

Anoressia e bulimia. Intervento e prevenzione dei disturbi alimentari psicogeni nei gruppi giovanili

Dott. Dante Pallecchi

1. Aspetti generali della prevenzione

I disturbi psicogeni del comportamento alimentare hanno avuto una grande crescita dalla metà del secolo scorso, in occidente e nei paesi tecnologicamente più avanzati. Solo 50 anni fa la sindrome era quasi sconosciuta in Europa ed era presente in un numero di casi ancora limitato in Usa. Risalgono alla fine degli anni 40 i primi scritti di Hilde Bruch sull'argomento. Negli ultimi tre decenni il problema è esploso anche nel nostro paese.

Con il dilagare della malattia si è posto anche il tema della prevenzione, argomento non facile in quanto la comunità scientifica si è trovata a dover considerare, in modo ufficiale ed economicamente impegnativo, questo tipo di disturbo mentale come una situazione di disagio inerente il funzionamento cognitivo e emozionale della mente senza alcun legame riconosciuto con una sua patologia organica. Le ipotesi di ricerca sui settori implicati nel disturbo, e cioè sul piano genetico, endocrino, internistico non hanno prodotto risultati convincenti in grado di spiegarne l'origine e l'evoluzione. L'approccio farmacoterapico nella bulimia ha ottenuto effetti utili ma ha sempre riconosciuto la sua valenza sintomatica.

Le dimensioni numeriche della casistica e la localizzazione hanno suggerito l'idea di una situazione socio-culturale in qualche misura patogenetica.

Dopo i primi studi importanti sulla sindrome è emerso abbastanza chiaramente un parallelismo fra le caratteristiche del disturbo e messaggi culturali e stili di vita diffusi dai media e dalla moda. R. Gordon nel 1990, con un lavoro di grande importanza, parla di "disturbi socialmente strutturati", di "disturbo etnico". Anche Vandereyken e van Deth (1994) notano che solo da alcuni decenni l'inedia autoindotta – come gli autori chiamano l'anoressia - ha avuto una grande crescita in relazione con cambiamenti economici e socio-culturali tipici della società opulenta. E' significativo in questo senso, sottolineano, il cambiamento avvenuto nei criteri di bellezza femminile: dalle donne opulente del settecento alle donne a clessidra di fine ottocento e primi novecento, alle donne tubolari degli anni 60.

E' del 1997 un documento ministeriale " Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura e la riabilitazione nel campo dei disturbi del comportamento alimentare" , elaborato dalla Commissione Ministeriale costituita con Decreto del Ministro della Sanità del 21 marzo 1997, in cui si riconosce la gravità della situazione ed il costo sociale e sanitario elevato di queste patologie, dovuto anche alla "attuale frammentazione e casualità delle cure." Si pone come obiettivo principale "la armonizzazione , coordinamento e razionalizzazione degli interventi, sia preventivi che curativi e riabilitativi." Si prospetta un impegno sulla prevenzione nell'ambito della scuola, degli operatori sociosanitari e sulla ricerca per una migliore conoscenza del problema che ormai ha assunto dimensioni molto vaste. In effetti nel 1998 sono stati calcolati 55.000 nuovi casi di anoressia e 70.000 di bulimia.

2. Origini multifattoriali dei Dca

Il documento ministeriale citato nota anche che "in particolare dovrebbero risultare importanti le ricerche nell'ambito della famiglia sulla trasmissione dei processi d'immaturità tra una generazione e la successiva e di differenziazione dei ruoli familiari."

In effetti numerose ricerche sulle caratteristiche del Dca, sulla sua diffusione quasi esclusiva nel sesso femminile e nei paesi ad alti livelli di consumi, concordano ormai su origini multifattoriali, collegabili in particolare alle modifiche profonde socio-culturali avvenute dal dopoguerra in poi nella struttura familiare e nei ruoli sessuali..

