

Seminari di Promozione ed Educazione alla Salute: Atti del III ciclo
Palermo, Marzo-Maggio 2010Guest Editor: Dr. Rosaria Nardello¹, MD

I seminari di promozione ed educazione alla salute per la popolazione hanno lo scopo di informare quella fascia di popolazione che, in un prossimo futuro, rappresenterà l'adulto di domani, ovvero l'adolescente. L'adolescenza corrisponde a un periodo di enormi cambiamenti legati alle trasformazioni del corpo, allo sviluppo dell'identità sessuale, al distacco dall'ambiente familiare e all'organizzazione del futuro professionale, sociale e personale che possono essere fonte di insicurezze e tensioni. L'adolescenza è quindi un periodo particolarmente favorevole al cambiamento, all'apprendimento e all'apertura mentale. Vi è però anche il rischio che queste potenzialità siano orientate verso comportamenti negativi che alterino la persona con ripercussioni anche nell'età adulta. Per tale motivo la fase adolescenziale deve essere posta al centro delle questioni di promozione della salute.

I seminari di promozione ed educazione alla salute per la popolazione, giunti quest'anno alla terza edizione, sono stati organizzati dall'Accademia Nazionale della Politica, Istituto di Cultura senza scopo di lucro con personalità giuridica, riconosciuto dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali, con sede centrale a Palermo e sedi distaccate a Milano, Agrigento, Enna, Ragusa e Trapani, in collaborazione con l'Università degli Studi di Palermo, l'AIES (Associazione Italiana Educazione Sanitaria, Sezione Sicilia) e lo IEMEST (Istituto Euro-Mediterraneo di Scienza e Tecnologia). Questi incontri hanno avuto lo scopo di proporre un percorso formativo-informativo al fine di consentire l'incremento del livello di conoscenze e competenze riferite alla correlazione esistente tra stile di vita e salute, soprattutto nei giovani. In particolare, si volevano sensibilizzare i partecipanti ai temi della valutazione del rischio di alcune malattie, nonché sulle norme essenziali di prevenzione primaria, secondaria e terziaria volte al mantenimento della salute e delle condizioni di benessere psicofisico generale. I seminari hanno avuto luogo nelle scuole. Perché la scuola? L'istituzione scolastica, insieme alla famiglia, è il luogo principale dove l'individuo deve avere la possibilità di formarsi, di crescere e di socializzare. La scuola, infatti, non è il luogo dove avviene la pura e semplice trasmissione di nozioni e di informazioni rispetto alle diverse tematiche bensì un luogo di vita, dove si sperimentano le esperienze che accompagnano l'individuo nel suo percorso del divenire adulto. La scuola, intesa come tale, rappresenta il luogo fondamentale dove è necessario promuovere il benessere integrale

¹ **Dipartimento Materno Infantile, Policlinico "P. Giaccone", Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy**

Send correspondence:

Dr. Rosaria Nardello
r.nardello@unipa.it

Received: November 30th, 2010

Revised: December 15th, 2009

Accepted: December 19th, 2010

Language of the Article: Italian.

No conflicts of interest were declared.

© CAPSULA EBURNEA, 2010
ISSN: 1970-5492

DOI: 10.3269/1970-5492.2010.5.30

(fisico, psicologico, relazionale) dei soggetti in età evolutiva. Dalla scuola quindi si hanno grandi aspettative sia dal punto di vista umano dello sviluppo della persona sia dal punto di vista dell'apprendimento e della preparazione al futuro professionale. I seminari hanno affrontato diverse tematiche che spesso sono trattate dai media in maniera non scientifica, talora fornendo delle informazioni non corrette sugli argomenti. I seminari sono stati condotti con il rigore scientifico che contraddistingue i relatori che hanno affrontato le diverse tematiche, ma nello stesso tempo ci si è preoccupati di comunicare gli argomenti adottando un linguaggio appropriato all'età degli ascoltatori. Questa breve introduzione ha lo scopo di anticipare la presentazione di alcune relazioni, tra le più significative, dei seminari.

Rosaria Nardello

I DISTURBI ALIMENTARI: ANORESSIA E BULIMIA

Adriano Compagno, Rosaria Nardello

Dipartimento Materno Infantile, Policlinico "P. Giaccone", Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy

"... Quelli che noi chiamiamo i loro sintomi, le pazienti li chiamano la loro salvezza ...".
BORIS HN, Int J Psychoanal, 65, 1984, pp. 315-322

Prima di iniziare, una piccola premessa. I rischi più grandi cui vanno incontro coloro i quali sono chiamati a parlare dei cosiddetti disturbi dell'alimentazione e, in particolare, di anoressia e bulimia, sono da un lato quello di affrontare questo argomento in un modo molto tecnico, "da esperti", e quindi molto, molto complicato; dall'altro, paradossalmente, quello di utilizzare un approccio semplicistico, riduttivo, banalizzante. La prima modalità la ritroviamo in parecchi scritti da "addetti ai lavori"; la seconda, invece, è tipica dei giornalisti e dei mass media più in generale. La nostra non vuole essere una critica, neanche per idea. Però, parafrasando le parole del filosofo Bertrand Russel, non a caso premio Nobel per la Letteratura, ci sentiamo di affermare che l'ambizione di coloro i quali vogliano veramente comunicare qualcosa dovrebbe essere quella di farlo nel modo più semplice possibile. Non Ti stupire, quindi, Lettore, se nelle righe che seguono troverai uno stile poco "accademico" e molto colloquiale. La cosa che più conta è se, in queste poche pagine, riusciremo a trasmetterTi un po' della nostra conoscenza ed esperienza su una tematica così complessa, magari spingendoti a riflettere su cose su cui non avevi riflettuto prima o a mettere in discussione quegli inevitabili luoghi comuni in cui tutti, più o meno, ricadiamo parlando di questo argomento.

Il punto di partenza di questa vicenda è quello che sarà anche il suo punto di arrivo, e cioè che anoressia e bulimia non sono disturbi dell'alimentazione. No, non hai sbagliato a leggere. Nonostante quello che si dice, nonostante quello che c'è scritto perfino nel titolo di questo breve saggio, è giusto che Tu lo sappia: anoressia e bulimia NON sono disturbi dell'alimentazione. Questo è un punto estremamente importante, diremmo il

nocciolo della questione. E non devi rimanere sorpreso, anche se questa affermazione Ti sembra illogica e controintuitiva. In realtà, è così per la maggior parte della gente: purtroppo – e questo è più grave – anche per molti cosiddetti "specialisti". Molti psichiatri, psicologi, neuropsichiatri infantili, credono che il problema principale delle donne anoressiche sia quello che non vogliono mangiare e che, all'opposto, le bulimiche mangiano troppo e, poi, prese dal senso di colpa, vomitano tutto per non ingrassare. Non fraintendiamoci: nessuno sta dicendo che anoressiche e bulimiche non hanno problemi con il cibo. Eccome, se ne hanno. Ma il cibo è solo la classica punta dell'iceberg. Sotto la superficie dell'acqua, dietro lo sguardo disperato e disperante di una ragazza (purtroppo, sempre più spesso di una bambina) che invoca e, allo stesso tempo, respinge il Tuo aiuto, c'è una montagna sommersa, una montagna di problemi, un'angoscia senza nome che, proprio per questo, nessuno sa definire, e men che meno chi se la porta dentro.

Il problema nasce quando chi ha il compito gravoso della "cura" (ricordaTi di questa piccola parola, "cura", appena quattro lettere, eppure così incredibilmente importante per quello che diremo!) crede di avere la risposta in tasca, ma ignora quale sia la domanda. Nonostante le raccomandazioni provenienti da fonti molto autorevoli – ad esempio, quella di "evitare un investimento eccessivo nel cercare di cambiare il comportamento alimentare" – la prima preoccupazione del medico che si trova ad affrontare queste problematiche è di correggere il comportamento alimentare sbagliato, con il risultato che le percentuali di pazienti curate e, soprattutto, di pazienti guarite (sarebbe a dire, ciò che noi medici chiamiamo prognosi) sono, purtroppo, ancora oggi, estremamente basse (Gabbard, 2002).

Ma non andiamo troppo oltre. Prima di arrivare a tali considerazioni, dobbiamo capire di cosa stiamo parlando. E questo è ciò che proveremo, brevemente, a fare.

Innanzitutto, cosa sono anoressia e bulimia? Una risposta non condivisa da tutti, ma accettata dai più, è quella che ci fornisce il cosiddetto *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, altrimenti noto come DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000), giunto oramai alla sua quarta edizione rivista. Bene, semplifi-

cando molto, possiamo dire che il DSM-IV TR individua quattro criteri cardine per la diagnosi di anoressia nervosa, di cui due strettamente "organici" (cioè, riguardanti il corpo e le sue funzioni) e due più "psicologici". Nello specifico, secondo il Manuale, si può pensare a una diagnosi di anoressia in presenza di:

Un peso < 85% del peso di riferimento normale per l'età e la statura della paziente. Ovviamente, ciò può accadere o perché questa ha perso peso o - e questo è tipico dei casi ad esordio nell'età infantile - perché non l'ha mai acquisito (criterio organico)

Un'intensa paura di acquisire peso e di diventare grassi, anche quando si è sottopeso (criterio psicologico)

Un senso di autostima notevolmente influenzato dal peso e il rifiuto della paziente di ammettere la gravità della sua condizione di sottopeso (criterio psicologico)

Nei soggetti di sesso femminile, c'è amenorrea (cioè, assenza di mestruazioni per almeno tre cicli consecutivi).

I criteri per la diagnosi di bulimia sono un po' più numerosi. I principali, comunque, sono i seguenti:

Abbuffate ricorrenti: sarebbe a dire, mangiare in un breve periodo di tempo una quantità di cibo che un soggetto normale mangerebbe in un intervallo considerevolmente più lungo, con la sensazione di avere perso il controllo

Condotte "compensatorie". Cosa significhi lo fa intuire lo stesso termine: il vomito, l'esercizio fisico estremo, l'utilizzo sconsiderato di diuretici e lassativi, sono tutte modalità utilizzate per "compensare" la quantità di calorie introdotte durante le abbuffate (infatti, le bulimiche non sono quasi mai in sovrappeso)

Livelli di autostima indebitamente influenzati da forma e peso corporei (come si vede, anche in questo caso, un criterio psicologico)

Ad onor del vero, il DSM-IV TR pone la questione in maniera un po' più complicata perché considera anche un criterio temporale, ovvero: quanto spesso si verifica un dato sintomo? Quanto a lungo esso è presente? Non complichiamoci la vita. Una cosa, però, dobbiamo considerarla. Nella realtà clinica, le cose non funzionano in modo così "lineare" come una lettura superficiale del DSM-IV TR ci porterebbe a

credere. Spesso, fare una diagnosi è tutt'altro che un'operazione semplice. Non è raro, infatti, che una paziente che presenti all'inizio un quadro di anoressia diventi, con il tempo, bulimica, e poi, magari, ritorni ad essere anoressica, e poi, ancora, bulimica, e poi anoressica, e così via. Addirittura, molto spesso, si hanno quadri "misti": ad esempio, un'anoressica che adotta delle "restrizioni" (diete, esercizio fisico esagerato, lassativi: un po' come le condotte compensatorie, solo che in questo caso, non essendoci abbuffate o iperalimentazione anche transitoria, non c'è niente da compensare) o, perfino, un'anoressica che, di tanto in tanto, si abbuffa di cibo, salvo poi abbandonarsi alle compensazioni su citate. Ecco perché alcuni Autori hanno coniato il termine indicativo ma fuorviante di "bulimaressia". Se poi si considera la frequentissima "comorbidità psichiatrica" (termine astruso che sostanzialmente si riferisce a tutti quei disturbi psichiatrici che possono trovarsi associati) - dalla depressione all'ansia, da vari disturbi di personalità alla stessa psicosi - ben si capisce come, in effetti, diagnosticare in modo corretto un caso di anoressia o di bulimia sia un compito assai arduo.

L'anoressia, in genere, esordisce fra i 13 e i 18 anni di età, cioè, non a caso, in piena fase adolescenziale. Però, se l'esordio è in epoca prepuberale, il discorso si complica ulteriormente, perché i criteri diagnostici sopra considerati cambiano in modo radicale. L'esordio della bulimia tende a riguardare gli adolescenti di almeno 17-18 anni o i soggetti giovani adulti: però, anche in questo caso, come per l'anoressia, l'età di inizio dei sintomi sta diventando con il tempo sempre più precoce.

