

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

35.

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 NOVEMBRE 2017

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE **SANDRA ZAMPA**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Zampa Sandra, <i>Presidente</i>	2		
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SALUTE PSICOFISICA DEI MINORI			
Audizione della dottoressa Laura Dalla Ra- gione, psichiatra e psicoterapeuta, Diret- trice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presi- denza del Consiglio dei Ministri e Presi- dente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP):		Dalla Ragione Laura, <i>psichiatra e psicote- rapeuta, Direttrice della Rete disturbi com- portamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Pre- sidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)</i>	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Zampa Sandra, <i>Presidente</i>	2, 4, 5, 6, 8, 11	Mattesini Donella	6
Blundo Rosetta Enza	5, 6, 7, 10	Prina Francesco	5, 7, 9
D'Incecco Vittoria	7	Valdinosi Mara	8
		ALLEGATO 1: Slide sui disturbi del compor- tamento alimentare dell'infanzia e preadolescenza	12
		ALLEGATO 2: Testo integrale dell'intervento della dottoressa Laura Dalla Ragione	51

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE
SANDRA ZAMPA

La seduta comincia alle 14.10.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione della dottoressa Laura Dalla Ragione, psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla tutela della salute psicofisica dei minori, l'audizione della dottoressa Laura Dalla Ragione, che ringrazio molto per essere qui con noi oggi.

Laura Dalla Ragione è una psichiatra e psicoterapeuta, dirige la Rete disturbi comportamento alimentare dell'Azienda sanitaria 1 dell'Umbria, è direttrice del numero verde SOS della Presidenza del Consiglio dei ministri, ed è presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso. A lei po-

tremo rivolgerci anche noi alla fine di quest'audizione.

Do la parola a lei, dottoressa, e di nuovo le rivolgo un ringraziamento per essere qui. Le chiederei, se possibile, di restare nei quindici minuti, in modo che i colleghi possano rivolgere delle domande. A lei la parola.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Sono molto contenta di quest'audizione, perché è un tema che noi stiamo dibattendo, questo dei disturbi alimentari della prima infanzia, sia con le società italiane di pediatria sia con le società italiane di neuropsichiatria dell'adolescenza.

Il problema principale, il fatto nuovo degli ultimi cinque anni, è che c'è un abbassamento dell'età di esordio dei disturbi alimentari, quindi abbiamo bambini di 8-10 anni che si ammalano di anoressia e bulimia. Questo è un fenomeno che non si verificava, se non raramente, fino a cinque anni fa, e che invece oggi vediamo con grande frequenza e ci pone grandi problemi. Ovviamente, intervenire su una bambina o su un bambino – riguarda anche i maschietti – con un problema di anoressia, quindi un grave stato di malnutrizione, ci produce poi dei grossi problemi sul piano proprio del progetto terapeutico.

Di disturbi alimentari infantili in realtà ce ne sono diversi. Sono stati ormai classificati, ma ripeto che il fatto nuovo è che sono in grande aumento. Il cibo è diventato un nemico per gli adolescenti, ma anche per i bambini. Ed è difficile distinguere nel

bambino piccolo, sotto i 10 anni in particolare, la patologia dalla normalità.

Abbiamo una serie di dati che riguardano il 10 per cento, essenzialmente, della popolazione malata in questo momento in Italia, intorno ai 3 milioni di persone, quindi sono numeri importanti. Il 10 per cento è sotto i 14 anni. Stiamo parlando di una popolazione di 300.000 bambini e bambine sotto i 14 anni.

È difficile intercettarli, perché purtroppo i pediatri non sono ancora così esperti, non immaginano che, se una bambina o un bambino non mangiano, lo facciano volontariamente perché vogliono dimagrire, quindi perché hanno già un'ossessione importante.

Le complicanze fisiche di queste patologie sono grandi. Nel giro di sei mesi, per esempio, si instaura l'osteoporosi, anche in una bambina di 10 anni, e si blocca l'accrescimento osseo. L'intervento precoce è importantissimo. Purtroppo, ripeto che il ritardo nella diagnosi è molto frequente. Perché è difficile?

La bambina non dice che non vuole mangiare perché vuole dimagrire. Dice, normalmente, che non ha fame, che non le va. Questo va distinto da una normale depressione o da altri tipi di disturbi.

La ricerca multicentrica che abbiamo svolto è stata finanziata dal Ministero della salute e ci ha fatto vedere già quattro anni fa che il problema era in grande aumento. Abbiamo lavorato con strutture — poche, come poi dirò — che si occupano di disturbi sotto i 14 anni. Questa, tra l'altro, è una delle proposte, cioè si tratta di creare un osservatorio per capire che cosa sta succedendo e forse anche di rilanciare una ricerca nazionale, perché quella precedente diede dei frutti abbastanza importanti.

Vado velocemente avanti per dire che un altro disturbo molto grave è quello della selettività dell'alimentazione.

Questo è un disturbo che si vedeva anche prima. Il 20 per cento dei bambini ha delle restrizioni, delle selezioni, ma oggi ci sono delle strutturazioni per cui i bambini cominciano, ad esempio, a mangiare solo cose bianche, solo semiliquidi, fino a 10-12 anni, e questo è il fatto nuovo. Un 20 per

cento di bambini che seleziona è abbastanza normale fino ai 4 anni, ma dopo, se il comportamento si struttura in modo rigido, vuol dire che sta succedendo qualcosa.

In questo senso, c'è un fiorire di selettività e neofobia, nel senso che l'introduzione di cibi nuovi è molto difficile oggi per i bambini. I bambini tendono a mangiare tre, quattro, cinque alimenti, e farli cambiare è diventato complicato, anche perché c'è meno cura nell'alimentazione. I bambini spesso mangiano da soli, mangiano a scuola, e quindi poco cibo cucinato e molto già preparato. Ciò è legato, ovviamente, agli stili di vita dei genitori, e dunque è chiaro che certi comportamenti ne risultano molto favoriti.

L'eziopatogenesi è importante perché il disturbo selettivo non trattato può determinare nell'adolescenza un'anoressia nervosa. È un altro lavoro che stiamo facendo, e la proposta è quella di pensare a una formazione per i pediatri su questo tema, perché ripeto che ancora non sono così esperti nel riconoscimento di certe patologie.

Abbiamo una mappa con la distribuzione dei servizi italiani. C'è il sito del Ministero della salute. Sembrano tanti, questi servizi, ma non lo sono. Soprattutto, la maggior parte delle strutture non accoglie bambini sotto i 14 anni. Le strutture riabilitative che accolgono i pazienti sotto i 14 anni sono quattro. La maggior parte accoglie solo adolescenti sopra i 16 anni.

La nostra rete di servizi è abbastanza completa, ma purtroppo in moltissime regioni — torno indietro — e anzi nella metà delle regioni italiane non ci sono reti complete. In alcune, come la Sardegna, il Molise, non c'è nulla, ma anche in Puglia. Il sud è veramente in questo momento un grosso problema, tant'è che c'è una migrazione verso il nord e verso il centro, e questo espone le famiglie a grossi stress, perché cominciano a fare 7-800 chilometri per far curare i loro bambini. Questo è sicuramente un elemento importante.

Vi mostro l'eziopatogenesi per farvi capire che anche qui bisognerebbe impostare delle campagne di prevenzione. Al di là dei

fattori di rischio oggettivi (la genetica, sicuramente fattori familiari, come genitori, molti, con tendenza a un certo tipo di alimentazione *fitness*, ma anche caratteristiche personologiche dei bambini che possono predisporre), ci sono alcuni fattori patologici che possono favorire, come il diabete di tipo 1 e la celiachia. Chiaramente, infatti, questi abituano il bambino a selezionare. Sicuramente, nei pazienti con diabete o celiachia è più favorito il disturbo alimentare.

Quello che voglio dire, però, è che i fattori di rischio importanti sono in realtà quelli culturali. Il modello della magrezza è diventato un fattore importantissimo.

Teniamo conto che c'è una serie di studi, fatti tra l'altro proprio con dei *cartoon* che anche noi utilizziamo, in cui giudizi stereotipati rispetto alle forme corporee compaiono intorno a cinque anni. I bambini già identificano la figura magra come quella migliore, come quella più buona, come quella più intelligente, già a cinque anni. Capite che è difficile poi da adulti, adolescenti, modificarla.

Tra l'altro, questo determina un altro fatto importante: l'aumento dell'obesità infantile. L'Italia è il primo Paese in Europa per l'obesità infantile. Abbiamo superato la Grecia e la Spagna, ci sono regioni, come la Campania, la Puglia, la Basilicata, che hanno il 35 per cento di obesità infantile. Questo che cosa determina?

Essendoci questa forte idealizzazione del corpo magro, il bambino grasso viene bullizzato sempre, massacrato nelle scuole. Una delle caratteristiche del bullismo nelle scuole oggi è quella relativa al peso. Il bambino o la bambina sovrappeso o obesa viene bullizzato sempre. Tutte le nostre pazienti ce lo raccontano, ce lo riferiscono.

Vedete che qui c'è un *test* molto carino, fatto con Mickey Mouse: l'immagine grassa è scelta come amico solo dal 16 per cento dei bambini; l'immagine magra dal 40 per cento. Qui stiamo parlando di bambini intorno ai cinque anni. Già a quell'età c'è una caratterizzazione.

Queste, per esempio, sono evidenze che ci fanno capire che è necessario intervenire molto precocemente su questi giudizi ste-

reotipati già con campagne di prevenzione. Noi le stavamo facendo fino a poco tempo fa nelle scuole superiori, ma vanno fatte prima, perché tutto il modello culturale si struttura molto prima. Questo è importante, proprio perché c'è un aumento dell'obesità, dell'insoddisfazione corporea. Questo determina un lavoro importante da fare sia sui disturbi alimentari sia sull'obesità. Le campagne di prevenzione oggi vengono immaginate come fatte insieme.

Un altro elemento importante è che nei bambini di quella fascia di età il disturbo alimentare si instaura anche come evento post-traumatico. Abbiamo visto anche in Umbria e nelle Marche, come in Abruzzo, nel 1997, dopo il terremoto, un aumento di disturbi alimentari. In questo momento, il disturbo alimentare si manifesta anche proprio come disturbo post-traumatico da *stress*.

È una variazione rispetto alla patologia adolescenziale infantile di 10-15 anni fa, che poteva manifestare allora un disturbo depressivo, mentre oggi si manifesta più facilmente, soprattutto se la bambina è femmina, come disturbo alimentare.

L'indicazione è quella di intervenire precocemente con campagne di prevenzione e migliorare i servizi per l'infanzia e la pre-adolescenza che si ammalano di queste patologie.

PRESIDENTE. La ringrazio molto, dottoressa, anche per la capacità di trasmetterci un forte messaggio in così poco tempo.

Colpiscono molto, questi dati, soprattutto per l'abbassamento dell'età. In effetti, se un comportamento si instaura a cinque anni, diventa ben difficile immaginare di correggerlo e di combatterlo.

Forse potrebbe essere utile una parola in più proprio sul modello veicolato dalla madre, dalla televisione.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimen-*

tare e del peso (SIRIDAP). Noi avevamo fatto, nel 2014, una campagna col Ministero della salute proprio sulla prevenzione che riguardava quattro aree. Questi messaggi vengono veicolati, infatti, in quattro aree principali.

La prima è la famiglia, ovviamente; la seconda è la scuola; la terza è la *diet industry*.

PRESIDENTE. In che senso la scuola, nel senso degli insegnanti? Non credo.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. A scuola vengono veicolati nel gruppo dei pari. Le faccio un esempio.

Il bambino obeso o grasso viene deriso, bullizzato, e non vengono ripresi i compagni che lo fanno. Questo è il problema generale del bullismo, ma in particolare per questo c'è proprio una forma di tolleranza, perché evidentemente si pensa che non sia così grave.

PRESIDENTE. Delle scuole elementari ricordo un libro, per me infatti indimenticabile, sulla storia di Ciccio Pappo, uno che diventava grasso, a cui saltavano i bottoni della giacchetta. L'idea era che comunque sul grasso si fanno delle battute, così come anche su uno eccessivamente magro, ma in particolare sul grasso.

È cambiato qualcosa, nel senso che è molto peggio?

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. È molto peggio. Rispetto alla battuta al ragazzino ciccietto che veniva deriso con la battuta sim-

patica, oggi c'è proprio una fortissima irrisione, svalutazione, con anche una forte aggressività.

A parte lo sviluppo del bullismo, che rappresenta un grande problema — tutte le storie delle nostre pazienti riferiscono una storia di bullismo — sicuramente c'è una maggiore enfasi su quest'aspetto. L'obesità oggi è un disvalore, in un certo senso è considerata una colpa, non una patologia, e l'espressione « sei ciccione » non viene considerata neanche un'offesa, non viene ripresa. Per chi lo è, però, è invece un momento di grossissima sofferenza.

FRANCESCO PRINA. Qual è il quarto ambito?

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Sport. In realtà, sono cinque: sport, famiglia, scuola, mondo delle diete-*diet industry*, *mass media*.

ROSETTA ENZA BLUNDO. *Mass media*?

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Sì, sono cinque le aree che sono state già abbastanza investigate.

Il mondo della scuola in questo momento è coinvolto nelle campagne di prevenzione, perché i messaggi passano molto attraverso il gruppo dei pari. La scuola è, dopo la famiglia, la principale agenzia, la principale matrice delle idee dei ragazzi.

Per il mondo dello sport il discorso è uguale. Volevamo coinvolgere anche il Coni su questo, perché in effetti il mondo dello sport è un grosso terreno di coltura per i

disturbi alimentari. Ci sono sport che predispongono moltissimo, in cui viene chiesta la magrezza. Il mondo delle palestre è un terreno altrettanto minato. Anche quello andrebbe un po' controllato, normato. Si tratterebbe di fare anche un lavoro di informazione a tutti coloro che hanno rapporti con i ragazzi.

Sulla *diet industry* non c'è bisogno che vi dica che è difficile governare la marea di disinformazione presente. Arrivano informazioni di tutti i tipi, che andrebbero regolate in qualche modo. Purtroppo, non lo sono in questo momento. Senz'altro anche quello è un terreno propizio.

PRESIDENTE. Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DONELLA MATTESINI. Ringrazio anch'io la dottoressa per la sua sintesi e la capacità di darci queste informazioni, anche profondamente emozionanti. Sappiamo che si impara con le emozioni, e lei ha avuto questa grande capacità, ma è andata così in fretta che io mi sono dimenticata una cosa, l'esperienza dell'Umbria. L'abbiamo chiamata anche perché voi avete diversi centri residenziali. Vorrei capire meglio quali sono.

Soprattutto, giustamente lei ci ha raccontato di questi cinque ambiti, che sono fondamentali per l'intervento, ma le domando: i professionisti e i luoghi deputati, ad esempio, al sostegno alla famiglia, alla maternità, alla paternità, ci sono o non ci sono? Quali sono i vostri rapporti, in questo caso con i pediatri di base o con quello che rimane dei consultori?

Continuiamo a fare delle cose, infatti, ma poi spesso capita, anche dalla mia esperienza toscana, che siano una somma di iniziative molto scollegate tra loro. Se sono da collegare i cinque ambiti, questo vale tanto più con chi ha il ruolo istituzionale di dover leggere, programmare e sostenere. Le chiedo se questo è un problema che lei ha individuato e, eventualmente, come l'avete risolto.