Abbastanza stabile e con ruoli definiti fino agli anni '50, la famiglia entra successivamente in una dinamica che vede cambiamenti nei rapporti fra coniugi, ambedue impegnati in un lavoro fuori casa, e nell'allevamento dei figli, affidati a nonni o istituzioni. La donna negli anni '70, a differenza della madre, impegnata per lo più sulla gestione della vita domestica, ha acquisito un livello medio alto di istruzione ed una dimensione utile per lei e per gli altri nell'ambiente lavorativo extra-familiare. Il ruolo di "madre di famiglia", carico di aspettative tradizionali tipiche della famiglia di origine è rimasto, però, quasi integro, nell'immaginario femminile e maschile.

Questo doppia posizione, molto difficile da gestire in mancanza di codici interpretativi condivisi a livello di massa, è molto spesso origine di insuccesso, stress, sensi di colpa e crisi di coppia. Frequentemente le madri delle nostre pazienti hanno ritenuto di dover rinunciare al proprio lavoro per seguire le faccende domestiche ed accudire i figli ed il coniuge.

L'attenzione del clinico si è spostata dunque dalla figlia anoressica alla condizione del genitore: per comprendere la giovane anoressica di oggi si è capito che è molto utile riconoscere il disagio della madre e le dinamiche delle interazioni familiari. La madre non sempre riesce ad essere figura di identificazione stabile e positiva. La relazione con la figlia diviene spesso più simile a quella con una amica. Nei vissuti delle nostre pazienti si nota talvolta che il rapporto fra figlia e madre sembra quasi invertirsi : la figlia può pensare di essere divenuta un punto di appoggio per le angosce materne.

In questi casi viene a mancare un contenitore mentale adulto, all'interno del quale la giovane mente della figlia possa svilupparsi e sperimentare le proprie tensioni senza rischi eccessivi, secondo Bion, indispensabile come il vaso per il fiore. Talvolta nella famiglia nessuno sembra esercitare questa funzione: la madre non può ed il padre è assente oppure non riesce ad avere il sufficiente peso. Se il contenitore è carente, si va verso una patologia.

Affrontare la crescita adolescenziale appare allora come l'inizio di un viaggio senza direzione, completamente privi di mappa, in un territorio irto di pericoli.

La tesi di A.H. Crisp, ribadita anche di recente, è che le anoressiche, trovandosi di fronte i compiti evolutivi che l'adolescenza propone, tornino indietro attuando una regressione psicologica ed anche somatica. Il disturbo si presenta, infatti, nell'adolescenza, dai 14 ai 18 anni, allorchè le conseguenze della crescita puberale, con il formarsi di tessuti adiposi nei fianchi, con la crescita del seno e con l'arrivo delle mestruazioni si fanno evidenti. Questo tipo di problematica è centrale per la terapia, ma molto utile anche per la prevenzione.

Testimoni della trasformazione, i media, e principalmente la moda, hanno raccolto e veicolato i movimenti profondi e le angosce nelle identificazioni sessuali e li hanno restituiti in forma estetica. In questa attività hanno rappresentato e proposto via via i vari tentativi di soluzione, anche non efficaci e talvolta patologici,

nella forma di modelli di comportamento, valori, stili di vita, che si sono velocemente diffusi a livello di massa.

Il bisogno di identificazione e la ricerca di una identità adulta rendono la popolazione giovanile molto permeabile alla proposta di modelli, e l'adolescente tende a sperimentarli imitandoli. Il modo di vestire, ad esempio, è spesso un elemento aggregante, che nel segnale estetico cerca di cogliere significati di tipo culturale e comportamentale. Allo stesso modo il tipo di musica ascoltata, può definire divergenze o somiglianze nei gruppi giovanili. E' quindi ben comprensibile l'importanza dell'immagine corporea, che diviene significativa di contenuti esistenziali profondi. Magrezza femminile è stata associata per anni a leggerezza, velocità, carriera, successo, bellezza. Al polo opposto forme pronunciate sono state considerate pesantezza e goffaggine. La ragazza anoressica che, carica di angoscia, si sente obesa, compie una operazione di tipo psicotico, ma utilizza, estremizzandolo, un codice che è comprensibile da un grande numero di coetanee.

