressia mentale.

Nel modello del rifiuto, che sembrerebbe più vicino alle situazioni di bulimia, il figlio è rifiutato e trascurato, quasi espulso dalla famiglia, ciò che può predisporre a disturbi psicosomatici in vari modi; in esso accade che:

- Nelle fasi critiche dello sviluppo, il ragazzo difetti di interesse vitale, di stimolo; questo può dar luogo ad un'estrema rabbia orale, a frustrazione e a bisogni di rifugio e di contatto che durano tutta la vita;
- C'è una tendenza centrifuga a scappare rapidamente dalla famiglia in una prematura pseudo-indipendenza, con squilibrio dell'individuazione;
- Il figlio rifiutato tende a perdere il sentimento di importanza di sé e anche la capacità di preoccuparsi e di provare lealtà e colpa; questa mancanza può portare la persona ad un senso di autodistruzione oppure a rifugiarsi in una ipercompensatoria (narcisistica) ricerca di importanza di sé.

Le dinamiche di lealtà e di rifiuto si intrecciano con i processi di delega, che pure interferiscono frequentemente con l'individuazione del figlio; "delegare" significa da un lato demandare un compito, dall'altro vincolare con esso, ed essenziale in questo è la lealtà che lega insieme delegante e delegato.

Entro certi limiti la delega è un processo relazionale necessario e legittimo, attraverso il quale il figlio riceve punti di riferimento attraverso i doveri da adempiere, ma questo processo può subire distorsioni, principalmente per tre motivi:

- Compiti difficoltosi possono sovraccaricare il figlio perché incompatibili con le sue capacità, risorse e bisogni appropriati all'età, conducendo inevitabilmente a sentimenti di insufficienza e di incapacità personali, ciò che accade invariabilmente nelle situazioni di anoressia;
- Compiti diversi e contrastanti che provengono da uno o da entrambi i genitori possono spingere il figlio in un conflitto di compiti, come accade, ancora una volta, assai spesso nell'anoressia mentale, in cui la paziente sembra voler rispondere ad aspettative sia del padre che della madre, producendo quello che viene definito "triangolazione a pendolo" (cfr. successivamente);
- In quest'ultimo caso il figlio non può sfuggire al senso di colpa che deriva dal conflitto di lealtà, dal momento che per soddisfare uno dei due genitori deve inevitabilmente tradire e deludere l'altro.

E' evidente come le dinamiche di legame, di rifiuto e di delega possano produrre difficoltà che si evidenziano soprattutto nel periodo adolescenziale, caratterizzato dalla necessità per l'adolescente di procedere verso l'autonomia e l'identità tollerando e interiorizzando i conflitti e cercando attivamente relazioni e valori al di fuori della propria famiglia di origine, e talvolta in aperto contrasto con essa.

Secondo la Selvini (1988; Selvini et al., 1988) il sintomo anoressico può emergere soltanto al punto di confluenza di un consistente numero di fattori, raggruppabili in due categorie fondamentali:

1. fattori specifici della cultura occidentale
2. modalità organizzativo-evolutiva delle interazioni familiari.

Per ciò che concerne i fattori socio-culturali, secondo la Sellini il comportamento anoressico, in quanto sciopero della fame (mascherato), sembra potersi sviluppare là dove :

- a. il cibo è abbondante e offerto (se non addirittura imposto) a profusione (come testimoniato dalla diffusione dell'anoressia nelle società opulente e dalla sua assenza in quelle sottosviluppate);
- b. la magrezza è di moda, fattore che paradossalmente si accoppia, nelle società industrializzate, proprio con la disponibilità di cibo, e che assume una particolare rilevanza proprio in adolescenza, quando diviene centrale la forma del copro per sentirsi accettati dal gruppo sociale;
- c. il benessere dei figli è un imperativo centrale nella famiglia; nelle società sottosviluppate non ha l'importanza culturale che ha nelle società industrializzate; "in quelle culture ci sono ancora bambini che rubano la marmellata, mentre nella nostra cultura ci sono bambini che vengono supplicati di mangiarla. E' solo nella seconda situazione, ovviamente, che diviene naturale fare il gioco del "non mangiare la marmellata";
- d. la dipendenza dei figli dai genitori, e perciò la loro responsabilizzazione, viene enormemente dilazionata rispetto al ciclo vitale, il che rende anche socialmente difficile, ai genitori di questa cultura, restituire per tempo ai figli la responsabilità di se stessi.

