

Disturbi del comportamento alimentare e aspetti di bioetica

Mariantonietta Fabbricatore



Introduzione

La Bioetica dell'alimentazione è una scienza e come tutte le scienze ha un oggetto, che consiste nella riflessione sui rischi connessi all'alimentazione ed alle condotte alimentari, ed un obiettivo o fine rappresentato dalla sicurezza e tutela della salute psico-fisica delle persone, del benessere delle altre specie e della sopravvivenza del pianeta¹. L'alimentazione è parte integrante delle pulsioni vitali umane che sono fondamentalmente due. La prima pulsione è rappresentata dalla conservazione dell'individuo e le strategie fondamentali per la sua tutela sono rappresentate dai comportamenti di attacco e fuga e di ricerca e assunzione di cibo. La seconda pulsione vitale è inerente alla conservazione della specie e si avvale della strategia del comportamento sessuale. Pertanto la nutrizione è alla base della sopravvivenza e, di conseguenza, una delle condizioni fondamentali per l'esistenza è la ricerca del cibo, che rappresenta pertanto la più ancestrale spinta vitale. Questo impulso è quindi finalizzato alla sopravvivenza ed è fortemente associato a elementi rafforzativi edonistici per garantirne la continuità. Infatti tutte le strategie di sopravvivenza sono elaborate dal nostro cervello attraverso le categorie del piacere e del dolore ed i circuiti neuronali che le governano sono geneticamente predisposti. È interessante osservare che la fame e la sete sono impulsi che non si sono mai modificati nel corso dell'evoluzione proprio perché funzionali al mantenimento della vita e perfetti in sé stessi. Il comportamento alimentare è costituito da una serie di atti com-

plexi che hanno la finalità di mantenere in equilibrio costante l'organismo anche in condizioni di variabilità nell'ambiente esterno ed interno. Tali azioni sono in parte automatiche ma sono anche determinate da fattori psicologici come gli stili di vita, le abitudini, gli stimoli sociali e relazionali. Inoltre altre variabili come il colore, l'odore e la presentazione dei cibi sono in grado di influenzare il comportamento alimentare. L'alimentazione può essere motivata da scopi diversi, primo fra tutti il benessere psicofisico che spinge a nutrirsi bene per sentirsi bene. Tuttavia il cibo può essere percepito come una minaccia ed allora la tendenza sarà a nutrirsi poco per sentirsi bene, inoltre il cibo ha a che fare con l'immagine corporea e la relazione con gli altri ed in questo caso l'atto di nutrirsi sarà finalizzato ad essere esteticamente accettabili². È proprio da quest'ultima condizione che possono derivare i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Il termine "DCA" è stato coniato per definire condizioni cliniche in cui il disagio è caratterizzato da un rapporto alterato con il cibo e con il proprio corpo tale da compromettere la qualità della vita e delle relazioni sociali della persona che ne è affetta. L'ultima versione del manuale statistico dei disturbi psichiatrici, il DSM-5, così li descrive: «I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamento che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica ed il funzionamento psicosociale»³. Fanno parte dei disturbi del comportamento alimentare le seguenti forme patologiche: l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e il Di-

Medico, Dottore di ricerca in Istologia e Biologia Fisiopatologica del Labirinto presso l'Università degli Studi di Catania e Nutrizionista. Specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

sturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). I DCA sono disturbi complessi e poliedrici che presentano ancora molti aspetti irrisolti per quanto riguarda: l'eziologia, i fattori di protezione, la loro eterogeneità, l'efficacia dei programmi terapeutici, la gestione della cronicità, gli aspetti bioetici. Insorgono prevalentemente in età preadolescenziale ed adolescenziale mostrando attualmente una anticipazione delle prime manifestazioni. Sono stati considerati un disagio della modernità e costituiscono una vera e propria epidemia sociale⁴. Per milioni di giovani nel mondo il corpo ed il cibo si sono trasformati in un'ossessione, ed i DCA hanno assunto le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale. Sono gravi patologie che si stanno diffondendo per la concomitanza di diversi fattori che agiscono su ragazzi e ragazze già fortemente a rischio⁵. Tra questi fattori un ruolo rilevante è svolto dagli agenti socio-culturali dominanti nel mondo occidentale, che propongono immagini femminili caratterizzate da una magrezza estrema e da iper-efficienza e controllo, ponendo in secondo piano la sensibilità, l'affettività ed il rapporto con l'altro che sono, invece, gli aspetti più importanti⁶. I DCA sono definiti anche Disturbi Etnici. La particolarità di un disturbo etnico è quella di esprimere il disagio psichico attraverso una sintomatologia che rispecchia in modo esasperato i modi di pensare tipici della cultura di appartenenza⁷. L'individuo che sviluppa un disturbo etnico soffre in forma acuta delle insicurezze espresse dalla società in cui vive⁸. Pertanto i DCA sono disturbi *Culture-Bound* ovvero fenomeni legati alla cultura. Infatti la paura di acquistare peso non risulta presente in tutte le culture. Il timore di ingrassare si osserva più frequentemente nei paesi di cultura occidentale per cui si ritiene che i DCA siano tipici delle popolazioni occidentali. La concezione della "sociogenesi" dei fenomeni