Un altro fatto importante. Avrai notato che, riferendoci ai soggetti affetti da anoressia o da bulimia, parliamo quasi sempre al femminile. Un motivo c'è ed è che l'anoressia, così come la bulimia, riguardano in modo assolutamente preponderante il genere femminile. Secondo dati epidemiologici relativamente recenti, il rapporto maschi/femmine è di circa 1/10 per quanto riguarda l'anoressia e, addirittura, di 1/20 per quanto concerne la bulimia. Per di più, un aspetto interessante, che complica ulteriormente le cose, è che i casi di anoressia e bulimia nei maschi sono in costante crescita. Quindi, per riassumere, anoressia e bulimia riguardano maggior-

mente le ragazze e le donne, ma questo non significa che ragazzi e uomini ne siano totalmente esenti. Molto si è discusso e molto ancora si discute sul significato di tale sproporzione fra i sessi e sono state formulate varie ipotesi interessanti a riguardo, ma parlarne ci farebbe andare troppo lontano e, forse, è meglio accontentarsi del dato, senza specularci troppo su. Una cosa, però, vale la pena dirla, e cioè che, già sulla base di queste cifre, si può intuire come nella genesi di questi disturbi entrino in gioco sia fattori genetici ed ereditari sia fattori legati all'ambiente. Questo è molto importante perché se, all'atto pratico, sui fattori genetici possiamo fare ben poco, indagare e affrontare in modo corretto gli eventuali fattori di rischio ambientali può aiutarci enormemente nel fare prevenzione.

E che la prevenzione sia importante, anzi fondamentale, lo dimostrano in modo lampante le dimensioni del problema. Secondo una stima per difetto, si ritiene che, attualmente, in Italia, vi sia nella popolazione generale una prevalenza di anoressia nervosa di circa lo 0.8% e di bulimia di circa l'1% (se si riduce il campo alla sola età adolescenziale, tale proporzione sale addirittura al 5% per la bulimia) (De Negri, 2004). Potrebbero sembrare solo numeri ma, se li riferiamo alla nostra realtà locale, il discorso certamente cambia e assume la giusta prospettiva. Si stima che l'area metropolitana della città di Palermo abbia una popolazione di circa un milione di abitanti. Questo, fatte le dovute proporzioni, significa che, nel comune di Palermo e nel relativo interland, si trovano qualcosa come 8.000 pazienti anoressiche e 10.000 bulimiche. Cifre da capogiro.

Visto in questi termini, dunque, il problema assume quella che potremmo a tutti gli effetti definire una dimensione sociale. E la situazione è ancor più grave perché, è vero, anoressia e bulimia sono innanzitutto disturbi neuropsichiatrici, cioè disturbi che riguardano il cervello e la mente, ma, in presenza di un quadro conclamato di anoressia o bulimia, quasi ogni organo ed apparato dell'organismo è a rischio. Sarebbe lungo e forse fuori luogo fare in questa sede un elenco delle numerosissime complicanze mediche cui possono andare incontro le pazienti anoressiche o quelle bulimiche. Un fatto, però, è sicuro e merita di essere considerato in tutta la sua drammaticità: di anoressia o di bulimia si può

morire. Secondo alcune statistiche, con l'avanzare dell'età e il progredire del disturbo, il tasso di mortalità per l'anoressia nervosa può arrivare a sfiorare il 18% (cioè, circa una paziente ogni cinque). In ogni caso, circa il 20% delle pazienti anoressiche e bulimiche non riuscirà mai a superare il disturbo e fino al 30-50% presenterà, con il tempo, una forma attenuata dello stesso, senza mai venirne fuori veramente.

Ecco perché il clinico è di sovente ossessionato dalla volontà di riportare la paziente – che non di rado, soprattutto in ospedale, giunge a lui in condizioni molto gravi, se non disperate – a un regime alimentare normale o quasi normale, trascurando, spesso inconsapevolmente, di affrontare il disagio che sta alla base di questo quadro. Curare l'alimentazione e il peso corporeo è fondamentale: è stato dimostrato che, sotto un certo peso, non ha senso iniziare una terapia, psicologica o farmacologica che sia. Ma destinare tutte le energie a salvare la paziente anoressica dalla cachessia (cioè, dall'esaurimento di tutte le sue funzioni organiche e metaboliche) può rivelarsi insensato come cercare di evitare un allagamento buttando fuori l'acqua a secchiate senza, però, tappare la falla da cui proviene. I maggiori sforzi, in realtà, dovrebbero essere finalizzati al tentativo di comprendere il disagio che opprime la paziente e, se possibile, le sue origini più antiche.

Ed eccoci arrivati al punto cruciale: perché una ragazza – che spesso, non sempre ma spesso, fino a una certa età non ha mai dato problemi "apparenti", che, anzi, non di rado, viene descritta come una ragazza sveglia, dotata, intelligente, una "ragazza modello" – a un certo punto della propria esistenza dovrebbe, poco alla volta, iniziare a rinunciare al cibo, al piacere legato al cibo, al sostentamento che il cibo darebbe a lei come a ognuno di noi? Questa è la domanda.

Una possibile risposta è quella che potremmo definire "culturale". Anoressia e bulimia sono chiaramente sindromi cosiddette "culture-bound": sono, cioè, diffuse ugualmente in tutti i paesi industrializzati del mondo e sono fortemente influenzate dal background socio-economico-culturale. Nei paesi più poveri, anoressia e bulimia sono assai meno frequenti. Però, in quelli in via di sviluppo, a mano a mano che cresce il livello socio-economico-culturale crescono anche i tassi di prevalenza sia

della anoressia che della bulimia. Perché? Una possibile risposta è che, nella cultura occidentale, dove – inutile negarlo – apparire conta molto di più che essere, i mass media, la televisione, instillano l'idea che “magro è bello”. E, visto che “bello è vincente”, ne consegue che “magro è vincente”.

Quanto appena detto è assolutamente vero. E lo dimostra il fatto che l'anoressia e, soprattutto, la bulimia, sono al giorno d'oggi assai più frequenti di quanto non lo fossero appena 20-30 anni fa. Ma si può credere che tutta la vicenda si esaurisca qui? La dimensione del problema, le notevoli difficoltà che si incontrano nel trattamento, le ricerche condotte da vari, importanti Autori ci dicono il contrario. E, quindi, ritorniamo al quesito che ci eravamo posti qualche riga fa: perché, a un certo punto, il cibo, l'atto del mangiare, diventano una sofferenza così immane?

Per rispondere a questa domanda dobbiamo fare un grosso passo indietro e parlare un po' di quello che la bocca o, per meglio dire, l'oralità (dal latino *Os oris*, che significa “bocca”, appunto) rappresentano nello sviluppo dell'individuo, sano o malato che sia.

Come è stato acutamente osservato (Miller, 2002), durante la prima infanzia è la bocca che detta legge, ed è proprio attraverso le esperienze orali che il bambino inizia a conoscere il piacere e il dolore del mondo. Pensaci, attraverso la bocca il bambino mastica, morde, succhia, si nutre. Soddisfa quello che il primo psicoanalista, Sigmund Freud, avrebbe chiamato una “pulsione” e che noi potremmo definire, in modo forse un po' semplicistico ma sostanzialmente corretto, un desiderio innato. Ma qual è l'altra faccia della medaglia? È facile: non sempre il seno materno o il biberon o il cucchiaino sono a disposizione del bambino. E così, se un desiderio soddisfatto dà piacere, gioia, gratificazione, al contrario uno insoddisfatto dà angoscia, rabbia, delusione. Questo è vero per il bambino, ma è assolutamente vero anche per noi adulti. Se ci pensi, la nostra vita di adulti è pervasa da continue “esperienze orali”: noi mangiamo, beviamo, certo. Però, con la bocca facciamo tanto altro: bacciamo (perché sentiamo il bisogno di comunicare il nostro affetto proprio attraverso il contatto con le labbra?), ridiamo, mostriamo aggressività, talvolta, purtroppo, fumiamo. E perché mai sentiamo maggiormente

l'esigenza di fumare proprio nei momenti di stress e di nervosismo? Anche in senso metaforico, noi “ci mordiamo le unghie”, “inghiottiamo il rospo”, e chissà quanti altri esempi si potrebbero fare. A questo punto, quindi, due cose sono certe. La prima: le “esperienze orali” simboleggiano l'ambivalenza della vita. Così come gli altri, noi, la vita, può essere “buona” e darci piacere, renderci soddisfatti, allo stesso modo essa può recarci grave disagio, dolore, dispiacere. La seconda cosa: la bocca rappresenta per il bambino piccolo uno strumento di conoscenza del mondo.

Pensa all'esperienza sublime dell'allattamento. Per il bambino, si tratta di una delle prime attività sociali ricorrenti, un'attività vitale per la relazionalità emergente (Ammaniti, 2001). Il lattante vede meglio alla distanza di 25 centimetri. Guarda caso, 25 sono in media i centimetri che separano il volto del bambino dal volto della madre durante l'allattamento. Inoltre, durante l'allattamento, la madre compie quelle attività che lo psicoanalista inglese Donald W. Winnicott ha definito *holding* (l'azione del “tenere” il bambino: un tenere fisico, reale, ma anche mentale, psicologico) e dell'*handling* (della manipolazione). Questa è un'esperienza formidabile che si ripete più volte ogni giorno, in modo sempre uguale e sempre differente allo stesso tempo. È così che il bambino inizia, poco alla volta, a percepirsi come un essere umano distinto e separato dal seno che lo nutre; e a vedere la madre non come un “seno buono” (quello che nutre, che dà gratificazione) o un “seno cattivo” (quello che si fa attendere più del necessario, quello che non nutre a sufficienza e in modo adeguato), ma un essere umano “totale”, che ha sia delle caratteristiche positive che negative.

L'alimentazione è il momento quasi mistico che sancisce il contatto fra il bambino e colei che lo ha messo al mondo e di lui si prende “cura” – ricordi, abbiamo già accennato al concetto di “cura” qualche pagina fa. E, soprattutto, è il modo attraverso cui, secondo la psicoterapeuta ungherese Margaret Mahler, si realizza il processo di “separazione-individuazione” dall'universo genitoriale in senso lato, e materno in particolare. Ci sono animali che, già dopo poche ore dalla nascita, sanno camminare, correre, nutrirsi in modo più o meno autonomo. Al contrario, il cucciolo di uomo dipende dalle figure di

accudimento, i genitori, per molto tempo dopo la nascita. Addirittura, è probabile che, nei suoi primissimi mesi, il bambino non si percepisca come un essere distinto e separato dalla madre. E solo dopo tempo, poco alla volta, inizia a riconoscersi come individuo: intorno all'anno di vita pronuncia le prime parole, manipola gli oggetti, muove i primi passi, compie i primi goffi tentativi di alimentazione autonoma. In altre parole, inizia a separarsi dai genitori, a sperimentare la propria individualità.

A dirla tutta, la "separazione-individuazione" non si conclude né con il primo né, come sosteneva la Mahler, con il terzo anno di vita. Si tratta di un processo che va avanti per molti anni, forse per tutta la vita, ma in modo tutt'altro che lineare e costante. In alcuni momenti, esso sembra rallentare e in taluni altri presenta una brusca accelerazione. Lo psicoanalista tedesco Peter Blos coglie nell'adolescenza il momento in cui si verifica una seconda "separazione-individuazione". E, sotto questo punto di vista, non è forse un caso che, proprio durante l'adolescenza, esordisca la maggior parte dei casi di anoressia o di bulimia.

Pertanto, tale approccio spiega le osservazioni, in parte superate ma tuttora molto attuali, fatte da due delle più importanti ricercatrici che si sono occupate di questo problema. La prima è la psichiatra statunitense di origine tedesca Hilde Bruch, la quale ha riscontrato nella storia di numerose pazienti anoressiche da lei seguite un rapporto assai conflittuale con le loro madri fin dalla prima infanzia, con il conseguente mancato sviluppo di un'adeguata "separazione-individuazione". Secondo questa Autrice, l'anoressia nervosa rappresenterebbe "... un tentativo [disperato] di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina un senso di individualità e di efficacia interpersonale..." (Gabbard, 2002). La seconda è, invece, l'italiana Mara Selvini Palazzoli, psicoterapeuta familiare, che ha sottolineato come le famiglie delle pazienti anoressiche siano spesso caratterizzate da un'assenza di confini generazionali e personali: ancora una volta, una distorsione del processo di "separazione-individuazione".

Questa posizione, caro Lettore, forse Ti sembrerà un po' complicata, ed in effetti lo è. Ma, se riesci a farla Tua, scoprirai come, nonostante ciò, essa chiarisca molte cose.

