

Con il contributo del:



Contributo Regione del Veneto

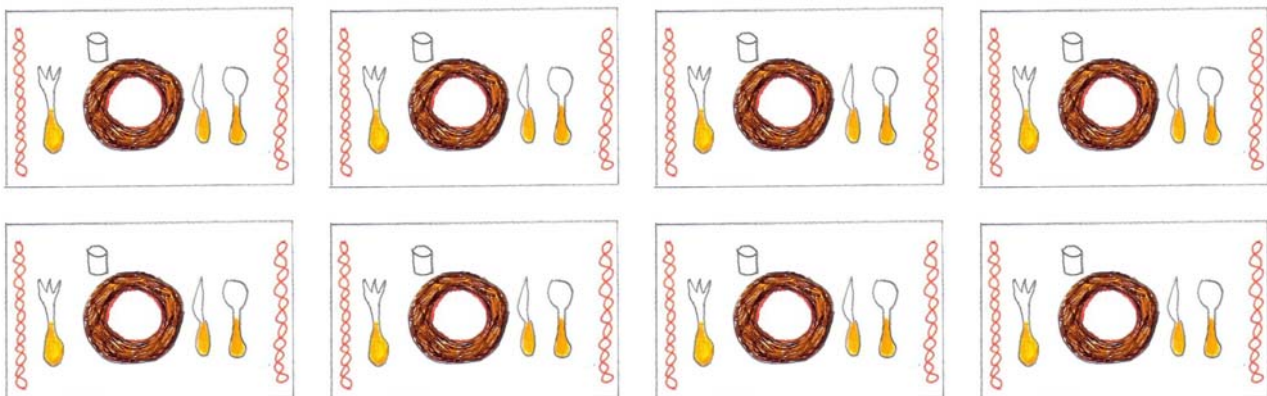


Associazione **La Rete** per l'aiuto e la ricerca sui disturbi del comportamento alimentare - Venezia

Voglia di una vita leggera

La predisposizione ai disturbi del comportamento alimentare in una popolazione veneta potenzialmente a rischio

Iniziativa realizzata con il contributo della Regione Veneto-assessorato alle Politiche sociali, Volontariato e Non profit.



La ricerca, in un testo scientifico più esteso e completo dei dati relativi agli approfondimenti statistici, è stata pubblicata sulla rivista *"Attualità in Psicologia"* n° 18-19 anno 2004 - Edizioni Universitarie Romane

Presentazione

Il carattere di "rilevanza sociale" riconosciuta dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (ma anche da quello vigente) ai Disturbi del Comportamento Alimentare ha trovato nella Regione Veneto una tempestiva ed adeguata attenzione.

Nell'ottobre del 1999, infatti, la Giunta Regionale del Veneto ha emanato alle aziende sanitarie: ***L'Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare*** (DGRV n.3540 del 19/11/1999).

Con tale atto la Regione Veneto, fra le prime regioni in Italia, ha voluto indicare la via per l'organizzazione di una ***Rete di Servizi Pubblici*** dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi del comportamento alimentare, in modo da dare alla comunità veneta (ma non solo, ovviamente) una risposta completa e specialistica al bisogno di assistenza e cura specifica.

La rete dei Servizi pubblici, allora prevista, si dirama dai due Centri Regionali (a Padova e a Verona) ai cinque Centri di Riferimento Provinciale (situati nelle restanti Aziende sanitarie capoluogo) cui fanno riferimento gli Ambulatori dedicati ai Disturbi Alimentari istituiti in tutte le altre aziende non capoluogo.

I Servizi si avvalgono di professionalità altamente qualificate che operano in équipes interdisciplinari (psicologi, psicoterapeuti, medici nutrizionisti, dietiste, psichiatri e neuropsichiatri, ginecologi), garantendo l'intero arco delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sia in regime ambulatoriale sia semi/residenziale.

Una rete di Servizi pubblici che pone la Regione Veneto all'avanguardia e si completa, per i casi che richiedono terapie più prolungate nel tempo, con la collaborazione di alcune Cliniche specializzate convenzionate di chiara fama.

Questo progetto sperimentale, approvato nel 1999, è oramai completamente attuato ed operativo e va a colmare una carenza di assistenza per lungo tempo non rilevata.

La ricerca di seguito presentata mostra la rilevanza e l'estensione della patologia anche fra le ragazze e le giovani donne venete e conferma la necessità e l'impegno della Regione Veneto e del Sistema Sanitario Regionale a potenziare tali servizi .

In questo quadro operativo generale, un ruolo non secondario va riconosciuto alle Associazioni di volontariato dei Familiari e degli utenti che offrono un contributo importante all'azione di informazione e di sensibilizzazione alla cittadinanza .

Il presente volumetto è un esempio lodevole di un tale impegno a favore della comunità.

Renato Chisso
Assessore della Regione Veneto

Il problema

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono un'entità clinica grave, ad elevata mortalità (dal 10 al 15 %) e difficile da curare.

Sono disturbi che presentano una incidenza ed una prevalenza in aumento a partire dagli anni Settanta. Colpiscono in prevalenza la popolazione femminile in età pre-adolescenziale ed hanno la tendenza a cronicizzare.

Negli ultimi anni si è registrata una maggior precocità nell'insorgenza dei primi segni della malattia già in bambine di 8-10 anni .

Sul piano descrittivo, sinteticamente, si è soliti distinguere fra:

♦ **Anoressia Nervosa (AN):**

è una sindrome la cui peculiarità consiste in una "astensione" (fino anche al rifiuto totale) dal cibo. Ciò comporta una perdita progressiva del senso di appetito oltre che, di conseguenza, del peso corporeo, che finisce per collocarsi marcatamente sotto la media delle persone della medesima corporatura, sesso ed età.

Il rifiuto del cibo o la drastica restrizione alimentare è sostenuta da una vera e propria distorsione dell'immagine corporea che porta la ragazza a vedersi "comunque grassa" ed a temere massimamente un aumento ponderale.

Il sottopeso patologico può essere ottenuto e mantenuto prevalentemente con la restrizione alimentare, associata eventualmente ad attività fisica estenuante (es. frequenti e prolungate permanenze in palestre o footing/jogging nell'arco della settimana).

Diversamente, specie se s'inseriscono delle crisi bulimiche, la restrizione alimentare può essere associata ad atti eliminativi (es. vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o clisteri) finalizzati ad evitare qualsiasi probabilità di aumento del peso .

Il sottopeso accentuato e la malnutrizione portano ad amenorrea che, se perdurante per più di tre mesi, diventa uno dei criteri validi per diagnosi di AN.

E' d'importanza clinica fondamentale sottolineare che il complesso dei comportamenti e degli atteggiamenti che la ragazza esprime verso il cibo e l'alimentazione sono egosintonici, cioè sono per lei del tutto ovvi, naturali, giustificati. Anche le situazioni obiettivamente drammatiche sul piano dell'evidenza fisica vengono spesso dalla paziente negate.

Questa caratteristica della malattia spiega il motivo della scarsa domanda di aiuto e di cura che le ragazze sofferenti esprimono.

♦ **Bulimia Nervosa (BN):**

si rinviene in quelle ragazze che "terrorizzate " dal peso e dalla forma del proprio corpo attivano un ciclo compulsivo di "dieta- sovralimentazione- eliminazione" tale da permettere loro di mantenere comunque il peso corporeo entro valori di norma o solo leggermente superiori ad essa.

Le abbuffate bulimiche (ingestione di grandi quantità di cibi diversi) e le conseguenti condotte eliminatorie o compensatorie si ripetono più volte alla settimana e per lungo tempo, spesso per anni e sempre di nascosto.

Sovvente nella storia delle bulimiche ci sono periodi di marcata restrizione alimentare (diete) o anoressia.

Nella pratica clinica sempre più spesso si incontrano forme miste del disturbo ove, in un quadro generale di ossessiva paura di ingrassare, si manifesta la sequenza patologica caratteristica (fig. 1):

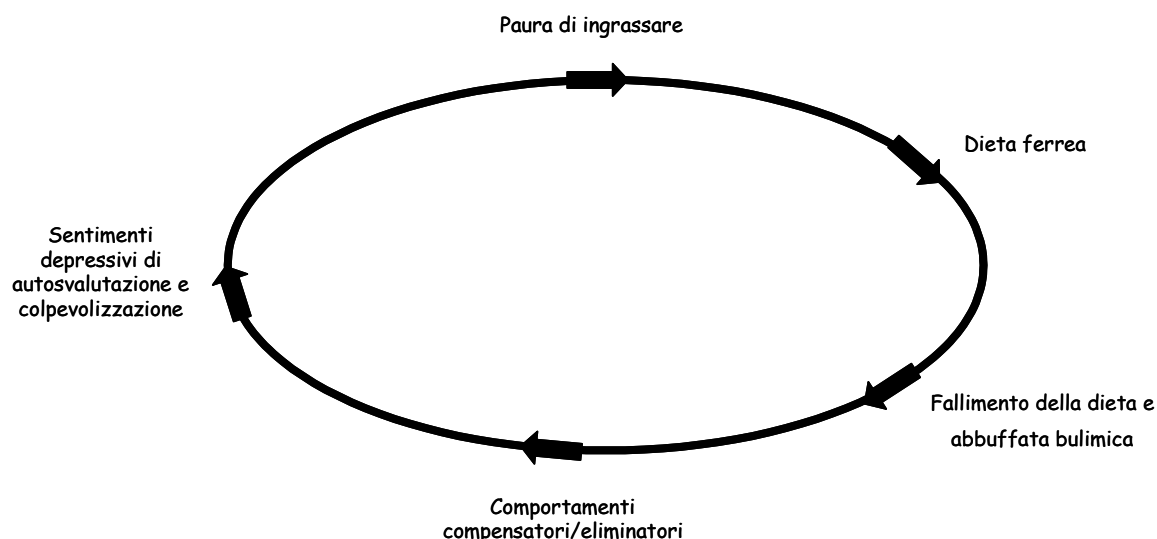


Figura 1 - Sequenza patologica

In modo diverso che nell'AN, nella Bulimia i ricorrenti eccessi di alimentazione vengono vissuti e spiegati come "perdita di controllo, impulsività, obbligo, debolezza..." ed hanno nell'immediato un effetto "sedativo" di un malessere interiore.

Gli atti compensatori/eliminatori invece sono vissuti con sofferenza, vergogna, autosvalutazione ma, al tempo stesso, come inevitabilmente necessari.

Tutto questo rituale persiste per anni e molto spesso, con diversi stratagemmi, le ragazze sofferenti riescono a mantenerlo nascosto a tutti.

♦ **Disturbo dell'Alimentazione incontrollata:**

nella definizione anglosassone BED (Binge Eating Disorder) consiste in una condotta, simile alla BN, caratterizzata da ricorrenti abbuffate (più volte alla settimana) con l'introduzione di grandi quantità di cibi diversi (dolci, salati, aspri, amari ecc) in un breve lasso di tempo, pur senza essere affamati. All'abbuffata segue disgusto di sé, depressione e autocolpevolizzazione, mentre non regolarmente sono presenti comportamenti di eliminazione o di compensazione sopradetti, per cui la ragazza tende al sovrappeso che ne accentua la disistima di sé, l'anassertività, che a loro volta diventano fattori di mantenimento del disturbo e della condotta disfunzionale.