Tra i fattori che hanno favorito la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare un ruolo rilevante è svolto da quelli socio-culturali

psicopatologici, proposta da De Swann nel 1982⁹, attribuisce a gran parte dei disturbi psichiatrici una matrice sociale. Anche AN e BN sarebbero delle sindromi culturali scoperte alla fine dell'Ottocento ma medicalizzate solo nei nostri anni. Secondo tale visione, i sintomi di un disturbo rivelano i criteri normativi di riferimento dell'epoca e spesso traducono in forma esasperata i valori culturali dominanti. Qualunque sia la forma assunta da un comportamento deviante, questa permette all'individuo di essere antisociale secondo una modalità socialmente approvata e stabilita, talvolta riconosciuta anche come prestigiosa. Il nucleo della malattia si manifesta in epoche diverse adattandosi alla realtà storica e si trasforma poi al suo variare¹⁰. Secondo Dalle Grave R.¹¹ i fattori socio-culturali che hanno favorito l'aumento di incidenza dei disturbi alimentari nel mondo occidentale sono stati fondamentalmente quattro: la pressione culturale verso la magrezza, il cambiamento del ruolo sociale della donna, la mitizzazione dei disturbi alimentari, il pregiudizio verso l'obesità.

Storiografia

Nell'antichità, caratterizzata da scarsità di risorse alimentari, il cibo era trattato come un bene prezioso e quindi non veniva mai rifiutato. Il digiuno fu adottato dalle prime comunità cristiane perché rappresentava un segno di contrasto con il culto pagano della materialità. Nel mondo del Sacro l'astinenza dal cibo era vista come una pratica purificatrice che elevava lo spirito al di sopra dei bisogni della carne. Era anche un modo per soffrire come Gesù, per essergli più vicini, per nutrirsi del suo stesso "cibo spirituale" ad *Imitatio Christi*. In seguito con l'affermarsi del Cristianesimo i rigori della prescrizione del digiuno vennero ammorbiditi e addirittura messi al bando quando il numero delle sante digiuna-

trici si fece consistente. Il digiuno venne giudicato come atto peccaminoso, strumento di superbia, in quanto attirava la pubblica attenzione, e di autoesaltazione¹². La dimostrazione di forza messa in atto dalla persona che digiunava fu interpretata anche come segno di una onnipotenza non umana, quindi disumana, e come tale segno di forze demoniache. Pertanto un criterio per dimostrare la stregoneria era: “il controllo del peso”. Quando il peso rimaneva al di sotto del minimo livello previsto in base alla statura si poteva pensare di trovarsi di fronte ad una prova di stregoneria. Tuttavia il fenomeno poteva essere stato indotto anche da una malattia naturale, ed allora si poteva curare ma, se il soggetto rifiutava le cure, questo era il segno di una possessione da parte del demonio o di una strega. In tal caso la cura era affrontare il tribunale dell’Inquisizione o l’esorcismo. Tuttavia la “santa anoressia” o *anorexia mirabilis* del Medioevo non comprendeva la paura di ingrassare o il desiderio di dimagrire che sono invece le caratteristiche dell’anoressia moderna o anoressia nervosa. Brumberg¹³ ritiene che l’*anorexia mirabilis* e l’AN siano forme differenti e che entrambe riflettano valori e credenze del proprio tempo. Tuttavia l’aspirazione alla santità può essere considerata simile all’aspirazione alla magrezza propria delle anoressiche classiche. Nel primo caso, infatti, il controllo dell’appetito rappresentava la perfezione agli occhi di Dio, nel secondo la magrezza rappresenta un ideale di perfezione proposto dalla società. Inoltre nell’antichità le donne erano educate a perseguire ideali di santità così come le ragazze di oggi sono incitate dalla moda a perseguire l’obiettivo della magrezza ed entrambi i valori erano e sono definiti come ideali di bellezza femminile. Con l’avvento dell’era industriale nel Novecento inizia la lotta tra i sessi che pone le basi per l’ambiguità del ruolo. La donna, infatti, si trova a dover svolgere un ruolo che comprende, oltre alle caratteristiche femminili di sottomissione, anche quelle maschili di leadership, e questo duplice ruolo avrebbe contribuito al costituirsi della “cultura della magrezza”. Per comprendere l’importanza attribuita all’aspetto fisico è necessario tenere