Il dilagare del disturbo può essere estremamente aggravato dai questi processi di rispecchiamento reciproco, che un'opera di prevenzione accorta può invece restituire al servizio della crescita

3. Dinamiche del disturbo e obiettivi della prevenzione

Anoressia e bulimia sono sindromi che sottendono modalità e dinamiche diverse, seppure affini. Vediamo nel dettaglio.

Il disturbo alimentare anoressico restrittivo si pone come soluzione simbolica (e socialmente suggerita) all'angoscia originata dallo sviluppo di attributi fisici e sessuali identificati come assimilazione alla figura femminile materna, dipendenza e mortificazione dell'Io. Abbiamo quindi:

- regressione fisiologica mediante arresto delle funzioni ormonali maturate nella adolescenza,
- regressione estetica e cioè riduzione o scomparsa di fianchi e seni (androgenia).
- costituzione di un "io ideale" onnipotente, duro e gratificante, imperniato sulla aspirazione alla libertà dal bisogno incorporativo (alimentare ed affettivo). Questo è forse il più complesso scoglio per la terapia, che si trova a confrontarsi con una sintomatologia egosintonica, alla quale il paziente, almeno per un periodo iniziale abbastanza lungo di terapia, pensa di non poter rinunciare.

Nel disturbo bulimico il ruolo sessuale sembra più accettato, l'edipo è solo in parte rimosso (padre presente ma debole), quasi sempre esiste una attività sessuale, spesso caotica, in analogia con il comportamento alimentare. Il cibo come simbolico affettivo dovrebbe riempire, colmare una insopportabile assenza interna. Il vomito è l'atto del rifiuto, del ripristino di una condizione di autonomia. Il ciclo del riempirsi /vuotarsi rassicura perché conferma simbolicamente la possibilità di cedere e recuperare. Si arriva alla sindrome bulimica, attualmente in fase di notevole crescita. anche da un passato anoressico, e sono frequenti i pazienti che oscillano fra una condotta anoressica, con dimagrimento importante e fasi bulimiche.

Le due patologie sono dunque caratterizzate dall'investimento sulla attività orale incorporativa ed il cibo sembra assumere il significato simbolico di latte materno, desiderato ma temuto come fonte di dipendenza e portatore di valenze pericolose. Nella anoressia lo si rifiuta, rivendicando una conquistata autonomia dalla fisicità e dal bisogno. Nella bulimia si cede al desiderio, con l'abbuffata, e poi ci si riscatta, con l'espulsione.

L'operazione dal punto di vista psichico è gravemente regressiva, ed assume nelle fasi avanzate caratteristiche di tipo psicotico. Il senso di realtà si perde ed una ragazza di 38 Kg ed un metro e settanta di altezza può vedersi enormemente obesa.

Si sviluppa un circolo vizioso che partendo dal disagio psicologico trasferisce sul cibo il tipo di relazione affettiva disturbata con l'oggetto, quindi opera una modifica comportamentale (mangio solo insalata oppure mi riempio di cibo e lo vomito), che a sua volta genera un disturbo relazionale e conseguenti modificazioni fisiologiche (es. emaciazione), con successivo aggravamento del disagio.

L'intervento terapeutico, basato sull'integrazione di più competenze, è multidimensionale, comprende psicoterapia individuale, familiare, seguimiento medico, seguimiento specifico del nutrizionista sul sintomo alimentare.

Si possono distinguere fasi diverse di gravità' del disturbo.

Al livello iniziale nella anoressia la dieta è troppo rigorosa ed ossessiva, ma il dimagrimento è ancora contenuto. Nella bulimia il ciclo abbuffata vomito è saltuario. Si può lavorare sul sintomo, con approccio cognitivo comportamentale e intervento del nutrizionista. La prognosi può essere favorevole. E' questa la situazione che si spera di intercettare, come vedremo, con la prevenzione secondaria.