♦ **Disturbi sub-clinici o parziali:**

consistono in una sindrome che contiene - in forma incompleta- sentimenti, atteggiamenti, comportamenti propri della Bulimia e dell'Anoressia. Queste forme di DCA sono molto diffuse fra le giovani donne e sono particolarmente insidiose in quanto possono evolvere in qualsiasi momento in forme di patologia conclamata.

E proprio della diffusione e del rischio rappresentato da questi DCA sub-clinici parleremo nelle pagine seguenti, perché esse rappresentano il problema attuale e futuro.

Ma qual è la reale diffusione della malattia?

I Disturbi Alimentari rappresentano nei paesi occidentali industrializzati una vera e propria emergenza sanitaria.

Già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha inserito i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) fra le patologie di particolare rilievo sociale per le quali dovranno essere attuate localmente iniziative di prevenzione e di assistenza specifiche (*Obiettivo II, Contrasto delle principali patologie*).

I valori attuali di prevalenza in Italia nella fascia di età di popolazione a maggior rischio (donne di età compresa fra i 10 ed i 30 anni) sono:

0,3-0,5% per l'AN, 1-1,3% per la BN.

Mentre per il BED i dati sono più incerti e danno un 1% nella popolazione adulta ed un 3% in quella obesa.

Per i DCA sub-clinici gli elementi di conoscenza sono ancora poco numerosi, stante l'esiguità delle ricerche in merito.

La limitatezza degli studi su popolazioni non cliniche ha spinto molti autori ad approfondire la storia naturale di questi disturbi già dal loro primo apparire ed definire meglio tutte quelle alterazioni del comportamento alimentare che, situandosi ancora sul profilo della normalità o non discendendo rapidamente verso la configurazione patologica evidente, non connotano elementi sufficienti per una diagnosi clinica.

E da cosa sono originati? Come si mantengono?

E' oramai ampiamente condivisa la multifattorialità come aspetto eziopatogenetico proprio dei DCA.

Al nucleo originario (sentimenti depressivi prevalenti, bassa autostima, sofferenza per la discrepanza fra peso reale e peso desiderabile) concorrono infatti un intersecato insieme di fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, che sono stati da vari autori individuati in:

Fattori predisponenti

- Predisposizione genetica;
- Sesso femminile;
- Familiarità per sovrappeso ed obesità;
- Sequela di diete;
- Patologie croniche specifiche (es. diabete mellito, fibrosi cistica, patologie tiroidee);
- Obesità ed oscillazioni ponderali;
- Tratti personologici e disagio psichico;
- Caratteristiche delle relazioni intrafamiliari (es. scarsa/confusione dei ruoli, dipendenza affettiva, difficoltà nel processo di autonomizzazione, invischiamento);
- Fattori socio-culturali (equazione: bellezza e successo=magrezza, richiesta di alto livello di rendimento, appetibilità e manipolazione industriale degli alimenti, pubblicità);
- Gravidanza.

Fattori precipitanti

- Malattie;
- Conflittualità familiare;
- Separazioni, perdite;
- Delusioni, frustrazioni;
- Traumi ed abusi sessuali;
- Maturazione sessuale vissuta come traumatica;
- Timore di perdere il controllo e l'autostima;
- Impegno in attività sportive ove il successo dipende anche dal basso peso corporeo;
- Elevato livello di competizione nei gruppi dei pari.

In presenza di condizioni predisponenti ognuno di questi eventi (ed altri che producano intense risonanze emotive negative) possono determinare la comparsa del sintomo che rappresenta un tentativo della persona di uscire dalla situazione di debolezza e di sofferenza attraverso il controllo sull'alimentazione del proprio peso corporeo.

Fattori di mantenimento

- Effetti del digiuno e del calo ponderale (ammirazione degli altri per la "forma");
- Posizione di potere in famiglia (tutta la famiglia ruota attorno al suo problema);
- Evitamento delle interazioni sociali e delle relazioni interpersonali/sessuali vissute come ansiogene ("Finchè non mi sento bene...");
- Il messaggio culturale magrezza = bellezza e successo.

"Nonostante esista in Italia una forte resistenza culturale ad applicare modelli terapeutici ad approccio integrato, medico nutrizionale e psicoterapeutico, non può essere più a lungo ignorata l'esperienza internazionale, oramai trentennale, che suggerisce come opportune strategie di prevenzione e di cura siano in grado di ridurre il pesante impatto che tali sindromi hanno sulla salute e sulla spesa sanitaria" (B.Bauer, M.Ventura, 2003).

Sul piano della prevenzione l'eziologia incerta dei DCA - che rinvia all'azione di molteplici fattori, genetici, costituzionali, socio-culturali, familiari, educativi, psicologici- ha rappresentato e rappresenta un grosso handicap per lo svilupparsi e per il consolidarsi di metodologie efficaci di azioni in questo ambito.

La multifattorialità nell'eziologia ha fatto sì che l'esperienze di prevenzione fossero di volta in volta orientate a contrastare l'influenza di uno o dell'altro fattore.

Parallelamente, il piano della ricerca si è maggiormente sviluppato nell'approfondimento e nelle comparazioni di dati desunti da casi clinici in carico ai servizi specialistici.

Una possibile sottostima del fenomeno potrebbe dipendere proprio da tale fatto, mentre vi sono buone ragioni per ritenere che il numero dei casi ai limiti fra norma e patologia siano più numerosi e non intercettati per la maggior parte dai Servizi sanitari.

Gli aspetti relazionali

Dopo che è venuto al mondo un bambino tra i vari bisogni ha quello dell'alimentazione ma non è solo un bisogno di cibo propriamente detto: il bambino ha la necessità di "cibo relazionale". Vuole essere amato, ammirato, vuole sentire il calore dell'affetto, ha bisogno di essere confermato da chi si prende cura di lui.

Se si pensa a quando un bambino viene allattato nella relazione passano delle emozioni tra madre e bambino, ci sono sguardi, c'è vicinanza, c'è calore fisico: il bambino si sente al centro dell'attenzione, si rende conto che c'è qualcuno che si occupa di lui, sente che non è solo.

Il cibo è perciò strettamente legato al rapporto con le persone e con l'ambiente.

L'anoressia mentale è esemplificativa in quanto è la negazione delle gioie del vivere e non solo del cibo, è la negazione delle relazioni di amicizia e d'amore.

Nella ragazza anoressica si sviluppa l'idea assoluta di valere solo se il suo corpo è bello, è magro, è perfetto "allora sì che posso interessare gli altri" e queste idee vengono rafforzate all'inizio dai complimenti che riceve sul suo stato di forma.

Migliorando il proprio corpo miglioreranno le relazioni con gli altri!

Diventa allora fondamentale valutare il contesto relazionale ed emozionale del comportamento alimentare disfunzionale, poiché dà molte informazioni su come la persona contatta o non contatta il mondo.

Ecco che in psicoterapia lo psicoterapeuta è attento a cogliere non solo gli aspetti psichici ma anche quelli relazionali del disturbo e dei suoi sintomi.

Nella sua accezione etimologica la parola sintomo (sin-tomo) significa "accadere con", per cui come il medico di fronte al sintomo della febbre indaga per individuarne la causa lo psicoterapeuta valuta fondamentalmente 3 aspetti del sintomo:

1 - il significato: cosa c'è dietro al sintomo?;

2 - la localizzazione: come mai si manifesta in una zona del corpo e non in un'altra?;

3 - messaggio: dice qualcosa a qualcuno, ha un destinatario?;

Il sintomo dice agli altri quello che la persona non riesce a dire in modo consapevole, le persone con disturbi del comportamento alimentare utilizzano il proprio corpo per dire che stanno male. Attraverso il corpo urlano agli altri la propria sofferenza.

Va detto che le persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare perdono la propria creatività, perdono la propria volontà di autoaffermazione, introiettano in modo acritico l'ambiente, si negano la possibilità di scegliere: ad esempio la bulimica assume il cibo in modo seriale, senza sceglierlo con l'unico obiettivo di riempire lo stomaco.

E' importante quindi intraprendere un percorso terapeutico che metta al centro la relazione che la persona vive con se stessa, con gli altri e con il mondo, cercando di recuperare risorse interne e nel suo ambiente per far ritrovare l'interesse e l'amore per la vita.

Gli aspetti socio-culturali

G. Devereux, in uno studio di etnopsichiatria (1978), ha descritto gli elementi distintivi di quelli che egli ha chiamato *disturbi etnici*, cioè disturbi psichici che assurgono ad espressione delle angosce e dei problemi irrisolti che stanno al fondo di una cultura.

Nei DCA si rinvencono molti di tali elementi distintivi, per cui la patologia potrebbe essere fatta rientrare in tale definizione.

Più recentemente per i DCA è stato coniato un termine analogo *Sindrome legata alla cultura* (Culture Bound Syndrome) per sottolineare come la patologia sia assente o presente, in varia misura, nei diversi macro-contesti socioculturali.

È ormai acquisito il dato che la cultura occidentale è l' *humus* idoneo sul quale sorgono disturbi alimentari, come dimostra la loro assenza nei paesi più poveri dell'Asia, dell'Africa e dell'America Latina e per contro la rapida comparsa tra gli immigrati da nazioni più povere in nazioni più ricche (es. immigrati provenienti dai Paesi dell'Est europeo) a causa del rapido processo di occidentalizzazione oppure anche la loro sempre più frequente comparsa in popolazioni non bianche in paesi in via di sviluppo che confermerebbe tale ipotesi.

Il massimo di incidenza, invece, si ha in popolazioni indoeuropee a cultura tecnicizzata.

È chiaro che il fattore culturale non è da solo responsabile dell'origine della malattia, ma sicuramente ha un peso non secondario nella multifattorialità eziologica.

Diversi autori e studi hanno cercato di individuare quali aspetti culturali specifici possano agire da catalizzatori della sindrome.

Una direttrice di approfondimento si è soffermata sul rapporto fra Ascetismo e Anoressia.

In particolare, si è considerata l'anoressia nervosa come un tentativo di auto-mutilazione, in linea con una diffusa e solida tradizione orale e letteratura religiosa che ha esaltato il digiuno prolungato e la mutilazione come privazioni indispensabili per il distacco dal profano e l'accostamento alla perfezione dell'Assoluto

In questo ambito è stata avanzata l'ipotesi affascinante che fa risalire le origini della anoressia ai digiuni di giovani donne medievali votate alla santità, non solo per l'impressionante coincidenza del patologico rifiuto del cibo, ma anche per la relazione conflittuale con il senso comune e con le norme sociali, che rendono similari le adolescenti di seicento anni fa a quelle attuali. In entrambi i casi il rapporto con l'ambiente circostante sembra essere importante.

Nel Medioevo il corpo femminile determinava il desiderio sessuale e per questo era dalla cultura del tempo colpevolizzato, demonizzato a tal punto da considerarlo di origine diversa da quello dell'uomo che era invece stato "creato" direttamente da Dio. L'anoressia in odore di santità era una delle poche possibilità per la donna di allora di affermare il proprio ruolo sociale, religioso, mistico in un mondo essenzialmente maschile dell'epoca.

A questo proposito viene spesso citata ad esempio la vicenda di santa Caterina da Siena.

Al di là delle ovvie differenze, ciò che viene fatto notare è che l'anoressia "santa" del Medioevo e la ricerca ossessiva della magrezza di oggi sono per le giovani donne sostanzialmente uno strumento per acquisire il controllo della propria vita in un ambiente vissuto come non favorevole.