conto dello sfondo sociale complessivo in cui l’esteriorità, l’apparenza e l’immagine hanno un ruolo sempre più rilevante. Le preferenze sul peso del corpo costituiscono, con ogni probabilità, l’esito di una costruzione sociale complessa e non il semplice risultato dell’azione di fattori economici. L’associazione simbolica di grassezza e fertilità può derivare dall’interpretazione culturale di un dato biologico. Fino al XVII secolo la donna robusta e florida era molto ammirata ed apprezzata in quanto simbolo di sicura riproduzione (tipo riproduttivo di donna). Successivamente prese il sopravvento il modello di bellezza definito a “clessidra” caratterizzato da donne con la vita sottile e seno e fianchi abbondanti. A partire dalla seconda metà del XIX secolo si afferma il tipo “tubulare” di bellezza femminile caratterizzato da un corpo privato di qualsiasi simbolo di fertilità¹⁴. Inoltre sembra che alla fine dell’Ottocento il significato simbolico della magrezza fosse strettamente collegato all’idea di classe sociale. Tuttavia fu solo agli inizi del Novecento che il tipo corporeo piatto, sottile, venne adottato in massa dalle donne che volevano ascendere la scala sociale. Negli stessi anni in America il significato simbolico della magrezza si incarnò nell’immagine della ragazza indipendente economicamente e sessualmente libera. Negli Stati Uniti la magrezza è diventata una moda quando le donne hanno acquistato il diritto di voto e la modella Twiggy è diventata il nuovo ideale di bellezza quando le ragazze sono riuscite a raggiungere pari opportunità rispetto ai maschi nella carriera scolastica. Twiggy rappresentava il modello della giovinezza e dell’asessualità in un’epoca in cui i preadolescenti erano la porzione maggiore della popolazione americana. Per questo l’ammirazione per il corpo femminile magro, da preadolescente, è diventata una caratteristica della cultura occidentale. Pertanto gli attuali valori di magrezza sarebbero il simbolo di un progresso nella liberazione delle donne. Il corpo magro è diventato simbolo di valori quali l’indipendenza, l’autocontrollo e il dinamismo in opposizione ai valori del passato della passività e del ruolo materno e si è assistito ad una svalutazione della grassezza e

della vecchiaia¹⁵. Magro è diventato sinonimo di iniziativa, stima, purezza, dinamismo, mascolinità, forza, salute, intelligenza, successo. Grasso si associa a passività, indegnità, immoralità, lentezza, debolezza, stupidità, malattia, insuccesso¹⁶. Tuttavia nei meccanismi dell'economia di consumo il mito della magrezza, che in origine era simbolo di liberazione ed autodeterminazione, si è trasformato in uno strumento di controllo sociale. Ma cos'è che nel nostro secolo ha facilitato la diffusione dei DCA? In un mondo che sembra governato, anche negli aspetti più intimi dell'esistenza, da mezzi esterni come i media, il peso e le forme corporee e le preoccupazioni per l'apparenza in generale sono diventati gli strumenti per rimanere nel mondo. Il corpo è diventato il luogo di espressione dell'identità¹⁷. Infine, sempre nel Novecento si è imposto il concetto di peso ideale a partire da un problema di tipo assicurativo. Il termine "ideale" è usato nel senso che corrisponde all'aspettativa di vita più lunga ed alla migliore protezione dalle malattie. È ormai ampiamente dimostrato che essere sottopeso o sovrappeso aumenta il rischio di incorrere in uno stato di malattia e riduce l'aspettativa di vita tanto più quanto più ci si discosta dai valori presi in considerazione per *range* di peso normale.