In una fase più avanzata la anoressia provoca un dimagrimento importante e amenorrea. Nella bulimia abbuffate ripetute seguite da comportamenti evacuativi nel corso di un breve lasso di tempo, anche più volte durante il giorno. Il sintomo è ormai organizzato. Occorre psicoterapia individuale e familiare. E' necessario un monitoraggio internistico e in seguito, se accettato dal paziente, l'intervento del nutrizionista.

Gli stadi più gravi sono caratterizzati da grave decadimento fisico e complicanze preoccupanti. E' indispensabile un intervento medico ed un eventuale ricovero. Si punta, come vedremo nell'ambito della prevenzione terziaria, a salvaguardare la vita del paziente. Solo in seguito a cure opportune si può operare con psicoterapia individuale e familiare ed è utile un intervento nutrizionistico.

La mortalità è superiore al 3%. Le principali cause di decesso sono le conseguenze dell'inedia (forme restrittive), l'arresto cardiaco da alterazione dell'equilibrio elettrolitico (vomito), conseguenze patologiche di diete troppo rapide e/o squilibrate, suicidio, per il correlato depressivo, sempre presente. Il problema che si pone oggi è quindi di evitare per quanto possibile lo strutturarsi del disturbo e, in seconda istanza, riuscire ad intervenire nelle fasi iniziali. L'intervento di prevenzione viene così ad assumere un ruolo centrale.

L'OMS ha definito la prevenzione sanitaria in tre stadi.

- La prevenzione primaria comprende tutte le attività destinate a "ridurre l'incidenza di una malattia in una popolazione e, quindi, a diminuire, per quanto possibile, il rischio d'insorgenza di nuovi casi.
- La prevenzione secondaria tende invece a "ridurre la prevalenza di una malattia in una popolazione e, quindi, la durata della sua evoluzione".
- La prevenzione terziaria mira, infine, a "ridurre la prevalenza delle disabilità croniche o delle recidive di una malattia, quindi a ridurre le modalità funzionali dovute alla malattia".

Vediamo all'interno di questo schema, quali sono le azioni opportune nella prevenzione dei Dca.

4 La prevenzione primaria.

L'obiettivo, come si è detto, è ridurre l'incidenza del rischio di malattia. Sono state promosse numerose iniziative da istituzioni e privati che si occupano di questo settore. Non è facile reperire una rilevazione scientificamente affidabile sulla efficacia dei vari interventi di prevenzione. Sono ovviamente presenti problemi legati alla misurazione dei risultati, ed inoltre la ricerca metodologica procede spesso separata

dalla operatività. E' auspicabile la preparazione di protocolli sperimentati, con validità attestata dalla presenza di gruppi di controllo e indagini longitudinali.

Si effettua a due livelli, e cioè con formatori e con i gruppi giovanili.

Prevenzione con i formatori. I primi destinatari della prevenzione sono coloro che sono incaricati della formazione dei giovani, e quindi insegnanti, allenatori di squadre sportive, coordinatori di gruppi artistici ecc..

La formazione degli operatori è importante per due ordini di motivi: innanzitutto abbiamo accennato alla "fame" di identificazioni positive che caratterizza gli adolescenti e che fa sì che questi adulti autorevoli, esterni alla famiglia di origine, in possesso di peculiarità e conoscenze, vengano investiti di valenze genitoriali, e quindi siano utilizzati come potenziali modelli. E' evidente l'importanza che operatori adeguatamente formati possano percepire e rispondere correttamente ai processi emotivi del gruppo di adolescenti. Con questa finalità, ad esempio, sono in corso numerose iniziative che offrono corsi di aggiornamento agli insegnanti, ma anche gruppi Balint, cioè occasioni nelle quali si possono analizzare con l'aiuto di specialisti le dinamiche ed i problemi delle relazioni nelle classi.