Ovviamente per la Sellini questi fattori non causano la sindrome anoressica in adolescenza, ma colludono con altre dinamiche a causarla e a produrne la manifestazione in età adolescenziale. Ciò che appare centrale per questa autrice è il gioco relazionale che si instaura nella famiglia dell'anoressica, che prende inizio dal conflitto di coppia e che vede la figlia futura anoressica coinvolta in esso con diverse modalità (cfr. Successivamente), schierata o dalla parte dell'uno o dalla parte dell'altro; è in fase adolescenziale che la maturazione, cognitiva, ma soprattutto sessuale ed emotiva, fa sì che la figlia si renda conto della mistificazione di cui è stata vittima, e, incapace di abbandonare il campo del gioco familiare, comincia a parteciparvi attraverso la "mossa" del sintomo anoressico, che contemporaneamente, a ambiguità, lo denuncia e lo conferma,

esprimendo ad un tempo il desiderio di protesta e di autonomia e la voglia di vendetta, che, in quanto tale, le impedisce di sganciarsi da questa interazione ridondante e patologica.

### 1.3 – Perché il sesso femminile?

E' un dato ormai acquisito che la stragrande maggioranza delle pazienti con disturbi del comportamento alimentare sono donne; il perché accada questo è in realtà ancora terreno di speculazione. Le ipotesi più fondate in questo ambito provengono dalla psichiatria sociale (cfr. Gordon, 1991 e Catina e Kachele, 1993), secondo le quali l'anoressia, come l'isteria nel secolo scorso, esprimerebbe a livello sintomatico le contraddizioni presenti nell'identità femminile nelle società contemporanee, nonostante la natura dei problemi della donna sia molto cambiata dall'Ottocento ad oggi. Diversamente dall'isterica, l'anoressica, pur tendendo all'assunzione del ruolo di malata, non simula un disturbo fisico, ma altera l'apporto di cibo e assume un atteggiamento ossessivo nei confronti della forma e del peso del proprio corpo.

Anoressiche e bulimiche usano la preoccupazione per la magrezza, divenuta endemica nelle società industrializzate insieme alla sempre maggiore disponibilità di cibo, come una difesa che permette di negare, o quantomeno di controllare, un disagio interiore intollerabile, che ruota intorno alle problematiche dell'identità, e specificamente dell'identità di genere; la tendenza alla cura del proprio corpo e il desiderio di uniformarsi agli standard di bellezza sarebbero le caratteristiche peculiari del sesso femminile che influenzerebbero la prevalenza di questi disturbi.

Analogamente all'isteria, anoressia e bulimia sarebbero una maniera "alla moda" di acquisire unicità tramite devianza (pochi anni fa in una famosa, e strapagata, intervista televisiva Diana Spencer "confessò" pubblicamente di essere stata anoressica e bulimia per un lungo periodo di tempo), e, come l'isteria, contemporaneamente attraggono e ripugnano nella loro "spettacolarità". E' interessante notare come questo aspetto differenzi enormemente le "prime" anoressiche con cui si confrontavano la Bruch e la Selvini, che cercavano, attraverso l'anoressia, qualcosa che conferisse loro un'identità attraverso l'unicità e la peculiarità del loro malessere, da quelle successive e odierne, che talora confessano di essere diventate anoressiche allo scopo di imitare un'amica o un personaggio famoso, oppure di aver voluto "provare" l'anoressia dopo averne letto sui giornali o sentito parlare in televisione, quasi a cercare di acquisire un'identità attraverso il senso di appartenenza ad un gruppo.

Secondo la Bruch (1994) la maggioranza di femmine rispetto ai maschi anoressici potrebbe essere dovuta al fatto che è insolito che il maschio instauri con la madre un rapporto di dipendenza quanto la femmina: "è possibilissimo che il caratteristico attaccamento schiavesco del bambino alla madre sia più atto a svilupparsi nelle figlie e anche gli sforzi di risolvere i problemi psicologici attraverso la manipolazione del corpo sono considerati tipicamente femminili. Probabilmente è insolito che un ragazzo resti impigliato in questa rete. Inoltre, la pubertà sommerge il maschio, anche se ha questo tipo di attaccamento alla madre, sotto una tale ondata di nuove potenti sensazioni di una più aggressiva autoconsapevolezza da rendere possibile una autoaffermazione di cui non era stato capace nella prepubertà".