Ad esempio, ci spiega il parallelismo fra l'aumento di questo tipo di patologia e i cambiamenti che riguardano la famiglia e la società più in generale. O, ancora, dà un senso al fatto che, proprio in adolescenza, oltre che di anoressia o bulimia, vi sia un'impennata della prevalenza di disturbi come comportamenti oppositivi, rifiuto scolastico, disinvestimento delle attività, ma anche tentativi di suicidio e tossicomania (Jeammet, 2007). Un aspetto, in particolare, lega disturbi come anoressia e bulimia e il consumo di sostanze d'abuso come le droghe: il concetto di dipendenza.

Il soggetto consumatore di droga sviluppa nei confronti della sostanza di cui fa uso una dipendenza sia fisica che psicologica. Pensa alla drammaticità della cosiddetta crisi d'astinenza. Lo psicoanalista Otto Fenichel ha definito la bulimia "una tossicomania senza droga" e i coniugi Evelyne e Jean Kestemberg, Autori insieme a Simone Decobert della fondamentale monografia *La fame e il corpo*, hanno riconosciuto nelle crisi bulimiche delle anoressiche gli stessi conflitti profondi dei soggetti tossicodipendenti.

Rifletti, cos'è la dipendenza, soprattutto quando esagerata, totalizzante, patologica, se non l'effetto immediato della mancanza di un'autonomia, della capacità di percepirsi come individuo? Non c'è niente di peggio che vedersi privati della propria libertà. Pensa a tutte le battaglie che, nel corso della Storia, l'uomo ha combattuto e continua a combattere in nome di quello che non è né un ideale né tantomeno un concetto astratto: la nostra libertà. Pensa a tutti coloro che sono andati coraggiosamente incontro alla morte per conquistarla. Vedersi privati della propria libertà è come vedersi privati della propria "umanità".

Come si è visto, il cibo non è solo un mezzo di nutrizione del corpo. Per il bambino piccolo, il flusso di stimolazioni che accompagnano il momento dell'alimentazione rappresenta, prima di ogni altra cosa, un momento di nutrizione della "psiche" e, a un certo punto, l'intuizione meravigliosa della propria esistenza. Se ciò non avviene o non avviene nel giusto modo, non c'è libertà, non c'è umanità: in altre parole, non c'è consapevolezza della propria identità.

Spesso, la partita del funzionamento normale o patologico della mente si gioca su un terreno fatto di simboli e paradossi.

Le pazienti affette da anoressia o da bulimia, senza rendersene conto, soffrono per la mancanza di questa "libertà affettiva", cercano – senza mai trovarla – la propria identità. Il cibo diventa, dunque, il simbolo di questa loro dipendenza: qualcosa cui si deve rinunciare (quindi, il digiuno), qualcosa da espellere a tutti i costi dal proprio Sé (quindi, il vomito, l'uso di lassativi, l'esercizio fisico estremo), anche se, paradossalmente, questo significa comunque rinunciare alla libertà di rispondere a un proprio bisogno naturale – quello di alimentarsi; alla propria umanità – cosa c'è di umano in una ragazza che arriva a pesare come una bambina di cinque o sei anni e che si riduce ad essere uno scheletro che ancora cammina e respira?; alla propria identità – io non sono più Francesca, Lucia, Antonella o Alessia: io sono quella che ha problemi, quella che vuole farla finita, io sono quella che non vuole più mangiare, io sono quella che deve essere curata... Io sono... Io non so più chi sono...

Ecco perché curare le pazienti anoressiche o bulimiche è sempre così tremendamente difficile. Perché è sempre difficile "fare ragionare" o trasmettere delle motivazioni a qualcuno che non sa riconoscersi. Perché, in modo irragionevole ma sostanziale, la rinuncia deliberata al cibo di queste pazienti equivale alla rinuncia del proprio senso di dipendenza. Perché, come è scritto nella citazione di Boris all'inizio di questo articolo, "... Quelli che noi chiamiamo i loro sintomi, le pazienti li chiamano la loro salvezza...".

Cercare di prevenire tali disturbi sarebbe bello, ma non è certo compito facile. Sicuramente, agire su quegli stereotipi culturali che portano a considerare l'aspetto esteriore come una sorta di via preferenziale per il successo può aiutare. D'altro canto, la storia clinica delle pazienti anoressiche e/o bulimiche ci insegna che spesso entrano in gioco fattori di rischio individuali o familiari, che sono in parte ereditari e in parte ambientali, sui quali è molto difficile potere incidere. Finché non avremo trovato delle strategie idonee per attuarla, piuttosto che a quella che abbiamo appena descritto – che, in *medichese*, viene definita "primaria" – per forza di cose ci si deve affidare a un'altra forma di prevenzione: quella secondaria. In parole povere, questo significa intervenire il più precocemente possibile, evitando, se possibile, che il disturbo vada incontro a un

consolidamento, venendo ad interferire dunque con la stessa struttura di personalità della paziente che ne sia affetta. In parole ancora più povere, il messaggio è: mai sottovalutare perché, in caso contrario, quello che oggi è un sassolino domani potrebbe essere una montagna. Consultare uno specialista, forse non lo elimina del tutto, ma attenua fortemente questo rischio.

Forse, caro Lettore, in questo momento hai in testa una gran confusione. Ma non temere, è naturale. Esprimere in poche pagine concetti che riassumono il pensiero di tanti Autori non è più facile che comprenderli e farli propri. Però, siamo certi che qualcosa è cambiato nella Tua sensibilità e che, quando un parente o un amico o la televisione Ti parleranno di anoressia e bulimia, affronterai la questione con un'ottica differente.

Lasciaci, per favore, la possibilità di esprimere il nostro più sentito ringraziamento agli organizzatori di questa bella iniziativa e, in particolare, al dottore Francesco Cappello e al professore Bartolo Sammartino, i quali, secondo noi, con l'organizzazione dei Seminari di Promozione alla Salute, hanno saputo interpretare quello che il poeta Rainer Maria Rilke ha sintetizzato in questo bellissimo e verissimo aforisma: "Nessun vento è favorevole per chi non sa dove andare, ma per noi che sappiamo anche la brezza sarà preziosa". In altre parole, senza una profonda conoscenza di un problema non può esistere una vera prevenzione dello stesso.

Ci sarebbe molto altro da aggiungere – come nascono e si sviluppano i disturbi sopra considerati nel corso della prima infanzia; quali sono le strategie di trattamento più accreditate o, neanche a dirlo, quali sono le caratteristiche di un altro gravissimo, sempre più frequente e precoce disturbo legato al cibo, speculare all'anoressia: l'obesità – ma, come si dice, "il troppo stropia". Noi ci auguriamo, caro Lettore, di averTi consegnata un'immagine un po' diversa, complicata, ce ne rendiamo conto, ma speriamo anche più complessa e profonda, del terribile problema dei disturbi dell'alimentazione – adesso, dopo quello che abbiamo detto, possiamo anche definirli così, tanto sappiamo tutti cosa intendiamo – nella sincera speranza che il nostro, per quanto piccolo, sia stato per Te un aiuto per sapere e capire.

BIBLIOGRAFIA

Ammaniti M, 2001. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore

De Negri M, 2004. *Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Piccin

Gabbard G O, 2002. *Psichiatria psicosomatica*, Raffaello Cortina Editore

Jeammet P, 2007. *Psicopatologia dell'adolescenza*, Edizioni Borla

Miller P, 2002. *Teorie dello sviluppo psicologico*, Il Mulino

IL FUMO DI SIGARETTA

Nicola Scichilone

Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica, Policlinico "P. Giaccone", Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy

Il fumo di sigaretta costituisce il fattore di rischio più importante per l'insorgenza di tumori polmonari. Diversi studi scientifici internazionali hanno infatti dimostrato che il fumo di sigaretta è responsabile di circa il 90% dei decessi per tumore polmonare nei maschi e del 70-80% nelle donne. Il tumore polmonare occupa oggi il primo posto come causa di mortalità maschile per neoplasia e sta raggiungendo la stessa posizione anche nel sesso femminile, in rapporto all'abitudine al fumo, superando l'incidenza del tumore mammario. Queste stime sul territorio nazionale si applicano anche sul territorio urbano palermitano, dove il ruolo degli inquinanti ambientali da scarichi industriali ha un impatto minore se paragonato ad altre realtà italiane.

Il fumo è in grado di indurre mutazioni genetiche con conseguente sviluppo di neoplasie polmonari. In altre parole, è possibile che all'interno dell'organismo, i vari componenti del fumo, quali il benzopirene, l'arsenico, il nickel, vadano incontro a trasformazione in derivati carcinogeni, cioè capaci di determinare alterazioni cellulari in senso neoplastico. La potenzialità lesiva delle numerosissime componenti tossiche volatili e particellate presenti nel fumo si esercita attraverso alcuni principali meccanismi, i cui ruoli si incrociano variamente, spesso potenziando reciprocamente gli effetti. Un ruolo non secondario è svolto dal fumo passivo (*side-stream smoke*) che è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie, e in particolare per tumori polmonari. Come è facile immaginare, l'esposizione al fumo passivo è soprattutto subita dai bambini; infatti, più del 50% dei bambini è correntemente esposto al fumo passivo nelle mura domestiche, soprattutto nelle famiglie di condizione sociale più bassa. L'esposizione dei bambini al fumo materno induce una riduzione significativa della crescita polmonare. Nell'utero, l'esposizione al fumo contribuisce inoltre a riduzioni significative della funzione polmonare post-natale.

Oltre al temibile tumore polmonare,

l'esposizione cronica al fumo incrementa di circa 10 volte il rischio di contrarre bronchite cronica con caratteristiche di enfisema polmonare, ossia di distruzione del tessuto polmonare e conseguente alterazione degli scambi gassosi. Nel 1964, l'Advisory Committee to the Surgeon General degli Stati Uniti ha stabilito che il fumo di sigarette rappresentava il maggiore fattore di rischio di mortalità per bronchite cronica ed enfisema. In seguito, studi longitudinali hanno dimostrato un accelerato declino della funzione respiratoria con andamento dose-risposta rispetto all'intensità del fumo di sigarette, tipicamente espresso come *pack-years* (numero medio di pacchetti di sigarette fumate al giorno moltiplicato per il numero totale di anni di fumo). Tale relazione dose-risposta tra la ridotta funzione respiratoria e l'intensità del fumo di sigarette spiega la più alta prevalenza di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in età avanzata. Le storicamente maggiori percentuali di fumo tra soggetti di sesso maschile sono la più plausibile spiegazione della maggiore prevalenza di BPCO tra i maschi; tuttavia, la prevalenza della BPCO tra le donne è in aumento poiché il distacco tra sessi nell'abitudine al fumo è diminuito negli ultimi 50 anni. La broncopneumopatia cronica può essere schematicamente riconducibile a un processo di flogosi cronica che interessa per decenni la parete delle vie aeree, ma i cui effetti a lungo termine si producono distalmente dalle vie aeree, nella sede del parenchima e dell'interstizio polmonari. Alla base di questi eventi sta, come detto, il fumo di tabacco. Tuttavia la valutazione di qualsiasi casistica di *fumatori* induce a ritenere che, insieme alla componente patogenetica esogena, ve ne debba essere una endogena di *predisposizione individuale*: infatti invariabilmente si osserva che, mentre all'interno del gruppo dei soggetti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva esiste una proporzionalità tra gravità della malattia ed entità dell'esposizione al fumo, soltanto una percentuale variabile dei fumatori contrae la malattia e anche tra i più forti fumatori vi sono soggetti che non sviluppano alcuna patologia respiratoria. Poiché è indiscusso che l'intervento di fattori esogeni è una *conditio sine qua non* per lo sviluppo della malattia, è facile prevedere che la predisposizione si riferisca a una riduzione dei poteri di difesa nei confronti dei suddetti

fattori. Sebbene il fumo di sigaro o di pipa possa anche essere associato allo sviluppo di BPCO, le evidenze che supportano tale osservazione sono meno robuste, verosimilmente a causa della minore dose di prodotti del tabacco inalati col fumo di sigaro e di pipa.

L'esposizione al fumo di sigarette può coinvolgere le grandi vie aeree, le piccole vie aeree (<2 mm di diametro) e gli spazi alveolari. Le alterazioni delle grandi vie aeree causano tosse ed espettorato, mentre le alterazioni delle piccole vie aeree e degli alveoli sono responsabili delle modificazioni fisiologiche. L'enfisema e le alterazioni anatomopatologiche delle piccole vie aeree sono presenti nella maggior parte delle persone con BPCO, e il loro contributo all'ostruzione varia da soggetto a soggetto. L'ostruzione delle piccole vie aeree probabilmente contribuisce maggiormente all'ostruzione iniziale, mentre l'enfisema predomina nelle fasi successive. Il fumo di sigarette spesso determina ingrandimento delle ghiandole mucose e iperplasia delle cellule mucipare. Queste alterazioni sono proporzionali alla tosse e alla produzione di muco che definiscono la bronchite cronica, ma tali anomalie non sono correlate alla limitazione al flusso aereo. Le cellule mucipare aumentano non solo in numero ma anche in estensione lungo l'albero bronchiale. I bronchi inoltre vanno incontro a metaplasia squamosa, che non soltanto predispone alla comparsa di neoplasie polmonari, ma altera anche la funzione mucociliare, che rappresenta il principale meccanismo di difesa nei confronti degli agenti esterni.