ROSETTA ENZA BLUNDO. Anch'io ringrazio per quest'audizione e per quest'illu-

strazione che ci ha fatto veramente ampia di una problematica così delicata.

Io sono consapevole del fatto che i disturbi alimentari sono anche una conseguenza di traumi. Io provengo dall'Abruzzo e ho vissuto in pieno il terremoto dell'Aquila.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP).* Sì. Lì ci fu proprio un picco epidemiologico.

ROSETTA ENZA BLUNDO. Esatto. Sono un'insegnante di scuola primaria, quindi l'abbiamo proprio vissuto direttamente all'interno delle nostre scuole al rientro, dopo l'evento tragico del 2009.

Io mi sono fatta promotrice anche per la legge n. 107 del 2015 (la cosiddetta Buona Scuola) del discorso dell'educazione all'alimentazione all'interno della scuola primaria. Facemmo un progetto proprio per tamponare ciò che stava accadendo: chiedo anche a lei quanto possa essere importante dare un'educazione all'alimentazione proprio in maniera strutturata e ben fatta all'interno delle scuole, in modo da poter indicare ai bambini anche gli aspetti importanti dell'alimentarsi bene e che cosa comporta una cattiva alimentazione.

In quel senso, va recuperato il discorso che lei richiamava della colpa. Ricordo che con quel progetto avevamo anche tamponato la situazione della denigrazione. A quel punto, non c'era una colpa, ma semplicemente una cattiva abitudine. Bisognerebbe spostare un po' l'asse sulla giusta modalità di alimentarsi e sulle cattive abitudini.

Un altro aspetto mi interessa approfondire. Non so se abbia avuto anche modo di fare studi su questo, e cioè sui bambini istituzionalizzati.

Quanto nei bambini istituzionalizzati si verifica una reazione di tipo alimentare? A volte, ci vengono anche segnalati: non man-

giano più, si chiudono e non vogliono più essere neanche avvicinati.

Alimentarci è sicuramente un'esigenza fisica, ma molto passa a livello emotivo. Vorrei capire anche in quel senso come si potrebbe intervenire.

Inoltre, mi interessa quello che ha detto riguardo allo sport.

Effettivamente, abbiamo anche dei fondi stanziati per il Coni nella legge di bilancio. Raccolgo con molto piacere il suo appello.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Sono due o tre anni che ci penso.

ROSETTA ENZA BLUNDO. Noi abbiamo una grande influenza come mondo della scuola nel recuperare, nell'indirizzare, nel favorire, ma credo che il mondo dello sport non sia da meno, e anzi forse in alcuni casi lo sia di più, anche perché acquisisce un'autorevolezza che li proietta molto più direttamente verso il loro futuro, la loro autostima, il sentirsi competenti e così via, e si assoggettano completamente agli allenatori, agli istruttori, alle insegnanti di danza o altro.

Anche questo forse è un campo in cui davvero si dovrebbero mettere dei paletti, dare delle indicazioni, delle norme. Potrebbe darci un'idea anche su che cosa sarebbe utile.

VITTORIA D'INCECCO. Dottoressa, buongiorno e grazie mille per la semplicità con cui ha illustrato la relazione.

Io sono un medico e, nonostante i miei 36 anni di attività di medico, tra l'altro di base — entro nelle case e conosco le realtà proprio più vere delle famiglie — ogni volta che sento persone come lei, che hanno la percezione vera di quello che accade a questi pazienti, mi spavento un po' e mi chiedo da dove possiamo ricominciare.

Come lei ben diceva, bisognerebbe ricominciare dalla ricostruzione vera delle famiglie. Purtroppo, non c'è più una casa in cui una famiglia si riunisca a pranzo e a cena. La mamma va in palestra, il padre ha una riunione. I ragazzi non hanno più punti di riferimento, e quindi gli esempi non ci sono più e non riescono più a capire quale sia la regola.

Il rispetto e l'educazione che prima si insegnavano adesso sono un po' elastici, per non dire altro, anche nelle scuole. I ragazzi non hanno più per gli insegnanti il rispetto e l'educazione che avevano prima, non seguono i loro consigli, e anzi a volte fanno esattamente il contrario. È un impegno grande, quindi, che coinvolge tutti, non solo le istituzioni. Credo che ognuno di noi nel proprio piccolo dovrebbe fare qualcosa.

Nello specifico, le chiedo: quali servizi sono dedicati all'accompagnamento dei bambini dai 4 anni e fino a quale età? Com'è l'approccio, la presa in carico, fino alla soluzione o al miglioramento? Che cosa possiamo fare per il sud? Voi avete questa rete, ma si potrebbe pensare di fare qualche altra cosa?

FRANCESCO PRINA. Le domande potrebbero essere davvero molte. Grazie, innanzitutto, per l'esposizione.

Cominciamo dalle diete. Esistono infinite diete, ormai: una legislazione che imbrigli questa possibilità infinita di proporre diete esiste, non esiste? Si può dire tutto e il contrario di tutto sulle diete, ormai, si può veicolarle attraverso i *media*, attraverso modelli comunicativi in un modo infinito e incontrollato. Anche da questo punto di vista, io penso che dobbiamo porre attenzione.

Gli alimenti cucinati e gli alimenti già preparati: delle famigerate merendine contengono una grande percentuale di alcol. Io sono in Commissione Agricoltura e ci siamo occupati anche un po' di questo. Sappiamo tutti che nell'infanzia queste merendine sono molto diffuse, mentre è poco diffusa un'alimentazione di tipo naturale, per esempio la frutta, nelle scuole, ma ci sono i distributori automatici di merendine. Ma-

gari mettiamoci anche da questo punto di vista un po' di testa e un po' di legge.

Il modello culturale è quello di una vita sedentaria, dei videogiochi, del pc e altro per i nostri ragazzi. Il cortile ormai è sostituito da questo tipo di attività, che prevalgono, e da tantissimo altro, ma ho capito dalla sua esposizione che poi ci sono dei casi estremamente difficili, la bulimia, l'anoressia e così via. Come intervenire? Questa è una problematica che ci interpellava.

Questa distinzione tra nord e sud è dovuta alla rete sanitaria diversificata o a una diversa cultura delle famiglie, della scuola? Vorrei capire se la prevenzione attraversa le reti sanitarie deficitarie del sud rispetto a quelle del nord.

MARA VALDINOSI. Avrei tantissime domande, ma naturalmente mi devo limitare.

Sono molto convinta, insieme alla dottoressa Dalla Ragione, che la questione principale di rischio sia quella culturale. Da questo punto di vista, vorrei chiederle che cosa pensa della legislazione recente della Francia, che ha previsto di delimitare fortemente anche il modello culturale che deriva dalle sfilate di moda, dalle modelle, del fatto di limitare l'età e la magrezza eccessiva delle modelle, dei modelli, o di chi comunque è punto di riferimento anche estetico per le ragazze e i ragazzi.

Vorrei anche chiederle se ci può segnalare qualche buona e positiva pratica sul tema prevenzione nelle scuole. Credo che sia una questione molto rilevante.

Avremmo bisogno di capire meglio. Prevenzione può voler dire molte cose. Può voler dire fare un incontro, ma io penso che non possa essere sufficiente. Credo che ci debbano essere molti contenuti attorno alla questione della prevenzione nelle scuole, tra le altre cose, ad esempio, la diffusione maggiore della distribuzione della frutta, che è pure un esperimento che è stato avviato, che si sta facendo, al posto delle merendine.

Come mamma, ad esempio, sono stata molto colpita quando mio figlio era piccolino e guardavamo insieme i cartoni: nelle trasmissioni per i bambini l'industria della dieta colpisce molto forte, gli intervalli pub-

blicitari sono quasi tutti dedicati alla vendita, alla promozione di questo tipo di alimentazione. Penso che su questo dovremmo fare un ragionamento insieme ai *mass media* e ai grandi diffusori della televisione, a partire dalla Rai.

Vorrei anche segnalare che è vero che c'è un grossissimo *deficit* al sud, ma anche al nord, dal mio punto di vista. Io vengo da una regione molto avanzata, l'Emilia-Romagna, sicuramente sul piano della sanità appunto avanzata, ma so che, per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare, anche nelle regioni del nord, nelle regioni avanzate, bisogna fare dei passi in avanti. Sottolineerei quest'aspetto.

PRESIDENTE. Do la parola alla dottoressa Dalla Ragione per la replica.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Relativamente alla prima domanda, sul rapporto tra la rete e i servizi specialistici, se ho ben capito, sicuramente la rete comprende diversi livelli di assistenza.

Quello ambulatoriale è il livello basico, ma alla fine anche quello principale. Fortunatamente, non tutti hanno bisogno di ricovero.

Poi c'è il livello semiresidenziale, un livello di intervento un po' più intensivo, che per esempio prevede un'assistenza, ma le ragazze e i ragazzi poi tornano a dormire a casa.

C'è l'ospedalizzazione per il cosiddetto ricovero salvavita. Esiste la necessità, in alcuni momenti, del ricovero perché la bambina, il ragazzino o la donna – possono essere anche adulte – presentano una grave malnutrizione.

Poi ci sono le strutture riabilitative, come la residenza Palazzo Francisci o il centro DAI (disturbi da alimentazione incontrollata), in questo caso strutture in cui si fa riabilitazione, quindi extraospedaliere.

Tutte queste strutture si incastrano con il territorio, senza il quale sarebbero come cattedrali nel deserto. È evidente che la diagnosi precoce poi viene garantita dagli *stakeholder*, cioè da chi per primo inter-cetta le persone che hanno questo problema, i ginecologi, i pediatri, i consultori. L'amenorrea, ad esempio, è uno dei primi sintomi, e arriva al consultorio, al ginecologo, al medico di base. Sicuramente, tutti questi aspetti sono quelli che ci garantiscono la diagnosi precoce e la tempestività dell'intervento.

Tra l'altro, la prognosi è collegata direttamente alla precocità dell'intervento. Tutta la letteratura ci dice che, se si interviene nel primo anno di storia della malattia, per la guarigione oggi siamo confortati da ottimi risultati. Arriviamo, però, troppo tardi. Questo è un dato importante.

Rispondo all'ultima domanda, che si aggrancia a questo, e di cui altre persone hanno domandato.

La carenza è sulla rete sanitaria, punto. Teniamo conto che il disturbo alimentare è un'epidemia sociale, scoppiata in Italia alla fine degli anni Novanta. Noi abbiamo i dati dell'Osservatorio, e alla fine degli anni Novanta scoppia l'epidemia, che comincia a riguardare il 10 per cento della popolazione femminile tra 12 e 25 anni. Questi sono dati del Ministero della salute.

Stiamo parlando di una popolazione che progressivamente poi si è allargata alle fasce infantili, ai maschi, alle persone più adulte. Oggi, sono 3 milioni le persone ammalate.

FRANCESCO PRINA. A che percentuale corrisponde?

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Il 10 per cento nella popolazione femminile tra 12 e 25 anni, ma teniamo conto che è un numero sottostimato, perché qui abbiamo le bam-

bine di 8 anni che si ammalano e le persone che si ammalano anche a 30 anni, è cambiato molto.

La carenza di strutture si accompagna a un'omogeneità dal punto di vista epidemiologico, cioè non c'è distinzione tra una regione e l'altra. Lo stesso numero, la stessa percentuale che è in Campania, è anche in Sicilia, in Lombardia, in Veneto. È uguale. A fare la differenza sono le strutture, che in alcune regioni ci sono e in altre no.

È vero che non si tratta solo del sud. Il Lazio, ad esempio: Roma non ha una struttura, e sono 4 milioni di abitanti. Le ragazze di Roma vengono a ricoverarsi a Todi, e questa è un'assurdità. Non c'è a Roma una struttura riabilitativa. Ci sono le cliniche psichiatriche, ci sono gli ospedali salvavita e gli ambulatori, pochissimi, pubblici, tre in una città di 4 milioni di abitanti. Stiamo parlando di una discrepanza di assistenza enorme. Il Piemonte, per esempio, non ha una rete completa di assistenza. L'Emilia-Romagna adesso ha recuperato abbastanza, quindi ha quasi una rete completa, ma ripeto che c'è stato un aumento rapidissimo.

Questo disturbo in dieci anni è aumentato del 300 per cento. Non si è mai vista una patologia psichiatrica aumentare così. La depressione negli anni Ottanta è aumentata, ha avuto un picco, poi si è fermata. Oggi abbiamo la stessa percentuale di depressione che avevamo negli anni Ottanta. Per questi disturbi alimentari non è così. Le proiezioni che abbiamo visto dell'Organizzazione mondiale della sanità ci dicono che i prossimi cinque anni continuerà ad aumentare, perché i fattori di rischio purtroppo sono tantissimi e noi possiamo intervenire molto poco in questo momento.

Le campagne di prevenzione a cui lei si riferiva sono molto delicate. In realtà, la prevenzione in questi disturbi non è l'informazione. Ad andare nelle scuole a parlare di anoressia e bulimia, si può essere certi che l'anno dopo ci saranno più casi. Quando si comincia a spiegare alle ragazze che ci si può abbuffare e vomitare, l'anno dopo hanno imparato tutti. Non significa assolutamente parlare di questo, esatta-

mente come nelle tossicodipendenze, nell'alcolismo.

Significa lavorare sui fattori protettivi: sana alimentazione e stili di vita, modelli culturali, modelli di bellezza, alfabetizzazione emotiva.

Il problema è che i ragazzi hanno una sorta di analfabetismo dal punto di vista emotivo. Se sono annoiati, se sono arrabbiati, mangiano, come bevono, come hanno altre dipendenze. Per proteggerli, in questo momento le campagne (non solo in Italia, ma in Canada, in Inghilterra, dove il problema è sorto molto prima) sono tutte incentrate sui fattori protettivi.

Il discorso di intervenire sui modelli culturali funziona, certo. La Francia è intervenuta su una cosa che anche in Italia tentammo di fare, senza successo. Nel 2012, mi pare, ci fu la proposta di intervenire sulle case di moda, ma fu totalmente bocciata. Nessuna casa di moda, nessuna marchio accettò questo discorso, ma alcune misure, come il certificato medico delle modelle, si potrebbero chiedere, perché molte di queste ragazze sono malate, non c'è niente da fare. Si potrebbe chiedere di non far sfilare ragazze di 13 anni, si potrebbe chiedere un certificato medico, esattamente come si chiede in palestra. Senz'altro, questo funziona. Giudico l'educazione alimentare positiva, nel senso che sicuramente è un fattore protettivo.

Sul discorso dell'alimentazione circolano, come diceva lei giustamente, moltissime bufale. Su questo si può intervenire poco, relativamente. Ho visto, l'altra sera, il dottor Lemme in televisione e sono inorridita. Il dottor Lemme è un dietologo, un farmacista, che propaganda una dieta per la quale non bisogna fare attività fisica, ma mangiare di tutto e di più. Va, però, in televisione, e comunque si trasmettono messaggi molto negativi.

Potremmo prevedere una normativa perlomeno per i canali pubblici della televisione, ma è difficile bloccare quest'informazione. Si riesce più a lavorare dando ai ragazzi e alle ragazze, agli insegnanti e alle famiglie una sana informazione.