Un'altra direttrice di approfondimento si concentra invece sulla modificazione del ruolo della donna e dell'immagine del corpo femminile avvenuti nei tumultuosi cambiamenti sociali, economici e culturali realizzatisi nell'era moderna, dall'avvento della società borghese ed industriale fino ai tempi nostri. Ruolo ed immagine sempre più vicini a quelli maschili.

In particolare si fa notare il contrasto insito nella richiesta che la nostra cultura occidentale rivolge alla donna. Le si chiede di essere flessuosa, sensuale, desiderabile, di mantenere gli affetti propri della maternità, ma anche di essere determinata, competitiva con l'uomo ed a lui sostitutiva, attiva, sempre in forma. Nessuno dubita delle differenze intrinseche fra uomo e donna. La cultura occidentale però oramai tende a cancellare le differenze.

La donna nelle società tribali può essere sfruttata nella fatica fisica ma permane definita sessualmente. Nell'opulenta società occidentale esiste il sesso virtuale, ci sono le bambole gonfiabili, l'inseminazione di un utero prestatato indipendentemente da un atto sessuale o da un momento di orgasmo.

In un tale contesto l'anoressia avrebbe un doppio significato: negativo (adeguamento all'immagine della donna costruita dai maschi) e positivo (tentativo di trovare una femminilità alternativa).

La scelta per la ragazza è di per sé difficile perché il conflitto è ambivalente.

A complicarla concorre anche la pesante azione condizionatrice dei mass media e della pubblicità commerciale, destinata al target femminile, che enfatizzano l'equazione

magrezza = bellezza e successo. E qui gli esempi si sprecano.

Dal messaggio che la donna deve imparare ad imporsi - già da ragazza- come obiettivo quello di rimanere *bella e giovane forever* per cui si possono usare degli acidi per levigare la pelle, si possono prendere pillole o fare diete ferree per essere "in linea" od anche ricorrere alla chirurgia estetica (pure se si è appena maggiorenni). D'altro canto, mentre il design alimentare confeziona cibi per i giovani sempre più palatabili ed ipercalorici (v. ad esempio patatine,snacks, hamburger midi e maxi, ecc.), altri messaggi pubblicitari la incita ad essere magra, leggera, sottile nel fisico.

Il ruolo mutato della donna, l'enfasi sulla bellezza fisica e sulla magrezza come sua componente principale, il mito della bellezza/giovinezza *forever* sono componenti essenziali che unitamente a fattori biologici (i tratti somatici che ognuno eredita dai genitori) ed allo stress insito nelle esperienze di vita adolescenziale e giovanile possono costituire un mix favorevole all'emergenza del disturbo alimentare.

Se in un contesto socio-culturale del genere una ragazza si trova in una condizione di fragilità/difficoltà perché non riesce a gestire problematiche esistenziali, relazionali dell'età o in quelle che sfortunatamente incappa, tutto ciò può produrre in lei forte insoddisfazione, bassa autostima, autosvalutazione, depressione e se a questi sentimenti si aggiunge anche una certa insoddisfazione per il peso o l'aspetto del proprio corpo, lei può essere indotta a pensare che se fosse più magra tutto sarebbe più semplice.

Proprio come dice la pubblicità: *se perdo un po' di peso divento più forte, più sicura, più determinata, più bella e riuscirò a risolvere i miei problemi.*

E la stessa pubblicità offre gli strumenti per agevolarmi a raggiungere l'obiettivo: diete, farmaci, pillole, pozioni miracolose, digiuni, iperattività, chirurgia ecc.

Finalmente ho trovato la bacchetta magica per porre fine al mio disagio ed alla mia anassertività.

In realtà si ritroverà con un grande problema in più.

Cesare Rossi
Psicologo e Psicoterapeuta

Gli aspetti psico-evolutivi

L'adolescenza è una "terra di mezzo". Un passaggio, un guado, un ponte tra due contrapposte sponde: l'infanzia e l'età adulta.

Lasciando le immagini per una terminologia più tecnica e precisa, l'adolescenza implica sostanzialmente un *processo di individuazione e separazione*.

Il primo compito che un adolescente si trova di fronte è appunto quello di individuarsi: assumere gradualmente una propria identità, costruire un proprio *Sé*, differenziato ed integrato

E' un processo complesso, che conosce successi e fallimenti a ripetizione, veloci fughe in avanti e rientri precipitosi. Si tratta di *cambiare pelle* rispetto il bambino: un periodo di muta che lascia a volte nudi, indifesi, quasi in pelle viva. Si chiede anche aiuto a dei modelli, alcuni mitici e lontani (oscillando magari dalla velina di turno a Suor Teresa di Calcutta, dal personaggio dello sport o della canzone alla dedizione silenziosa del volontariato, del medico senza frontiere), altri più quotidiani e vicini (come il professore, l'animatore, l'amico del cuore). Il gruppo poi, così centrale nella vita dell'adolescente, offre un campionario per le prove tecniche di identificazione.

Si comincia a riconoscersi in alcuni valori, distinti da altri, e ci si avvia a delle scelte di campo, in ambito scolastico, professionale, sociale, religioso.

Ma individuarsi significa anche separarsi. In attesa di sapere chi sono, o chi voglio essere davvero, almeno una cosa è certa: "io non sono te", io voglio distinguermi e separarmi da te.

Almeno all'inizio, è una sorta di identità in negativo. Ci si separa anzitutto dalla propria infanzia, dal bambino che si è stati e che gli altri continuano ad aspettarsi. E ci separa dalla propria famiglia, dalle sue regole, valori, abitudini. Una fase necessaria di stanziamento, per non soffocare, per poter crescere. Quando si sentirà più maturo e più solido, l'adolescente potrà permettersi il tempo del recupero e dell'integrazione dentro di sé di tanti aspetti da cui ora sente il bisogno di smarcarsi.

Questo processo di individuazione e separazione è spinto in avanti da forze poderose. Sul piano biologico l'imponente e rapido sviluppo fisico e puberale. Sul piano cognitivo il superamento dei limiti del pensiero infantile legato al *concreto*, con la nuova capacità di ragionare in termini astratti, teorici, generalizzati. Sul piano affettivo e relazionale il ragazzo assume gradualmente la propria definitiva identità sessuale, si confronta con il gruppo dei pari, si lega all'amico o all'amica del cuore, vive intensamente il momento del primo innamoramento.

La Famiglia, la società, l'ambiente esterno si compongono con queste forze biologiche psicologiche interne, declinando il processo di crescita in tutta una serie di piccoli ed insieme grandi momenti, una serie di *riti di passaggio*: le chiavi di casa, il motorino, la scelta della scuola superiore, l'entrata nel gruppo, la prima volta in discoteca, la vacanza senza i genitori, il passaggio dei 18 anni ecc.

Gli adolescenti naturalmente non sono fatti con lo stampo, e quando si cerca di evidenziare alcune linee di tendenza si può finire prigionieri di stereotipi diffusi.

Per alcuni adolescenti la maturazione può avvenire in modo abbastanza lineare, senza grossi scossoni.

Per altri rappresenta un percorso più tormentato, con momenti di arresto, di scacco evolutivo, di vere e proprie *crisi*.

Alcuni ostacoli possono nascere soprattutto dall'interno, dalle caratteristiche individuali, dalla storia che ogni ragazzo si porta dentro. Queste difficoltà interagiscono con altre che hanno un'origine esterna: le aspettative che i modelli sociali impongono, i conflitti familiari, scolastici, con il gruppo dei pari o col partner.

Si evidenziano allora possibili segnali della *CRISI*: un'accentuata chiusura intimistica o all'opposto una esagerata fuga nell'agire e nello sperimentare, comportamenti a rischio, devianza, insuccesso scolastico, fughe, comportamenti autolesionistico fino ad arrivare a veri e propri tentativi di suicidio.

Nel processo di individuazione e separazione dell'adolescente nella sua crisi, acquista una rilevante centralità il *corpo*.

Un corpo che può concentrare, con le sue rapide ed improvvise trasformazioni, un corpo come sede di pulsioni nuove e forti. Un corpo prima delegato all'accudimento ed alla tutela dei genitori, che ora deve essere gestito, esibito e *controllato* in prima persona.

Sul *Sé corporeo* si gioca una buona parte dell'identità del ragazzo e della ragazza: sono maschio o sono femmina, piaccio o non piaccio agli altri (l'insoddisfazione per il proprio corpo, soprattutto nelle ragazze, è una sorta di regola), sono forte o debole (soprattutto per i maschi, con gli aspetti legati allo sport, le arti marziali, il culturismo), come mi devo vestire (con le pressioni incrociate contrastanti tra famiglia e gruppo dei coetanei).

Il messaggio *il corpo è mio e me lo gestisco io* può essere dato in molti modi: abitudini di pulizia, taglio dei capelli, adesione entusiasta a mode e stili di gruppi particolari, piercing, tatuaggi, vere e proprie autolesioni.

Sulla scena del rapporto tra l'adolescente ed il suo gruppo assume un ruolo di protagonista il cibo, visto in relazione al peso, alla magrezza ed all'immagine di *sé*.

In questo ambito si intrecciano predisposizioni biologiche, modelli culturali (*magro è bello*) e dinamiche tipiche dell'adolescenza.

Il cibo rappresenta fin dall'infanzia un mezzo, relativamente a buon mercato, per attutire la frustrazione e compensare lo stress.

Ma un corpo che aumenta di peso e si ingrassa influisce negativamente sulla propria immagine corporea, sul desiderio di piacere, sul confronto con gli altri. L'adolescente, soprattutto femmina, cerca di correre ai ripari, tentando di riassumere il controllo sul corpo e sulle sue pulsioni.

Una percentuale consistente (circa il 60%) delle studentesse delle scuole medie superiori esprime preoccupazioni per il peso corporeo, e un altro 30% si percepisce come troppo grassa, anche in presenza di un indice di massa corporea normale o addirittura inferiore e si sottopone in misura più o meno regolare a delle diete restrittive.

Questi vissuti e comportamenti, intrinsecando i temi tipici della normale crisi adolescenziale, soprattutto in alcuni casi di accentuati conflitti o fragilità delle strutture di personalità, possono costituire il terreno di elezione per l'emergere dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Gianfranco Bolzonella
Psicologo e Psicoterapeuta dell'età evolutiva

Gli aspetti nutrizionali

Quando un medico analizza il disagio vissuto da pazienti, affetti da disturbi del comportamento alimentare avverte una sensazione di gran disorientamento perché alcuni dei sintomi sono sicuramente riconducibili ad una malattia psicologico-psichiatrica, altri invece sono chiaramente sintomi del corpo. Il corpo fa ammalare la mente o viceversa è la mente che imprigiona il suo "soma" sino a farlo ammalare?

È questa una domanda complessa alla quale ancora non è stato possibile dare una risposta da parte dei diversi professionisti che si occupano dei disturbi del comportamento alimentare.

Quel che è certo è che attualmente nei paesi industrializzati il comportamento alimentare del singolo individuo nel corso della vita si distribuisce secondo un continuum ed è cioè soggetto a cambiamenti.

Il peso corporeo è l'aspetto su cui più frequentemente si focalizza l'attenzione del paziente e del medico. Di solito il peso è il movente non sempre consapevole dell'agire di questi pazienti e ne è anche l'obiettivo principale. Le variazioni di peso per lo più in diminuzione sono vissute da chi vive accanto a queste persone come un indicatore di gravità della malattia.