Il rilievo frequente di segni di enfisema all'autopsia di soggetti nei quali questo non era stato diagnosticato in vita induce a ritenere che le cifre prima citate sottostimino largamente la reale prevalenza dei danni da fumo attivo e passivo e da inquinanti ambientali. La mortalità da broncopneumopatia cronica ostruttiva è notevolmente influenzata dal grado della disfunzione: infatti nei soggetti con bronchite semplice che interrompano l'esposizione al fumo essa non è molto diversa da quella riscontrabile nella popolazione generale, mentre è alta nei fumatori che manifestino una sindrome ostruttiva. In questi ultimi la sopravvivenza a 10 anni risulta di circa il 40%. Questi dati pongono l'accento sull'importanza di strategie di cessazione dell'abitudine al fumo di sigarette.

retta. La bronchite cronica ostruttiva è una malattia a carattere progressivo ma, in virtù del riconoscimento del principale fattore di rischio, anche prevenibile. Allo stesso modo, per quanto il tumore polmonare rappresenti una tra le neoplasie più temibili, esso è tra le neoplasie in cui è possibile effettuare efficaci strategie di prevenzione.

L'abitudine tabagica è un fenomeno diffuso e in costante crescita nei paesi in via di sviluppo e nei paesi occidentali, soprattutto nelle popolazioni giovanili e nei soggetti di sesso femminile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che circa un miliardo di persone fumano abitualmente. Il numero di giovani ed adolescenti che inizia a fumare è in costante aumento. In Italia sulla base dei dati Istat fra i giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni si è passati dal 17.4% del 1993 al 20.5% del 1997. Come detto, l'abitudine al fumo si traduce in pesanti ripercussioni sullo stato di salute delle persone (bronchite cronica, enfisema, infarto, ipertensione, ictus, ulcera gastrica e duodenale, tumori etc.). Una indagine Istat del 1999 ha dimostrato, in particolare, che le malattie respiratorie croniche legate al consumo di tabacco occupano il 4° posto tra le malattie croniche invalidanti.

Il fumo è, tra le cause di malattie, quella più facilmente evitabile nei paesi occidentali. Il 90% dei fumatori inizia a fumare entro i 20 anni. Questa categoria di fumatori rischia più degli altri di morire precocemente a causa del tabacco. Ogni iniziativa a livello di prevenzione dell'abitudine tabagica dei giovani deve essere incentrata sui molteplici fattori che favoriscono l'inizio del fumo di sigaretta. Iniziare a fumare è il frutto di un processo comportamentale individuale, ambientale e sociale, raramente riconducibile ad un evento isolato. Nel corso di una indagine condotta tra gli adolescenti nel territorio palermitano, è emerso che la percentuale di ragazzi fumatori è complessivamente pari al 13%. Più in dettaglio, tale percentuale risulta pari al 6% tra i ragazzi di scuola media inferiore e al 22% tra i ragazzi di scuola media superiore. Da notare come sia presente già in questa fascia d'età una percentuale, benché minima, di ex-fumatori. La media di sigarette fumate è risultata pari a 6 e 10 sigarette/die tra i ragazzi rispettivamente di scuola media inferiore e superiore.

Dall'indagine è emerso che i ragazzi sono più invogliati a fumare quando si trovano in compagnia di amici. E' importante notare come nell'ambito dei fumatori la stragrande maggioranza presenti uno o entrambi i genitori fumatori. Il genitore che fuma risulta uno dei fattori maggiormente responsabili dell'abitudine al fumo dei ragazzi. Pertanto, qualsiasi intervento di disassuefazione andrebbe rivolto all'intero nucleo familiare.

Più del 50% dei ragazzi fumatori ha tentato in passato una o più volte di smettere di fumare. I motivi dell'insuccesso andrebbero ricercati tra la scarsa consapevolezza dei danni indotti dal fumo di sigaretta. Da tale indagine è stato altresì interessante rilevare le opinioni dei ragazzi riguardo le cause che inducono gli adolescenti ad accostarsi alla "prima sigaretta". Essi infatti ritengono che il gruppo di amici, il sentirsi più grandi, la curiosità e, ciò che deve suscitare una seria riflessione per una fascia d'età che è compresa tra i 12 e i 14 anni, "lo stress della vita quotidiana" siano le cause principali per le quali essi, o i loro coetanei, iniziano a fumare. Oltre a questi primi elementi come possibili cause, è emerso anche come il fumo possa "servire" per essere o sentirsi accettati dal gruppo. Ma anche le abitudini "domestiche" hanno nella loro opinione un peso, dato che ritengono che una famiglia in cui si fuma predispone al fumo. Infine il fumo è visto come trasgressione, e la sigaretta costituisce il classico "fascino" del proibito.

In conclusione, l'accostamento al fumo di sigaretta nei giovani e adolescenti è generalmente indotto da spinte di trasgressione nonché da motivi di pura curiosità e dalla frequentazione di amici fumatori. D'altro canto, è comune la consapevolezza (errata) che il ragazzo possa interrompere l'abitudine tabagica in qualsiasi momento. Una osservazione interessante risiede nel fatto che tra i motivi che inducono a smettere di fumare vi è la paura che possano insorgere problemi di salute, dato che conferma una maggiore presa di coscienza dei rischi connessi al fumo. Ovviamente, la legislazione che ha introdotto il divieto di fumo nei locali pubblici ha scoraggiato la diffusione dell'abitudine al fumo e preservato le categorie più "deboli", ossia le più facilmente esposte al fumo di sigaretta. E' tuttavia ovvio che soltanto una presa di coscienza della collettività sui danni indotti

dal fumo e la conseguente messa al bando del consumo di sigarette potrà consentire di ridurre l'incidenza di patologie respiratorie e non respiratorie gravate da mortalità rilevante e scadimento della qualità di vita.

E' stato dimostrato che i fumatori di età media in grado di cessare l'abitudine al fumo presentano un miglioramento significativo nella velocità di declino della funzione polmonare, con un ritorno alle variazioni annuali simile a quello dei pazienti non fumatori. Pertanto, tutti i pazienti con BPCO andrebbero fortemente incoraggiati a smettere di fumare ed informati sui benefici della cessazione. Una sempre crescente mole di evidenze dimostra che l'associazione della terapia farmacologica con gli approcci di supporto tradizionale migliora considerevolmente le probabilità di successo della cessazione del fumo. Le linee guida internazionali riportano che a tutti i fumatori che vogliono smettere di fumare venga dato supporto farmacologico, in assenza di controindicazioni al trattamento.

Bibliografia

Saetta M, Ghezzi H, Kim WD, et al. Loss of alveolar attachments in smokers. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:894-900

Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary diseases. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;163:1256-1276

Snider GL, Kleinerman J, Thurlbeck WM, et al. The definition of emphysema. Report of a National Heart, Lung and Blood Institute, Division of Lung Disease Workshop. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:182-5

Tonnesen P, L. Carrozzi, KO Fagerstrom, C. Gratzou, C. Jimenez - Ruiz, S. Nardini, G. Viegi, C. Iazzaro, IA Campell, E. Dagli, R. West. Smoking cessation in patients with respiratory disease: a high priority, integral component of therapy *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417

Cahill K, LF Stead, T. Lancaster Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 , Issue 1. ArtNo:CD006103)

ALCOOL E GIOVANI

Marina Saladino, Rosaria Nardello

Dipartimento Materno Infantile, Policlinico "P. Giaccone", Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy

Con il termine alcool si definisce comunemente l'alcool etilico o etanolo, monovalente, primario, saturo che si presenta come sostanza liquida, incolore e che si forma per fermentazione di alcuni zuccheri semplici ad opera di saccaromiceti. L'etanolo costituisce la principale componente psicoattiva delle bevande alcoliche; esso è infatti in grado di agire sul SNC e di alterare di conseguenza gli stati di coscienza.

Storia, cultura e società: La storia dell'alcool è antichissima. L'alcool fa parte della cultura umana fin dall'antichità come accessorio di riti religiosi, sostanza medicamentosa, complemento di riti conviviali, anestetico. Le prime produzioni di bevande alcoliche avvennero per fermentazione di cereali ed uva e risalgono a migliaia di anni prima di Cristo. Sappiamo per esempio che gli egizi fabbricavano e bevevano birra già intorno al 3000 ac. In Cina venivano prodotte bevande alcoliche dalla fermentazione del riso. Nella stessa Bibbia si parla più volte del vino e il cristianesimo fece del vino un sacramento. Per quasi 10.000 anni di storia dell'uomo la birra e il vino, e non certo l'acqua, sono state le principali bevande, consumate quotidianamente da tutti, a tutte le età per dissetarsi. L'alcool veniva consumato in piccole quantità e le conseguenze negative, individuali o sociali erano pressoché nulle, dato che il contenuto alcolico di tali bevande doveva essere talmente basso da produrre ben pochi di quegli effetti nocivi che molto più tardi divennero oggetto di attenzione e preoccupazione. Comunque anche allora gli effetti generati da un consumo eccessivo di alcool erano ampiamente noti. L'alcool quindi, nella storia dell'uomo ha rappresentato un alimento della massima importanza, essenziale alla sopravvivenza. Il valore nutrizionale faceva della birra e del vino alimenti essenziali quanto il pane e altrettanto indispensabili al mantenimento in vita.

Tra il XII e il XIV secolo venne introdotta in Europa la tecnica della distillazione. La scoperta della distillazione provocò la prima importante trasformazione qualitativa

va e quantitativa nel consumo di alcool da parte dell'uomo. Fatto forse ancor più importante, la distillazione segnò il passaggio dalla birra e dal vino come elementi nutritivi al consumo di alcool in quantità nocive tali da richiamare l'attenzione sull'altra faccia dell'uso dell'alcool.

Epidemiologia: Efficace è stata la ricerca condotta dall'Osservatorio Nazionale Alcool dell'OSSFAD, Istituto Superiore Di Sanità, attraverso un'Indagine Multiscopo ISTAT riguardante gli stili di vita e le condizioni di salute della popolazione nel periodo 1998-2001 e l'approfondimento degli ultimi dati ISTAT sull'"uso e abuso di alcool" in Italia nel 2008. Queste indagini sono state condotte attraverso la compilazione di questionari specifici su circa 60-70.000 individui in circa 800 comuni, ricoprendo una fascia d'età che va dai 14 ai 75 anni. L'anno 1998 è stato preso come riferimento di base poiché in tale anno partiva l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che per la prima volta prevedeva obiettivi di salute orientati alla riduzione del consumo a rischio di bevande alcoliche e di modalità di consumo alcolico sconsigliabili ai fini di un buono stato di salute. Da questa ricerca è emerso che in Italia il consumo pro capite nel 2008 rimane tra i livelli più bassi in Europa ed è stabile rispetto a dieci anni fa. I bevitori sono circa il 70% della popolazione sopra gli 11 anni, cioè circa 36 milioni di persone. Dato altrettanto significativo è che il modello di consumo tradizionale, basato sulla consuetudine di bere vino durante i pasti con frequenza giornaliera, sta progressivamente cambiando. In Italia il primo bicchiere viene consumato a 11-12 anni, l'età più bassa nell'unione Europea, (media UE 14,5 anni).

Altri dati significativi rilevano che il 75% degli italiani consuma alcool, (l'87% degli uomini e il 63% delle donne), con un forte incremento tra i giovani con età inferiore a 16 anni. Si stanno consolidando, soprattutto nei giovani e nei giovani adulti, comportamenti più vicini ad un modello di consumo di tipo nord europeo, basato principalmente su occasioni di consumo al di fuori dei pasti, contrariamente a quanto vorrebbe la tradizione mediterranea. Nel periodo tra il 1998 e il 2008 si riduce la quota di consumatori giornalieri, aumenta quella dei consumatori occasionali, e cresce il consumo di alcolici fuori pasto tra i più giovani. Tra il 1998 e il 2008 i maschi in

questa fascia di età che consumano alcool tutti i giorni sono passati dal 22,4% al 16,2%; quelli che consumano in modo occasionale dal 57,4% al 62,9%; i consumatori fuori pasto dal 39,9% al 49,4%. Il cambiamento di abitudini riguarda non soltanto la frequenza e le circostanze di consumo, ma anche il tipo di bevande consumate. Accanto alla riduzione dei consumatori di solo vino o birra, aumentano quelli che consumano solo altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici) o che combinano le due tipologie.