Quanto al rapporto con lo sport, quello secondo me può essere un buon canale. Il

Coni andrebbe coinvolto. Noi l'abbiamo fatto a livello regionale, ma andrebbe fatto anche a livello centrale.

Purtroppo, nel Coni non rientra la danza, altro grande problema, che è fuori da tutte le federazioni. Non si capisce perché, ma chiunque può aprire una scuola di danza. La danza, tra l'altro, è uno degli sport più a rischio. Come ci hanno detto, il 60 per cento delle ballerine professioniste è in amenorrea, sottopeso e da triade dell'atleta (mancanza di energia, per disturbi alimentari o eccessivo sforzo fisico; amenorrea; osteoporosi). Sono tutte ragazze con uno squilibrio dal punto di vista medico. Questo è un dato statistico, ma lì non possiamo intervenire, unico Paese in Europa in cui c'è uno sport così diffuso non normato da nessuna federazione.

ROSETTA ENZA BLUNDO. Al disegno di legge sullo spettacolo dal vivo, che dovrebbe essere concluso alla Camera — dopo l'approvazione del Senato — è stato approvato un emendamento che norma per lo meno la certificazione di queste scuole di danza, che avevo presentato, al fine di verificarne la qualità.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimentare e del peso (SIRIDAP)*. Non hanno neanche bisogno del certificato medico.

ROSETTA ENZA BLUNDO. Esatto, ma alcune scuole devono essere certificate. Nel momento in cui andiamo a certificare le scuole, possiamo anche richiedere, appunto per certificarle, determinati *standard*.

LAURA DALLA RAGIONE, *psichiatra e psicoterapeuta, Direttrice della Rete disturbi comportamento alimentare Usl 1 dell'Umbria, Direttrice del numero verde SOS DCA della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente della Società italiana riabilitazione disturbi del comportamento alimen-*

tare e del peso (SIRIDAP). Secondo me, sì. Potrebbe essere, questo, già un limite che si pone.

Mi pare di aver risposto a tutto.

PRESIDENTE. Se non ci sono ulteriori domande o richieste di intervento, non ci resta che ringraziarla molto.

Il testo della dottoressa, che è a nostra disposizione, è molto ricco, molto articolato, perciò vi verrà inviato.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.50.

*Licenziato per la stampa
il 6 marzo 2018*

ALLEGATO 1

***Slide* sui disturbi del comportamento alimentare
dell'infanzia e preadolescenza**

**I Disturbi del comportamento
Alimentare della infanzia e
Preadolescenza.**

**Laura Dalla Ragione
Psichiatra
Direttore Rete DCA
USL 1 dell'Umbria
Università Campus
Biomedico Roma**

7 novembre 2017

Epidemiologia dei DCA

- Il rapporto tra **femmine e maschi** è di circa **9 a 1**, ma il numero dei maschi sta aumentando soprattutto in età adolescenziale e pre-adolescenziale.
- Diminuzione dell'età di esordio, con bambini di 8-9 anni che presentano sintomi di DCA tipico dell'età adolescenziale e adulta, soprattutto di tipo Anoressico, e non più Disturbi Alimentari propri dell'età infantile come accadeva qualche anno fa.

I Disturbi alimentari in età infantile

- **Disturbi della nutrizione o del comportamento alimentare tipici dell'infanzia**
 - Pica
 - Disturbo da Ruminazione
 - Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo .

- **Disturbi del comportamento alimentare nell'infanzia**
 - Esordio precoce di An e Bn

DCA in età infantile



- Distinzione tra comportamenti alimentari normali e anomali spesso indefinita



- Mancanza di studi e problemi nosologici



- Resoconto dei genitori
- Esperienza soggettiva del bambino
- Comportamenti osservati
- Relazione genitori/figlio

Dalla nutrizione all'alimentazione



- Il processo di transizione dalla nutrizione all'alimentazione può comportare tensioni e conflitti



Tema dell'autonomia e del controllo

- Rappresenta un ambito di comunicazione tra il bambino e i genitori e può quindi diventare un mezzo per comunicare malessere o ansia

Anoressia e Bulimia in età infantile



- La riduzione del peso può non raggiungere valori di sottopeso per l'età, ma manifestarsi in un consistente rallentamento o blocco della crescita.
- Può essere presente una intensa paura di crescere



- Legame CIBO-PESO-CRESCITA

Anoressia e Bulimia in età infantile

- Trattandosi spesso di bambine in età prepuberale non è valutabile la presenza di alterazioni del ciclo mestruale (criterio non più presente nella classificazione del DSM 5, ma sintomo che allarma molto i genitori)
- l'insoddisfazione per le forme corporee e la paura di ingrassare sono raramente verbalizzate in maniera esplicita come nell'adolescente e frequentemente addirittura assenti come del resto la presenza di un peso ideale .

Fisher M, Schneider M, Burns J et al. Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *J of Adol Health*, 2001; 28(3), 317 – 24.

Complicanze fisiche

- Nella denutrizione si ha una riduzione di secrezione dell' IGF-1, che può determinare un aumento della produzione ipofisaria di GH, a causa del mancato feedback negativo, con resistenza periferica allo stesso ormone della crescita.
- Questa situazione è problematica soprattutto in soggetti che non hanno ancora completato il proprio accrescimento scheletrico, ai fini del raggiungimento della statura definitiva, specialmente se non viene ripristinata, in tempi brevi, una situazione nutrizionale adeguata, poiché in età evolutiva, il recupero dell'altezza va di pari passo con il tasso di aumento ponderale.

Grottoli S et al. Hormonal diagnosis of GH ipersecretory states. *J of Endocr Inv*, 2003; 26, (10): 27-35

Complicanze fisiche

- La riduzione della densità ossea legata alla denutrizione, che può raggiungere livelli di vera e propria osteoporosi, non regredisce mai completamente, anche dopo il ripristino di una alimentazione adeguata.


Peculiarità dei pazienti AN e BN in età infantile e preadolescenziale:

- Assenza di ideazione sul peso “classica”
- Intensa paura di crescere
 - La paura di prendere peso non è legata alla paura di “ingrassare”
 - La restrizione alimentare è volta a bloccare la crescita
 - Il lavoro sulla composizione corporea per questo tipo di pazienti non aiuta nella motivazione al trattamento in maniera incisiva come negli adulti

“Quanti anni ha una bambina che pesa 25 kg?”

Anoressia e Bulimia in età infantile

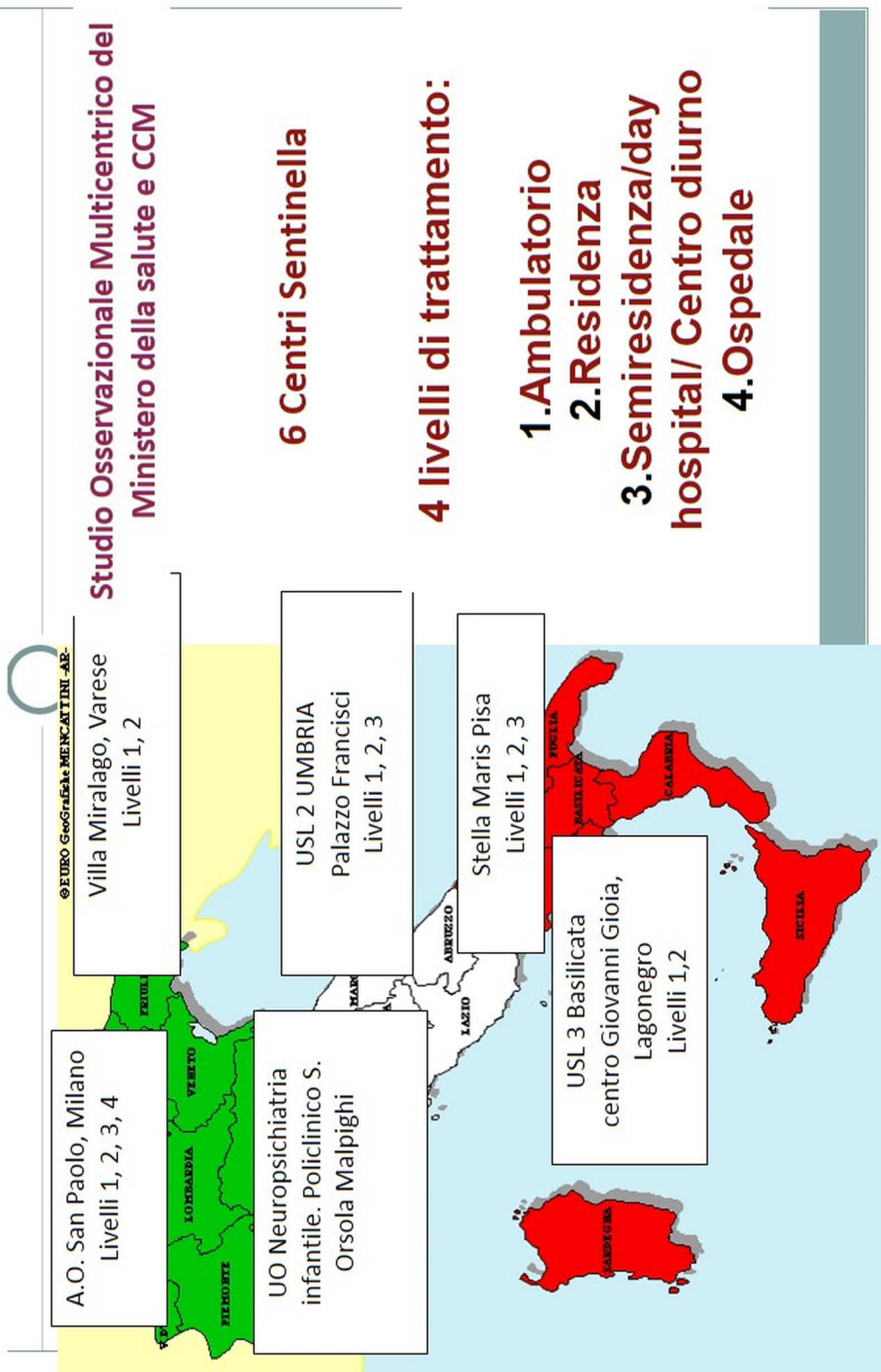


- Significativa presenza, in pazienti in età pre-adolescenziale e adolescenziale con DCA, di patologie psichiatriche pregresse o concomitanti.
- 
- Depressione, disturbo ossessivo compulsivo, Disturbi di Ansia da Separazione o Fobia Sociale.

Hughes EK. Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *J Clin Psychol*, 2012; 16: 15-24.

Ricerca Multicentrica sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale. Dati non pubblicati. Ministero della Salute, Roma, 2011

**LE CARATTERISTICHE FREQUENTATIVE
E CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE
DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
IN ETA' ADOLESCENZIALE E PREADOLESCENZIALE**



Anoressia e Bulimia in età infantile

• Nonostante il quadro clinico sia per la maggior parte delle caratteristiche sovrapponibile a quello di adolescenti e giovani donne, quando appare nella bambina o nella pre-adolescente il DCA si caratterizza per delle sfumature cliniche distinte dall'adulto e non soddisfa quasi mai i criteri diagnostici stabiliti dal DSM 5 per l'Anoressia e la Bulimia finendo spesso col rientrare nella categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione con altra specificazione o senza specificazione:



• difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale del giovane interessato.

Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How Do Children With Eating Disorders Differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J. Of Adol Health*, 2006; 39, 800 – 5.

Anoressia e Bulimia in età infantile

Segnali importanti e fondamentali per una diagnosi precoce divengono allora tutti quei comportamenti cui nell'adulto attribuiamo un'importanza secondaria:

- il modo in cui i bambini mangiano, spesso molto lentamente, escludendo alcuni alimenti, bevendo molta acqua e sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi;
- l'iperattività fisica,
- cambiamento psicologico: man mano che aumenta la perdita di peso, sbalzi d'umore, insofferenza, irrequietezza

Anoressia e Bulimia in età infantile

Come nell'adulto sono presenti:

- bassa autostima
- bisogno di controllo
- Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi

Alle caratteristiche dell'adulto affetto da Anoressia e Bulimia si aggiungono nel bambino:

- vissuti di vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»)

Selettività alimentare

- In alcuni soggetti, l'evitamento o la restrizione del cibo possono essere dovuti alle **caratteristiche sensoriali** delle qualità di cibo, come una estrema sensibilità ad aspetto, colore, odore, consistenza, temperatura, gusto.



- Alimentazione restrittiva
- Alimentazione selettiva
- Alimentazione schizzinosa
- Alimentazione perseverante
- Rifiuto cronico del cibo
- Neofobia per il cibo

Selettività alimentare

- L'alimentazione selettiva si riscontra in oltre il 20% dei bambini piccoli e può essere considerata normale in un particolare stadio evolutivo
- In un limitato numero di bambini la selettività persiste, soprattutto nei maschi, nella media infanzia e nell'adolescenza
- Anche in questo caso può essere che il conseguimento di un comportamento alimentare adeguato sia semplicemente posticipata e si può risolvere spontaneamente

Selettività alimentare

Due caratteristiche essenziali:

1. Repertorio alimentare estremamente limitato (meno di 10 alimenti)
 2. Estrema riluttanza a assaggiare alimenti nuovi
- Comportamenti associati:
 - Predilezione alimenti morbidi (carboidrati)
 - Difficoltà nella masticazione
 - Difficoltà nell'apprendere comportamenti appropriati a tavola

Selettività / Neofobia

- Alcuni autori utilizzano i termini selettività e neofobia come sinonimi

- **Tratti ansiosi**

Carruth BR, Schinner JD. (2000) Revisity the picky eater phenomenon: neophobic behaviors of youth children. *J of the american College of Nutrition*, 19, 771-780

- Altri autori invece li distinguono:
 - **SELETTIVITA'**: principalmente legata da fattori ambientali ed esperienziali passibili di cambiamenti
 - **NEOFOBIA**: connessa a fattori costituzionali più stabili
 - ✦ **Tratto di personalità inserito nel contesto di altri aspetti del temperamento del bambino (timidezza/emotività)**

Galloway et al (2003) Predicotors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J of American Dietetic Association*, 103, 692-698

Selettività

• Il problema più manifesto di questi bambini, spesso fisicamente sani, è rappresentato dal **disagio sociale** e da vissuti di **vergogna**, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere.