Epidemiologia dei DCA

In Europa la prevalenza di AN nella vita è dello 0,93% in donne di età ≥ 18 anni¹⁸. In Italia¹⁹, la prevalenza nella vita di qualsiasi DCA (intendendo per questi AN, BN, DAI e DCA sottosoglia) è pari al 3,3% (IC: 2,2-5,0) in donne e uomini di età ≥ 18 anni²⁰. La prevalenza di BN è dello 0,88% in donne di età ≥ 18 anni²¹. La prevalenza di BN in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni²² è risultata dell'1,3%²³. La prevalenza di DAI è dell'1,92% in donne di età ≥ 18 anni²⁴. La prevalenza di DAI in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni²⁵ è risultata essere del 2,3%²⁶. La differenza del tasso di prevalenza tra i due sessi è netta a fa-

vore del genere femminile, sebbene ricerche recenti mettano in evidenza una impennata del disordine anche nel sesso maschile. Il rapporto tra casi femminili e casi maschili è di 10:1 per l'anoressia e di 20:1 per la bulimia. L'età di insorgenza e le altre caratteristiche della patologia sono simili nel maschio e nella femmina. Nel caso del DAI il rapporto tra maschi e femmine è di 3:4. La diffusione dei disturbi alimentari nel sesso maschile è stata messa in relazione al fatto che le preoccupazioni per il corpo, la forma fisica e l'apparenza, fino a pochi anni fa prerogativa del sesso femminile, interessano sempre più anche i ragazzi²⁷. Gli uomini hanno minore interesse per un peso esatto e sono meno insoddisfatti del proprio corpo. Tuttavia sono più preoccupati della forma in termini di accresciuta muscolosità e perdita di massa grassa, mostrando una spinta alla magrezza più contenuta.

Sintomatologia

L'AN è una condizione grave e potenzialmente letale (nel 5 – 18 % dei casi) caratterizzata da una propria immagine corporea alterata e limitazioni dietetiche autoimposte che determinano una grave forma malnutrizione. Si può giungere ad una condizione di inedia. Si ha quindi una perdita del peso corporeo al di sotto dell'85 % di quello atteso per rifiuto di mantenere un peso più elevato, si può avere l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita. Si ha paura d'essere grassi anche se si è sottopeso. La forma del corpo ed il peso influenzano la vita e l'autostima, tuttavia il soggetto non si rende conto della gravità della condizione attuale. Si hanno disturbi dell'immagine corporea e amenorrea. Attualmente la BN è considerata una patologia psichiatrica dell'adolescente e dell'adulto che presenta come sintomo fondamentale una attrazione irresistibile verso il cibo, in genere verso gli alimenti ipercalorici. Un altro elemento diagnostico di rilievo è il bisogno molto intenso di prevenire l'aumento di peso che conduce a frequenti condotte di eliminazione²⁸. È caratteristica la perdita di controllo sul cibo

(abbuffata) con sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando (perdita di controllo). Sono presenti inoltre agitazione e ansia, desiderio impossibile di controllare la fame ed il peso corporeo che viene a scontrarsi con l'impulso non controllabile di assumere cibo. L'abbuffata è interrotta da malessere fisico, ansia, nausea, dolori addominali, depressione e senso di disgusto verso se stessi. Il DAI si profila come un disturbo alimentare di tipo bulimico che si manifesta con episodi di assunzioni ricorrenti e protratte di cibo, associate alla sensazione di perdere il controllo dell'atto di mangiare, non seguito da manovre di eliminazione o altri comportamenti compensatori. Il DAI è caratterizzato da episodi di appetito incontrollabile e bramosia per il cibo che portano ad iperalimentazione con marcata sensazione di disagio individuale ma, a differenza della BN, non sono presenti i meccanismi di compenso quali il vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo.