È da ricordare che il calo di peso costituisce per l'essere umano (per qualsiasi motivazione sia effettuato ed in qualsiasi modo sia attuato) un evento non fisiologico che ha come conseguenza un'alterazione della composizione corporea: la perdita di peso si concretizza in perdita di differente percentuale delle principali componenti del nostro corpo che sono acqua, massa muscolare magra, massa grassa, massa ossea. Tali modifiche possono essere reversibili solo se di modesta entità. Quando la perdita è pari o superiore al 15% rispetto al peso iniziale non solo non è più possibile una "restituto ad integrum" cioè un ritorno alla iniziale perfetta composizione corporea il che a sua volta induce nell'organismo umano dei meccanismi di adattamento metabolico: si riduce la spesa di energia in condizioni di riposo, il metabolismo si riduce come pure la produzione di calore e la sintesi di ormoni. Questi processi di adattamento metabolico e della composizione corporea sono finalizzati, specie nell'anoressia mentale, a permettere la sopravvivenza di queste pazienti nonostante la restrizione alimentare. Un esempio per tutti è l'arresto del ciclo mestruale, dovuto a carenza totale o di attivazione di più ormoni, che esprime oltre che il disagio del corpo l'ultimo tentativo dell'organismo di autopreservarsi di fronte ad una gravidanza che metterebbe invece a repentaglio la vita della paziente. Se la carenza di nutrienti si aggrava e protrae nel tempo, ai meccanismi di compenso si associano condizioni patologiche in cui gli organi iniziano a funzionare in modo non efficace: sono queste le insufficienze funzionali che sono espressione di una perdita di massa proteica importante, non più compensabile e senza più possibilità di recupero.

Quando il corpo perde la sua integrità anche la mente ne risente: lo stato di depressione aumenta perché è meno efficiente anche la produzione di neurotrasmettitori, come la serotonina che ha un ruolo importante nel regolare il tono dell'umore nonché il delicato equilibrio della sazietà.

I disturbi del comportamento alimentare appaiono perciò come un circuito complesso di meccanismi che partendo dalla mente coinvolgono gli aspetti funzionali del corpo per poi ritornare alla mente. Corpo e mente sono parti indivisibili e richiedono cure ed attenzioni specifiche da attuare in equipe multidisciplinare. Lo studio nutrizionale è una delle valutazioni da effettuare per questi pazienti atto a definire oltre allo stato nutrizionale anche un programma di alimentazione terapeutico per prevenire o

superare il punto " di non ritorno" critico del peso corporeo: solo così tutti i professionisti che in equipe curano questi malati potranno operare al meglio.

Paolo Pallini
Medico Nutrizionista

Gli aspetti psichiatrici

L'inquadramento nosografico dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), proposto nel DSM IV, non risulta ancora capace di rappresentare la complessità di malattie e quadri sindromici che vanno da gravi forme di anoressia ad alcune forme di obesità.

Tale difficoltà si evidenzia nella pratica clinica dove circa un terzo delle diagnosi poste in riferimento ai DCA, ottiene una diagnosi di " non altrimenti specificato" (NAS).

In riferimento poi all'età poi, se si va a considerare un quadro come quello del disordine da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder degli autori anglosassoni), per esempio, si scopre che non vi sono fasce di età nelle quali non si trovino DCA. Oltre a ciò bisogna osservare che, nei servizi specialistici, è sempre più frequente l'arrivo di pazienti con DCA in età pediatrica così come è rappresentata una fascia di età di insorgenza in età matura.

A fronte di questa complessità diagnostica, l'andamento dei DCA ha assunto un andamento per molti aspetti epidemico e non solo, nella popolazione giovanile. Il Ministero della Salute ha ipotizzato una prevalenza di anoressia e bulimia del 1,5% tra le donne di età compresa tra i 15 ed i 24 anni. Si tratta di un dato parziale in quanto fa riferimento solamente a due patologie riferibili ai DCA e ad una fascia di età che è certamente la più significativa ma che non esaurisce le possibilità di insorgenza o di contatto tra utenti con DCA e servizi. I dati in letteratura che si riferiscono ai paesi industrializzati parlano di 8-10 ragazze sofferenti di un DCA ogni 100 nell'età 12-25 anni. L'anoressia e la bulimia si presentano ciascuna in circa l'1-2% di tale popolazione, il disturbo da alimentazione incontrollata ha una prevalenza di circa l'1% nella popolazione adulta mentre i DCA NAS hanno una prevalenza del 3,7-6,4%.

Di seguito l'attuale inquadramento nosografico:

Anoressia Nervosa: criteri diagnostici secondo il DSM IV-R

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per età ed altezza;
2. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso;
3. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, ovvero eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, ovvero rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Nelle femmine, dopo il menarca, amenorrea cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi

Sottotipi:

- ♦ con restrizioni: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi);
- ♦ con abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Bulimia Nervosa: criteri diagnostici secondo il DSM IV-R

Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da:

- ♦ mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
- ♦ sensazione di perdita di controllo durante l'episodio

Frequenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso: vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno, eccessiva attività fisica.

Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano con una frequenza di almeno due volte alla settimana per tre mesi.

I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso corporei.

Tali episodi non si verificano esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Sottotipi:

con condotte di eliminazione: presenza di vomito autoindotto o uso eccessivo di lassativi, diuretici, enteroclismi.

senza condotte di eliminazione: vengono utilizzati altri comportamenti compensatori quali il digiuno, l'esercizio fisico eccessivo

Disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder, BED)

Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di:

- episodi di abbuffate quindi mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
- sensazione di perdita di controllo durante l'episodio;

Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre o più dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale;
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
- mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati;
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
- sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa per le abbuffate;

Presenza di un marcato disagio correlato agli episodi di alimentazione incontrollata

Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta mediamente almeno per due giorni alla settimana in un periodo di sei mesi

L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzo sistematico di comportamenti compensatori inappropriati e non si verifica esclusivamente in corso in corso di A.N. o di B.N.

Vincenzo De Nardo
Medico Psichiatra

Solo l'Anoressia e la Bulimia sono pericolose?

Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di ricercatori ha fatto notare come ci sia stato un lento, ma costante incremento dei disturbi del comportamento alimentare definibili come "sub-clinici", "parziali", "borderline".

Le discrepanze nei valori di incidenza e prevalenza in popolazioni non cliniche, riportate in letteratura, sono probabilmente da attribuire alle difformità dei criteri diagnostici applicati, al tipo di indagine utilizzata, all'eterogeneità dei campioni.

A fronte dei dati percentualmente molto contenuti dell'incidenza delle forme cliniche di DCA, gli AA. che hanno condotto rilevazioni sulla predisposizione ai DCA su popolazioni di non pazienti fanno osservare la preoccupante consistenza dell'area di rischio, rappresentata da forme sub-cliniche e da atteggiamenti e comportamenti di ragazze e di giovani donne esprimenti una forte preoccupazione/insoddisfazione per il peso e la forma del proprio corpo, che sono d'intensità e frequenza simili a quelli propri delle pazienti.

Ma c'è veramente un rischio per le ragazze venete?

A questo interrogativo ha cercato di rispondere l'indagine qui presentata che rappresenta una delle più vaste effettuate in Italia.

Si è voluto, infatti, rilevare in un ampio campione di ragazze, con uno strumento d'indagine già ampiamente testato, la presenza dei pericolosi segni iniziali di DCA.

Inoltre, si è anche cercato di verificare se le ragazze studentesse e le ragazze lavoratrici presentino punteggi diversi e, se questo avviene, in quali scale ciò si verifichi. Si potrà analizzare meglio sia l'influenza della pressione socioculturale (Botta, 2000) sia l'influsso dell'attività e dell'ambiente lavorativo sullo stile alimentare delle ragazze (Silverstein et altri, 1986): nei lavori di questi AA. erano state trovate differenze statisticamente significative.

Come abbiamo fatto?

L'obiettivo è stato quello di raccogliere dati informativi da un complesso di almeno 1.000 ragazze.

Per questo ci siamo rivolti principalmente alle studentesse delle scuole superiori, perché rappresentano un substrato della popolazione particolarmente a rischio.

Infatti, come fa notare Gordon RA. (1992), è in ambito scolastico che la probabilità di riscontrare i DCA, nelle forme cliniche ed in quelle subliminali, è particolarmente elevata.

La rilevazione è stata condotta, su di una coorte di n.1062 di giovani donne di età compresa fra 12 e ai 28 anni e si è conclusa nei primi mesi del 2002.

Di queste, n. 38 giovani erano occupate in qualità di commesse in negozi vari all'interno di due Centri commerciali della terraferma veneziana.

Le rimanenti 1024 erano tutte studentesse in scuole pubbliche e private. Più precisamente:

n. 25 Scuola professionale privata

n. 850 Istituti Superiori pubblici di Mestre

n. 94 Istituto Superiore di Portogruaro (VE)

n. 38 Istituto Superiore di Rovigo

n. 17 Università di Venezia (residenti fuori provincia di VE)

I soggetti cui è stato somministrato il test complessivamente sono stati 1.358 (1.062 femmine, 272 maschi e 24 sesso non dichiarato).

La nostra ricerca si basa unicamente sui protocolli delle femmine e fra questi quelli validi (D.M. Garner):
n. **1.062**.

Alla formazione del campione si è provveduto - in maniera non probabilistica - preliminarmente attraverso l'invio del piano di ricerca a nove Istituti/Scuole a prevalente frequenza femminile.

Sono state prese in considerazione le disponibilità alla collaborazione - pervenute in ordine cronologico- degli Istituti/Scuole, fino a formare una coorte di almeno mille soggetti femmine.

I dati descrittivi del nostro campione sono i seguenti:

numero soggetti femminili: 1.062

età media: 16,2 anni

range età: 13-28 anni

livello culturale: medio-superiore

Cosa abbiamo usato

E' stato utilizzato il questionario EDI-2 (D.M.Garner) che è uno strumento di autovalutazione dei sintomi solitamente associati all'anoressia nervosa ed alla bulimia nervosa.

E' composto da n.91 items e si presenta con una parte iniziale di anamnesi del peso corporeo, comprendente 12 domande, di cui 4 sono importanti perché forniscono elementi informativi per una diagnosi di DCA secondo il DSM IV-R.

Le risposte si presentano su una scala Likert a sei punti.

Il questionario è di facile somministrazione e richiede circa 30 minuti per la sua compilazione.

L'EDI-2 non fornisce un punteggio complessivo, bensì solo un punteggio di riferimento nelle otto scale cliniche e nelle tre provvisorie.

Il dettaglio delle scale e i tratti comportamentali indagati sono riportati nell'appendice 1.

Poiché ogni sottoscala offre un punteggio continuo, più alto esso risulta maggiore è l'intensità del tratto specifico.

Il questionario permette la costruzione di un profilo individuale confrontabile con il profilo normativo dei pazienti con DCA, seguiti in Centri specializzati, e con quello di non pazienti.

In setting clinici l'EDI-2 - pur non connotandosi come strumento diagnostico - può fornire preziose informazioni per la comprensione del paziente, per la scelta della terapia e per la verifica del gradiente di risposta al trattamento in atto.

In setting non clinici l'EDI-2 permette, abbastanza celermente, di enucleare i soggetti con problemi alimentari "sub-clinici" o i soggetti a rischio.

"E' uno strumento che si somministra facilmente nelle scuole, nelle palestre o in altre situazioni istituzionali per lo screening della sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione o di altre aree di sofferenza" (D.M.Garner, 1995).