Il consumo di alcolici tra i giovani è quindi in crescita. Diciotto, vent'anni o ancora meno: adolescenti, teenager, maschi e femmine, studenti e non, senza differenze di età, sesso, cultura. Ultimi adepti di una moda importata dai paesi anglosassoni, fatta di "binge drinking", e "alcoholpops", e la traduzione più o meno letterale vuol dire bere fino ad ubriacarsi, tutto in una volta e tutto in una sera (di solito il venerdì e il sabato), consumando rigorosamente birra e superalcolici abilmente trasformati in miscele gassate (pops), che fanno sembrare rum, vodka, grappa, cognac e tequila bevande innocue quanto una Sprite o una Coca Cola. Risultato choc: il 70% delle femmine e l'80% dei maschi ha il suo primo drink a 11 anni. Un'impennata di consumi figlia di una strategia ben precisa, iniziata negli anni '90, quando appunto il mercato fu invaso dagli "alcoholpops", drink studiati a tavolino fin nel minimo dettaglio per conquistare sogni e gusti dei ragazzini, a cominciare dalla grafica, giovanile, coloratissima, accattivante, addirittura con le figure dei cartoon. In Italia il "binge drinking" è un fenomeno recente. Tra il 1998 e il 2008 l'abitudine del bicchiere fuori pasto è aumentata tra i teenager del 104 per cento, con modalità sempre più vicine all'abuso, cioè al "binge drinking", ossia il bere ininterrottamente fino all'ubriachezza. In Italia sono quasi un milione i ragazzi al sotto dei 16 anni che bevono regolarmente e di questi il 5% dei maschi e il 2% delle femmine ammettono di farlo fino ad ubriacarsi almeno due volte alla settimana. I giovani sono un target di popolazione estremamente vulnerabile ai rischi legati al consumo di bevande alcoliche. L'alcool, a differenza degli altri principali fattori di rischio, gode di una accettazione sociale e di una familiarità e popolarità legate alla cultura italiana del bere, una cultura mediterranea, che poneva, sino ad un decennio

fa, il consumo di vino come componente inseparabile dell'alimentazione. Oggi si può affermare che i giovani hanno adottato modelli di consumo che separando il bere dalla ritualità dei pasti hanno trasformato il significato originale del bere in un valore comportamentale prevalentemente legato all'uso dell'alcool in funzione degli effetti che esso è in grado di esercitare sulle performance personali. L'alcool è usato (e non consumato) per sentirsi più sicuri, più loquaci, per facilitare le relazioni interpersonali, per apparire più emancipati e più trendy, per essere più facilmente accettati dal gruppo o, in alcuni casi, per conquistare un ruolo di (presunta) leadership tra i pari. Ma perché si beve? Nel campione dell'Eurispes sembra che il 28,9% del campione cerchi nell'alcool uno stato di euforia, il 14,1% addirittura la felicità. Può anche accadere che nell'alcool non si cerchi proprio nulla, se non una via di fuga dalla propria realtà: il 12,6% vuole infatti fuggire dalla depressione, l'11,1% dalla solitudine; quasi il 10% degli intervistati beve per 'noia'. Bere è considerato 'figo', oppure, forse peggio, 'normale' lo si vede nella vita quotidiana. I Media propongono individui che bevono e hanno successo nella vita, nella coppia, nel lavoro. Come porgere ai giovani elementi di giudizio tali da conferire il giusto significato ad un gesto normalizzato dalla società? Ascoltando i giovani è sempre più frequente rilevare il ricorso al bere come ad una ritualità connotata da un preciso valore comportamentale: bere agevola il superamento di difficoltà di relazione o di inserimento nel gruppo e conferisce sicurezza. Tale convinzione, che è alla base della nuova cultura del bere giovanile e il ricorrere al bere offre in molte situazioni (percepite come difficili) una scorciatoia agevole ma insidiosa per la salute dei giovani; soluzione adottata per rispondere al disagio o a problemi personali e relazionali che andrebbero identificati (o meglio anticipati) attraverso il dialogo soprattutto da parte dei genitori. Il ruolo chiave dei genitori, oltre che nel dialogo, dovrebbe essere esercitato ricorrendo alle buone pratiche; dare il buon esempio, far crescere il giovane in un ambiente familiare in cui la presenza dell'alcool è visibile ma discreta ed il modello di consumo moderato facilitano l'apprendimento di quelle informazioni che rimarrebbero sterili nozioni se private da un coerente atteggiamento da parte di chi le propone. Esordire

con i giovani sui rischi legati all'alcool in età adolescenziale, nel momento in cui tutto è esagerazione e tutto soggetto a critica, può essere penalizzante riguardo la probabilità di ottenere reazioni positive sui comportamenti individuali. Parlare ai giovani fin da quando sono bambini dei danni e dei rischi legati all'alcool e delle conseguenze che errate abitudini di consumo possono arrecare sia in termini di salute che i termini sociali faranno accettare probabilmente con progressiva familiarità il concetto di stile moderato. L'abuso di alcool può essere la spia di condizioni psicopatologiche sottostanti e proibire semplicemente a un adolescente di assumere bevande alcoliche può avere un effetto contrario a quello voluto perché a questa età tutto è soggetto a critica e visto come un'esagerazione. La formula 'fai quello che dico e non quello che faccio', da parte dei genitori, non solo non funziona, ma induce nei giovani un fattore di rischio aggiuntivo.

La bevuta compulsiva del sabato sera rappresenta un fenomeno molto insidioso in forte aumento che deve far riflettere sulla vulnerabilità degli adolescenti, anche per intraprendere con decisione adeguate misure preventive e curative. Non vi è soltanto la pericolosità indotta dalla quantità eccessiva, ma anche quella dovuta alla modalità di ingestione, la quale amplifica l'impatto negativo sulla capacità e sulla salute sia psico-cognitiva che organica. A riprova di ciò vi sono recenti studi americani, apparsi su affidabili riviste scientifiche, i quali dimostrano che l'alcool bevuto velocemente ha effetti maggiormente deleteri rispetto alla stessa quantità assunta con più dilazione temporale. Ulteriori studi hanno posto in evidenza il fatto che bere grosse quantità di alcool in tempi rapidi, in particolare durante ad esempio il fine settimana o comunque in concomitanza di feste, e poi mantenere durante il resto dei giorni sobrietà dagli alcolici, è molto pericoloso in quanto può aumentare gli effetti negativi dei momenti di binge drinking. Attività quotidiane, amicizie, rapporti affettivi, dinamiche familiari, etc. sono in tal modo letteralmente sconvolte dal binge drinking, laddove l'individuo è alla continua ricerca del bere e conseguentemente quasi sempre annebbiato e stordito psicofisicamente. Chiaramente oltre che le sfere interpersonali, lavorative, familiari, affettive, etc., viene messa in serio pericolo la

propria personale salute psicologica e fisiologica, certe volte con gravissimi rischi, ad esempio alla guida di un'automobile. Spesso il binge drinking si verifica (e prende poi il via) in concomitanza di party, feste di fine corso di studi, eventi musicali o sportivi, serate in discoteca, nelle confraternite, etc.; in altre parole esso è più probabile in situazioni sociali, piuttosto che quando l'individuo è da solo.

Nell'immaginario collettivo dei giovani l'alcool non viene percepito come un fattore di rischio, ma tutt'altro: il bere viene associato a momenti di gioia e di benessere. Anche la televisione è complice di quest'atteggiamento.

L'atteggiamento culturale è quindi fondamentalmente tollerante. Nel nostro Paese l'alcool è ancora sottovalutato rispetto alle altre sostanze psicoattive, proprio per questa ambivalenza di fondo, legata alla sua appartenenza alla categoria degli alimenti e a un'immagine storico-culturale che lo vede, rispetto alle altre droghe, come sostanza neutra generalmente associata al festeggiamento, alla gioia, al divertimento. Purtroppo scarsa è la conoscenza degli effetti dell'alcool sul corpo dei giovani: ai giovani viene concesso troppo facilmente di bere, pur essendo l'etanolo altamente tossico per il loro organismo impreparato all'alcool. L'alcool infatti viene "digerito" dal fegato grazie all'opera di diversi enzimi epatici, tra cui in particolare l'alcoldeidrogenasi. Ben poche persone però sono informate del fatto che il corpo umano non possiede ancora tali enzimi fino circa ai 20-21 anni. Questo significa che l'etanolo, non ridotto in sostanze più tollerabili, circola per maggior tempo, e in maggiore quantità, in modo decisamente nocivo nell'organismo dei più giovani: il cervello, ad esempio, che non termina il suo processo di maturazione fino ai 21 anni, si trova esposto ad un'interferenza che può minare il suo normale sviluppo organico e funzionale. Alla luce di questi aspetti si comprende quanto possa essere devastante il binge drinking in queste fasce d'età: durante un'ubriacatura l'alcool entra nel cervello distruggendo in modo irreversibile, ogni volta, 100.000 neuroni. Altro fatto poco noto: proprio a causa delle differenze di sviluppo del cervello, i giovani riescono a ingerire quantità di alcool ben più abbondanti degli adulti prima di sentirne gli effetti negativi: questo favorisce la tendenza irresponsabile o inconsa-

pevole ad abusi, dietro ai quali però l'etanolo in circolo continua a svolgere la sua azione devastante.

Adolescenti e consumo di alcool: effetti dannosi sul cervello: L'adolescenza è un periodo di transizione, fisicamente, socialmente ed emozionalmente. Il cervello di un adolescente cresce in modo dinamico e flessibile. Il cervello adulto è infatti il risultato delle connessioni neurali create in giovane età, di un processo di maturazione che porta al consolidamento e alla formazione di nuove connessioni assinali e all'aumento di tessuto cerebrale. Fra i 5 e i 20 anni di età ha luogo la maturazione del cervello. Il delicato processo di maturazione è decisivo per lo sviluppo cognitivo, soprattutto durante la fase che va dai 12 ai 16 anni (adolescenza). Benché il numero dei neuroni sia già definitivamente stabilito fin dalla prima infanzia, il cervello continua a presentare, fino all'adolescenza, un fenomeno chiamato plasticità neuronale. Esso consiste nella produzione (o eliminazione) di sinapsi; nella progressiva mielinizzazione di fibre nervose; nella variazione della concentrazione di neurotrasmettitori e dei sistemi della loro neutralizzazione; nella variazione, infine, del numero dei recettori dei differenti neurotrasmettitori. Questi cambiamenti influenzano i processi coinvolti nella pianificazione e nei processi decisionali, nel controllo degli impulsi, nel movimento volontario, memoria e produzione del linguaggio. Come risultato l'alcool sembra avere effetti diversi sugli adolescenti rispetto agli adulti. In breve, gli adolescenti possono diventare dipendenti da sostanze più rapidamente degli adulti. L'alcool modifica l'azione di differenti neurotrasmettitori, altera le condizioni nelle quali normalmente si realizzano questi processi neurobiologici. È prevedibile che l'assunzione di queste sostanze in dosi adeguate, e per tempi sufficientemente prolungati, possa influenzare lo sviluppo neurobiologico del cervello dell'adolescente e quindi i suoi correlati funzionali: cognitivi, emotivi, comportamentali ecc. Dato che nel bambino e nell'adolescente i successivi livelli di organizzazione di tipo cognitivo, psicologico, sociologico possono realizzarsi solo se sono maturati i precedenti stadi di organizzazione, un'alterazione nella maturazione neurobiologica potrebbe avere conseguenze a lungo termine.