Le cause

Oggi la comunità scientifica propone per i DCA modelli causali multifattoriali che si rifanno ad un'ottica bio-psico-sociale. Si è concordi nell'affermare che non esiste una causa unica ma una concomitanza di fattori di rischio che possono variamente e diversamente interagire tra di loro nel favorire la comparsa ed il mantenimento di tali quadri patologici. Questi fattori di rischio sono stati distinti in: Fattori predisponenti, Fattori scatenanti, Fattori di mantenimento. I fattori predisponenti, o antecedenti distali, svolgono un ruolo importante rispetto ad una vulnerabilità biologica o psicologica al disturbo e sono rappresentati da: caratteristiche individuali, caratteristiche familiari, caratteristiche socio-culturali. Le caratteristiche individuali comprendono: l'età (adolescenza), il sesso (femminile), un modesto sovrappeso, l'idea-

L'alimentazione rappresenta un aspetto fondamentale della condizione umana

lizzazione della magrezza, caratteristiche psicologiche quali il perfezionismo, la bassa autostima, l'insoddisfazione per le forme corporee, tratti di ossessività, ansia e depressione. Oggi non è più accettata l'idea che esista un tipo particolare di famiglia che favorisca l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare. Tuttavia diverse ricerche dimostrano che i figli nati da madri con un DCA pregresso o in atto hanno una maggiore probabilità di sviluppare un DCA o altra psicopatologia²⁹. Acquisizioni recenti³⁰ documentano che il periodo compreso tra la nascita dell'individuo e l'età di 5 anni rappresenta una finestra critica per lo sviluppo cognitivo e sociale dell'essere umano. Infatti il cervello dei neonati triplica le sue dimensioni nei primi due anni di vita in risposta alle stimolazioni esterne. Pertanto le esperienze precoci di ogni tipo, cognitive e sociali, particolarmente quelle con i familiari ed i parenti, influenzano il comportamento dei bambini nell'attualità e nel futuro. È stato anche rilevato che esiste uno stretto legame tra le esperienze traumatiche nell'infanzia e/o l'adolescenza, specialmente quelle relative all'abuso sessuale o fisico, e l'insorgenza dei disturbi alimentari. In una ricerca su 93 donne in sovrappeso e obese la prevalenza di traumi precoci è risultata pari al 39,7% del totale³¹. Le strutture e le funzioni cerebrali sono fortemente influenzate dalle esperienze, in particolare quelle legate alle relazioni interpersonali, che si susseguono nella evoluzione filogenetica e che influiscono sul modellamento delle strutture e connessioni del sistema nervoso centrale, plasmando la mente umana³². In una ricerca sui fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione³³ sono stati analizzati i dati relativi ad una popolazione di 1597 ragazzi di 14 anni, il dato interessante emerso dallo studio è che la preoccupazione del genitore che il proprio figlio sia in sovrappeso rappresenta un fattore di rischio per un disturbo alimentare mentre il peso elevato della madre e le difficoltà psi-

cosociali dell'infanzia sembrano associarsi con un maggior rischio di disturbi psichiatrici di altro genere. L'analisi dei fattori di rischio ha messo in evidenza che nei bambini e negli adolescenti appartenenti ad un nucleo familiare dove era avvenuta una separazione mostravano un funzionamento psicologico peggiore confermando il dato già riportato in letteratura che i bambini sperimentano, dopo la separazione dei genitori, sentimenti di scarsa autostima, predittori di un comportamento alimentare disturbato. Una ricerca sui fattori di protezione per un comportamento alimentare sano sono risultati un basso peso corporeo, abitudini alimentari sane, tolleranza verso le dimensioni del proprio corpo, positiva valutazione di se stessi soprattutto riguardo alle caratteristiche fisiche e psicologiche. I fattori scatenanti, o antecedenti prossimali, sono i fattori che favoriscono e determinano la comparsa del DCA nella persona che presenti la vulnerabilità a sviluppare il disturbo. Tra questi figurano: una dieta dimagrante che ha determinato calo del peso, problematiche adolescenziali, eventi negativi della vita, commenti negativi da parte di persone di riferimento o dei coetanei in riferimento all'aspetto fisico. I fattori di mantenimento sono tutti i fattori o eventi che contribuiscono a rinforzare e mantenere la patologia una volta che questa si è innescata e comprendono: formazione di pensieri disfunzionali sul peso e sulle forme corporee, rinforzo dall'esterno (complimenti sul dimagrimento), sintomatologia e pensieri determinati dal digiuno o dal vomito.