Un secondo obiettivo è di tipo più cognitivo, e cioè punta a fornire ai tutors di un bagaglio di conoscenze e ad un affinamento percettivo tale da individuare la presenza di soggetti a rischio, al fine di tentare un intervento nelle fasi precoci del problema attraverso il contatto e l'indirizzamento dei ragazzi allo specialista. Un altro gruppo di operatori di importanza fondamentale nel campo della prevenzione è costituito dai medici di medicina generale e pediatri e nutrizionisti. Si tratta del primo livello terapeutico che viene solitamente interpellato e che talvolta, se ciò avviene negli stadi iniziali del disturbo, può con un intervento appropriato riuscire ad arginare il pericolo di un successivo aggravamento. Anche in questo caso l'attività di prevenzione opera tramite corsi di aggiornamento.

Prevenzione con i giovani. La prevenzione direttamente sui gruppi giovanili, e specificatamente nelle scuole, viene effettuata sia tramite l'intervento di specialisti esterni sia mediante l'utilizzo di strutture previste dalla legge e presenti all'interno delle scuole.

Ci sono numerose esperienze in Italia e all'estero di interventi di équipe di specialisti che effettuano cicli di incontri con gli studenti tesi a rinforzare i gruppi senza Dca ed a individuare gruppi e soggetti a rischio verso i quali focalizzare particolari iniziative.

Nella sua forma più classica un intervento di questo genere prevede la raccolta dati mediante questionari, fasi informative, formative ed esperienziali.

Vediamo in sintesi.

a. Inizialmente viene effettuato uno screening del gruppo da analizzare mediante questionari e autodescrizioni. Si tende a capire con questa prima ricognizione le caratteristiche del campione e soprattutto la vulnerabilità ai vissuti ed agli input collegabili allo sviluppo del Dca. Questa rilevazione è anche importante per valutare successivamente gli effetti dell'intervento. Si usano generalmente batterie di questionari e test che possono essere ripetute dopo alcuni mesi e che quindi possono segnalare se sono avvenuti spostamenti nelle convinzioni e la loro persistenza nel tempo.

Molto utilizzato per la rilevazione dei Dca è l'Edi-2 (Eating Disorder Inventory) di Garner et al, nella seconda versione elaborata nel 1993, ed il cui adattamento italiano è del 1995. Fornisce punteggi standardizzati in otto scale (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità) abbinabili a tratti psicologici importanti nei disturbi della alimentazione. A queste si sommano poi ulteriori tre sottoscale provvisorie (ascetismo, impulsività e insicurezza sociale) ed un modulo, EDI-SC, una autodescrizione strutturata di comportamenti anoressici e bulimici che può fornire utili elementi di conoscenza.

b. Intervento "informativo- educativo" sul gruppo. Pur essendo il Dca un problema per il 95 % dei casi presente nel sesso femminile, è importante coinvolgere nel lavoro tutti gli studenti, anche quelli di sesso maschile, la cui opinione sulle caratteristiche estetiche ideali delle compagne è di enorme importanza per le

ragazze. Il referente è dunque l'intero gruppo. Va effettuato mediante modalità interattive, colloqui e gruppi di lavoro.

I contenuti vertono su tematiche inerenti

- i fattori culturali e ambientali che possono facilitare l'insorgere dei Dca
- i tratti psicologici che sono coinvolti nello sviluppo del disturbo e quindi la sopravvalutazione del peso e delle forme esteriori, il perfezionismo, la paura di crescere e della autonomia, la desensibilizzazione affettiva, la mancanza di accettazione di sé.
- le caratteristiche del Dca. Vengono date informazioni generali sul disturbo e sugli effetti delle diete, sia psicologici che fisici.

In alcune esperienze sono state utilizzate e analizzate in gruppo storie di casi clinici. Vengono discussi i vissuti dei pazienti, le conseguenze sul piano fisico del dimagrimento e del vomito, l'impatto ambientale, le relazioni con i familiari ecc.. Un rischio insito nella presentazione del caso clinico, segnalato in letteratura, è l'effetto imitativo: c'è timore che l'illustrazione troppo concreta delle modalità di eliminazione del cibo o del peso possa essere un suggerimento involontario per soggetti a rischio. Si tratta di avere molta attenzione ai contenuti della presentazione ed alle reazioni del pubblico.