Le aree cerebrali che si sviluppano durante

l'adolescenza sono la corteccia prefrontale, il sistema limbico e i circuiti di ricompensa. Queste aree con funzione cognitiva, comportamentale e di regolazione emotiva sono particolarmente vulnerabili agli effetti negativi dell'alcool. In alternativa deficit o ritardi di sviluppo di queste strutture e le loro funzioni possono essere alla base di un uso precoce di alcool in adolescenza. Numerosi studi indicano la corteccia prefrontale come una delle principali stazioni dei circuiti neurali implicati nei processi decisionali. Studi longitudinali di neuroimaging strutturale mostrano che queste aree vanno incontro a profonde modificazioni nel corso dell'adolescenza, in termini sia di numero di connessioni sia di mielinizzazione. Se i processi decisionali si basano sul funzionamento delle aree prefrontali e tali aree si modificano notevolmente durante l'adolescenza, allora è ipotizzabile che le capacità decisionali degli adolescenti siano ancora un work in progress e ciò renda conto dei loro comportamenti a rischio. In breve bevendo questi circuiti cerebrali non sono più in grado di distinguere gli stimoli sociali minacciosi da quelli non minacciosi. Il sistema limbico (amigdala, ippocampo, talamo, ipotalamo, giro del cingolo etc) rappresenta il luogo di origine delle emozioni, controlla l'affettività, le risposte vegetative indotte dalle emozioni, il tono dell'umore e la percezione delle sensazioni piacevoli o dolorose la paura, i fenomeni detti di "attacco e fuga", e si sviluppa durante l'adolescenza. La somministrazione di alcool stimola l'attività elettrica dei neuroni dopaminergici del sistema limbico ed il successivo rilascio di dopamina, neurotrasmettitore eccitatorio che agisce sul sistema nervoso simpatico causando accelerazione del battito cardiaco e innalzamento della pressione arteriosa. Una parte del sistema limbico, l'ippocampo, è coinvolto nei processi di memorizzazione ed apprendimento (permette di apprendere sulla base delle esperienze passate). Il sistema limbico controlla anche il comportamento sessuale. Se sono presenti immaturità nel sistema limbico, reazioni sovra o sotto dimensionate in rapporto a stimoli sensoriali possono intaccare i livelli di attività di controllo fisico ed emozionale. Queste reazioni sono solitamente definite come impulsività, iperattività e perdita d'attenzione. L'assunzione di droghe attiva gli stessi circuiti attivati nel cervello da

comportamenti legati alla sopravvivenza della specie: alimentazione, formazione di legami con altri individui, sesso ecc. Questi circuiti vengono chiamati vie della gratificazione, come la corteccia prefrontale e il sistema limbico, si sviluppano nel corso dell'adolescenza. Le droghe causano nel cervello un sovraccarico di dopamina: ciò dà luogo a sensazioni di piacere. Il cervello, ricordando questo piacere, vorrà ripetere l'esperienza. Il sistema dopaminergico è stato identificato anche come sede di modificazioni persistenti in relazione all'uso cronico di molte droghe. L'uso cronico provoca una riduzione del funzionamento spontaneo dei neuroni dopaminergici e quindi l'organismo non prova più piacere e gratificazione dagli stimoli naturali quotidiani. Il sistema di ricompensa cerebrale diviene, quindi, "dipendente" dalla continua somministrazione della droga. Bisogna tener conto che l'abuso di alcool in un'età in cui l'organismo è ancora in evoluzione può compromettere il sano sviluppo fisico, neurologico e comportamentale. L'alcool ha effetti negativi soprattutto se in dosi elevate e in un'età, l'adolescenza, estremamente delicata da un punto di vista cerebrale. Numerosi sono però gli effetti di questa sostanza in gran parte dell'organismo. Al fegato: danno epatico, epatiti alcoliche. Al tratto gastrointestinale: esofagiti, gastriti, ulcere gastriche, danni al pancreas, insufficienza pancreatica e tumori pancreatici. Maggiore fragilità ossea. Aumento della pressione arteriosa, aumento del rischio infarto al miocardio e malattie cerebrovascolari. Inoltre l'apparato digerente non ha completato la maturazione del sistema enzimatico che smonta e metabolizza l'alcool ed è quindi inevitabile che qualsiasi bevanda alcolica consumata esponga a maggior rischio l'organismo. Il sistema di smaltimento dell'alcool è, inoltre differente per i due sessi essendo comunque l'organismo femminile dotato di un sistema capace di eliminare la metà dell'alcool ingerito rispetto a quanto avviene per i maschi; da ciò ne deriva che le donne sono più vulnerabili e che sperimentano gli effetti negativi dell'alcool con la metà delle quantità ingerite dagli uomini. La natura, in questo caso, non conferisce pari opportunità.

Approccio globale al problema: il consumo e l'abuso di alcool fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale

che nazionale. Questa è la situazione sottolineata dal recente report "Alcohol in Europe" che ha costituito la base della Community Strategy on Alcohol approvata in seno all'Unione Europea che risulta essere la Regione con il più alto consumo di alcool. Dal progetto europeo di indagini condotte nelle scuole (ESPAD) è emerso che escludendo tabacco e caffeina, l'alcool è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'UE. Quali soluzioni adottare allora? strategia complessa su più fronti. Il semplice proibizionismo, con una rigida regolamentazione dell'accesso agli alcolici, potrebbe essere un boomerang. Al divieto scatta lo stimolo alla trasgressione. Lavorare sui giovani con divieti o minacce non porta a grandi risultati. Sicuramente c'è bisogno di maggiori controlli sulle strade, per il triste fenomeno delle "stragi del sabato sera". Questi controlli più sistematici e coordinati potrebbero diventare efficaci favorendo il ragionamento e la consapevolezza dei rischi che si corrono. Rispetto al vietare, infatti, «è più importante che si sappiano quali sono le conseguenze di determinati comportamenti». Per comprendere il fenomeno "alcool" nel suo complesso legame con l'universo giovanile è allora necessario confrontarsi con i significati del consumo, con il valore iniziatico e rituale dell'alcool, con l'eccesso, con la percezione del rischio, con la conoscenza degli effetti della sostanza, evitando sia l'assunzione di posizioni proibizioniste sia la sottovalutazione della significatività del problema. In questo panorama emerge il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale, che deve dedicare parte delle sue risorse alle attività di prevenzione, delle quali, particolarmente per quanto concerne l'uso di sostanze, i giovani vengono considerati destinatari privilegiati. La responsabilità della prevenzione deve essere collettiva: famiglia, scuola, comunità, istituzioni devono collaborare per promuovere il benessere e garantire ai giovani uno sviluppo personale e sociale positivo. Spingere i giovani a ragionare. Questo approccio globale, la promozione di una "cultura della moderazione", può costruire allora un sistema che offra e assicuri a tutti una migliore qualità di vita. Rispetto a una cultura sanitaria che accetta il bere, «è necessario un cambiamento rispetto al rischio. Informare e rendere consapevoli di una responsabilità personale e comune con una «politica dei ragiona-

menti», in modo da formare una nuova sensibilità nel singolo che contagi a cascata.

Bisogna formare "consumatori responsabili" che capiscano l'impatto che può avere l'alcool. Questa educazione precoce deve partire dalla famiglia e trovare sostegno nella scuola e nelle scuole-guida. Facendo attenzione al linguaggio, «deve far ragionare», in un piano educativo che investa tutti i campi sociali (insegnanti, medici, genitori) ma modulando il messaggio alla platea cui è rivolto e utilizzando testimonial che possano fare presa in uno sforzo corale lungo una linea strategica. Ma, «bisogna lavorare credendoci, con passione».

BIBLIOGRAFIA

C.Guerri, M.Poscual. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *ALCOHOL* 44(2010), 15-26

Paul, CA et al. association of alcohol consumption with brain volume in the fremingham study. *Arch neurol* 2008; 65 (10): 1303-1367

Alcohol, Psychological Dysregulation, and Adolescent Brain Development Duncan B. Clark, Dawn L. Thatcher, and Susan F. Tapert. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Vol. 32, No. 3 March 2008

Agartz I, Brag S, Franck J, Hammarberg A, Okugawa G, Svinhufvud K, Bergman H (2003) MR volumetry during acute alcohol withdrawal and abstinence: a descriptive study. *Alcohol Alcohol* 38:71-78.

Anderson KG, Schweinsburg A, Paulus MP, Brown SA, Tapert SF (2005) Examining personality and alcohol expectancies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) with adolescents. *J Stud Alcohol* 66:323-331.

Barnea-Goraly N, Menon V, Eckert M, Tamm L, Bammer R, Karchemskiy A, Dant CC, Reiss AL (2005) White matter development during childhood and adolescence: a cross-sectional diffusion tensor imaging study. *Cereb Cortex* 15:1848-1854.

Barros-Loscertales A, Meseguer V, Sanjuan A, Belloch V, Parcet MA, Torrubia R, Avila C (2006) Behavioral inhibition system activity is associated with increased amygdala and hippocampal gray matter volume: a voxel-based morphometry study. *Neuroimage* 33:1011-1015.

Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN (2003) Developmental neurocircuitry of

motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 160:1041-1052.

Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M (1999) A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *J Abnorm Psychol* 108:106-119.

L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Istituto nazionale di statistica Anno 2008.

Bert L. Vallee, A Oriente è il tè, a Occidente la bevanda è il vino, *Medicina delle Tossicodipendenze- Italian Journal of the Addictions, Speciale Scuole- n° 3*.

Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, ANNO XXII n°2. Sintesi comorbidità psichiatrica nelle dipendenze, 1999.

Currie C et al., eds. Young people's health in context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), 2004.

Gessa G.L., Effetti delle droghe e dell'alcol sul cervello degli adolescenti, *Medicina delle Tossicodipendenze- Italian Journal of the Addictions, Speciale Scuole N° 4*.

Redazione Ministero della salute, "Giovani e alcol - La prevenzione dei rischi derivanti dall'abuso di bevande alcoliche attraverso iniziative di informazione e promozione della salute, giugno 2003.

Relazioni annuali 2003 dell'OEDT: uno sguardo particolare ai giovani, "Il crescente problema del "binge drinking" (bere fino ad ubriacarsi) e del forte consumo di droga tra i giovani vulnerabili", 22 ottobre 2003, Lisbona.

Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, "ESPAD 2001- Uso di alcool, tabacco e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani studenti", Parte 4, Approfondimenti, 2001.

Istituto Superiore di Sanità Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Gino Farchi e Claudia Gandin per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) 2009, x, 35 p. Rapporti ISTISAN 09/4

DISTURBI NEUROPSICOLOGICI: CAUSE, DIAGNOSI, TRATTAMENTO E QUALITÀ DI VITA.

Giusi Daniela Ventimiglia

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy.

Introduzione

Il concetto base della neuropsicologia è che i processi cognitivi sono correlati con il funzionamento di specifiche strutture cerebrali. I danni alle strutture cerebrali possono generare disturbi delle funzioni cognitive e questi ultimi si manifestano con una serie di effetti osservabili dal comportamento e valutabili con prove formalizzate, i test. La neuropsicologia clinica descrive i quadri cognitivi e comportamentali che si realizzano a seguito di lesioni cerebrali e ne ricerca la spiegazione alla luce di modelli interpretativi cognitivi o neurofunzionali. Più specificatamente la neuropsicologia clinica studia gli effetti cognitivi dei danni cerebrali in seguito ad eventi patologici come ictus cerebrali, traumi cranici, neoplasie, processi degenerativi, epilessie, uso di sostanze psicotrope, ed encefaliti (Grossi et al, 2003).

Oggi siamo in grado di identificare una lesione cerebrale attraverso i metodi neuroradiologici, come la tomografia computerizzata (TC) e la risonanza magnetica (RM), che consentono il rilievo della sede, dell'estensione e della natura della lesione cerebrale. Tuttavia, per vari motivi, la correlazione tra sede anatomica del danno e funzione deficitaria non è così facile ed intuitiva come si può pensare, infatti, una lesione cerebrale di regola colpisce zone del cervello di estensione e localizzazione variabile, in alcuni casi si può ipotizzare che la sede del disturbo determini un certo disturbo cognitivo in maniera indiretta: l'effetto cognitivo osservato non è dovuto al malfunzionamento della sede lesionata ma a quello di un'area funzionalmente connessa con quella anatomicamente danneggiata. Tali effetti possono essere rilevati con l'uso di metodi neuroradiologici funzionali, per misurare il flusso del sangue nelle aree cerebrali (PET o SPECT), o con metodiche che danno informazioni contemporanee sull'anatomia del cervello e sulle attivazioni delle aree cerebrali durante un'attività mentale (RMF).

La valutazione accurata in termini quantitativi e qualitativi delle prestazioni cognitive e, quindi, la dimostrazione del deterioramento di una certa abilità è affidata all'esame neuropsicologico. Attraverso una serie di test è possibile stabilire se, ad esempio, le abilità di memoria, attenzione, linguaggio, pensiero logico-astratto di una certa persona sono adeguate per le sua età e per il suo livello di istruzione oppure se quell'individuo presenta alcune prestazioni al di sotto della norma. Avendo individuato l'area o le aree deficitarie, su di esse si focalizza la valutazione formalizzata, mediante prove specifiche. Tuttavia è importante avere un profilo quanto più possibile esauriente delle abilità del paziente, utilizzando anche prove per le aree cognitive apparentemente non danneggiate. Bisogna procedere attraverso la raccolta delle informazioni sulla storia clinica neuropsicologica del paziente, la selezione, somministrazione e interpretazione dei test e delle tecniche di misura adeguate, la formulazione della diagnosi e la pianificazione del trattamento. La valutazione ha inoltre l'obiettivo di contribuire ad una diagnosi differenziale, delimitare e definire le funzioni danneggiate e preservate dopo una lesione focale o diffusa del Sistema Nervoso Centrale, valutare l'efficacia terapeutica a seguito di specifici interventi chirurgici, farmacologici o psicologici, valutare le conseguenze dei deficit sulla vita sociale lavorativa del paziente anche ai fini dell'accertamento medico legale, valutare lo stato cognitivo per la formulazione di strategie riabilitative e di intervento.