Considerazioni finali

L'alimentazione e il cibo rappresentano aspetti fondamentali della condizione umana e delle relazioni con la famiglia, con i pari e con se stessi. I comportamenti alimentari sono sensibili allo stress e alle richieste ambientali, in particolare nei bambini e negli adolescenti, soprattutto di sesso femminile. Esiste uno stretto legame tra sviluppo affettivo e sviluppo cognitivo. I processi cognitivi si articolano nel corso dello sviluppo portando alla formazione dell'identità dell'indi-

viduo, ovvero un sistema di informazioni, valutazioni, significati, che svolgono la funzione di attribuire valore a sé, al mondo ed al rapporto con gli altri e costruisce il modo personale di cogliere la realtà³⁴. Numerosi studi provenienti da discipline diverse individuano la conoscenza della realtà come un insieme di processi conoscitivi su di essa che può variare continuamente. La conoscenza è pertanto il risultato di una elaborazione personale ed è prevalentemente soggettiva. Ogni individuo costruisce, nel corso della propria vita e della propria esperienza, un ordine interno che gli consente di mantenere stabile nel tempo il proprio senso di identità personale e di selezionare di volta in volta le esperienze e le relazioni che meglio gli permettono di mantenere la stabilità interiore³⁵. L'importanza attribuita al giudizio degli altri è considerato un elemento fondamentale per attribuirsi valore. Il soggetto percepisce il proprio valore attraverso il giudizio degli altri, soprattutto quando avverte la sensazione di corrispondere alle aspettative. Ne consegue l'importanza di mantenere stabile il giudizio degli altri attraverso un'organizzazione di significati e comportamenti³⁶. Il costrutto dell'autostima per gli esseri umani è legato all'esperienza di essere parte di un sistema sociale in cui gli altri, attraverso un giudizio positivo, convalidano il senso di una identità stimabile. L'autostima è stata equiparata, dal punto di vista evolutivo, al concetto della dominanza nel branco. Pertanto per la formazione di una buona autostima, a sua volta necessaria per la costruzione della autonomia, è fondamentale la stima degli altri. In particolare il bambino per stimarsi e acquistare autonomia ha bisogno della stima dei genitori³⁷.

Aspetti bioetici

Il problema principale nel trattamento di questi disturbi è costituito dall'esigenza di ristabilire un'alimentazione adeguata al mantenimento della salute del corpo e l'alimentazione forzata si pone talora come esigenza nella terapia delle pazienti anoressiche più gravi. Di regola l'alimentazione forzata è sconsigliabile in pazienti pienamente capaci

di intendere e volere anche se minorenni e sottoalimentati. Interrogativi di ordine medico-legale che si pongono sono relativi all'art. 13 della Costituzione che fa riferimento al "Principio di libertà inviolabile della persona" e che sancisce il diritto fondamentale di autodeterminazione per la propria salute e sfera fisica³⁸. Il diritto alla salute non implica il dovere di curarsi per il soggetto in quanto la salute non è passibile di imposizione coattiva. L'ex art. 32, secondo comma, riconosce il diritto inviolabile della persona al rifiuto-rinuncia a cure mediche se in contrasto con la propria volontà consapevole. L'Articolo 53 codice deontologico dei medici vieta l'imposizione della nutrizione artificiale su pazienti maggiorenni consapevoli³⁹. La decisione per la salute e le cure, tra cui l'alimentazione forzata, per il minore, invece, compete al genitore o al tutore o comunque al legale rappresentante investito del potere di decidere. Si pone a questo riguardo una riflessione sul problema del "Principio di Autonomia". I soggetti affetti da DCA invocano il diritto ad essere "autori delle proprie scelte" assumendosene le responsabilità. Tuttavia la giovane età non rappresenta una garanzia sufficiente che i pazienti conoscano le reali conseguenze delle loro condotte nel breve e medio termine e pertanto la capacità decisionale non si può ritenere sufficientemente matura⁴⁰. L'atteggiamento etico più corretto, nel rapporto con le persone con un DCA, è quello di creare l'alleanza terapeutica in opposizione alla coercizione delle cure. Il paziente deve essere aiutato a prendersi cura del suo corpo imparando a conoscere la complessità delle sue esigenze senza limitarsi al solo parametro del peso⁴¹. Tuttavia un aspetto da considerare è lo "Stato di Necessità" per il quale il medico ha l'obbligo di intervenire in caso di urgenza e di grave pregiudizio per la salute del soggetto incapace di intendere e di volere con Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il minorenne anoressico può essere considerato quindi come un paziente incapace di intendere, per via dell'età, e psichicamente infermo, secondo il DSM, a cui applicare il TSO. Tutto questo in vista del rispetto della vita fisica e dell'in-