Gli obiettivi che si vogliono raggiungere sono:

- creare nel gruppo i presupposti per la costruzione di una cultura critica verso l'assorbimento passivo di messaggi e simboli.
- promuovere una maggiore accettazione di sé sia sul piano psicologico che su quello fisico.
- fornire elementi conoscitivi che permettano la comprensione e la comunicazione con i coetanei in crisi.

c. Sviluppo di iniziative "esperienziali". E' importante la creazione di attività collegate alla prevenzione dei Dca che abbiano una vita anche autonoma, come poli di aggregazione e di auto-aiuto.

Vediamone alcune:

- In certe sperimentazioni sono state promosse attività artistiche e teatrali. In questo modo, oltre a veicolare contenuti importanti, si riesce a contrastare quell'isolamento depressivo che costituisce una delle caratteristiche quasi sempre presenti nel Dca. Inoltre l'attività teatrale, la recitazione di ruoli, ha una notevole importanza terapeutica.
- L'attività sportiva, a differenza di quanto talvolta si ritiene, è molto utile anche in presenza di soggetti a rischio, innanzi tutto per la sua dimensione di gruppo, e poi perché tiene viva l'attenzione sulla efficienza fisica, sulla necessità di conservazione delle forze, della salute e della capacità vitali del corpo. Una buona attività sportiva spesso copre e ripara angosce sul corpo, permette di sublimarle, offre occasioni di identificazioni positive, può avere, in definitiva, una funzione difensiva che permette all'adolescente di raggiungere tappe successive di sviluppo senza cadere nella crisi. Si è notato, al contrario, che spesso il manifestarsi del disturbo avviene nel caso di atleti costretti per periodi prolungati alla immobilità da fratture o altro.
- Utilizzo dei CIC. Iniziative importanti di tipo "esperienziale" nella prevenzione dei Dca sono in corso da alcuni anni negli istituti scolastici medio superiori utilizzando i Centri di Informazione e Consulenza. Istituiti con DPR 309/90 fondamentalmente per la prevenzione e l'aiuto contro le tossicodipendenze i CIC, laddove sono decollati, hanno via via esteso l'ambito della loro competenza. I possibili settori di iniziativa sono vari, culturali, artistici, sportivi, ma il nucleo centrale della attività riguarda la difesa della salute. Il funzionamento del CIC, come centro di ascolto, elaborazione ed aiuto è effettivo se la struttura è dotata di spazi, risorse, se sono presenti studenti e docenti preparati che vi si dedicano e se vi è una collaborazione di strutture specializzate

esterne di supporto e supervisione. La partecipazione attiva più numerosa possibile degli studenti alla costruzione di iniziative sui Dca è una forma assai efficace e sperimentata di prevenzione, sulla base della teoria della "terapia dell'aiutante": si trae molto beneficio aiutando gli altri. Sono condizioni non sempre presenti, e che comunque potrebbero essere potenziate, come già sta avvenendo da tempo in alcune regioni.

5. La prevenzione secondaria e terziaria

La prevenzione secondaria interviene sull'individuo a rischio. L'obiettivo è sottolineare la possibilità di terapia e non lasciare l'adolescente solo con il suo disturbo. Si tratta di motivare i soggetti a ricorrere ad uno specialista e ad una terapia appropriata, facilitandone i contatti e rimuovendo eventuali ostacoli burocratici. I compiti sono piuttosto complessi: occorre superare le resistenze anche molto dure dei ragazzi a chiedere aiuto, eventualmente informare e coinvolgere la famiglia, che non sempre è disponibile, tenere rapporti con le équipe territoriali delle Asl. Queste competenze sono fra quelle previste per i Cic, che possono porsi come ponte, tramite fra le situazioni a rischio dentro la scuola e gli specialisti esterni, semplificando, quindi, l'accesso degli adolescenti a servizi di consulenza o anche di terapia.