Inoltre, gli items del questionario indagano sostanzialmente sentimenti, atteggiamenti e comportamenti in tre aree psichiche: l'emotività, le relazioni con gli altri e il rapporto con il proprio corpo (fig. 2).

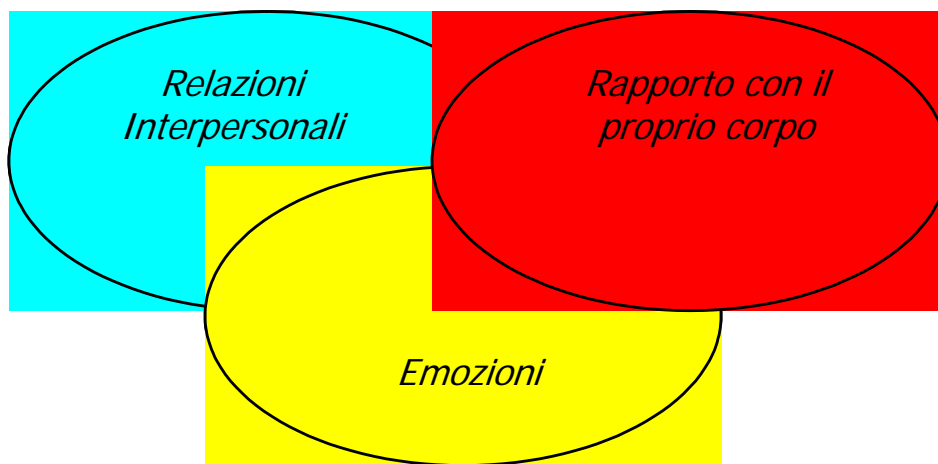


Figura 2 - Aree di indagine della Ricerca

Esso può quindi essere presentato - e nella fattispecie così è stato fatto - come una modalità per la conoscenza di aspetti caratteristici e personali in tali dimensioni, evitando così di attirare troppo l'attenzione dei soggetti sul "problema alimentazione".

Nella nostra applicazione, il foglio anamnestico iniziale dell'EDI-2 che, oltre a recare nell'intestazione evidente richiamo ai disturbi del comportamento alimentare, contiene domande centrate sulla forma e sul peso corporeo, non è stato utilizzato. E' stato usato un altro più neutro contenente domande *non sense* (circa l'orario di sveglia, la prima colazione, il viaggio casa-scuola, la merenda durante le lezioni ecc.) in modo da distogliere l'intervistato dallo scopo dell'indagine.

Sono state mantenute le domande cruciali per la diagnosi di DCA, indicate nel foglio originale (età, altezza, peso reale, peso desiderato).

La ricerca è stata presentata agli insegnanti, referenti per l'educazione alla salute nei singoli istituti scolastici, che a loro volta hanno informato il restante corpo insegnante e gli studenti.

L'adesione degli studenti alla ricerca era del tutto libera.

Il questionario è stato somministrato all'interno degli istituti in forma collettiva (due classi per volta) durante l'orario delle lezioni.

Le studentesse universitarie e le commesse sono state contattate direttamente ed individualmente ed è stato lasciato loro il questionario con una busta preaffrancata per facilitare la restituzione postale del medesimo (47% ritorni dei questionari distribuiti).

Il questionario è stato somministrato in forma anonima, al fine di minimizzare l'effetto di sottostima nelle risposte frequenti negli strumenti di autovalutazione.

Per accrescere la motivazione e l'interesse dei soggetti alla ricerca è stata assicurata la restituzione dei risultati, poi effettivamente avvenuta in forma collettiva (2 classi alla volta).

In base ad un sistema originale di Codice Personale Segreto ogni studente (e solo lui) poteva individuare la propria stringa di punteggi fra tutti quelli dell'Istituto e rapportarla alla esplicitazione (in termini divulgativi e non clinici) del significato delle varie scale.

Il contesto in cui è avvenuta la restituzione è stato piuttosto colloquiale ed informale ed i significati delle scale erano sempre posti in relazione alle tre dimensioni sopracitate ed alle peculiarità che esse assumono nell'adolescenza, più che alle condotte alimentari disfunzionali.

Oddio, quanto peso !!

La richiesta di indicare la statura ed il peso, oltre all'età ed al sesso, ha permesso il calcolo del IMC di ciascun soggetto e quello medio del campione.

$$\text{IMC} = \text{peso(kg)} / \text{altezza}^2 \text{ (metri)}$$

Valori IMC = Indice di Massa Corporea

= < 17,5 (sottopeso)

17,6 = 24,9 (regolare)

25 - 30 (sovrappeso)

> 30 = (obeso)

Delle 971 ragazze rispondenti (n.91 non hanno fornito uno dei dati essenziali) n. **176** (pari al 18,1%) presentano un IMC non regolare.

La tipologia di tale irregolarità è riportata nel grafico 1.

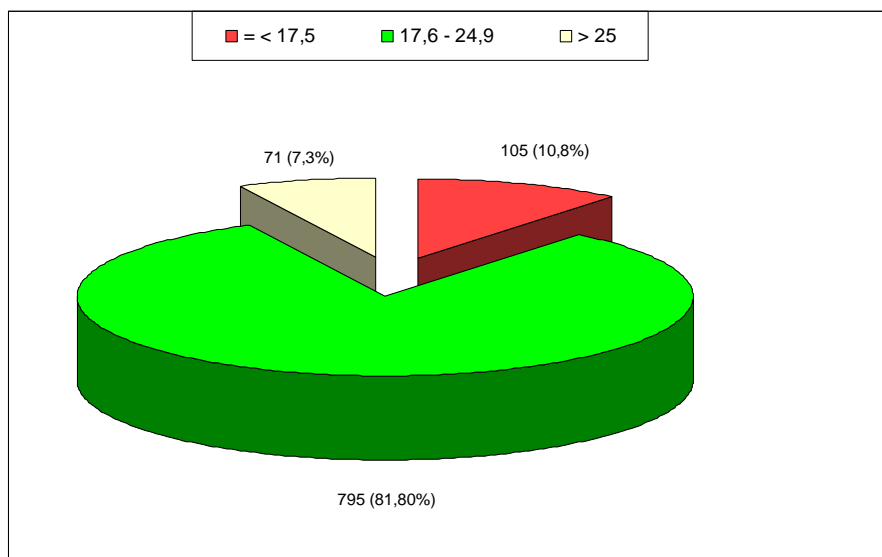


Grafico 1 - Distribuzione IMC (Indice di Massa Corporea)

n. 105 con $IMC \leq 17,5$

n. 71 con soprappeso e/o con obesità ($IMC > 25$)

L'IMC medio è pari a 20,

La forma ed il peso del proprio corpo rappresenta un cruccio ed una sofferenza diffusa e caratteristica nella pre-adolescenza e nell'adolescenza, anche quando non assume aspetti dimorfofobici franchi.

La preoccupazione per il peso corporeo ed il ricorso a diete alimentari come strumento per il controllo del peso medesimo sono state indagate con la domanda:

Segui qualche dieta per tener sotto controllo il tuo peso? (R.: Sì. No. No, ma mi controllo)

Se sì, consigliata da un medico specialista, da amiche, giornali, TV, costruita da me.

Com'era prevedibile, la maggior parte delle ragazze (60%) esprime una qualche preoccupazione per il peso e per la forma del proprio corpo (grafico 2).

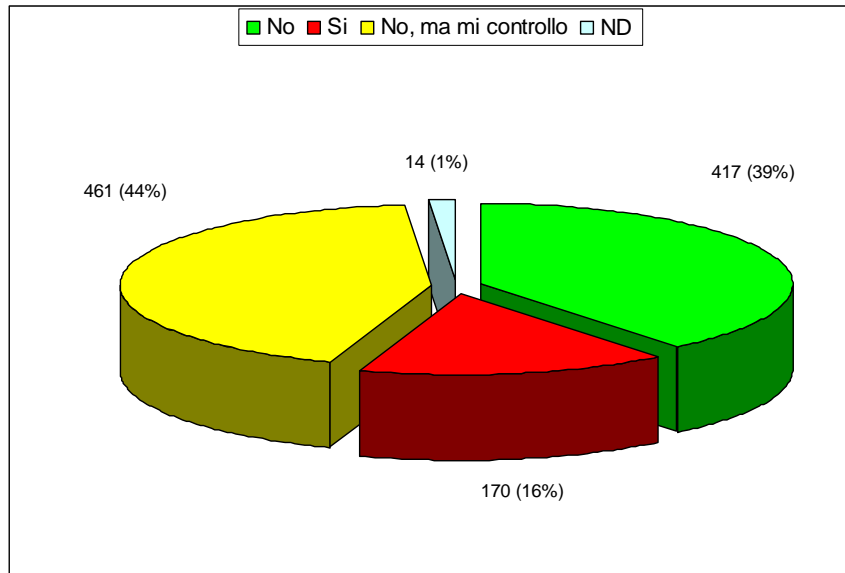


Grafico 2 - Preoccupazione per il proprio peso

L'aspetto più allarmante però è dato dal riscontro che la stragrande maggioranza dei soggetti che dichiarano di seguire una dieta per controllare il proprio peso lo fa tramite una **dieta autocostruita**.

Più Autori hanno sottolineato la pericolosità della pratica delle diete autocostruite, che contengono in sé i prerequisiti del fallimento ed espongono la persona che l'attua all'instaurarsi della sequenza patologica *paura d'ingrassare - dieta ferrea - fallimento della dieta ed iperalimentazione o abbuffate - comportamenti compensatori - sentimenti depressivi, autosvalutativi ed autocolpevolizzanti- ripresa dieta ferrea ecc.* caratteristica dei DCA.

Voglia di una vita leggera

Sempre operando una comparazione fra i dati informativi, è stata enucleata un'informazione significativa che rinvia alla fondamentale problematica, in ambito preventivo, di una efficace e valida azione di modifica dei disfunzionali modelli femminili di riferimento delle ragazze.

In dettaglio, sono state prese in considerazione solo i soggetti con IMC regolare (n. 795) e si sono analizzate le loro risposte alla domanda *"Quanto ti piacerebbe pesare?"* (grafico 3)

Di queste ragazze ben 135 (17%) vorrebbe dimagrire di almeno 5 Kg!

Un dimagrimento di tale entità le porterebbe ad una condizione di sottopeso, in certi casi molto marcato.

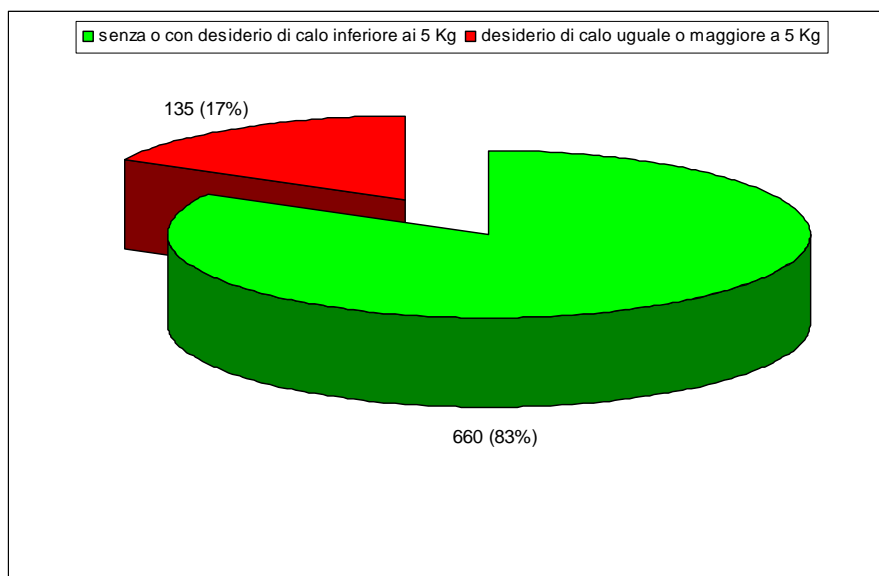


Grafico 3 - Desiderio di dimagrire

A questo dato ce n'è da unire anche un altro ancor più preoccupante:

41 ragazze (pari al 39%) delle 105 che hanno un IMC = < a 17,5 (vedi grafico n.1) **vorrebbero dimagrire ulteriormente** (fino anche di 6 Kg. !), accentuando in tal modo il loro sottopeso.