tegrità corporea che rappresenta un elemento insuperabile superiore anche alla libertà della persona di rifiutare cure indispensabili per la sopravvivenza⁴². Nel caso di pazienti con DCA consapevoli e non in pericolo di vita il percorso terapeutico implica prima di tutto un intervento di informazione sulle conseguenze delle proprie scelte sulla salute al fine di evitare manovre costringenti. Le tecniche del colloquio motivazionale e della psicoterapia cognitivo-comportamentale si sono dimostrate di grande utilità in questo tipo di approccio. Obiettivo centrale del trattamento sono la rieducazione alimentare associata ad un trattamento psicoterapeutico sistematico. In sintesi i passi da compiere per un trattamento etico dei DCA sono, in prima istanza, creare l'alleanza terapeutica per poi strutturare un percorso di carattere educativo finalizzato alla prevenzione dei comportamenti alimentari errati.

NOTE

¹ V. MINICHINI, *Per una bioetica dell'alimentazione*, Luciano Editore, Napoli 2010.

² M. CAPORALE, «La Sicurezza Alimentare problemi etici e tutele giuridiche», in *Diritto Rivista Telematica di Diritto*, (2012).

³ R. DALLE GRAVE, «Quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): quali sono le novità?» in *Emozioni e Cibo*, 36 (2013).

⁴ R.A. GORDON, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.

⁵ L. DALLA RAGIONE, «Il Coraggio di Guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare», in *Revisione editoriale e stampa a cura dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2010, 19-30.

⁶ *Ibid.*

⁷ G.L. LUXARDI, «I DCA tra cultura, tradizione e società», in I. SENATORE, *I disturbi del comportamento alimentare. Clinica, interpretazioni e interventi a confronto*, Franco Angeli Editore, Milano 2013, 24-30. G. MARGHERITA, «L'anoressia come disturbo etnico e sintomo sociale», in ID., *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog Pro-Ana*, Franco Angeli, Milano 2013, 23-26.

⁸ I. SENATORE, «Classificazioni ed inquadramenti nosografici», in ID., *I Disturbi del Comportamento Alimentare*, Franco Angeli, Milano 2013, 59.

⁹ E. FACCIO, «Il disturbo alimentare. Modelli ricerche e terapie», Carocci, Roma 2004, 19-26.