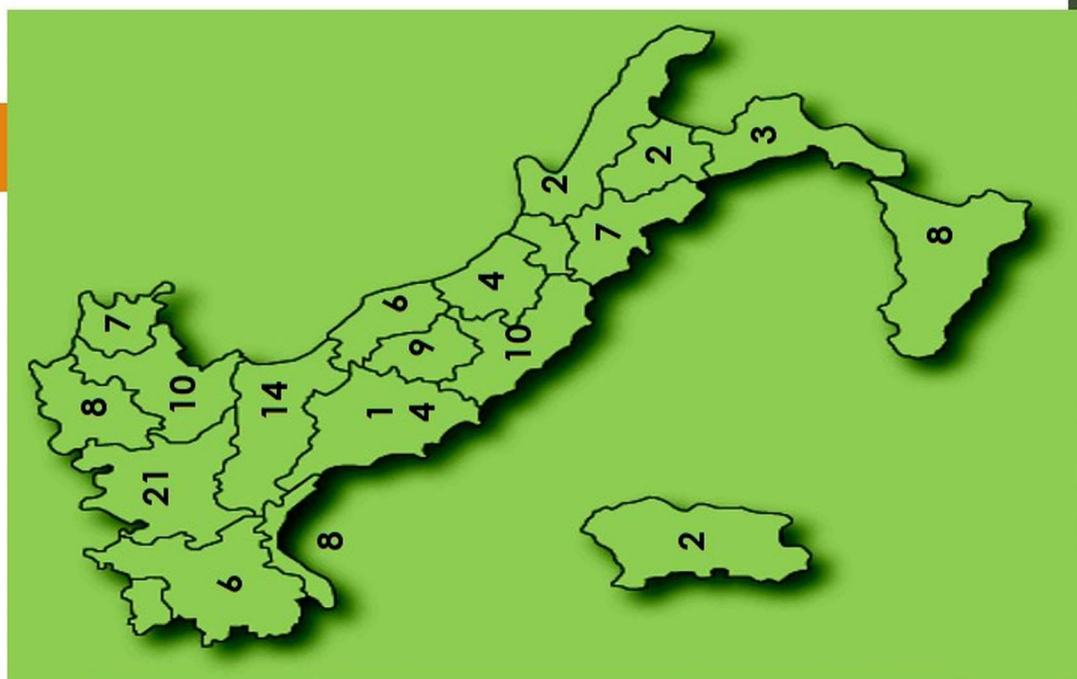
• Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutica, mentre il bambino in genere rifiuta il trattamento mediato dai genitori.

Eziopatogenesi

- **NB:** l'alimentazione selettiva è l'unico tipo di difficoltà nella nutrizione precoce che sia stato correlato al successivo sviluppo di disturbi alimentari, in particolare AN
 - Rigidità negli schemi alimentari
 - Difficoltà a livello comunicativo
 - Avversione al rischio



Marchi M., Cohen P. (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112-117



DISTRIBUZIONE NAZIONALE DEI

SERVIZI NUMERO TOTALE 146

Ad una osservazione superficiale dei dati relativi alla diffusione dei servizi, può apparire che in alcune regioni il numero dei centri sia adeguato.

Attraverso una analisi e una verifica più approfondita, che prende in considerazione i livelli assistenziali presenti o l'adeguatezza dell'offerta, si rilevano delle carenze importanti

CARENZA DI STRUTTURE

Una particolare criticità è collegata alla assenza di spazi di cura per pazienti in età prepubere. La maggior parte delle strutture censite non accolgono paziente sotto 14 anni. L'inappropriatezza delle cure è ancora più determinante in pazienti così giovani. Il problema è molto rilevante nell'obesità infantile.

La Rete DCA della Usi Umbria 1



Residenza PALAZZO FRANCISCI

TODÌ (Perugia)

Trattamento: Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale



Centro Diurno DCA IL NIDO DELLE RONDINI

TODÌ (Perugia)

Trattamento: Semiresidenziale, Ambulatoriale



CENTRO D.A.I. Centro per la Cura del Disturbo da

Alimentazione Incontrollata e Obesità. CITTA' DELLA PIEVE (Perugia)

Trattamento: Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale.



Servizio DCA

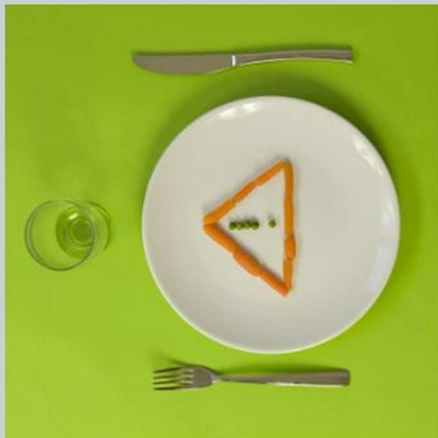
UMBERTIDE – CITTA' DI CASTELLO (Perugia)

Trattamento Ambulatoriale –

Ricovero Salvavita Adulti e pediatria

Eziopatogenesi

- L'eziopatogenesi dei DCA è ormai riconosciuta dalla comunità scientifica essere di tipo **multifattoriale**, nonostante si necessiti di ulteriore ricerca per comprendere più approfonditamente i meccanismi patogenetici, soprattutto quelli riferiti all'età infantile ed evolutiva.
- Secondo il **modello bio-psico-sociale**, lo sviluppo dei Disturbi Alimentari deriva dalla concomitanza di fattori biologici (predisposizione genetica), psicologici e socio-culturali.



Eziopatogenesi

- Gli studi sulla predisposizione genetica sono ancora ad uno stadio preliminare ma sembrano indicare che esista una ereditarietà dei DCA (11,12).
- Altri studi confermano che la presenza di familiari di primo grado con DCA o con psicopatologie conclamate (soprattutto disturbi d'ansia e disturbi dell'umore) rappresentano un forte fattore di rischio di sviluppo precoce di DCA (5,69).



Calati R, De Ronchi D, Bellini M et al. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis. *Int J Eat Dis*, 2011; 44 (3): 191-9.

Bellodi L, Cavallini M, Bertelli S, et al. Feeding and Eating Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 563-9.

Eziopatogenesi

- **Genitore con DCA o tendenza alla restrizione e impulso alla magrezza**
- Utilizzo del cibo come ricompensa e/o per esprimere affetto
- Trasmissione di atteggiamenti negativi rispetto al cibo

“Io non guarirò mai. È normale che una donna stia attenta al cibo e al peso per tutta la vita. Non ho mai conosciuto una donna serena con il cibo e il proprio corpo”

Eziopatogenesi

caratteristiche personologiche predisponenti al DCA presenti in età infantile:

- ossessività,
- rigidità,
- perfezionismo,
- umore disforico,
- consapevolezza enterocettiva alterata,
- problemi neurocognitivi riguardo al processamento globale delle informazioni
- ridotta flessibilità

Eziopatogenesi

- **Anamnesi alimentare del bambino:**
 - Nutrizione infantile insufficiente in termini di poppate associate a un rallentamento nella crescita
 - Comportamento alimentare “difficile” (alta intensità emotiva)
 - Comportamento alimentare irregolare (variabilità orari)
 - Emotività negativa legata all'alimentazione

Eziopatogenesi



Patologie alimentari (allergie, intolleranze)
Diabete di tipo I



Aumentato interesse e attenzione rispetto al cibo, sia da parte del
bambino che da parte dei genitori
Cambiamento “forzato” dell’alimentazione



Predisposizione al DCA

Eziopatogenesi

- L'aumento della diffusione dei DCA ad insorgenza precoce impone inoltre una riflessione su quelli che possono essere considerati non tanto fattori di rischio causali, quanto fattori di diffusione del disturbo.
- Tali fattori di rischio sono riconducibili ai cambiamenti socio–antropologici della nostra epoca storica, in cui contemporaneamente il cibo e la magrezza hanno acquisito un valore fondamentale nella costituzione della propria identità personale.

Eziopatogenesi



- Oltre alla pressione culturale, bisogna tenere conto che i dati raccolti in letteratura evidenziano che i **giudizi stereotipati** rispetto alle forme corporee compaiono già intorno ai **5 anni**

Eziopatogenesi

La figura “ideale”

Pine (2001)

- Utilizzo della scala originale delle figure corporee con un campione di bambini dai 5 agli 11 anni, chiedendo di identificare la “forma più bella per una donna o un uomo”
- Le femmine hanno identificato una figura più magra rispetto a quella scelta dai maschi
- Non è emersa differenza nei due gruppi rispetto alla figura maschile
- Il gruppo dei bambini di 5 anni hanno indicato come figure “ideali” quelle più magre rispetto agli altri gruppo

Pine KJ (2001) Children's Perceptions of Body Shape: A Thinness Bias in Pre-Adolescent Girls and Associations with Femininity. *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 6, 519-516

Eziopatogenesi

- L'aumento dell'obesità infantile costituisce esso stesso un fattore di rischio per lo sviluppo precoce di un DCA, in quanto è ampiamente dimostrato che già bambini molto piccoli associano l'essere "grasso" a caratteristiche negative, causando un vissuto difficoltoso ai bambini in sovrappeso, e la tendenza a porre molta attenzione alle forme corporee e alla dieta nel loro futuro.

Eziopatogenesi

Giudizi stereotipati

- Le evidenze della letteratura suggeriscono una comparsa precoce dei giudizi stereotipati sulle forme corporee, intorno ai 5 anni, ma anche prima Musher – Eizemann et al (2004)
- Campione di bambini 4-6 anni – valutazione di tre disegni tratti dalla scala di Collins
- L'immagine grassa è stata la classificata come la più negativa
- L'immagine grassa è stata scelta come “amico” solo dal 16% dei bambini , l'immagine magra dal 39%, l'immagine media dal 45%
- L'immagine grassa è stata scelta come “migliore amico” dal 7% dei bambini, l'immagine magra dal 55%, l'immagine media dal 38%

Eziopatogenesi

Giudizi stereotipati

Cramer e Steinwert (1998)

- Procedura basata su una narrazione nella quale i protagonisti sono un bambino meschino e uno gentile; bambini 3-5 anni
- La figura grassa è stata scelta preferibilmente per il bambino meschino
- La stigmatizzazione delle forme corporee è presente già a 3 anni ma cresce con l'età
- Le femmine hanno mostrato un livello di stigmatizzazione maggiore rispetto ai maschi
- Il compagno di giochi preferito dai bambini normopeso e sottopeso era la figura media, mentre per i bambini sovrappeso era la figura magra

Eziopatogenesi

Giudizi stereotipati

- Stereotipi nei confronti delle persone grasse possono essere condivisi a livello intrafamiliare.
- Bambini con atteggiamenti negativi nei confronti dell'obesità appaiono più inclini a descrivere i familiari come interessati all'alimentazione e alle forme corporee (Davison e Birch 2004)
- Influenza tra pari
- Anche i media sembrano rivestire un ruolo importante nella diffusione dei DCA in pazienti sempre più giovani (107): vari studi confermano che l'influenza maggiore di pressione culturale verso canoni stereotipati di forme corporee, in particolare verso la magrezza, avviene nei confronti dei minorenni (52).

Eziopatogenesi

- Paradossalmente, però, gli sforzi sempre più diffusi per perdere peso non si sono tradotti in un reale calo di peso della popolazione generale ed osserviamo, invece, un incremento preoccupante della obesità, a partire dalla infanzia, che accentua fortemente l'insoddisfazione per il corpo, aprendo la strada verso un DCA.

ALLEGATO 2

**Testo integrale dell'intervento della dottoressa Laura
Dalla Ragione**

Infanzia e Disturbo del Comportamento Alimentare

I DCA in età pediatrica e in età evolutiva

Premessa

Nell'ultimo decennio, casi clinici di Anoressia Nervosa ed altri DCA sono stati sempre più frequentemente segnalati in bambine in età prepuberale (dagli otto anni e prima del menarca e dei cambiamenti somatici indotti dalla pubertà). Più in generale, si è abbassata l'età dell'insorgenza di tutti i disordini del comportamento alimentare, spostandosi intorno ai 14-15 anni, con la comparsa del disturbo in bambine di 10-11 anni. Il quadro clinico che osserviamo in queste bambine è del tutto sovrapponibile a quello delle ragazze adolescenti e giovani donne che abbiamo osservato sino ad ora: una ideazione intensa sul cibo e le forme corporee; l'uso della restrizione, del vomito e dell'iperattività fisica; un'insoddisfazione per il proprio aspetto che si trasforma in ossessione ed intorno alla quale ruota tutto il mondo interno ed esterno.

Ciò pone problemi nuovi e complessi e costringe medici, pediatri, psichiatri, psicologi e nutrizionisti a costruire percorsi assistenziali che tengano conto dell'età delle pazienti (8-10 anni) e programmi di prevenzione familiari e scolastici per riconoscere e/o prevenire un disturbo così insidioso, il cui esordio precoce comporta alti rischi di compromissioni organiche e psicologiche, anche irreversibili.

Nel caso di bambine molto piccole, il riconoscimento del disturbo non è molto facile, perché la perdita di peso e la restrizione alimentare vengono spesso scambiate per inappetenza infantile o interpretate come sintomi da stress (magari indotto dal disagio scolastico del passaggio tra la quinta

Elementare e la prima Media). Inoltre la bambina non esplicita, in modo così chiaro come l'adolescente, la ragione per cui non mangia, e cioè la paura di ingrassare. Può semplicemente dire: «Non ho fame». Non c'è neppure il segnale tipico della amenorrea, non avendo le bambine ancora avuto le prime mestruazioni. Ma alcuni segnali possono rivelare il disturbo: il modo in cui mangiano, sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi; la lentezza del pasto, l'esclusione di alcuni alimenti; l'iperattività fisica, l'assunzione di molta acqua; un uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti e poi il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti della bambina.

Come classificare i DCA infantili

Le categorizzazioni del DSM-IV che utilizziamo per definire le varie tipologie di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA): Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (EDNOS), se non soddisfano appieno quando lavoriamo con i DCA degli adulti, soddisfano ancora meno quando si affrontano i DCA in età evolutiva. Le caratteristiche di Anoressia e Bulimia sono abbastanza simili nell'adulto e nel bambino sia per quanto riguarda la sintomatologia (restrizione, vomito, attività fisica, abuso di lassativi, nascondere il cibo, preoccupazioni verso il cibo, ritiro sociale, irritabilità, ipersensibilità), sia per quanto riguarda gli aspetti di personalità come perfezionismo, coscienziosità, desiderio di compiacere, protettività, elevata tensione nel raggiungere i risultati.

Altre caratteristiche presenti nell'Anoressia Nervosa nei bambini sono: vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»), bassa autostima (aspetto molto rilevante nei DCA, più del problema del cibo o del peso corporeo), bisogno di controllo (aspetto centrale nel lavoro terapeutico con i DCA: se questi bambini non hanno controllo possono esprimere il proprio disagio facendosi del male).

La Bulimia Nervosa in età evolutiva presenta le seguenti caratteristiche: preoccupazione eccessiva e marcata rispetto al peso e alla forma fisica, senso di mancanza di controllo, abbuffate compulsive ricorrenti, comportamenti compensatori regolari.

Tra i bambini, la BN è molto meno comune dell'AN, ma i due disturbi presentano molte caratteristiche comuni, come la bassa autostima ed il bisogno di controllo. Sono presenti anche comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi. Esiste un "continuum" tra BN e AN e anche nelle pazienti molto piccole la transizione tra un disturbo e l'altro è alquanto frequente.

Altri disturbi alimentari presenti nell'infanzia sono il FAED, il Selective Eating, la Disfagia Funzionale e la Sindrome da Rifiuto Pervasivo.

Il FAED (Food Avoidance Emotional Disorder), "Disturbo emotivo di evitamento del cibo" è simile all'AN nell'evitamento marcato del cibo e la perdita di peso. Non è presente preoccupazione per forma fisica e peso, né un'immagine corporea distorta. Questi bambini possono non mangiare perché hanno fobie od ossessioni, o perché sono depressi. La gravità di questo disturbo è pari a quella dell'AN e la perdita di peso può essere simile così come la gravità della situazione medica.

Il Selective Eating (Alimentazione Selettiva), disturbo abbastanza diffuso, è caratterizzato da alimentazione molto selettiva di cibi, predilezione per i carboidrati, altezza e peso normali, disagio sociale, assenza di preoccupazione per il peso e la forma, assenza di dispercezione dell'immagine corporea. La gamma di cibi con cui questi bambini si nutrono è davvero molto ristretta: a volte prevede solo quattro o cinque categorie di alimenti. I bambini risultano a volte fisicamente sani, mentre il loro problema più manifesto è rappresentato dal disagio sociale e dalla vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere. Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutica, mentre il bambino in genere rifiuta il trattamento mediato dai genitori.