Nella tabella 1 sono riportati i casi più esemplificativi

IMC	Quanto vorrebbe pesare	Peso attuale	Altezza	Differenza in Kg
15,5	40	43	167	-3
15,5	41	43	167	-2
16	40	43	165	-3
16	45	46	170	-1
16	44	45	170	-1
17	40	46	166	-6
17	40	45	165	-5
17	40	45	163	-5
17	46	50	174	-4
17	40	43	160	-3

Tabella 1

Se uniamo le ragazze normopeso - che vorrebbero dimagrire così tanto da scendere in sottopeso- a quelle che in sottopeso ci sono già, risulta che nel nostro campione quasi il **38% è già in sottopeso o desidererebbe esserlo.**

Il fatto che più di un terzo delle giovani donne intervistate consideri desiderabile ed accettabile una condizione di sottopeso, anche marcato, pone con forza il problema di una azione di prevenzione allargata.

In essa vanno coinvolti sinergicamente e responsabilmente, oltre i consueti attori (famiglia, agenzie educative, sistema sanitario, associazionismo), anche terzi che concorrono direttamente o indirettamente a creare condizioni di rischio (mass media, pubblicitari, società sportive, moda) tramite norme di autoregolamentazione.

Junk Food

Le risposte alle domande *non sense* - contenute come "diversivo" nella prima pagina del questionario-hanno evidenziato un' ampia e variegata gamma di non corrette abitudini alimentari (orari, modalità alimenti, luoghi) nella prima colazione e nella "merenda" di mezza mattina che, da sola, meriterebbe una ricerca per alcuni aspetti importanti sul piano della educazione alimentare cui rinviano, quali ad es. la disponibilità all'interno degli edifici scolastici di alimenti altamente palatabili, ipercalorici ed il conseguente marcato consumo da parte degli studenti.

La logica "deviata" che sovente guida le scelte produttive è responsabile del successo fra i giovani dei cosiddetti "junk food" (traducibile in "cibo spazzatura") e che ora comincia a preoccupare per le pericolose ricadute in termini di salute individuale e della comunità, che il suo consumo provoca.

La facile disponibilità di cibi confezionati con tante calorie grassi in quantità, poche vitamine, additivi ed aromi a iosa, meglio se sintetici, determinano un successo incredibile fra i giovani: patatine ultrafritte, snack dai gusti più improbabili ed impensabili, barrette superdolci esercitano un'attrazione incontrollabile sui ragazzi fino a forme di forte condizionamento nella scelta o di dipendenza.

Tutto ciò può indurre comportamenti bulimici e/o l'inizio di diete ferree per smaltire il peso e la "ciccia" determinata da abuso di tali cibi che, sulla base di un preciso "design del gusto", sono proprio confezionati per indurre tale consumo irrinunciabile.

Le ragazze venete e le ragazze italiane

Il raffronto fra il profilo medio del campione delle ragazze venete al questionario EDI-2 con l'analogo delle ragazze italiane sul quali è stato validata la versione italiana di tale test, non evidenzia differenze statisticamente significative: i profili si sovrappongono (grafico 4).

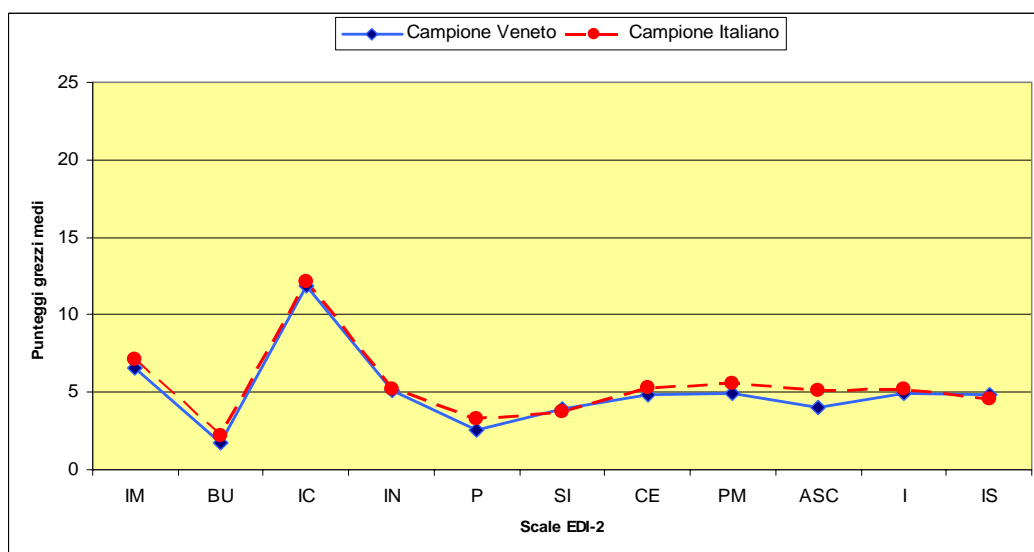


Grafico 4 - Confronto tra il campione veneto e italiano

L'attività: studentessa vs. lavoratrice

Per quanto riguarda il tipo di attività svolta è stato eseguito il controllo statistico per verificare se esistano delle differenze nelle sottoscale fra le ragazze che studiano e le ragazze che lavorano, ipotizzando che la condotta alimentare di queste ultime possa risentire dei vincoli della condizione lavorativa e/o della discriminazione sessuale sul lavoro di particolari aspetti della condizione lavorativa femminile.

Dalle analisi non risultano differenze significative su nessuna delle sottoscale EDI-2. Ciò potrebbe derivare da molteplici ragioni.

E' opportuno, per prima cosa, evidenziare che il numero delle lavoratrici intervistate è di molto inferiore rispetto a quello delle studentesse, con la conseguenza di un possibile restringimento della variabilità dei casi in questo sottogruppo.

Non è poi da trascurare il fatto che tutte le lavoratrici erano impiegate come commesse di negozio di abbigliamento, di accessori d'abbigliamento, di gadget dove "la bella presenza" è un aspetto determinante nell'assunzione. Questo fatto potrebbe aver influenza sul loro grado di insoddisfazione per il corpo, sulla loro assertività e sul loro desiderio di dimagrire (per rimanere di *bella presenza*).

La similarità fra i punteggi delle ragazze lavoratrici e quelli delle ragazze studentesse può trovar spiegazione nel fatto che le prime, pur essendo influenzate dalla pressione culturale, non subiscono discriminazioni nell'ambiente di lavoro, data la tipologia di occupazione quasi esclusivamente femminile.

In questo sottogruppo di ragazze lavoratrici vi è, quindi, una predisposizione ai disturbi alimentari analoga a quella delle studentesse.

Una ricerca su di una coorte più estesa potrebbe essere in questo ambito più chiarificatrice.

Quanto è vasta l'area di rischio per le giovani donne venete?

L' EDI-2 è stato utilizzato in ricerche su popolazioni di non pazienti per identificare i casi sospetti (o mascherati) di DCA.

In tali studi il punteggio alto alla sottoscala *Impulso alla magrezza* (IM) è stato considerato come indicativo dei soggetti con forti preoccupazioni legate al cibo fino anche dei soggetti con forme cliniche di DCA.

Vanderheyden e Boland (1987) hanno verificato che la sottoscala IM ha un' importante funzione discriminante in quanto classifica correttamente - in linea con i vari livelli del disturbo alimentare- il 73% delle studentesse delle scuole superiori.

Anche nella nostra indagine è stato considerato il punteggio alto alla scala *Impulso alla magrezza* unitamente però - al fine di ridurre i casi di falsi positivi - anche al punteggio alle sottoscale *Insoddisfazione per il corpo* (IC) e *Bulimia* (BU).

L'insoddisfazione per il corpo è un elemento determinante nel disturbo dell'immagine corporea che, a sua volta, è caratteristico del DCA.

Alcuni autori hanno trovato che un sentimento di insoddisfazione per la forma del corpo è il più attendibile predittore della restrizione alimentare nelle ragazze universitarie (Rosen, Gros, Vara 1987).

La sottoscala IC è altamente correlata con i valori ottenuti al questionario sulla forma corporea (BSQ) da pazienti bulimiche e da persone che limitano e non limitano l'alimentazione.

E' stato considerato un punteggio IC maggiore di 20 come discriminante per le ragazze che presentano un gradiente elevato di non accettazione della forma del proprio corpo e/o per parti di esso (pancia, fianchi, cosce, natiche) che può manifestarsi con una sofferenza espressa o, più spesso, mascherata.

Per quanto riguarda la sottoscala *Bulimia (BU)*, Gross et al hanno trovato una significativa correlazione tra la sottoscala e la frequenza del vomito. Inoltre correlazioni significative sono state riscontrate anche con strumenti che misurano il Locus of control e la Mancanza di controllo (D.Garner,1995).

Pyle et al.,(1986) rilevano che la bulimia è un comportamento frequente nelle ragazze che non soddisfano tutti i criteri di una diagnosi di DCA, anche se nelle forme più gravi è accompagnata da marcata sofferenza psicologica.

Per la nostra stima dell'area a rischio di DCA, in una popolazione di non pazienti, abbiamo assunto che tale predisposizione si basi prevalentemente su di un disagio/sofferenza, espressa o inespressa, derivante da una non accettazione del proprio corpo, la quale può indurre comportamenti alimentari disfunzionali in senso restrittivo o incontrollato o a ciclo misto.

Operazionalmente dal campione di ricerca sono stati estratti - una sola volta - tutti i soggetti con un punteggio particolarmente alto sia alla scala *Impulso alla magrezza* sia alle scale *Insoddisfazione corporea* o *Bulimia* ovvero ad entrambe.

Si ristretta così una coorte di n. **137** soggetti su 1062 (pari al **12,9%**) con punteggi superiori ad una deviazione standard in almeno due delle tre sottoscale che , all' EDI-2, sono maggiormente indicative della presenza di sentimenti, atteggiamenti e comportamenti rinvenibili con diversa intensità nelle forme cliniche di un qualche DCA.

Conseguentemente, l'area delimitata da questa coorte all'interno del campione veneto comprende ragazze con punteggi di diverso peso alle due (o tre) dimensioni di cui sopra e quindi con una incidenza intensivamente diversificata di sentimenti, atteggiamenti e comportamenti disfunzionali (Grafico 5).