Sebbene la neuropsicologia è una scienza vastissima, con molteplici ambiti di applicazione, di seguito si proverà a descrivere brevemente i più frequenti disturbi neuropsicologici.

Disturbi del linguaggio, della lettura e della scrittura

Il deficit della capacità di comprendere, elaborare e produrre messaggi linguistici (Afasia) è uno dei disturbi più evidenti e più invalidanti conseguente a lesioni cerebrali. Tali lesioni riguardano l'emisfero di sinistra definito "dominante" per il linguaggio, e soprattutto di alcune delle sue aree frontali, parietali e temporali. Le sindromi afasiche sono situazioni in cui nessun deficit sensoriale, uditivo o visivo, è responsabile del quadro clinico, e in cui non è possibile attribuire i disturbi della produ-

zione orale a paralisi o a cattiva coordinazione dei muscoli della bocca o del volto (Grossi et al, 2003).

Per definizione, i pazienti afasici presentano un grado variabile di deficit della comprensione dei messaggi verbali; nei casi più eclatanti, il paziente non è in grado di comprendere neanche singole parole concrete, mentre nei casi più lievi il deficit di comprensione si manifesta nell'incapacità a formulare i pensieri, o un'alterata interazione con l'ambiente. La caratteristica più evidente dell'afasia consiste in un'alterazione del linguaggio spontaneo, alcuni pazienti *afasici fluenti* si esprimono con sequenze abbastanza lunghe di parole che non sempre sono in relazione tra loro e che non rispettano le normali strutture sintattiche; nei casi più gravi l'eloquio risulta incomprensibile e vuoto. Tipicamente tali pazienti non si rendono conto dei propri errori e si esprimono in maniera fluida, con le pause e le intonazioni tipiche del linguaggio normale, ma la comunicazione è caratterizzata da una totale assenza di contenuto informativo, la produzione orale è costituita prevalentemente da frammenti sillabici e da parole senza senso. Comportamento diverso si riscontra nei pazienti che si esprimono con lentezza e difficoltà, *afasici non fluenti*, producendo parole isolate o frasi e sintagmi molto semplificati, spesso accompagnati da incertezze ed errori nel realizzare l'articolazione dei suoni, lo stile espressivo è molto schematico, le frasi sono prevalentemente composte da sostantivi e varie forme verbali, talvolta non flette, con omissioni di articoli, pronomi e congiunzioni, anche l'intonazione è alterata. In contesti facilitanti, quando viene attivata la risposta in via automatica, tali pazienti possono produrre risposte corrette. Questi pazienti si rendono conto delle proprie difficoltà e reagiscono con violente espressioni di rabbia e scontento quando non riescono ad esprimersi. Rispetto alla correlazione con i siti della lesione cerebrale le afasie fluenti sono prevalentemente associate a danni delle regioni posteriori, temporo-parietali dell'emisfero sinistro, mentre le afasie non fluenti sono correlate perlopiù a lesioni anteriori, che coinvolgono le aree frontali dell'emisfero sinistro (Grossi et al, 2003).

I disturbi del linguaggio sono strettamente connessi allo studio dell'alterazione del linguaggio scritto. Si distinguono, infatti, i

seguenti quadri clinici: disturbi di lettura in corso di sindrome afasica (*alessia afasica*), frequentemente associati a lesioni delle aree parietali e temporali dell'emisfero sinistro; disturbi di lettura associati a disturbi di scrittura, ma senza altri grossolani disturbi linguistici (*alessia con agrafia*), indice di lesioni parietali sinistre; disturbi selettivi della lettura (*alessia pura o alessia senza agrafia*), legati a lesioni del lobo occipitale di sinistra. A queste sindromi dislessiche acquisite si può aggiungere l'alessia da eminegligenza, caratterizzata dall'associazione di disturbi di lettura con disturbi dell'esplorazione visiva, in questo caso i soggetti non sono in grado di leggere correttamente la metà degli stimoli che compare nella parte negletta dello spazio. Questa classificazione non tiene conto del fatto che i pazienti si differenziano per la qualità e il tipo di errori commessi nella lettura ad alta voce. Per la diagnosi di dislessie acquisite si utilizzano prevalentemente prove di lettura di singoli stimoli. Alcuni esempi di errori tipici sono gli *errori visivi* caratterizzati da una somiglianza visiva tra uno stimolo e la risposta del paziente. Nei casi più semplici l'errore consiste nella sostituzione, nell'omissione, nell'aggiunta o nell'inversione di una sola lettera. Gli errori morfologici presentano la radice lessicale in comune con lo stimolo, mentre viene letta in maniera errata la parte di parola che fornisce informazione circa il genere e il numero o circa il tempo nel caso dei verbi. Anche negli errori derivazionali la radice è comune a stimolo e risposta ma in questo caso viene letta in maniera errata la parte di parola che fornisce informazioni circa la funzione grammaticale. In generale errori ripetuti alle prove di lettura ad alta voce inserite in qualunque esame del linguaggio sono sufficienti a diagnosticare la presenza di una dislessia acquisita. Strettamente connesse alle dislessie sono le disgrafie o agrafie, disturbi della scrittura ai cui errori tipici sono quelli che si possono identificare anche nelle dislessie, e, anche in questo caso, le prove inserite nei comuni esami del linguaggio sono utili ai fini diagnostici (Grossi et al. 2003).

Le Aprassie

Una lesione corticale può compromettere specificatamente la capacità di programmare i movimenti, in assenza di disturbi percettivi elementari o disturbi della forza

(paresi) o della coordinazione motoria. Si determina così un quadro di aprassia cioè un'incapacità a eseguire i gesti causata da un disturbo specifico della programmazione motoria. I pazienti aprassici mostrano difficoltà nello scegliere e nell'eseguire nel giusto ordine i singoli atti motori che compongono un gesto o una sequenza motoria più complessa. Sulla base di questa definizione si potrebbe immaginare che tali pazienti incontrino gravi difficoltà nella vita di tutti i giorni, in quanto ognuno di noi esegue di continuo un'enorme quantità di movimenti finalizzati, ad esempio mentre si mangia o ci si veste. Invece, in realtà, solo i pazienti affetti da forme gravi di aprassia possono mostrare difficoltà nell'eseguire gesti abituali richiesti dalle necessità quotidiane, mentre i disturbi aprassici di solito interferiscono poco con l'autonomia della vita quotidiana. Infatti risulta sorprendente la dissociazione automatica/volontaria, il paziente spesso esegue senza alcuna difficoltà i movimenti richiesti dal contesto, ma diventa incapace di riprodurre gli stessi movimenti su richiesta verbale o su imitazione dell'esaminatore. Tali pazienti possono avere difficoltà nel programmare come eseguire i movimenti, ad esempio nell'utilizzare un oggetto, nell'abbigliarsi, nel camminare o nella programmazione dei movimenti della bocca e del volto.

I disturbi della memoria

L'amnesia è un disturbo della memoria caratterizzato dall'incapacità di rievocare le esperienze passate e di acquisire nuove informazioni. Tale deficit è indipendente dai disturbi intellettivi, linguistici o percettivi, in casi gravi il disturbo amnesico è estremamente invalidante e i pazienti necessitano di continua assistenza. Alcuni pazienti possono presentare una totale mancanza di coscienza di malattia, questo fenomeno può essere un ostacolo al processo riabilitativo. Le sindromi amnestiche possono essere causate da diversi eventi neurologici: ictus, neoplasie, interventi neurochirurgici, improvvisa riduzione dell'ossigeno al cervello, infezioni cerebrali, intossicazioni croniche (spesso dovute al consumo cronico di alcol), processi degenerativi (demenze), e traumi cranici. Queste diverse patologie possono ledere una o più strutture cerebrali coinvolte nel normale funzionamento dei processi di memoria: porzioni medial dei lobi temporali, struttu-

re diencefaliche, regioni orbitali dei lobi frontali. Queste strutture, compreso il sistema limbico, sono connesse tra loro e costituiscono una fitta rete. La memoria è considerata una funzione multi componenziale (Tulving, 1985), è un insieme di processi cognitivi che sono relativamente indipendenti e che possono essere danneggiati in maniera selettiva da una lesione cerebrale. I processi si distinguono principalmente in memoria a breve termine, come capacità di mantenere per alcuni secondi un numero limitato di informazioni provenienti da diverse fonti sensoriali, tali informazioni vengono gestite da un sistema di controllo chiamato memoria di lavoro. Nella memoria a lungo termine risiedono, invece, tutte quelle informazioni acquisite che possono essere sottoposte a processi di attivazione e di elaborazione. All'interno della memoria a lungo termine distinguiamo la memoria dichiarativa cioè la memoria il cui tipo di contenuto, una volta affiorato, può essere espresso verbalmente, e la memoria non dichiarativa che fa riferimento alle abilità mestiche non coscienti, la cui esistenza può essere rilevata soltanto attraverso il contenuto manifesto del soggetto, per esempio l'andare in bicicletta. Quindi lesioni selettive causate per esempio da traumi cranici o da eventi vascolari possono provocare deficit selettivi per ognuno dei diversi comparti della memoria, spesso associati a disturbi comportamentali come apatia, irritabilità, disinibizione. Le malattie degenerative come la demenza di Alzheimer, invece, comportano una progressiva perdita di tutte le componenti della funzione mnestica, a partire dalla memoria a breve termine, la perdita della capacità di immagazzinamento delle informazioni nuove, procedendo con la perdita della memoria a lungo termine e in fasi gravi della malattia anche della memoria non dichiarativa, perdendo, quindi, anche la memoria delle abilità motorie, percettive e cognitive. In alcuni stati demenziali acuti come la malattia di Alzheimer o la sindrome di Korsacoff (demenza da abuso di alcol cronico) si evidenzia una frequente tendenza alla confabulazione, ovvero una tendenza a fornire risposte false, a volte floridi racconti fantasiosi, senza la deliberata intenzione, tale sintomatologia può essere interpretata come un tentativo inconsapevole di nascondere o compensare i deficit di memoria. Tali sindromi demenziali sono spesso accompa-

gnate da gravi disturbi comportamentali riguardanti la sfera umorale, quali depressione ansia, apatia, ma anche irritabilità, disturbi del sonno, disturbi dell'alimentazione, comportamento motorio aberrante, deliri ed allucinazioni (Grossi et al. 2003).

I disturbi delle funzioni esecutive

I deficit cognitivi indotti da lesione delle aree prefrontali non coinvolgono singole abilità cognitive percettive, motorie o linguistiche, ma riguardano piuttosto il modo in cui tale abilità sono sfruttate dal paziente per mantenere un comportamento appropriato ai diversi contesti personali e sociali. Le funzioni "frontali" sono, dunque abilità complesse ed evolute che per loro natura sfuggono ad una semplice sistematizzazione, si definiscono, in questo senso, *funzioni esecutive* le capacità di organizzazione e pianificazione del comportamento, e *sindrome disesecutiva* il quadro sintomatologico che deriva dall'alterazione di tale abilità. Volendo ottenere una sintesi delle funzioni frontali o esecutive si può dire che esse consistono nella capacità di elaborare interpretazioni astratte di stimoli o materiali concreti e di modificarle in caso di necessità, nella capacità di pianificare le azioni prevedendone i possibili sviluppi, nella capacità di inibire comportamenti semplici e automatici in funzione di un processo più evoluto e complesso; nella capacità di organizzare e ordinare le proprie esperienze e conoscenze secondo criteri coerenti e nuovi. Non sempre tutte queste abilità sono ugualmente compromesse, la variabilità dell'espressione clinica può derivare dall'ampiezza della zona lesa. Caratteristica di tali pazienti sono alcuni disturbi del comportamento inibitorio, si riscontra inoltre irritabilità, agitazione, apatia, disinibizione (Grossi & Trojano, 2003).