La Disfagia Funzionale comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare. Tra i motivi scatenanti identificabili, non è stata individuata alcuna causa organica, né preoccupazione per il corpo o dispercezione delle sue forme.

L'evitamento del cibo ha ragioni molto diverse rispetto all'AN: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde. Si tratta di sentimenti molto difficili da trattare.

La Sindrome da Rifiuto Pervasivo è il rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico

o una psicosi infantile. Ciò che è certo è che la prognosi è sicuramente molto grave.

Immagine corporea e comportamento alimentare

L'insorgenza sempre più precoce dei DCA ci costringe a riflettere su quali possano essere i fattori specifici e aspecifici di tale espressione patologica comparsa nell'ultimo decennio.

Contemporaneamente all'aumentare delle forme precoci di DCA, si è allargata a macchia d'olio l'obesità infantile: oggi un bambino italiano su tre è in soprappeso ed uno su sette francamente obeso.¹ Gran parte di questi bambini (30-60%) mantiene l'eccesso ponderale anche in età adulta e già durante l'età evolutiva l'obesità si associa a morbilità metabolica e d'organo.

2

Il quadro clinico dei Disturbi del Comportamento Alimentare osservato nelle bambine e nelle preadolescenti è del tutto sovrapponibile a quello delle ragazze adolescenti e delle giovani donne:³ l'ossessione intensa per il cibo, il peso e le forme corporee, nucleo della psicopatologia, diviene un sostituto difensivo contro i conflitti associati al raggiungimento dell'identità personale in una fase della vita in cui le strutture fisica e psicologica attraversano una fortissima, direi catastrofica, trasformazione.

L'adolescenza rappresenta una fase critica del ciclo vitale soprattutto per quanto riguarda la formazione dell'immagine di sé dello schema corporeo. Il rapporto con il cibo in questa fascia d'età riveste un'importanza fondamentale non solo per la crescita e lo sviluppo del corpo, ma anche in quanto valore simbolico che contribuisce a definire l'identità personale e l'autonomia psicosociale. I fattori di rischio per un esordio precoce di DCA

sono senz'altro aumentati: i modelli culturali della magrezza a cui i bambini sono sempre più esposti attraverso i mass media, ma anche attraverso la famiglia, la scuola e i luoghi di aggregazione; abitudini alimentari scorrette e sempre meno regolari in ambito familiare; l'aumento dell'incidenza dell'obesità infantile che costituisce un fattore di rischio specifico per i DCA.

4

Un'alta prevalenza di preadolescenti femmine seguono diete per perdere peso ⁵ e numerosi studi confermano che tale comportamento è un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie alimentari ⁶ e problemi di salute cronici. ⁷ L'eccessiva importanza attribuita alle regole che vincolano la quantità di cibo, gli intervalli di digiuno o le calorie da assumere, insieme alla paura della superalimentazione e della sottoalimentazione ha l'effetto di abituare il bambino, sin da molto piccolo, a non ascoltare i propri stimoli interni (fame, sazietà...) o i propri gusti. In questo modo, egli mangia secondo i modelli di comportamento della famiglia, del gruppo dei pari, della televisione senza allenarsi ad esercitare in alcuno modo il proprio senso critico rispetto ai messaggi che gli arrivano e senza che il suo organismo venga soddisfatto da scelte alimentari personali e consapevoli. In questo disorientamento dovuto ad una continua sovrastimolazione di informazioni, il bambino può facilmente imparare ad utilizzare il cibo come risposta alle emozioni, succedaneo della relazione con l'Altro, soddisfacimento immediato ed illusorio delle proprie aspirazioni, dimenticando di ascoltare realmente bisogni e necessità. ⁸

Il contesto socio-culturale influisce significativamente nella formazione dei modelli di riferimento che diventano parametri di giudizio, e quindi di

valore, del bambino. Negli ultimi cinquant'anni, l'ideale estetico si è progressivamente conformato attorno ad un'immagine corporea filiforme, che ha determinato una pressione sociale alla magrezza come espressione di valore positivo. Molti studi sottolineano come la valorizzazione estrema dell'apparenza e della bellezza, associata a magrezza, abbia un ruolo primario nello sviluppo e nella diffusione di un'eccessiva attenzione al peso, alle forme corporee e all'alimentazione in genere.⁹ Il controllo morboso di ciò che mangia, l'attività fisica eccessiva, le estenuanti pratiche estetiche, la scelta e la selezione ossessive dei cibi rappresentano quindi modalità sempre più diffuse attraverso cui l'adolescente definisce rapporti sociali e identità personale. È indubbio che la società attuale presti particolare attenzione al corpo, interrogandosi sul ruolo e sulle funzioni che svolge nell'esperienza quotidiana e sulle dinamiche psicologiche, emotive, culturali e formative che una tale enfattizzazione comporta. Il corpo è una dimensione della nostra esistenza nella quale si iscrivono dinamiche affettive, pulsionali ed emozionali come quelle sociali, culturali e comunicative.

Come riuscire a conciliare una cornice culturale che diffonde un'idea di corpo inteso come possesso e dominio, disciplinato da pratiche minuziose che continuamente tese a rinegoziarne i confini, con i propri limiti naturali, individuali, intimi ed emozionali?¹⁰

Schilder sosteneva che l'immagine corporea è "l'immagine del nostro proprio corpo che formiamo nella mente, il modo in cui il corpo appare a noi stessi", cioè un insieme di processi dipendenti dal contesto, un'unità molteplice di diverse rappresentazioni di sé, un "filtro cognitivo" che ci consente di

interpretare la realtà attraverso il processo di attribuzione di significato delle esperienze. ¹¹

L'immagine di sé è la relazione che il corpo stabilisce con il Sé e con gli altri, in una dinamica complessa e graduale, attraverso la quale viene a formarsi l'identità del soggetto, continuamente in fieri, dove la strutturazione del corpo non è data una volta per tutte, ma si trasforma costantemente insieme alle diverse relazioni che il soggetto-corpo stabilisce col mondo stesso. ¹²

Le bambine e le ragazze che apparentemente negano la centralità del corpo, ma che lo dimagriscono o lo riempiono di cibo fino all'inverosimile, soffrono in realtà di un'ipermentalizzazione di quel corpo, oggetto e contenuto di ogni loro pensiero. Nel tentativo di domarlo e farlo scomparire si ritrovano schiave di un corpo irreali, al cui controllo, peso e conformazione dedicano ogni minuto della giornata. Nel falso pretesto di rivendicare l'esclusivo valore della dimensione psichica, esse diventano solo corpo, agganciando il sentimento di identità al peso e al giudizio della bilancia. ¹³

Ma è possibile prevenire?

Nel caso di bambine molto piccole il riconoscimento del disturbo non è semplice, dal momento che cambiamenti fisici o psicologici possono essere facilmente attribuiti alla loro giovane età. Questo porta a spostare l'attenzione su programmi di prevenzione primaria che coinvolgano i principali luoghi della formazione identitaria: la famiglia e la scuola.

Tra gli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il Ministero della Salute contempla infatti la lotta all'obesità e ai DCA, allo scopo di diminuire il numero di persone che si ammalano di queste

patologie. Tuttavia, allo stato attuale non esistono interventi di prevenzione primaria dei DCA la cui efficacia sia provata e documentata. In questa incertezza sembra utile richiamare l'attenzione su tre aspetti:

- L'informazione isolata non sembra sortire effetti positivi sulla prevenzione.
- Particolarmente significativa potrebbe rivelarsi l'attenzione alla percezione del bambino e dell'adolescente nei confronti della morte, del futuro, del Sé, delle relazioni familiari, con particolare riferimento alla trasmissione generazionale di eventuali processi immaturi nella differenziazione dei ruoli familiari.
- Gli ambiti operativi per gli obiettivi della prevenzione comprendono la scuola, il gruppo dei coetanei e quello degli operatori socio-sanitari. ¹⁴

L'obiettivo principale dei programmi di prevenzione è quello di aumentare i fattori di protettivi, in grado di prevenire l'insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Molti programmi di prevenzione, in tutto il mondo occidentale, cercano di mettere in evidenza soprattutto le tecniche di coinvolgimento dei ragazzi prevalentemente in età scolare. Il gruppo di ricerca di McVey, uno dei più accreditati nel panorama scientifico internazionale, dopo aver constatato l'efficacia di un intervento di prevenzione dei disturbi alimentari attraverso un programma di supporto tra pari denominato "Girls Talks" (discorsi tra ragazze) all'interno del contesto scolastico, ¹⁵ decide di ripeterlo per valutare se i risultati ottenuti precedentemente potessero essere generalizzati. Viene così appurato che programmi di prevenzione che utilizzano il gruppo dei pari come fattore di

sostegno, di partecipazione, di condivisione e discussione, conducono a risultati migliori rispetto a programmi di prevenzione classici, (ad esempio sotto forma di lezione o conferenza) che producono cambiamenti nella conoscenza piuttosto che nei comportamenti. ¹⁶ Tali studi confermano l'efficacia dell'applicazione del gruppo di sostegno tra pari soprattutto nelle scuole Elementari e Medie, dove non ci siano significative preoccupazioni per il peso e le forme corporee.

I momenti formativo-informativi devono essere strutturati per tematiche specifiche e finalizzati a sviluppare abilità di gestione degli eventi di vita potenzialmente stressanti, focalizzando l'attenzione sul miglioramento del concetto di sé, sull'accettazione del proprio aspetto fisico e sull'autostima.

Il nuovo orientamento per la prevenzione di DCA non ha più solo lo scopo di prevenire i fattori di rischio di queste malattie, ma anche quello di lavorare sui fattori protettivi, cioè su quegli elementi che consentono un normale e fisiologico sviluppo dell'individuo, introducendo il concetto di "resilienza" per sottolineare l'importanza di "un tempo dedicato ad un lavoro sulle risorse, sui fattori protettivi (...) per esercitare una virtù e promuovere salute in un cammino fatto di imprevisti, di fatiche, di scelte, ma soprattutto di ascolto, di espressione di sé e dei propri desideri". ¹⁷

La scuola costituisce un luogo di riferimento per diverse componenti della comunità: gli studenti e le loro famiglie, gli insegnanti e il personale scolastico, gli operatori professionali e i volontari che vi operano a diverso titolo. Perciò essa rappresenta uno dei principali punti di forza per lo sviluppo comunitario di una strategia di promozione della salute, attraverso

la costruzione e il potenziamento di processi di partecipazione e cooperazione.¹⁸

Ciò che i bambini osservano e raccontano

Da alcuni anni svolgiamo, come équipe formativa del Centro DCA, interventi strutturati nelle scuole Elementari, Medie inferiori e superiori, sia per valutare in che modo il condizionamento culturale legato al modello di magrezza intervenga nella costruzione della percezione corporea, sia per disporre una base per strategie operative di intervento di prevenzione primaria in ambito scolastico. Progressivamente, abbiamo messo a punto diverse modalità di intervento, cercando di renderle quanto più accessibili e fruibili alle classi di età selezionate; contemporaneamente i dati raccolti su circa 800 ragazzi ci hanno aiutato a perfezionare e modulare il tipo di intervento.

In particolare, un recente lavoro di prevenzione e ricerca su un campione di bambini e preadolescenti ci ha restituito utili riflessioni sulla costruzione dell'immagine corporea, come fattore di rischio anche molto precoce per i DCA. Il nostro studio nasce da un intervento di educazione alimentare effettuato su un campione di 167 bambini di alcune scuole Elementari e Medie inferiori della Provincia di Perugia, di età compresa tra i 10 e i 12 anni, di cui 97 femmine e 70 maschi. Il percorso, svolto in integrazione e in continuità ai temi affrontati dalle diverse discipline scolastiche, ha utilizzato come traccia di riferimento: "Le diete squilibrate e le diverse proposte del mercato". Dalla proiezione di filmati, slides e lucidi, si è passati alla discussione dell'esperienza personale, con l'intento di offrire ai bambini coinvolti nel progetto spunti di riflessione, comprensione e giudizio

autonomo rispetto ai continui e spesso contrastanti messaggi di bellezza, forma fisica e salute. I bambini parlano con estrema semplicità e tranquillità di ciò che vedono intorno e si raccontano, descrivendo il proprio vissuto, ciò che senza far troppo rumore entra a far parte della loro quotidianità: «la dieta strana della mamma che non riesce mai a dimagrire... ora anziché mangiare beve delle cose che le dà un'amica... secondo me le fanno solo male»; oppure la dieta della cuginetta «che non può mangiare pasta e pane perché il dottore le ha detto che la fanno ingrassare», o ancora della zia che «è sempre a dieta e non è mai contenta». Un bambino ammette che i compagni lo prendono spesso in giro per il suo aspetto: «forse dovrei dimagrire un po', ma mia madre dice che sono ancora troppo piccolo per seguire una dieta... se mai la farò tra qualche anno... » e poi si parla di Costantino, «quello tutto muscoli che pubblicizza Tesmed». Allora mi rendo conto che tutti conoscono «l'elettrostimolatore per fare i muscoli», che molti papà e zii lo hanno già comprato e che alcuni sono curiosi di provarlo nonostante loro stessi dicano «ma non funziona davvero, quello lì per avere tutti quei muscoli avrà fatto ore ed ore di allenamenti!». Una bambina dice di non piacersi perché dovrebbe perdere qualche chilo e che non sente di avere alcuna probabilità per diventare bella come le modelle della televisione o delle pubblicità: «quelle lì sono tutte anoressiche... non mangiano... e io non ci riuscirei mai». Raccontano delle mille diete dimagranti che vedono sui giornali, in televisione o su persone che le hanno provate ed ognuno ha esperienze ed opinioni personali più o meno dirette: «la dieta dissociata secondo me è la migliore... è la più equilibrata (...) i pasti sostitutivi li ho provati una volta ma li hanno fatti solo per rubare soldi

alla gente... li usa ogni tanto mia madre (...) l'istruttore della palestra ha consigliato la dieta a zona a un amico di mio fratello per fargli aumentare la massa».