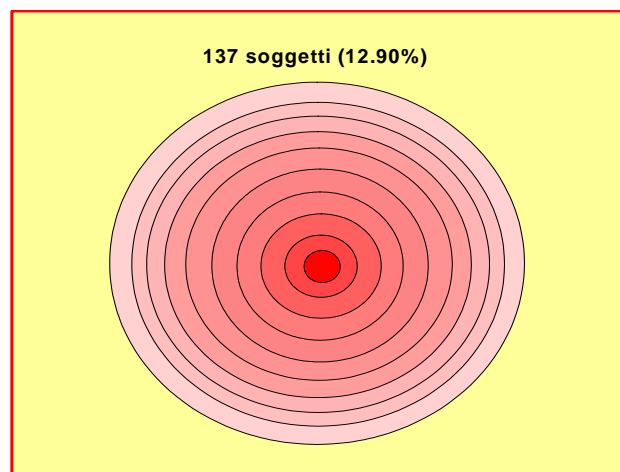


Grafico 5

Oramai è dato clinico convergente l'osservazione che i DCA si esprimono lungo un *continuum* di gravità e che le forme leggere (sub-cliniche) possono essere distinte dalle manifestazioni più gravi.

Alcuni studi hanno confermato tale assunto, proprio in base all'uso dell'EDI-2.

Nel grafico 5 tale gradazione è data dalla sfumatura cromatica.

Le risultanze di queste ricerche sembrano indicare che in popolazioni di donne giovani non pazienti, esista un sottogruppo di ragazze che sono talmente preoccupate per il peso del proprio corpo da restringere l'alimentazione. Tale sottogruppo di soggetti riporta, a test clinici, intense insoddisfazioni e preoccupazioni per il peso del corpo, per la forma corporea e per l'alimentazione, che si situano molto vicine a quelle delle pazienti con DCA, pur non presentando altre evidenze psicocliniche proprie di quest'ultime.

Nonostante tale non completa congruenza, questo sottogruppo di donne possono essere considerate a rischio di DCA.

E' probabile che elevate, intense preoccupazioni riguardo al cibo, al peso ed alla forma del proprio corpo preludano l'emergere e lo sviluppo di franchi e gravi DCA.

In Italia le ricerche sono ancora scarse.

Uno studio di prevalenza effettuato nel Veneto con il Body Attitude Questionnaire (A. Favaro et al, 1995) su di un campione di studenti di Padova riporta una prevalenza di forme sub-cliniche del 5-5,7 %, in campione di studentesse veneziane il 10,7%.

G. Rossi (1997) in una ricerca condotta su si una coorte di studenti liceali pavesi ha riscontrato una presenza di forme parziali nel 10,4 % dei soggetti.

Differentemente , A.L.Dimora et al (1998) utilizzando l'EDI-2 con circa 200 studentesse siciliane ha evidenziato nel campione una predisposizione ai DCA pari al 30,6%.

Di uguale entità (30,57%) è la predisposizione rinvenuta , sempre con l'EDI-2, in una coorte di 919 studentesse medio/superiori della provincia di Napoli (P.Cotrufo, 2000).

La difformità evidente dell'indicazione di prevalenza riportato in queste due ultime ricerche rispetto quello della presente (30,6% vs. 12,9%) è spiegabile con l'osservazione che le due ricerche utilizzano, per definire l' area del rischio, unicamente il punteggio superiore al cutoff 14 alla sottoscala impulso alla magrezza, peraltro- come si è detto- individuato da Garner come discriminante i soggetti presentanti già forme subcliniche di DCA.

Nella ricerca qui presentata invece abbiamo cercato di eliminare per quanto possibile, casi di falsi positivi. L'aver scelto di considerare la combinazione di punteggi cutoff conservativi alle tre principali sottoscale dell'EDI-2 (IC-IM-BU) ha delimitato un'area di predisposizione più ristretta e, riteniamo, più attendibile.

Conferma di questa osservazione può venire dal fatto che i casi, nel campione di ricerca veneto, che superano il cutoff di 14 alla sola subscale IM è pari al 20,3 %.

L'ampio range (7-30,6 %) di indici di predisposizione riportati in letteratura potrebbe essere dovuto a differenze nel campionamento, all'uso di strumenti di rilevazione non uniformi od anche a fattori di natura culturale peculiari delle varie macroaree territoriali italiane.

Rimane comunque confermata anche dai risultati di questa ricerca l'ampiezza preoccupante dell'area di predisposizione a i disturbi della condotta alimentare, che all'inizio si elicit in forme non eclatanti e caratterizzate da sofferenza silenziosa e nascosta, ma non per questo meno invalidante per la persona.

La stima della sofferenza

All'interno del gruppo delle **137** ragazze, variamente a rischio di DCA, abbiamo cercato di individuare il sottogruppo di soggetti che - dati punteggi molto al di sopra dei cut-off alle subscale IM e IC e/o BU - molto probabilmente hanno già sviluppato un disturbo della condotta alimentare .

Allo scopo sono state estratte da tale gruppo tutti casi con punteggi alle subscale IC e IM e/o BU con centile 94.

Questo centile ha fornito punteggi medi alle tre sottoscale, che si trovavano nel range dei punteggi medi ottenuti nel campione normativo italiano di donne con diagnosi di DCA.

In tal modo sono stati individuati n. **27** casi, pari al **2,54 %** del campione, che al test forniscono punteggi elevati tali da far ritenere che soffrano già di una qualche forma di DCA (grafico 6).

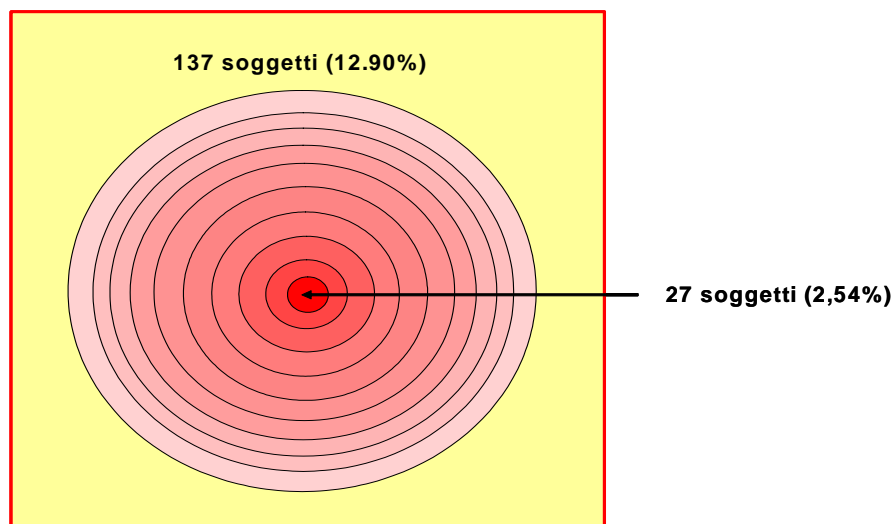


Grafico 6

Anche in questo caso, il dato cumulativo dell'incidenza delle forme cliniche (anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata) rilevato è in linea con quello riportato nel Piano Sanitario Nazionale.

Se si applicano le percentuali di predisposizione e di prevalenza rilevate nel campione al complesso della popolazione femminile della provincia di Venezia dai 12 ai 28 anni che assomma n. 70.018 (aggiornamento 2003) si può ipotizzare che siano:

- circa **9.000** le giovani donne venete con predisposizione a sviluppare DCA e
- circa **2.100** quelle già sofferenti di una qualche forma clinica.

Conclusioni

L'obiettivo della ricerca originava da una indicazione, di altre ricerche di screening e dall'esperienza clinica, secondo la quale è consistente la diffusione di forme parziali di disturbi del comportamento alimentare fra le ragazze e le giovani donne che, per il resto, presentano caratteristiche ben adattive di personalità.

Queste forme parziali rappresentano un elemento di rischio per lo sviluppo di forme cliniche.

L'esperienza clinica ci ha fatto conoscere molte di queste ragazze che hanno un normale livello di adattamento: più che buono a livello sociale, produttive sul lavoro e nello studio, riservate, precise ed esigenti soprattutto verso se stesse.

La sofferenza che deriva dal disturbo parziale è molto intensa e rimane nascosta in un ambito riservato e solitario, lontano da sguardi indiscreti.

Per queste persone le forme anoressica e bulimica vere e proprie possono rimanere sullo sfondo. La tendenziale cronicizzazione del disturbo compromette fortemente la qualità della vita della persona e restringe lo spazio per la guarigione.

La conflittualità, vissuta ed agita con le modalità su esposte, per il controllo dell'alimentazione finisce per pervadere tutti gli aspetti di personalità, con effetti obiettivamente invalidanti.

Anche la famiglia ed i conviventi ne vengono alla fine spesso coinvolti - quando addirittura non sono concausa della malattia- e tutte le dinamiche familiari ne risentono e la conflittualità conseguente può essa stessa divenire un fattore di mantenimento del disturbo.

In altri casi non infrequenti, la famiglia sottovaluta o collude alle "manie" della figlia perché condivide il mito *magrezza=bellezza* o il *salutismo alimentare* con il quale sovente le ragazze giustificano i loro comportamenti alimentari disfunzionali.

Questo può essere un ulteriore fattore non facilitante la presa di coscienza da parte della ragazza del serio rischio che corre e la richiesta di aiuto alla struttura sanitaria.

In effetti, l'affluenza ai Servizi specialistici è notevolmente limitata rispetto la prevalenza dei casi subclinici quale riportata in letteratura.

La ricerca ha confermato che la predisposizione - cioè l'area di rischio - è molto estesa e preoccupante, stante le difficoltà, la complessità, l'onerosità e l'esito incerto che contraddistinguono il percorso terapeutico nei disturbi conclamati.

Tutto quanto sopra pone un evidente problema in ambito preventivo.

Quali le strategie di prevenzione efficaci?

Gli studi compiuti sugli interventi di prevenzione dei DCA finora lasciano purtroppo poco soddisfatti, in quanto sembra riescano ad informare ma non ad incidere sui comportamenti e sugli atteggiamenti delle persone cui sono rivolti.

Questi risultati derivano soprattutto da programmi di prevenzione che sono basati sull'informazione circa la malattia (danni dieta, abitudini alimentari scorrette, caratteristica dei DCA, ecc.).

L'azione preventiva specifica va, più correttamente, inserita in programmi di promozione e sviluppo della salute e deve coinvolgere anche gli adulti di riferimento e gli ambienti che i giovani frequentano dove, al giorno d'oggi, è normale stare a dieta, controllare il peso, modificare i tratti fisici, essere insoddisfatti del proprio corpo, avere il mito della bellezza e della magrezza.

La riscontrata tendenza all'abbassamento dell'età in cui compaiono i disturbi della condotta alimentare rende indispensabile attuare interventi preventivi già nella fase prepuberale (scuole elementari) prima cioè che la bambina crei la propria immagine corporea interiore; dopo, quando ha già imparato a trovare il suo corpo, o parte di esso, "brutto", "sgradevole" l'intervento diventerà più difficile e complesso.

L'intervento psico-educativo dovrà avere come obiettivo sempre la promozione dell'autostima, dell'accettazione di sé, sia sul piano corporeo che su quello psicologico, dell'autoefficacia e della capacità di gestione flessibile delle proprie emozioni e dello stress.

L'esperienza clinica e numerosi studi hanno individuato queste caratteristiche psichiche come **fattori di protezione dai disturbi alimentari**.