Secondo i Kestenberg e Decobert (1974) un dato importante nelle situazioni di anoressia è costituito dall'osservazione che la madre, rispetto al suo sentimento di solitudine, al proprio senso di castrazione (inteso, sia per ciò che riguarda la propria vita, che per ciò che riguarda il proprio matrimonio), investe la figlia economicamente come un elemento di compiutezza narcisistica molto più che come un oggetto edipico di sostituzione, prendendola come "la propria migliore amica" (ciò che peraltro viene spesso dichiarato esplicitamente e portato a testimonianza del buon rapporto madre-figlia); questa dinamica sarebbe molto più "facile" con una figlia femmina che con un figlio maschio; a conferma di questa ipotesi, questi autori propongono un caso clinico di anoressia maschile in cui era accaduto proprio questo, ossia il figlio maschio era stato preso dalla madre come "la sua migliore amica" (testualmente), ed era stata negata ogni differenza di sesso tra loro, a partire dal momento in cui l'assenza del marito la lasciava castrata, non essendoci realmente posto per qualcuno di un altro sesso nella sua vita.

I Kestenberg e Decobert propongono che un edipo mal elaborato delle madri, colludendo con la tendenza dei mariti a lasciarsi “maternizzare” (cfr. successivamente), non permetta a queste donne di trovare nel rapporto di coppia la sicurezza necessaria a calmare la loro angoscia di castrazione e a trovare una compitezza narcisistica, le cui lacune colmano attraverso le figlie, che diverrebbero così estensioni del proprio sé.

Da un altro punto di vista, è interessante, in quanto parzialmente esplicativa, la constatazione della Selvini (Selvini et al., 1988): “ La struttura familiare del tossicodipendente e quella dell’anoressica sono di una somiglianza impressionante, però questo è anche dovuto al fatto che sono tipi di famiglia molto comuni. Anche qui siamo quindi in presenza dell’imporsi di una moda, cioè sono due organizzazioni familiari che si scontrano con due enormi informazioni entrate nella cultura. In uno è la moda twiggy, cioè della donna grissino, e nell’altra è il fatto che tra i nostri preadolescenti e adolescenti, se uno non ha provato almeno un po’ di spinello non è un uomo, non è un fusto. Entrano quindi in famiglia delle mode estremamente provocatorie, ed è nel contesto di un certo tipo di organizzazione familiare, e solo con questa condizione, che l’adolescente resta impigliato, perché attorno a lui ci sono tutti questi “errori di risposta” all’informazione adolescenza di cui è portatore”; intuibilmente, la costellazione familiare-individuale che conduce l’anoressica al suo digiuno sarebbe quindi la stessa che conduce il ragazzo tossicodipendente verso la droga.

Questa ipotesi, avanzata anche da alcuni autori ad indirizzo psicodinamico sulla scorta di una evidenziata regressione orale che accomuna entrambe queste categorie di pazienti, e da molti clinici che hanno rilevato come, specie nelle pazienti bulimiche, possano spesso essere presenti entrambi i comportamenti, ha trovato una conferma indiretta in un lavoro sperimentale di Cancrini et al. (1992), in cui è risultato chiaro come la differenza rilevata in tutti gli studi epidemiologici fra percentuali di uomini e donne tossicomani (nettamente superiore quella degli uomini) dipenda quasi esclusivamente da tossicomani con un’organizzazione di personalità di tipo Borderline o francamente psicotico, con enormi problemi, quindi, in fase di svincolo, all’interno di famiglie in cui si rilevano alti livelli di mistificazione e di messaggi paradossali e incongrui utilizzati allo scopo di non definire le relazioni. Questa constatazione spiegherebbe quindi, almeno in parte, il perché di una tale maggioranza di donne anoressiche rispetto agli uomini.

Esistono tuttavia, anche se in numero molto ridotto, anoressici e bulimici maschi che, per quanto riguarda la presentazione clinica, mostrano forti somiglianze con le pazienti femmine, anche se si tende a ritenere che i loro disturbi siano in realtà più gravi in relazione al fatto che manifestano un comportamento di ruolo sessuale atipico; l’età di insorgenza sembra essere mediamente più bassa che nelle femmine, collocandosi prevalentemente nel periodo puberale preadolescenziale.