Quello che i bambini raccontano è un mondo di diete in cui la preoccupante diffusione dell'idealizzazione della magrezza e l'attenzione al peso si impongono con prepotenza; un mondo in cui, accanto ai messaggi dei mass-media, si ritrovano i condizionamenti delle esperienze delle persone che fanno parte della loro realtà: la famiglia, la scuola, gli amici, gli allenatori. È un mondo che osservano e che inevitabilmente vivono e dal quale vengono condizionati giorno dopo giorno. E allora, pur consapevoli dell'arduo compito che spetta a chi voglia impegnarsi nella crescita e nella formazione dei bambini ("...ma com'è difficile, oggi, contrastare il flusso micidiale della mala informazione, della mala educazione, della pubblicità del peggio, dei mille camuffamenti della verità ai fini del potere e del benessere dell'individuo" ¹⁹), non possiamo che confermare l'importanza di modelli di intervento di prevenzione per cercare di contrastare l'impatto delle "potenti forze culturali" che favoriscono e sostengono dispercezioni corporee, e in certi casi anche la diffusione di comportamenti alimentari disturbati. ²⁰

Una ricerca sull'insoddisfazione corporea nei bambini

Nel campo della ricerca clinica sui Disturbi del Comportamento Alimentare sono stati elaborati, accanto a metodologie d'indagine sugli aspetti percettivi, molti strumenti utili per lo studio dell'immagine corporea. ²¹

Il nostro intervento ha previsto l'utilizzo del Body Shape Questionnaire, ²² al fine di valutare la preoccupazione per l'immagine corporea del gruppo di alunni preso in esame, poiché è ampiamente noto che un'alterazione

dell'immagine di sé ha un ruolo centrale nell'insorgenza dei DCA. Il questionario, utilizzabile anche da bambini senza eccessivo sforzo, è costituito da 34 item che indagano l'insoddisfazione per la propria immagine corporea, in un ambito temporale di 4 settimane e sulla base di 6 livelli di gravità, espressi dalla frequenza con cui si manifestano i pensieri, le sensazioni ed i comportamenti descritti nei singoli item. Problemi con l'immagine di sé sono abbastanza comuni nella pre-adolescenza e, pertanto, ciò che risulta importante è il livello di intensità di questa insoddisfazione. Come sostiene Cooper ²³, che ha selezionato gli item della scala, il Questionario sull'Insoddisfazione Corporea (BSQ) non può essere usato per misurare l'insorgenza dei casi di DCA, ma piuttosto per valutare le attitudini mentali di una popolazione normale rispetto alla propria immagine corporea. Il nostro studio si propone appunto di indagare, all'interno di un gruppo di preadolescenti, il condizionamento culturale legato al modello di magrezza, che può determinare alterazioni nell'immagine corporea fino a sviluppare un vero e proprio DCA. Contemporaneamente alla somministrazione del questionario viene rilevato il rapporto peso/altezza (Indice di Massa Corporea, IMC) di ogni bambino, onde poter verificare i risultati del questionario con il peso reale dei bambini.

Lo studio effettuato è stato possibile in continuità ad un intervento di educazione alimentare già svolto dalla stessa équipe nello stesso Istituto. La relazione ed il rapporto di fiducia creatosi in precedenza con insegnanti, bambini e ragazzi si è rivelato un elemento fondamentale al momento della somministrazione del questionario, in quanto ha fornito un'adeguata motivazione alla compilazione dello stesso e ha consentito di ridurre al

minimo lo stato di ansia legato alle domande più intime e personali. Il questionario è stato presentato e consegnato all'insegnante referente del Progetto di Continuità dell'Istituto, il quale a sua volta ha coinvolto altri insegnanti che ne hanno fornito una breve spiegazione all'interno di ciascuna classe. Secondo quanto riferito da questi insegnanti, i bambini non hanno dimostrato alcuna difficoltà o perplessità nella compilazione del questionario ed hanno avuto bisogno solo di pochi chiarimenti sul significato di alcuni termini come "ballonzolare" e "rotoli di carne": tutti i 167 bambini del campione hanno risposto ad ogni domanda. I risultati, decodificati dall'équipe, sono stati quindi riportati nelle classi, stimolando una discussione riguardante soprattutto la promozione della salute, con particolare riferimento alla tematica dell'accettazione del proprio corpo, senza affrontare direttamente i disturbi alimentari.

I risultati di questa ricerca suggeriscono uno scenario davvero sconcertante, che probabilmente rende ragione della precoce insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

La prima osservazione è che i punteggi relativi alla frequenza con cui, nel gruppo analizzato, si manifestano pensieri, sensazioni e comportamenti descritti nei 34 item, confermano che la preoccupazione per il peso e per le proprie forme corporee riguarda in prevalenza il sesso femminile, anche in età prepubere.

Le medie ottenute (= 70,8) nelle bambine sono più basse rispetto al campione preso in esame da Cooper (medie = 81,5)²⁴ e da Bunnell, Cooper e Shenker (medie = 91,8),²⁵ ma abbastanza vicine a quelle degli studi di Munford, Whitehouse e Platts (medie = 70,5)²⁶.

Facendo riferimento ai punteggi totali e alle medie specifiche per maschi e femmine è evidente che l'identità di genere è già fortemente precostituita e quindi rappresenta un importante fattore di rischio per i Disturbi del Comportamento Alimentare, che sono considerati patologie tipicamente femminili.

Nella quasi totalità dei casi (91%) i maschi si caratterizzano per una bassa preoccupazione per la propria immagine corporea, espressa dalle femmine solo nella metà dei casi (52%). Lo studio sembra quindi confermare il dato nazionale secondo cui il 10% dei maschi sviluppa un disturbo dell'alimentazione, in quanto le categorie rappresentate da un punteggio > 69 coincidono nel 9% dei maschi, mentre nelle femmine la percentuale raggiunge il 48%. Lo sviluppo dei Disturbi del Comportamento Alimentare nei maschi ha avuto un incremento significativo negli ultimi 10 anni e abbiamo ragione di credere che questa tendenza non cesserà, visto che i fattori di rischio sono in continuo aumento a prescindere dal genere dei soggetti esposti.

La sensazione di essere grassi o la preoccupazione di ingrassare dei bambini è molto forte indipendentemente dal loro stato nutrizionale (normopeso, sovrappeso...) (domanda n. 4, F:76%; M:31%) e sembra riguardare prevalentemente il sesso femminile con un valore doppio rispetto a quello maschile. L'insoddisfazione corporea dei bambini sembra essere influenzata da molteplici variabili, tra cui sensazioni corporee di gonfiore o stomaco pieno, che li fanno sentire grassi (domanda n. 6, F:44%; M:14%).

La paura di essere grassi è tale da credere di doversi mettere a dieta in più della metà delle bambine intervistate (domanda n. 2, F:56%; M:15%), tanto da evitare di indossare abiti che mettano in risalto le proprie forme corporee (domanda n. 15, F:40%; M:6%), anche perché molte pensano che cosce, fianchi o sedere siano troppo grandi rispetto al resto del corpo (domanda n. 2, F:40%; M:6%).

Le differenze tra maschi e femmine sembrano ridursi, in parte, in riferimento alla necessità di fare attività fisica (domanda n. 34, F:54%; M:22%) per controllare la propria forma corporea. Questo dato ci fa notare che i DCA nei maschi si esprimono prevalentemente con l'attività fisica come forma compensatoria, e l'ideazione sulle forme corporee è prevalentemente riferita alla "scultura" dei muscoli ed alla modificazione in questo senso del corpo.

Lo studio conferma l'ipotesi che la pressione sociale alla magrezza determina un aumento dell'insoddisfazione corporea anche nei bambini più piccoli, indipendentemente dal reale stato nutrizionale.

La percezione distorta del proprio corpo e la paura di prendere peso, pur in condizioni di normopeso o sottopeso, mette in evidenza come i ragazzi già in fase preadolescenziale vivano un conflitto con il proprio corpo e come un'immagine corporea distorta, insieme ad altre componenti individuali ed ambientali, possano diventare un terreno fertile per la comparsa di un comportamento alimentare disturbato.

Allo stato attuale, non sappiamo quale sia il ruolo dell'insoddisfazione corporea nel provocare o favorire l'esordio di un Disturbo del Comportamento Alimentare e se questa sia primaria al disturbo o secondaria

alle modificazioni delle funzioni cognitive determinate dal digiuno (nell'Anoressia), o dai cicli ripetuti di abbuffate e di dispersione delle calorie in eccesso (nella Bulimia). Tuttavia, diversi studi di comunità, insieme alle analisi compiute sulle casistiche cliniche (a partire dalla Bruch ²⁷), suggeriscono una stretta correlazione tra questa insoddisfazione e l'insorgenza di DCA.

I dati del BSQ evidenziano che l'attenzione morbosa al proprio aspetto e alle proprie forme nata da un'insoddisfazione corporea, indipendentemente dalle ragioni scatenanti, può condurre ad intervenire in vario modo sul proprio corpo con pratiche che ne modifichino l'apparenza: diete restrittive, strategie di compenso, eccessiva attività fisica, trattamenti di perdita del peso, interventi chirurgici. D'altra parte, diversi studi condotti in Italia negli ultimi anni segnalano che almeno il 50% delle adolescenti tra 12 e 14 anni sono insoddisfatte della forma del proprio corpo oltre che del loro peso, e che c'è una tendenza nella direzione di un'ulteriore abbassamento dell'età d'insorgenza dei primi problemi con il proprio corpo. ²⁸ Questa insoddisfazione è strettamente connessa ad una più generale scontentezza e insicurezza della propria identità e non è possibile, pertanto, lavorare su questi specifici fattori di rischio senza metterli in relazione a quelli che riguardano questa più globale incertezza identitaria. Per poter intervenire concretamente sui comportamenti "a rischio" dei giovani è quindi necessaria la costruzione di programmi di prevenzione primaria che considerino il disturbo come espressione di un più ampio disagio psichico, sviluppando un percorso allargato per la diffusione del concetto di "benessere bio-psico-sociale", secondo la definizione di promozione della salute.

Tabella 1 - Questionario sull'Insoddisfazione Corporea (BSQ).

Tabella 2 - Punteggi relativi al BSQ secondo il genere.

Grafico 1 – Punteggio totale BSQ.

Grafico 2 – Punteggio medio-risposta.

Proposte di prevenzione

Al momento attuale gli studi controllati nazionali e internazionali sull'efficacia di interventi di prevenzione primaria sono pochi e i risultati poco incoraggianti. Più volte è stata anche messa in discussione l'utilità di questi interventi e vi sono anche metaanalisi che hanno messo in evidenza i rischi connessi ad una prevenzione incauta.

Alcune indicazioni suggeriscono che in tema di prevenzione primaria gli interventi siano svolti prima o all'inizio dell'età a rischio. Ma anche intervenire troppo precocemente potrebbe esser inutile, perché ancora non sono iniziati i cambiamenti fisici e psicologici caratteristici dell'età adolescenziale e che sembrano innescare tutta una serie di problematiche legate al corpo che costituiscono il principale fattore di vulnerabilità per questi disturbi. Da qui l'esigenza di avviare degli interventi precoci e svolgere dei follow-up a più lungo termine proprio per osservare l'incidenza eventuale sull'evoluzione dello sviluppo psico-fisico in questi soggetti dopo la pubertà e durante l'adolescenza. La maggior recettività della fase

adolescenziale sembra confermata in alcuni studi, che evidenziano cambiamenti significativi in brevi periodi negli atteggiamenti alimentari e nei sintomi psichici in questa epoca di vita, anche in soggetti che non hanno svolto alcun intervento preventivo. Lo studio da noi condotto evidenzia, comunque, come rapidamente in pochi anni siano anticipate le caratteristiche di vulnerabilità ai disturbi alimentari anche in bambini in età prepubere.

Se si parte dal presupposto che la patologia anoressica e bulimica, pur certamente connessa a modelli culturali e di costume, affonda le sue radici nella difficile fase di transizione dall'età evolutiva verso l'età adulta, riteniamo che in linea generale la prevenzione dei DCA dovrebbe rientrare a pieno titolo in tutti i programmi di prevenzione primaria e secondaria per i disturbi gravi dell'età evolutiva.

Infatti è altamente riduttivo considerare ai fini sanitari ed educativi questi disturbi, che hanno un origine multidimensionale e a presentazione eterogenea, come malattia alla moda o autoprovocate o esclusivamente secondarie a rapporti familiari conflittuali.

Se da una parte infatti un aspetto importante della componente patogenetica dei DCA può essere individuato nei messaggi trasmessi dai mass media, che idealizzano aspetti e costumi irreali e fuorvianti dall'altra ci troviamo di fronte a un disturbo grave dell'età evolutiva, in cui l'aspetto culturale rinforza in modo patologico dinamiche psicologiche dell'adolescenza intervenendo come fattore scatenante sulla "vulnerabilità" psichica di una determinata popolazione.

L'aspetto fisico assume poi particolare rilievo nell'adolescenza, non solo perché lo sviluppo e l'accentuazione dei caratteri sessuali richiamano l'attenzione personale di ciascuno, ma perché l'identità fisica richiama l'attenzione degli "altri" e rafforza la sicurezza del proprio sé.

Alcuni studi hanno evidenziato inoltre che il controllo costante del proprio corpo (ipervigilant body cecking) in uno stato di tensione emotiva tipico dell'adolescenza, può amplificare la percezione delle imperfezioni corporee e condurre l'individuo a restringere ulteriormente la dieta. Spesso il monitoraggio può diventare altamente avversivo, per cui i soggetti evitano addirittura di guardarsi (avoidance body cecking) e questo atteggiamento contribuisce a mantenere il disturbo in quanto la mancata osservazione del proprio corpo non permette alcuna verifica sull'evoluzione del peso e delle forme e fa insistere dunque sulle eventuali restrizioni dietetiche.

L'enfasi alimentare non deve distogliere però l'attenzione dalle problematiche più profonde legate all'età evolutiva. Siamo di fronte a comportamenti che hanno il cibo come possibile ossessivo oggetto di riferimento, ma che hanno radici altrove e che quindi non possono essere affrontati, ed eventualmente risolti, parlando solo di educazione alimentare. Non un progetto di educazione alimentare quindi in senso stretto, ma un progetto educativo generale modulato sui vari livelli, a partire probabilmente già dai primissimi anni di vita.

Alla luce di queste considerazioni siamo orientati a considerare un possibile intervento di prevenzione che si sviluppi secondo due principi:

- considerare il disturbo come espressione più ampia di disagio psichico adolescenziale e organizzare la prevenzione come progetto allargato per

la diffusione del concetto di benessere psico-fisico secondo il concetto di promozione alla salute quale quello promosso dall'OMS.

- considerare questi disturbi come correlati e favoriti dal contesto socio culturale dei nostri giorni e muoversi quindi all'interno di un piano di prevenzione che tenga conto di queste influenze ma non centri l'intervento solo su questo tema.

Una programmazione di interventi possibili potrebbe essere stabilita attraverso una collaborazione tra le strutture sanitarie e quelle scolastiche sviluppando azioni di informazione ed educazione alla salute. È fondamentale che l'intervento di prevenzione primaria sia precoce e rivolto essenzialmente alla fascia dell'età evolutiva, condotto da operatori altamente qualificati con uno strumento agile, semplice nel linguaggio e coinvolgente per i giovani interessati.

L'alta qualificazione degli operatori è un presupposto essenziale in quanto i ragazzi prestano molta attenzione all'operatore "effetto modellamento" e l'impatto degli argomenti affrontati può essere molto profondo in quest'epoca di vita. Il problema non è solo femminile e ,in piccola percentuale peraltro in aumento, coinvolge anche i maschi il cui ruolo può essere importante nel ridurre la pressione sociale esercitata sulle donne dai modelli proposti dalla società. È importante sfruttare le risorse umane dei giovani attraverso il loro coinvolgimento diretto nell'aiutare i coetanei affetti da DCA preparandoli ad una maggiore conoscenza del disturbo, ad azioni che riducano l'importanza attribuita al valore dell'aspetto fisico e ad atteggiamenti adeguati per aiutare in modo costruttivo le persone affette da questi problemi.