¹⁰ *Ibid.*

- ¹¹ R. DALLE GRAVE, E. PASQUALONI, S. CALUGI, «Intensive outpatient cognitive behaviour therapy for eating disorder», in *Psychological Topics*, 2 (2008), 313-327.
- ¹² W. VANDEREYCHEN e R. VAN DETH, *Dalle sane ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
- ¹³ J. BRUMBERG, *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*, Vintage Books, New York 2000.
- ¹⁴ W. VANDEREYCHEN, «History of anorexia nervosa and bulimia nervosa», in C.G. FAIRBURN, K.D. BROWNELL, *Eating disorder and obesity*, The Guilford Press, New York – London 2002, 151-154.
- ¹⁵ T. JAFFA e B. MCDERMOTT, «Lo sviluppo delle preoccupazioni relative alla forma del corpo e al peso nei bambini», in T. JAFFA e B. MCDERMOTT, *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano 2009, 37-54.
- ¹⁶ I. SENATORE, «Classificazioni ed inquadramenti nosografici», in ID., *I Disturbi del Comportamento Alimentare*, Franco Angeli, Milano 2013, 59.
- ¹⁷ R.A. GORDON, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- ¹⁸ A. PRETI et al, ESEMeD-WMH Investigators, «The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project», in *J Psychiatr Res*, 43/14 (2009), 1125-1132.
- ¹⁹ *Ibid.*
- ²⁰ *Ibid.*
- ²¹ *Ibid.*
- ²² S.A. SWANSONS, S.J. CROW, D. LE GRANGEL, J. SWENDSEN, K.R. MERIKANGAS, «Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement», in *Arch Gen Psychiatry*, 68/7 (2011), 714-23.
- ²³ A. PRETI et al., ESEMeD-WMH Investigators, «The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project», in *J Psychiatr Res*, 43/14 (2009), 1125-1132.
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ S.A. SWANSONS, S.J. CROW, D. LE GRANGEL, J. SWENDSEN, K.R. MERIKANGAS, «Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement», in *Arch Gen Psychiatry*, 68/7 (2011), 714-23.
- ²⁶ A. PRETI et al, ESEMeD-WMH Investigators, «The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project», in *J Psychiatr Res*, 43/14 (2009), 1125-1132.
- ²⁷ G. MARGHERITA, «L'anoressia come disturbo etnico e sintomo sociale», in ID., *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog Pro-Ana*, Franco Angeli, Milano 2013, 23-26. L. DALLA RAGIONE, «Modelli Teorici, interpretazioni e riflessioni», in I. SENATORE, *I disturbi del comportamento alimentare. Clinica, interpretazioni e interventi a confronto*, Franco Angeli Editore 2013, 80-82.
- ²⁸ E. COSTA e C. LORIEDO, «Bulimia nervosa», in E. COSTA - C. LORIEDO, *Disturbi della Condotta Alimentare. Diagnosi e Terapia*, Franco Angeli Editore, Milano 2007, 151-173.
- ²⁹ A.E. FIELD, K.M. JAVARAS, P. ANEJA, N. KITOS, C.A. CAMARGO Jr., C.B. TAYLOR, e N.M. LAIRD, «Family, peer and media predictors of becoming eating disordered», in *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162/6 (2008), 574-579.
- ³⁰ J.P. SHONKOFF e D.A. PHILLIPS, «From neurons to neighborhoods: the science of early child development», in *National Academy Press*, Washington DC 2000, 39.
- ³¹ M. FABBRICATORE, C. IMPERATORI, E. BARROS CAMPPELLI, A. TAMBURELLO, A. CONTARDI, M. CONTINISIO, M. IMPERATORI, «Associazione tra pattern alimentari disfunzionali, traumi precoci, sessualità e affettività nelle relazioni romantiche», *VII Congresso Nazionale SIO*, 2-5 Luglio 2014, Milano.
- ³² O. SPORNS, G. TONONI, G.M. EDELMAN, «Connectivity and complexity: the relationship between neuroanatomy and brain dynamics», in *Neural Netw*, Oct-Nov, 13/8-9 (2000), 909-922.
- ³³ A.E. FIELD, K.M. JAVARAS, P. ANEJA, N. KITOS, CA. CAMARGO Jr., C.B. TAYLOR e N.M. LAIRD, «Family, peer and media predictors of becoming eating disordered», *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162/6 (2008), 574-579. K.L. ALLEN, S.M. BYRNE, D. FORBES, W.H. ODDY, «Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study» in *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48/7 (2009), 800-809. S.A. GUSTAFSSON, B. EDLUND, L. KJELLIN, C. NORRING, «Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls, aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight», in *Eur Eat Disord Rev*, Apr 17/5 (2009), 380-389.
- ³⁴ A. DE PASCALE, P. CIMBOLLI, «Il punto di vista del cognitivismo sistemico post-razionalista», in *Disturbi delle Condotte Alimentari*, Alpes, Roma 2014, 29-43.
- ³⁵ A. TAMBURELLO, M. D'ANNUNTI, S. TAMBURELLO, «Percorsi nuovi della ragione e psicodiagnosi clinica», in A. TAMBURELLO, *Nuove procedure di psicodiagnosi e psicoterapia cognitiva*, Sugarco Edizioni, Milano 2008, 5-16. V.F. GUIDANO, «Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica», Franco Angeli, Milano 2007.
- ³⁶ A. DE PASCALE, P. CIMBOLLI, «Il punto di vista del cognitivismo sistemico post-razionalista», in *Disturbi delle Condotte Alimentari*, Alpes Roma 2014, 29-43.
- ³⁷ *Ibid.*
- ³⁸ M. CAPORALE, «La Sicurezza Alimentare problemi etici e tutele giuridiche», in *Diritto Rivista Telematica di Diritto*, (2012).
- ³⁹ *Ibid.*
- ⁴⁰ P. BINETTI, «Aspetti etici e bioetici dei disturbi alimentari», in P. BINETTI, M. MARCELLI, R. BAISI, *Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate*, Società Editrice Universo, Roma 2008, 129-133.
- ⁴¹ *Ibid.*
- ⁴² M. CAPORALE, «La Sicurezza Alimentare problemi etici e tutele giuridiche», in *Diritto Rivista Telematica di Diritto*, (2012).