A questo fine in numerose Asl sono stati costituiti gruppi multidisciplinari che prevedono la compresenza di diverse professionalità (internista, nutrizionista, psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale), per i differenti aspetti della malattia su molteplici versanti: organico, nutrizionale, endocrino, comportamentale, cognitivo, affettivo, relazionale.

La prevenzione terziaria si occupa del contenimento delle conseguenze debilitanti del Dca. In genere a questo livello arrivano i casi ormai gravi o cronici. Lo scopo è prevenire per quanto possibile ulteriori complicanze cliniche tali da mettere il paziente in pericolo di vita. Si pone spesso il bisogno di un ricovero oppure di un seguimiento molto stretto in day hospital, finalizzato a superare il momento acuto di crisi. La struttura interessata è la Asl oppure cliniche specializzate. Il personale deve ovviamente possedere requisiti professionali specifici, ed è per questo motivo che laddove il problema è molto avvertito sono sorti Servizi Dca. Per facilitare l'accesso alla terapia, considerando la componente di notevole pericolo dei Dca e le difficoltà della cura, il Ministero della Sanità, con il Decreto Ministeriale n.329 del 28 maggio 1999 ha disposto l'esenzione ticket per questi pazienti.

Questo tipo di intervento è comunque anche parte della cura, e talvolta dalle sue modalità dipende anche la successiva disponibilità del paziente ad una terapia centrata sul disturbo (psicoterapia, intervento nutrizionistico ecc.).

A livello sociale è molto importante la predisposizione di reti di sostegno e di reinserimento anche lavorativo. E' considerata attività di prevenzione anche la effettuazione di gruppi di psicoterapia e aiuto-aiuto per i genitori di figli con Dca. Lo scopo di queste iniziative è permettere alla famiglia di analizzare le dinamiche interne, correggerle ed aumentare il livello di comunicazione reciproca.

6. Conclusioni

Da quanto si è detto è evidente che prevenzione primaria, secondaria e terziaria si pongono come un percorso temporale, un filtro progressivo, una sequenza di sbarramenti che dovrebbero ostacolare l'insorgenza vera e propria del disturbo, e, se questo non è stato possibile, arginarne gli effetti più distruttivi in modo da facilitarne la terapia.

Occorre comunque ribadire che il Dca è un tentativo autodistruttivo e patologico di risposta ad un disagio psicologico generalizzato e in profondità. Riuscire a ridurre le conseguenze devastanti nelle masse giovanili è un obiettivo di grande portata, ma interventi di proporzioni ancora più ampie possono e devono essere

intrapresi a livello socioculturale agendo sui macro-fattori patogenetici che sembrano essere alle origini del malessere. E' evidente che il raggiungimento di una maggiore stabilità nei ruoli sessuali e di un nuovo equilibrio successivo alla creazione di una famiglia post-moderna, atomizzata e ad alta mobilità, è un processo storico che richiede decenni e profonde mutazioni culturali. Ma qualcosa si può fare.

Un intervento importante è in corso a livello di media. Si è notato negli ultimi 10 anni una attenzione superiore rispetto al periodo precedente (anni 70, 80) alla immagine femminile cinematografica e televisiva: vengono di nuovo valorizzate le forme, in particolare il seno, per le valenze simboliche che contiene. La stessa moda sembra più cosciente della propria forza ed influenza e forse sta evitando consapevolmente gli estremi raggiunti nel passato nel proporre una donna filiforme ed evanescente.

Il modello androgino appare in via di superamento. I livelli di scolarizzazione ed occupazione femminile continuano a crescere, talvolta superando quelli maschili, e si sta lentamente consolidando un nuovo equilibrio nei ruoli sessuali e nelle giovani coppie, peraltro già avvertito da alcune innovazioni in materia di codice civile e di contrattualistica aziendale. Si pensi, ad esempio, al diritto ad usufruire di un periodo di congedo per i padri nei primi mesi di vita dei figli.