Questo tipo di intervento informativo-educativo finalizzato al rinforzo dell'autostima e a contrastare le influenze negative della cultura sulla salute in generale si può inserire in modo più ampio all'interno di un discorso di prevenzione globale del disagio giovanile a cui spesso, soprattutto nel caso della bulimia, alcuni comportamenti possono essere strettamente correlati (abuso di alcool, sostanze stupefacenti, atteggiamenti autolesivi ecc.); è importante pertanto che questo genere di intervento educativo stimoli conoscenze, attitudini e comportamenti che promuovano autoaccettazione e benessere psico-fisico nell'adolescente e lo aiutino a comprendere meglio il rapporto stretto fra emozioni e cibo.

L'obiettivo specifico di un programma di prevenzione secondaria è quello di mettere in atto tutti i meccanismi che favoriscono una individuazione precoce dei casi di DCA e la diminuzione del periodo di tempo che intercorre tra diagnosi ed inizio del trattamento. L'importanza della prevenzione secondaria nei DCA è particolarmente elevata perché una breve durata della malattia dal momento dell'inizio del trattamento può essere associata ad una evoluzione più favorevole del disturbo.

A tale scopo si considera primario un lavoro di formazione ed aggiornamento rivolto alle agenzie sanitarie non specialistiche (medicina di base, sportiva, pediatri di base, consultori, medici scolastici) che più frequentemente captano la domanda di cura di tali disturbi, con l'obiettivo di creare una maggiore sensibilità e attitudine diagnostica verso questa patologia.

È importante però fare alcune precisazioni parlando di prevenzione nei DCA e soprattutto dell'importanza dei fattori di rischio. Abbiamo visto come ad esempio il ruolo giocato dall'insoddisfazione corporea nella patogenesi di

una anoressia o di una bulimia sia condizione necessaria ma non sufficiente. I fattori di rischio temperamentali, traumatici e familiari, quando sono presenti in modo importante possono costituire da soli la premessa di psicopatologie di vario genere (disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbi dissociativi). Quando si combinano con i fattori di rischio per l'insoddisfazione e il disagio del corpo possono determinare l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare. La psicopatologa Mary Connors ci suggerisce un modello interessante, di psicopatologia evolutiva per la patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare, in cui alcuni fattori di rischio per lo sviluppo della insoddisfazione del corpo (pressioni socioculturali, tendenza genetica al soprappeso, pubertà) devono combinarsi con una seconda serie di fattori che contribuiscono a determinare difficoltà di autoregolazione, nella stima di sé, e attaccamento sicuro e solo la presenza di questa interazione può determinare l'apparire del disturbo.

Le origini traumatiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Premessa

Il collegamento tra esperienze traumatiche, in particolare abusi sessuali, e sviluppo di disordini alimentari è stato motivo di interesse di molti ricercatori e clinici negli ultimi venti anni. Un'ampia letteratura riferisce un'alta percentuale di anamnesi positiva per esperienze precoci di violenza e abuso sessuale nella pazienti con diagnosi di DCA ed una correlazione dell'esperienza di un trauma infantile precoce con la strutturazione di tratti psicopatologici di personalità. Una delle ragioni per cui le vittime di abuso, una volta adulte, si rivolgono ad un terapeuta è molto spesso un Disturbo

del Comportamento Alimentare. Le patologie alimentari rappresentano infatti possibili conseguenze di un abuso sessuale

La relazione tra questi due eventi (abuso e DCA), entrambi purtroppo in forte aumento, non è sicuramente di tipo causale, ma la presenza di un evento traumatico nella vita di una paziente, riferito particolarmente alla sfera del corpo e della sessualità, è certamente uno dei fattori di rischio per lo strutturarsi di un disturbo incentrato, appunto, su immagine corporea e vita affettiva.

I Disturbi del Comportamento Alimentare presentano numerosi problemi di configurazione psicopatologica e di trattamento. L'etiopatogenesi non risulta definita e univoca: sembra costante un processo multifattoriale con nodi biologici, intrapsichici, familiari e culturali. Quadri psicopatologici complessi s'intrecciano, in modo bidirezionale, ad alterazioni metaboliche, endocrine, immunologiche, neurotrasmettitoriali e neuropsicologiche. La ricerca di fattori di rischio e/o scatenanti, particolarmente quelli di natura traumatica, rappresenta un settore di notevole interesse per la comprensione dell'insorgenza e dell'estensione dei Disturbi del Comportamento Alimentare. I risultati di molti studi suggeriscono una più alta frequenza di esperienze traumatiche in pazienti con Bulimia Nervosa, piuttosto che in quelli con Anoressia Nervosa di tipo restrittivo. Successivamente, un certo numero di studi sull'argomento è apparso nella letteratura scientifica insieme ad una più generale tendenza, in psichiatria, a ricercare una possibile relazione tra abuso sessuale e sviluppo di disturbi psichiatrici.

L'esperienza traumatica, spesso non conosciuta dai familiari della paziente e rimossa dalla paziente stessa, si rivela strutturante la sintomatologia

autosvalutativa ed autodistruttiva presente nei DCA, in particolare per quanto riguarda il disturbo bulimico, più spesso associato a gravi disturbi del comportamento, abuso di sostanze, disturbi della condotta sessuale, comportamenti autolesivi.²⁹

Bruch³⁰ aveva già messo in evidenza che, nell'Anoressia Nervosa, un disturbo del concetto di Sé, caratterizzato da un sentimento autosvalutativo, porti le pazienti a sviluppare una forte aggressività anche in relazione ad un difficile controllo degli impulsi. L'importanza del trauma sessuale infantile e della sua influenza sulla psicopatologia dell'adulto deriva, infatti, dal suo verificarsi nel corso dello sviluppo psicosessuale, determinandone un'alterazione che produce disturbi psicopatologici che possono manifestarsi anche molto più tardi, in tutta la loro gravità. Il momento o il periodo traumatico si configurano infatti quasi come uno spartiacque tra quanto accaduto fino a quel momento e ciò che succederà in seguito. Se infatti ci riferiamo al modello della posteriorità di Freud, non possiamo non pensare ad uno stretto legame tra il passato e la significazione del presente. Ma nello stesso tempo il trauma riorganizza le difese, le relazioni e le fantasie del soggetto, quasi a cristallizzarle in un'eterna ripetizione del fatto o dei fatti così drammatizzati. Attraverso ciò, si ottengono maggiori risultati: da un lato non c'è più bisogno di ripercorrere a ritroso vissuti che procurerebbero indicibili sofferenze, dall'altro si evita anche la dolorosa elaborazione dei sentimenti connessi all'evento. Si apre però la strada ad un'esistenza costruita su basi poco solide, perché poco radicate nell'elaborazione dell'esperienza. Si potrebbe addirittura affermare che, con la formazione dei sintomi, specie quando si tratta di sintomi fisici come nel

caso dei Disturbi del Comportamento Alimentare, si giunge ad un livello di grande lontananza dalla mentalizzazione e dal senso profondo della propria storia personale, e si continua ad organizzare la propria esistenza intorno al momento traumatico, come se fosse l'unico momento degno di essere vissuto.

Assassini segreti dell'anima

L'abuso sessuale infantile costituisce un problema di estrema complessità e attualità. Se infatti negli ultimi anni i minori vittime di abuso sessuale sembrano in costante aumento, il fenomeno è ancora di difficile rilevazione, poiché in molti contesti vige ancora la legge del silenzio, che rende il fenomeno un vero e proprio dramma non riconoscibile dall'esterno. È soprattutto nei casi di abuso intrafamiliare che, per vergogna e paura, viene calato un vero e proprio velo di omertà sul dramma che si sta svolgendo a danno del minore.

L'abuso sessuale è un evento traumatico, in quanto esperienza inadeguata alla fase di sviluppo del bambino, che altera, sul versante affettivo, il vissuto relativo alla funzione protettiva dell'ambiente familiare, distorcendo tutti i normali processi di sviluppo psico-sociale.

Il trauma sessuale è un fenomeno che si svolge in due tempi. La traccia di questo evento, pur rimanendo in un certo senso incistato nella psiche, non produce effetti patogeni fino al momento in cui condizioni maturative o eventi più tardivi non lo convertono in trauma. Quindi, gli effetti immediati e a lungo termine di un evento traumatico possono essere attribuiti alle trasformazioni che questi stessi eventi subiscono ad opera di desideri inconsci, fantasie e conflitti interiori. L'essenza di una situazione traumatica

rappresenta un'esperienza di impotenza dell'Io di fronte ad un accumulo di eccitamenti, di origine sia interna che esterna, situazione che mette fuori combattimento l'Io.

La complessità psichica di ognuno di noi si articola nell'interazione, in cui le vicende esterne hanno un riscontro emotivo e trovano risonanza nell'interiorità. Il mondo interno e quello esterno dialogano continuamente in un continuo movimento tra passato, presente e proiezioni future.

Due fattori, in particolare, possono incidere in modo determinante sulla vulnerabilità ai traumi: la resistenza dalla barriera protettiva contro gli stimoli, funzione che Freud attribuisce all'Io, e la capacità di adattamento ad essi.

L'efficienza di queste dotazioni difensive, che possono essere sopraffatte dal trauma, stabilisce un livello di tolleranza individuale, costituzionale, ma anche influenzato dalla sensibilizzazione provocata da precedenti esperienze dolorose. La relazione quantitativa tra le forze in gioco è determinante per gli effetti del trauma, al punto che, in condizioni di estrema vulnerabilità, circostanze altrimenti innocue assumono valore traumatico.³¹

È proprio in quest'ottica che dobbiamo considerare il controverso legame tra abuso sessuale infantile e Disturbi del Comportamento Alimentare, nel tentativo di rintracciare una relazione tra l'antica ferita, mai cicatrizzata, e l'uso autolesivo ed aggressivo che viene fatto, da parte della paziente anoressica e bulimica, di quel corpo precocemente abusato.

Si è osservato che l'abuso si pone all'inizio di una cascata di eventi psichici che origina dal trauma, ma che in seguito si sviluppa per difendersi dall'intolleranza al trauma stesso. Non sempre la rimozione riesce a gestire

prontamente e con successo tale intolleranza: più spesso vengono attivati altri meccanismi di difesa che produrranno, nel corso della crescita del bambino abusato, diverse patologie. Il bambino quindi non si ammala direttamente a causa del trauma subito, ma l'abuso può attivare una molteplicità di dinamiche di natura psichica, responsabili dello sviluppo di svariati quadri psicopatologici.

Qualora l'abuso sessuale avvenga all'interno della famiglia, esso è caratteristicamente associato ad altre tipologie di maltrattamento. In questo caso, infatti, raramente l'abuso si esaurisce in un singolo episodio, per inscrivere invece in un comportamento incentrato su altri tipi di violenza, che si protraggono nel tempo senza che il bambino vi si possa sottrarre. Spesso, inoltre, tutto questo rimane celato all'interno delle mura domestiche, per paura e per vergogna.³² La paura di un abbandono o di un distacco dalla propria famiglia rendono il bambino incapace di svelare quanto gli è accaduto. Risulterà molto difficile, per lui, puntare il dito contro il suo abusatore, soprattutto nel caso in cui si tratti di una figura di riferimento. Egli dovrà inoltre fare i conti con una situazione altamente confusiva: la famiglia alla quale si appoggia, che dovrebbe rappresentare una fonte d'amore e una base di riferimento, diventa con l'abuso la sua peggiore nemica. Si viene quindi a creare una relazione ambivalente di amore-odio, che il bambino ovviamente non è in grado di sostenere. Per di più, è molto difficile per un bambino stabilire una differenza tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Ciò lo induce a considerare che il comportamento d'abuso dell'adulto possa essere una cosa giusta, e solo crescendo potrà riconoscere che quanto ha subito da bambino era sbagliato.

Non è raro che l'esperienza traumatica dell'abuso venga completamente rimossa, dal momento che la personalità del bambino, ancora in fase di strutturazione, non riuscendo a sostenere il peso di un'enorme sofferenza, mette in atto il meccanismo di difesa della rimozione. I meccanismi di difesa consistono in una serie di strategie che distorcono e adattano la realtà per proteggere l'Io dall'ansia e dall'angoscia. La rimozione viene messa in atto nel caso in cui il ricordo di un'esperienza altamente confusiva e traumatica porterebbe il soggetto ad essere sopraffatto dall'ansia e dall'angoscia. L'evento viene quindi completamente rimosso dalla coscienza e, in apparenza, dimenticato. Possiamo descrivere infatti i momenti successivi all'abuso sessuale come una fase acuta in cui il bambino, incapace di comprendere e di verbalizzare ciò che gli è accaduto, sviluppa disturbi sia somatici che psicologici. Queste manifestazioni, che ci illustrano lo stato di confusione totale in cui il bambino si viene a trovare, costituiscono le conseguenze a breve termine.

A questo punto c'è il passaggio alla fase in cui il bambino riorganizza il proprio stile di vita, in cui iniziano ad evidenziarsi le conseguenze a lungo termine. Esse dipendono da una molteplicità di fattori, primo tra tutti il fatto che l'abuso sia stato denunciato o meno e, se denunciato, se sia stato creduto. Inoltre, occorre considerare le caratteristiche specifiche dell'abuso sessuale: soggetto abusante, l'età della vittima, la continuità o la reiterazione della violenza. Queste variabili rappresentano i fattori di mediazione che connettono l'abuso sessuale alle successive manifestazioni patologiche del paziente. In questa fase, le ferite connesse al trauma

inducono lo strutturarsi di comportamenti patologici, che non permettono al soggetto uno stile di vita normale.

.

Trauma, bugia e sintomo

Il trauma è fondamentalmente una vicenda non suscettibile di elaborazione psichica rappresentativa ed un nucleo attorno al quale si organizzano le difese e alcuni aspetti della personalità del soggetto traumatizzato. Nell'Anoressia e nella Bulimia, principali disturbi del comportamento alimentare, troviamo due tipi speculari di strategia. Da una parte, lo sviluppo di un controllo quasi ossessivo su molti aspetti della propria vita, tra cui quello alimentare nel caso della paziente anoressica, quasi che, attraverso il loro controllo, si potesse escludere qualsiasi pericolo dalla propria sfera ambientale. Dall'altra, lasciare completamente disattivato il controllo degli impulsi e punirsi e "purificarsi" tramite il vomito e altre forme di autolesione, come nel caso della paziente bulimica. Ingerire enormi quantità di cibo, o non ingerirne affatto è un modo per cercare di controllare il nostro corpo, almeno rispetto ad una delle sue funzioni vitali e dei suoi bisogni primari. Inoltre, modificando il proprio aspetto si viene a creare un doppio vincolo con l'ambiente esterno: da un lato questa estremizzazione del comportamento alimentare rappresenta sicuramente una richiesta di aiuto ed ascolto alle persone circostanti. Dall'altro, riconoscendo nell'aspetto fisico un chiaro richiamo sessuale e comunque di attenzione, si cerca, sfigurandolo, di renderlo meno attraente e quindi di non destare interesse nel sesso opposto. Una volta che si sia insinuata la patologia del disturbo alimentare, si viene a stabilire un circolo vizioso tra il controllo del

proprio peso e controllo delle proprie emozioni. Ogni qualvolta si verificano situazioni che provocano emozioni intense, il soggetto le compensa con abbuffate o attività fisica intensa, tornando nuovamente a preoccuparsi del proprio corpo ed alimentando le emozioni negative connesse a questa spasmodica attenzione. Tale situazione deteriora la condizione fisica del soggetto tanto da costringerlo, infine, a ricercare aiuto e a rivolgersi ad un terapeuta. Spesso però il soggetto non ha piena consapevolezza di quanto gli sta accadendo, essendo stato l'abuso un evento altamente traumatico, separato dalla coscienza ma in grado di fare scaturire una serie di sintomi dissociativi.