Tra i luoghi migliori in cui effettuare la prevenzione, la scuola è sicuramente la sede elettiva per vari motivi: vi è una moltitudine di ragazze in età a rischio, i genitori/adulti significativi possono essere più facilmente coinvolgibili, gli insegnanti sono una risorsa insostituibile.

Il coinvolgimento degli adulti significativi è indispensabile perché è necessario vi siano un linguaggio condiviso e la conoscenza del percorso che la bambina in difficoltà è stimolata a compiere.

L'ambiente scolastico è il luogo di sviluppo di fattori precursori sia del rischio sia della protezione; è il luogo ove le ragazze fra loro parlano molto di diete, di forma fisica e corporea, bellezza, ecc..

La strategia dovrebbe essere in minima parte informativa; molto di più rivolta alla modificazione delle convinzioni, degli atteggiamenti e dei comportamenti. Non si ricorre alla persuasione, bensì al dialogo ed alla discussione.

Le informazioni sul disturbo alimentare ed il pericolo delle diete o sull'alimentazione equilibrata, devono essere limitate al minimo, sottolineando il ruolo dei cambiamenti sociali necessari per ridurre o eliminare l'idealizzazione della magrezza e la stigmatizzazione dell'obesità, della cultura del Junk Food, della vittimizzazione delle donne, dei fattori di predisposizione e di rischio specifici, quali la disistima di sé, l'anassertività, la non abilità nel gestire lo stress, l'autonomia ridotta, ecc.

Oltre la scuola ed i servizi sanitari e la rete della medicina di base, anche le varie realtà associative, sia ricreative sia sportive, operanti nel mondo giovanile devono essere al tempo stesso destinatari e partecipi all'azione preventiva.

La ricerca ha evidenziato che la predisposizione ai DCA interessa parimenti le studentesse, le giovani lavoratrici.

Intervenire prima che il disturbo insorga, operando per modificare e/o diminuire o annullare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione, come pure poter essere in grado di individuare precocemente i casi di malattia sono obiettivi che vanno, quindi, perseguiti anche nelle realtà lavorative, a prevalente occupazione femminile, cointeressando le associazioni datoriali e le rappresentanze dei lavoratori.

Un discorso particolare ed approfondito meriterebbero le modalità ed i contenuti degli esasperanti messaggi pubblicitari dei mass media e del mondo della moda, che sempre più si rivolgono alle *thirteen* (le ragazze dodici-tredicenni) enfatizzando l'equazione "magrezza=successo" cui le ragazze di tale età sono molto sensibili e per lo più indifese. Come per altri settori commerciali andrebbe elaborato un codice di autoregolamentazione specifico. In questo ambito l'obiettivo educativo è quello di aiutare i ragazzi a meglio gestire le informazioni anche in tema di salute, altrimenti saranno acriticamente esposti agli attacchi indiscriminati della pubblicità, dei promoter televisivi, dai venditori di pozioni e "beveroni" o pillole che servono a dimagrire o a divenire modellati nel fisico come la moda richiede.

Questi ed altri più articolati, complessi e sinergici interventi preventivi necessita siano posti in essere e diffusi in tutto il territorio nazionale, stante la rilevata presenza dell'area di rischio in popolazioni di non pazienti di varie realtà territoriali.

La ricerca qui presentata ha confermato la consistente presenza fra giovani donne non pazienti di fattori di rischio per i DCA e vuole rappresentare una indicazione d'urgenza ad affiancare gli interventi di cura con una efficace azione preventiva.

APPENDICE 1 - Questionario EDI-2: dettaglio scale

Impulso alla magrezza (IM)

Questo costrutto analizza gli elementi cardine dei disturbi connessi all'alimentazione, poiché valuta l'eccessiva preoccupazione per il corpo, la paura di aumentare di peso e l'ossessione per la dieta.

Bulimia (BU)

Questa scala serve ad individuare i soggetti che soffrono di Bulimia nervosa, poiché valuta la tendenza a pensare e ad avere incontrollabili attacchi di sovralimentazione.

Insoddisfazione corporea (IC)

È considerata una delle maggiori cause responsabili dello sviluppo dei disordini del comportamento alimentari. La scala misura il grado di insoddisfazione per la forma del proprio corpo in generale e per quelle parti più facilmente a rischio (cosce, fianchi, glutei).

Inadeguatezza (IN)

Valuta i sentimenti di insicurezza, inutilità, vuoto interiore, bassa autostima ed autosvalutazione che sono vissuti psichici predisponenti ai disturbi alimentari.

Perfezionismo (P)

Questo costrutto misura il convincimento che gli "altri" accettino solo modelli molto alti di prestazioni personali e si aspettino sempre risultati eccezionali.

Sfiducia interpersonale (SI)

Valuta il generale rifiuto o la non disponibilità ad instaurare e mantenere interazioni strette e la mancata espressione dei propri sentimenti.

Consapevolezza enterocettiva (CE)

Misura confusione ed incertezza nel riconoscere e nel rispondere agli stati emotivi propri degli altri; inoltre individua l'incertezza nell'identificazione delle sensazioni di fame/sazietà.

Paura della maturità (PM)

Questo costrutto fa riferimento al desiderio di rifugiarsi nel mondo rassicurante dell'infanzia, desiderio che origina dall'incapacità di affrontare le esperienze biologiche e psicologiche implicate nel passaggio all'età adulta.

Ascetismo (ASC)

Misura la tendenza di alcune persone a raggiungere ideali spirituali tramite il raggiungimento di mete quali l'autodisciplina, l'autolimitazione, il sacrificio di se stessi ed il controllo dei bisogni del proprio corpo.

Impulsività (I)

Le tendenze a agire e reagire in modo impulsivo, l'attrazione per l'uso di sostanze, l'imprudenza e la distruttività nelle interazioni sociali e nelle relazioni interpersonali.

Insicurezza sociale (IS)

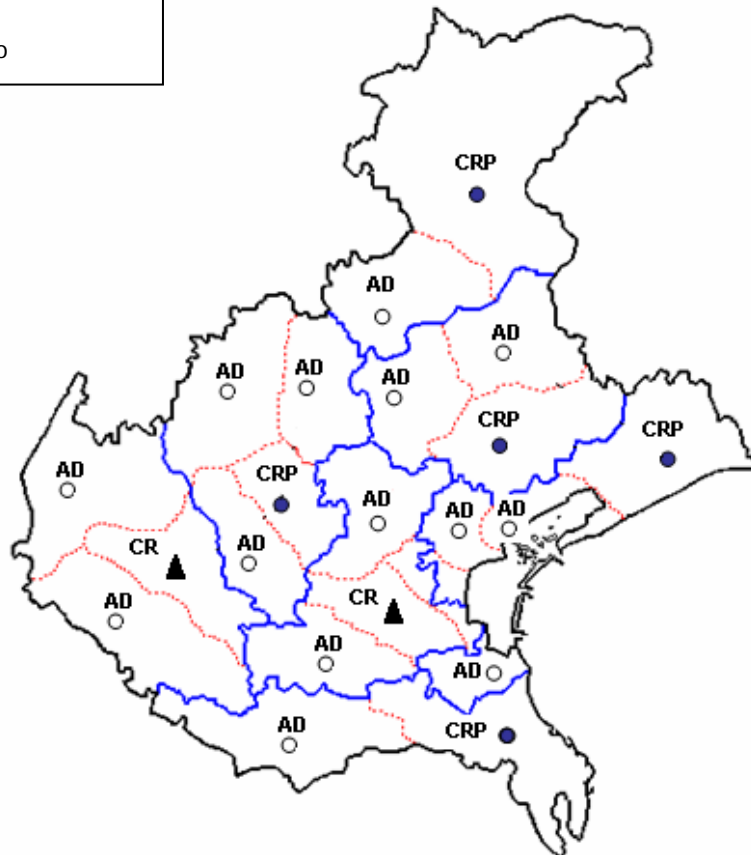
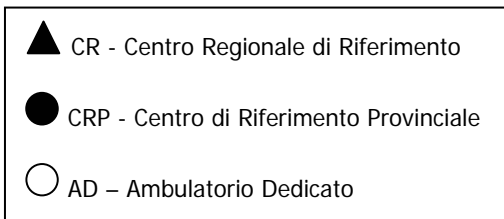
Individua i vissuti psichici per cui le interazioni sociali appaiono difficili, ansiogene, da evitare perché non comportano benefici esistenziali.

Bibliografia

- Botta R.A. (2000) The mirror of television: a comparison of black and white adolescents' body image *Journal of Communication*, 50, 144-159.
- Cotrufo P. Il disturbo da alimentazione incontrollata: dati epidemiologici e caratterizzazione clinica Università di Napoli SUN.
- Devereux, G. (1978), *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Armando edit., Roma
- Dimora A.L. et al Screening sulla predisposizione ai disturbi del comportamento alimentare su di una popolazione potenzialmente a rischio *Atti convegno Bulimia nervosa*, 1999.
- Favaro A., Gigli G., Miotto P., Santonastaso P. Gli atteggiamenti corporei nell'adolescenza *bollettino di Psicologia applicata*, 1997.
- Garner D.M. (1991) *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual Psychological Assessment Resources, Florida.*
- Goss R.M. & Nelson E.S. (2000) Perceptions of parental messages regarding eating and weight and their impact on disordered eating. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 57-78.
- Jacuzzi A., La percezione del proprio corpo in un gruppo di adolescenti e giovani del Veneto (Università degli Studi di Padova - Facoltà di Psicologia, Tesi di Laurea, a.a. 2001-2002).
- Rossi G. et al *Aspetti epidemiologici dei disturbi dell'alimentazione. Minerva Psichiatrica 1997.*
- Rizzardi M., Trombini E. & Trombini G. (1995) *Eating Disorder Inventory-2 Adattamento italiano (a cura di) O.S. Firenze.*
- Silvestein B., Perdue L., Petersen B., Vogel L. & Fantini D.A. (1986) Possible causes of the thin standard of bodily attractiveness for women *International Journal of eating disorders.*

La rete veneta dei servizi pubblici dedicati alla diagnosi, cura e riabilitazione dei DCA

In esecuzione dell'atto di indirizzo della Regione Veneto (DGRV n.3540) nel tempo le Aziende sanitarie si sono dotate dei Servizi previsti la cui distribuzione può essere così raffigurata:



Indirizzi:

- Centro di Riferimento Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Az. ULSS n. 10 via Resistenza, 3 Portogruaro (VE) tel. 0421-761350/51

- Ambulatorio per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Az. ULSS n. 12 c/o Ospedale via Circonvallazione, 11 Mestre (VE) tel. 041- 2385311

- Ambulatorio per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Az. ULSS n. 13 via Castellantico, 8 Mirano (VE) tel. 041-5795421

- Ambulatorio per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Az. ULSS n. 14 c/o Ospedale, via San Rocco, 8 Piove di Sacco (PD) tel. 049-9718052

Gli Autori

Lino BUSATO

Psicologo e Psicoterapeuta umanistico-relazionale

Libero professionista

Studio: via Polanzani, 36 Noale (VE)

Tel. 041-5826027

Cell. 339-5712355

E-mail: lino.busato@ordinepsicologiveneto.it

Cesare ROSSI

Psicologo e Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale.

Dirigente psicologo nel Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS 12 Veneziana; lavora nel CSM di Mestre Centro Sud ove si occupa di disturbi del comportamento alimentare.

Libero professionista a Mestre (VE).

Presidente dell'Associazione La Rete

Tel. 041-926244 (CSM)

Cell. 349-6943727

E-mail: cesarerossi@libero.it