Una percentuale significativa degli anoressici osservati manifesta apertamente conflitti di identità sessuale esprimendo, a differenza delle donne affette dagli stessi disturbi, conflitti relativi all’omosessualità; ci sono dati che sembrano indicare che la prevalenza di casi di disturbo alimentare nelle comunità gay maschili sia superiore che fra i maschi eterosessuali, presumibilmente in relazione al fatto che fra gli omosessuali maschi, particolarmente tra quelli che assumono un ruolo “femminile”, la preoccupazione per l’aspetto fisico è maggiore che tra i maschi eterosessuali; verosimilmente, tuttavia, rimane centrale la questione dell’identità sessuale, con le sottese problematiche riguardanti l’autonomia e la dipendenza, nonché l’autostima legata alla propria identificazione sessuale (Gordon, 1991).

Di fronte al rifiuto di alimentarsi in un adolescente maschio è necessario in prima istanza escludere la presenza di altri disturbi psichiatrici specifici (di tipo ipocondriaco, ossessivo, paranoie, schizoide o depressivo), che possono essere alla base di anoressia secondaria (Bruch, 1994) o di pseudoanoressia (Selvini, 1995) e/o precedere un esordio schizofrenico; i casi che la Bruch ha indicato come “atipici” e la Selvini come “pseudo-“, presentavano un dimagrimento ed un rifiuto del cibo che però erano legati a tematiche che non riguardavano l’immagine corporea: ad es., il rifiuto del cibo aveva finalità di espiazione, oppure era legato ad idee di dissoluzione corporea, oppure a intense paure che l’inghiottire avrebbe avuto conseguenze deleterie per il corpo, oppure a forti dolori epigastrici e a vomito non autoprovocato ma privo di cause organiche, etc.; il tratto comune a questi pazienti risiederebbe nel loro desiderio di cibo, generalmente da loro ammesso

liberamente, e nella impossibilità dolorosa di assumerlo, oltre all'assenza di preoccupazioni per l'essere soprappeso (anzi, talora c'è intensa preoccupazione di essere sottopeso e di aver nuociuto al corpo, ma l'impossibilità a nutrirsi persiste lo stesso).

Nei quadri di anoressia mentale primitiva (Bruch, 1994) si trova, nei maschi come nelle femmine, come motivo di fondo l'implacabile ricerca della magrezza e contemporaneamente la difesa della propria emaciazione, attraverso la negazione del proprio stato e l'ostinata asserzione di stare benissimo. Come accade nei casi di sesso femminile, la sindrome si verifica in giovani tranquilli, studiosi e che ottengono buoni risultati nello studio e nello sport, ma la cui bravura corrisponde ad una facciata, espressione di obbedienza invece che di uno scopo spontaneamente scelto; come le anoressiche donne, appaiono ambiziosi, iperattivi e perfezionisti.

In tutti i casi riportati dalla Bruch la malattia comincia con una dieta effettuata allo scopo di perdere peso in quanto il ragazzo si sente "troppo grasso"; raggiunto il peso previsto, sono colti dal timore di tornare ad essere "troppo grassi", e così si avvia la spirale dell'anoressia, fino a perdite di peso ingenti. Dietro al tentativo di dimagrire c'è l'aspettativa di risolvere tutti i problemi di insicurezza, insufficienza e di inadeguatezza percepiti dal ragazzo, che si presentano con particolare urgenza in genere a seguito di un improvviso cambiamento intervenuto nella sua vita: in tutti i casi descritti dalla Bruch (ma anche in un caso visto direttamente da che scrive) l'esplosione dell'insicurezza e della sintomatologia anoressica o bulimia è preceduto da un cambiamento di ambiente sociale, sia inseguito ad un trasloco, sia per l'ingresso in una nuova scuola, per un campeggio estivo o per l'entrata in una scuola-convitto; sempre elogiati per la loro bravura da genitori, maestri e compagni, avvertono che il cambiamento minaccia la loro posizione e temono di non poter godere dello stesso prestigio nel nuovo ambiente. A questo punto scatta il disturbo alimentare.

Secondo la Bruch, l'unica differenza con le pazienti anoressiche sta nell'età di insorgenza più precoce, precedendo lo sviluppo sessuale; ella ipotizza che l'interruzione dei legami con i coetanei (attraverso i quali il ragazzo prepubere sviluppa il suo concetto di sé e del proprio valore) proprio nella preadolescenza si dimostra tanto più gravemente traumatica per questi ragazzi in quanto le loro prestazioni elevate erano frutto di uno sforzo continuo al di là del quale sentono di non poter andare.