È ovvio che i Disturbi del Comportamento Alimentare non sono l'unica conseguenza dell'abuso sessuale, né tanto meno l'abuso sessuale è la sola causa dei disturbi alimentari. Quali sono allora i fattori che portano un soggetto abusato a sviluppare un Disturbo del Comportamento Alimentare, e non un'altra tipologia di disturbo? I fattori di mediazione che sembrano interessare questa relazione sono molteplici. Molto importanti da valutare sono:

- le variabili familiari: si suppone che nei soggetti con una storia di abuso una struttura familiare di tipo caotico, o comunque dissesata, può costituire un buon predittore del successivo disturbo alimentare. Il sostegno dei genitori rappresenta un elemento fondamentale per una buona risoluzione del trauma;
- età della vittima: diversi studi suffragano l'ipotesi che la precocità dell'abuso sia correlata direttamente agli esiti. Le peggiori conseguenze, quindi, sono correlate ad abusi precoci. L'età, inoltre, è direttamente

correlata anche alla precedente variabile. Infatti, tanto più l'abuso verrà perpetrato in età infantile, tanto più difficile sarà per il minore denunciare l'accaduto;³³

- tipo di violenza subita e caratteristiche del soggetto abusante: le conseguenze più nefaste si verificano nei casi di incesto;
- livelli di autostima: spesso molto bassa in queste pazienti, è accompagnata frequentemente da sensi di colpa per quanto accaduto e da un radicato sentimento di vergogna, che alimentano la convinzione di non avere alcun valore, e quindi di essere emarginate ed inferiori rispetto agli altri.

Nelle pazienti con DCA ed esperienze infantili di abuso, il disturbo alimentare acquista una connotazione protettiva. Il desiderio di mantenere un corpo infantile diviene la strategia utilizzata per sottrarsi al richiamo delle pulsioni sessuali ed affettive, oltre che all'interesse da parte dell'abusante. Chiudendosi al richiamo della "carne", la fobia del peso e del cibo consente di controllare un corpo un tempo mortificato, ora reso sempre più invisibile per evitare un contatto umano perverso. In quegli abusi a cui fa seguito una patologia alimentare, la negazione del cibo e dei bisogni alimentari diventa così la metafora della negazione del bisogno dell'altro, che si è rivelato inaffidabile e traditore. Il cibo rifiutato corrisponde al mondo rifiutato, che ha dato spazio al contesto abusante in cui la bambina si è trovata costretta. Proprio per i profondi mutamenti a cui va inesorabilmente incontro, il corpo rappresenta agli occhi dell'adolescente un aspetto di sé vulnerabile e traditore che deve essere contenuto, ma contemporaneamente rimane una fonte di sensazioni forti anche se

dolorose, come la perversa erotizzazione del digiuno, dell'iperattività fisica, dell'abbuffata e del vomito, che si situano come abnorme atteggiamento difensivo contro tutto ciò che dentro di sé potrebbe essere coagulato nel cibo, ma che è in realtà riferito ad ogni oggetto appartenente al mondo esterno, esperito anticamente come intrusione sessuale, fisica e/o mentale. Esiste però anche un secondo aspetto altrettanto significativo, che si basa sulla storia individuale, e in particolare sull'incapacità di contenimento sperimentata nelle prime fasi della vita, all'interno di relazioni perturbate o addirittura talmente passivizzanti da rendere impossibile al bambino di percepirsi come esistente, coeso o funzionante. Tali relazioni si sviluppano nel tempo, in modo che il bambino continua a non percepire e quindi a non concepire alcun tipo di sostegno, fino al momento dell'evento che diviene il segnale del danno. A quel punto si sviluppa una trama di significati, purtroppo deformati dall'evento irrepresentabile. Le emozioni presenti sono indecifrabili e non hanno parole che le possano esprimere adeguatamente. Si muovono disordinatamente attorno ai modelli relazionali delineatisi al momento del trauma, mai più riconsiderati e ormai divenuti parte integrante della vita del soggetto. Il segreto nato intorno alla vicenda traumatizzante, ad esempio, può entrare a far parte della quotidianità sotto forma di bugie o di omissioni riguardanti aspetti della vita emozionale e libidica. In questo caso dovremmo considerare questi atti come scissioni nella personalità; esse vengono percepite dal soggetto come disturbanti, ma inevitabili, come se tutte le modalità interattive si fossero cristallizzate attorno alla rappresentazione traumatica dell'antico evento, in un percorso personale in cui, già da tempo, era preclusa qualsiasi via di accesso ad una diversa

modalità di relazione personale. Il corpo viene negato e diventa solo un ricettacolo di disturbi e di fastidi, dal momento che la possibilità di provare piacere è stata interdetta dal trauma dell'abuso. I pensieri, le emozioni e le azioni dell'adulto abusante diventano corpi estranei innestati nell'apparato mentale delle pazienti, e conservano il loro carattere di appartenenza all'ambiente emotivo che li ospita suo malgrado, a causa della mancata digestione emotiva che li consegna all'impossibilità di essere metabolizzati, cioè elaborati, e quindi dimenticati. L'abusante occupa, come corpo estraneo, gran parte dello spazio mentale del bambino, dal quale è vissuto come persecutore onniscente e omninvadente, che rimane incitato e non digerito, quindi non assimilato, impossibile da dimenticare. Inibita la via "digestiva", non restano che quelle del vomito e del digiuno.

Rabbia e impulsività

La presenza rilevante di abuso fisico e sessuale nella storia infantile delle pazienti bulimiche conferma, se mai fosse ancora necessario, l'importante relazione esistente tra vicende traumatiche infantili e sviluppo di una organizzazione di personalità nella quale rabbia, odio e vendicatività giocano un ruolo preminente. La rabbia segnala una regione della psiche presso la quale si gioca la partita dell'identità: è una reazione di affermazione della propria linea di confine, quella appunto violata e danneggiata dall'abuso subito.

Nei DCA, impulsività, aggressività e rabbia sono importanti tratti psicopatologici ³⁴ e se la rabbia è stata spesso trascurata come oggetto di investigazione clinica, il caso delle pazienti bulimiche, particolarmente quelle che hanno una storia di abuso, ci impone invece di occuparci di

questo affetto, che rappresenta parte integrante del rapporto con una paziente di questo tipo. Avere a che fare con lei significa infatti entrare in relazione con una persona "arrabbiata", che reagisce con impulsività ad ogni microfrattura dell'empatia con il terapeuta e ad ogni diminuzione dell'attenzione da parte delle figure di riferimento. Nella sua funzione primordiale, la rabbia è sempre secondaria alla frustrazione ed al dolore, nel senso che un dolore cronico ed intenso tende a trasformarsi direttamente in rabbia. Ma nella sua funzione più evoluta, la rabbia tende a preservare una seppure precaria coesione del Sé, proprio come un bambino piccolo può tentare di usare il dolore autoinflitto (per esempio sbattere la testa) allo scopo di conservare un senso di vitalità e di coesione.³⁵ La presenza di questo genere di tratti personologici ci spiega la più elevata frequenza di drop-out nelle pazienti affette da bulimia, cioè di interruzioni non concordate della terapia.

La Bulimia Nervosa (BN) è un disturbo grave, che richiede interventi terapeutici combinati e articolati per il recupero sia del funzionamento somatico che di quello psichico. Al contrario della paziente anoressica, la paziente bulimica dimostra una maggiore consapevolezza della propria malattia e quindi una apparente maggiore disponibilità al trattamento, ma in verità la terapia si rivela spesso difficoltosa ed oggetto di aggressività, essendo questo tipo di paziente molto più incline ad esplosioni di rabbia e ad attacchi impulsivi.³⁶

Vari studi mettono in evidenza come la presenza di una storia di abuso sessuale infantile costituisca un fattore predittivo di esito. Mahon et al.³⁷ hanno dimostrato una relazione tra interruzione della terapia e presenza di

traumi infantili e abusi sessuali precoci nella storia anamnestica delle pazienti esaminate.

Una ricerca da noi effettuata nel 2001,³⁸ su un campione ambulatoriale di 170 pazienti con diagnosi di Bulimia, ci permette di confermare questo dato, con l'osservazione di un'incidenza significativamente più elevata di drop-out nel gruppo di pazienti con una storia di trauma sessuale precoce all'anamnesi. Esse risultavano più impulsive e con un temperamento più incline alla rabbia, e comunque caratterizzate da emozioni aggressive più intense rispetto al gruppo di controllo. Nel campione preso in esame, le condizioni fisiche della paziente e la gravità della patologia iniziale non apparivano collegate all'esito della terapia, mentre la maggiore intensità delle reazioni di rabbia e gli atteggiamenti ostili nei confronti della terapia erano da ascrivere a specifici tratti personologici. D'altra parte, alla base dei meccanismi di turbolenza, dello "splitting", dell'instabilità oggettiva, dell'impulsività di tali pazienti vi è una condizione strutturale del senso di Sé, che risulta fluttuante, precario e fortemente danneggiato. In queste pazienti, le esperienze negative (particolarmente quella del trauma subito) sono onnipresenti; ogni oggetto è confuso e caotico ed espone a delusioni. Il terapeuta deve aspettarsi di essere considerato inaffidabile e pericoloso e quindi costantemente attaccato e messo alla prova. Nel trattamento di pazienti abusate con o senza Disturbi del Comportamento Alimentare, che comunque spesso rientrano in quadri Borderline di Personalità, è necessario tener conto, nell'approccio psicoterapeutico, della caratteristica ambivalenza dovuta alla persecutorietà degli oggetti interni fortemente danneggiati. L'ambivalenza si concretizza in un movimento caratterizzato da una forte

idealizzazione del terapeuta, con fantasie di fusione, seguita da un movimento persecutorio in cui egli assume caratteri minacciosi e distruttivi. Questo scenario rende molto difficile la costruzione di un legame solido, a causa della difficoltà del paziente di "affidarsi" alla relazione. L'attacco-fuga dalla terapia diventa un meccanismo di difesa dalla possibilità di sperimentare una relazione riparatoria. Rabbia e meccanismi di difesa sono due condizioni psichiche che si influenzano reciprocamente, nel senso che un elevato tratto di rabbia condiziona più frequentemente l'espressione di meccanismi difensivi basati sull'aggressività agita e su meccanismi proiettivi riferiti al terapeuta.

Bibliografia

1. Maffeis C. L'eccesso ponderale nel bambino. Fisiopatologia e trattamento. Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
2. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998;101:518-25.
3. Lask B, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorder. Hove: Lawrence Erlbaum, 1994.
4. Ruocco R, Dalla Ragione L, Alleri P, Morbidelli A. Disturbi del comportamento alimentare: epidemiologia, modello organizzativo di riferimento e domanda di cura in Umbria. Atti Congresso ADI, Siena, 2002.
5. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol rev*, 2001, 21(3);325-344.
6. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990;29:112-7.

Patton GC, Johnson - Sabine E, Wood K, Mann A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med*, 1990;20:383-94.

7. Fischer M, Golden NH, Katzman DK, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*, 1995;16(6):420-37.

8. Montecchi F. Patologie del comportamento alimentare dell'età evolutiva. Il disturbo del comportamento alimentare. *Il Pensiero Scientifico*, 1994;91-105.

9. Ostuzzi R, Luxardi GL. Figlie in lotta con il cibo. Baldini & Castaldi, 2003;13.

10. Sarsini D. Il corpo in occidente. Carocci, 2003;75-125.

11. Schilder P. Immagine di sé e schema corporeo. Milano: Franco Angeli, 1984.

12. Strepparava MG, Rezzonico G. Schema corporeo ed immagine corporea nei DCA psicogeni. *Oltre la dieta*. 1998;258-86.

13. Pietropolli Charmet G. Nuovi adolescenti. Milano: Cortina, 2001.

14. Commissione di studio Ministeriale per l'Assistenza ai Pazienti con DCA (mar. 1997): Linee guida per la sperimentazione di un sistema integrato di servizi per prevenire e curare i DCA. Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), Maggio 2002;25-9.

Ministero della Sanità: Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2000;166-8.

15. McVey GL, et al. School-based peer support groups: a new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders*, 2003;11:169-85.

16. McVey GL, et al. Replication of a peer support programma designed to prevent disordered eating: is a life skills approach sufficient for all middle school students? *Eating Disorders*, 2003;11:187-95.

17. Garista P, Zannini L. Tempo per sé e resilienza. Tempo per sé. *Adultità*, diretta da Duccio Demetrio, 2003(18);128-37.

18. Hurrelmann K, Leppin A, Nordlohne E. The German example Health Promoting international. Promoting health in schools, 1995(10);121-30.
19. Fofi G. Benché giovani. Crescere alla fine del secolo. Roma: E/O, 1993.
20. Richard AG. Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale. Milano: Raffaello Cortina, 2004;133-9.
21. Thompson KJ. Assessment of body image. In handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems. London, Sage Publications INC, 1995.
22. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Int J Eating Dis, 1987;6:485-94.
23. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Int J Eating Dis, 1987;6:485-94.
24. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. Int J Eating Dis, 1987;6:485-94.
25. Bunnell DW, Cooper PJ, Hertz S, Shenker IR. Body shape concerns among adolescents. International Journal of eating disorders, 1992;11(1):79-83.
26. Munford DB, Whitehouse AM, Platts M. Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. British Journal of Psychiatry, 1991;158:229-33.
27. Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Milano: Feltrinelli, 1978.
- Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Rossi M, Preti A. Social desirability and eating disorders. A community study of an Italian school-aged sample. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002;105:1-6.
28. Slade PD, Dewey ME, Newton T, Bradie D, Kienle G. Development and preliminary validation of the body satisfaction scale. Psychology and Health, 1990;4:213-20.

29. Kaplan LJ. Perversioni femminili. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
30. Bruch H. The golden cage: the enigma of anorexia nervosa. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
31. Bandini T, Gualco B (a cura di). Infanzia e abuso sessuale. Milano: Giuffrè, 2000.
32. Montecchi F. Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico. Roma: Carocci, 1994.
33. Vanderlinden J, Vandereycken W. Le origini traumatiche dei disturbi alimentari. Roma: Astrolabio, 1997.
34. Tiller J, Schmdt U, Ali S, Treasure J. Patterns of punitiveness in women with eating disorders. *Int J Eat Disor*, 1995;17(4):365-7.
35. Kohut H. Narcisismo e analisi del Sé. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
36. Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Bridgford - West L, Austin J. Why the hight rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *Int J Eat Disor*, 2000;28(2):209-14.
37. Mahon J, Bradley SN, Harvey PK, Winston AP, Palmer RL. Childhood trauma has dose effect with dropping out from psychotherapy treatment for bulimia nervosa: a replication. *Int J Eat Disor*, 2001;30(2):138-48.
38. Dalla Ragione L, Ruocco R. Trattamento ambulatoriale integrato su una coorte di pazienti affetti da bulimia nervosa con anamnesi di abuso sessuale precoce e non: valutazione di esito. Atti del seminario Internazionale Abuso sessuale precoce e disturbi del comportamento alimentare. Regione dell'Umbria, 2004.