I disturbi dell'attenzione

Lo studio neuropsicologico sistematico dei disturbi attenzionali ha una storia comparativamente più recente rispetto ad altre aree del funzionamento cognitivo, quali la memoria o il linguaggio. In questo ambito una patologia di particolare interesse per la sua frequenza e le sue importanti implicazioni sociali è rappresentata dai traumi cranici chiusi. La percentuale dei pazienti è particolarmente elevata (circa lo 0.3% della popolazione) e colpisce fasce d'età giovani-

le (soprattutto tra i 15 e i 35 anni). L'esame di questi pazienti indica che presentino chiari disturbi attenzionali anche a notevole distanza dall'evento traumatico. Soggettivamente i pazienti riportano di essere facilmente irritabili, affaticabili, ecc. (Van Zomeren e Van Den Burg, 1985). I disturbi dell'attenzione possono riguardare sia l'attenzione selettiva, quindi la capacità di dividere le nostre risorse tra i diversi canali che richiedono una risposta, per esempio alternando (switching) la nostra attenzione tra i due canali d'informazione, sia l'intensità della nostra risposta. Ci sono delle situazioni di pericolo (ad esempio stiamo attraversando la strada in modo distratto e sentiamo il clacson della macchina) in cui un segnale di avvertimento innalza molto rapidamente la nostra capacità di rispondere allo stimolo, l'organismo modifica in modo fasico la propria capacità e rapidità d'emissione della risposta. Altre situazioni descrivono casi in cui una risposta attentiva ci è richiesta per tempi prolungati. Ad esempio, capita di dover guidare per molte ore, magari in autostrada con limitate fonti d'interesse. Come si può ben capire l'attenzione non risulta essere un fenomeno unitario, ma è descritta nel modo migliore come una classe di processi qualitativamente diversi, caratterizzata sia da una dimensione selettiva sia da una dimensione d'intensità. I processi attenzionali non operano nel vuoto, non ci sono compiti esclusivamente attenzionali, ma sono processi che modulano l'attività di altri processi come la memoria o la percezione (Mazzucchi, 2003). Quindi sia a livello diagnostico che riabilitativo è molto utile utilizzare un approccio olistico che tenga in considerazione tutto il quadro neuropsicologico ma anche quello comportamentale. Infatti, anche stati depressivi o disturbi d'ansia possono comportare deficit attentivi o della memoria.

La Riabilitazione neuropsicologica e qualità di vita

L'allungamento della vita media comporta che l'attesa di vita di pazienti colpiti da patologie neurologiche sia assai più lunga che in passato. I grandi miglioramenti delle tecniche rianimative e l'aumento della scolarizzazione media comportano che pazienti con sequele di patologie neurologiche possano attingere a potenziali residui più elevati che in passato. La crescente domanda di interventi riabilitativi è inoltre

legata al forte impatto sociale dei traumi cranici, patologie invalidanti che riguardano assai spesso soggetti giovani.

La neuro-riabilitazione ha ricevuto poca attenzione fino ad epoche molto recenti, il pensiero neurobiologico, infatti, ha considerato estremamente limitato il potenziale plastico del sistema nervoso dell'adulto, e quindi velleitario e inconcludente ogni tentativo di riabilitazione. Sulla base di studi classici si riteneva che la maggior parte delle modificazioni del sistema nervoso centrale si verificasse quasi esclusivamente entro periodi dello sviluppo detti critici. Oggi, anche se rimane verosimile che la massima suscettibilità al cambiamento abbia luogo entro periodi definiti, numerosissime ricerche hanno dimostrato che il sistema nervoso dell'adulto è tutt'altro che statico.

È nozione comune che l'apprendimento implichi cambiamenti funzionali e/o strutturali del sistema nervoso, una rigida applicazione della regola della fissità delle connessioni nervose in età adulta contrasta con il fatto che l'apprendimento, in assenza di patologie specifiche, può aver luogo a qualunque età (Mazzucchi, 2003).

Emerge che molte rappresentazioni cerebrali sono dinamiche e vengono continuamente rimodellate: alcuni studi hanno riportato evidenze di neuro plasticità post-lesionale (Eysel, 1997), nonché dell'efficacia della terapia riabilitativa nell'espansione della rappresentazione nervosa danneggiata da una lesione vascolare, e quindi nel miglioramento della sintomatologia (Liepert et al., 1998).

La grande sfida della riabilitazione non è semplicemente di favorire e sfruttare le capacità neuro plastiche, ma anche di inibirle nei casi in cui esse comportano effetti negativi. Oggetto della riabilitazione neuropsicologica è creare questa stimolazione ambientale con un approccio olistico ed individualizzato, che risponda ai bisogni cognitivi, emotivi e motivazionali del paziente. Spesso le abilità di base e strumentali della vita quotidiana risultano compromesse, il paziente non è in grado di provvedere autonomamente a semplici compiti come fare la spesa, rispondere al telefono, pagare le bollette o uscire di casa in autonomia, in alcuni casi più gravi il paziente ha bisogno di assistenza anche nella cura personale, risulta evidente comprendere la forte compromissione della qualità di vita di questi soggetti e di chi si occupa di loro.

Lo scopo della riabilitazione neuropsicologica è di migliorare l'adattamento funzionale del paziente nonostante il danno cerebrale subito. La metodologia terapeutica è il mezzo con il quale raggiungere l'obiettivo, ha le sue radici nelle scienze cognitive e nel comportamentismo, si può basare sulla stimolazione specifica di un processo cognitivo leso tramite la quale viene facilitato l'accesso ad un'informazione che è relativamente intatta ma inaccessibile. Oppure attraverso la stimolazione e il riadattamento funzionale di moduli cognitivi preservati, o abilità residue, e superamento degli effetti inibitori, in questo modo vengono sviluppate nuove abilità, coinvolgendo differenti processi cognitivi, per svolgere una determinata funzione. Quindi si procede per ottimizzare il recupero delle abilità cognitive danneggiate (l'attenzione, il linguaggio, la comunicazione verbale e non verbale, le azioni, la percezione, la memoria, le capacità visuo-spaziali, il ragionamento, le funzioni esecutive, le emozioni e il comportamento) e facilitare le strategie che permettono di compensare i deficit e di migliorare le capacità d'adattamento del paziente. Il trattamento si occupa anche dei disturbi del comportamento ed emozionali, spesso associati ai deficit, e del sostegno psicologico ai familiari o a chi si occupa del paziente.

applicazioni tecniche. Masson.

Bibliografia

Van Zomeren AH. E Van Der Burg W.R. (1985) Residual Complaints of patients two years after severe head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 48: 21-28.

Eysel U.T.. (1997) "Perilesional cortical dysfunction and reorganization". In Freund H.J., Sabel B.A. e Witte O. W. (eds), *Brain Plasticity, "Advances Neurology"*, 73. Lippincott- Raven Publishers, 195-206.

Liepert J., Miltner W. H. R., Bauder H., Sommer M. Dettmers C., Taub E. , Weiller C. (1998) Motor cortex plasticity during constraint-induced movement therapy in stroke patient. *Neuroscience Letter*, 250: 5-8.

Tulving E. (1985) How many Memory system are there?, in *American Psychologist*, 40, pp. 385-98

Grossi D., Trojano L., (2003). *Lineamenti di neuropsicologia clinica*. Carocci Editore.

Mazzucchi A., (2003), *La Riabilitazione Neuropsicologica*. Premesse teoriche e

IL BULLISMO

Chiara Spitaleri, Rosaria Nardello

Dipartimento Materno Infantile, Policlinico "P. Giaccone", Via del Vespro 129, 90127, Palermo, Italy

Il bullismo è una forma di condotta antisociale, di comportamento aggressivo, che si caratterizza per la mancanza di rispetto delle regole. E' uno squilibrio di potere tra due o più persone perpetuato nel tempo; è l'insieme di prepotenze ripetute e continue tra ragazzi non di pari forza, in cui chi subisce non è in grado di difendersi da solo.

Si realizza in un contesto di gruppo, insinuandosi in tutti gli ambienti comunitari, e consente a dei "falsi potenti" di vittimizzare i più deboli e vulnerabili, utilizzando la prevaricazione. Non è un processo individuale che coinvolge solo bulli e vittime ma è un processo che coinvolge ruoli diversi (assistenti, rinforzi, spettatori, difensori...) Studiati a partire dagli anni '70 il bullismo non è un problema solo per la vittima ma è l'espressione di un disagio anche nell'aggressore.

Si differenzia da una situazione di normale conflitto tra bambini o adolescenti per l'intenzione di fare del male e la mancanza di compassione, l'intensità e la durata, il potere del "bullo", la vulnerabilità della vittima, la mancanza di sostegno e le conseguenze. Il "persecutore" prova piacere nell'insultare, nel picchiare o nel cercare di dominare la "vittima" e continua anche quando è evidente che la vittima sta molto male ed è angosciata, si sente isolata ed esposta, perde l'autostima e disinveste nella scuola oppure diventa a sua volta aggressore.

Il bullismo spesso si genera e perpetua nel sistema scolastico. Lì il bullo mette a in atto il suo profilo abusante e la vittima si condanna ad una difficile esperienza.

Nel tempo sono state avanzate diverse teorie eziopatogenetiche:

Teoria freudiana (ipotesi pulsionale): frustrazione e privazioni, attivazione delle pulsioni primarie, aggressione verso la fonte del disagio;

Teoria dell'apprendimento sociale (ipotesi ambientale): risposta appresa in relazione al contesto, aggressione, ansia e depressione;

Teoria dell'apprendimento osservativo:

azione compiuta da un modello significativo, osservazione, valutazione delle conseguenze, motivazione a riprodurre;

Ipotesi genetica: Carenze neuropsicologiche e temperamento, influenze ambientali, cronicità ed intensificazione del comportamento aggressivo.

Tra i fattori di rischio non vi sono le condizioni socio-economiche, bensì uno stile educativo e familiare aggressivo e/o violento (genitori poco coinvolti e poco partecipi alla vita del figlio, incoerenza nelle norme e nelle punizioni, uno stile educativo permissivo e tollerante, punizioni corporali violente e usate in modo coercitivo), ostilità verso l'ambiente e difficoltà a riconoscere le emozioni.

Le prepotenze possono essere verbali (prese in giro, insulti, offese, minacce), psicologiche (esclusioni, menzogne, false voci...), fisiche (aggressioni, molestie, tormenti ripetuti), elettroniche (SMS, filmati, chat...), umiliazioni, scherzi pesanti, estorsioni, furti lievi o importanti, danneggiamento del materiale scolastico (6).

Il bullismo può essere "diretto" con attacchi relativamente aperti che tendono a ferire la vittima immediatamente o "indiretto" che si esprime con isolamento sociale, intenzionale esclusione dal gruppo, utilizzo degli altri come mezzi per attaccare, manipolazione dei rapporti sociali per isolare un compagno.

Anche le ragazze sono prepotenti e aggressive, spesso molto più dei coetanei maschi; non accettano regole, allontanano chi è diverso da loro e hanno sete di potere. Proprio come i loro compagni maschi. Alle scuole elementari e medie, sono in competizione tra loro e all'inseguimento del "modello vincente", quello maschile; anzi sono ancora più aggressive e spietate; anche se generalmente quello femminile è un bullismo più psicologico rispetto al modello maschile.

I protagonisti sono i Bulli (8.2%: leader che aggrediscono e incoraggiano gli altri a partecipare), gli Assistenti (6.8%, individui più passivi dei bulli che li aiutano nelle attività aggressive ma non le promuovono), i Rinforzi (19.5%, ridono per le offese alla vittima e li incoraggiano a continuare), i Difensori (17.3%, offrono aiuto alla vittima), gli Spettatori (23.7% mantengono le distanze), le Vittime (11.7% oggetto di ripetute aggressioni) e coloro che non hanno nessun ruolo (12.7%).

Il bullo tende a dominare e usare la forza fisica per imporsi, fatica a rispettare le regole, possiede una bassa tolleranza alle frustrazioni, alta irritabilità e reattività; apparentemente ha un alto livello di autostima, è oppositivo verso gli adulti, mette in atto comportamenti antisociali, il rendimento scolastico è vario tendente al basso. Esistono tre categorie di bulli: bullo aggressivo, bullo ansioso, bullo passivo. La vittima è insicura, ansiosa, ha bassa autostima e opinione negativa di sé, più debole dei compagni, cauta, riservata e passiva, impaurita per la propria incolumità fisica, si rapporta meglio con gli adulti, a volte è iperattiva e goffa. La vittima a scuola è intimidita e sottomessa dai compagni, è oggetto di derisione, ha lividi o ferite di cui non si può dare spiegazione naturale, è sola ed esclusa dai pari, tende a stare con gli adulti, è ansiosa e insicura in aula, ha difficoltà a parlare; il rendimento scolastico è in peggioramento graduale. A casa è isolata, non invita i compagni a casa propria, non ha amici, è riluttante e timorosa di andare a scuola la mattina, ha scatti d'umore e instabilità emotiva, mal di testa, disturbi del sonno, progressiva perdita di interesse per la scuola, richieste di denaro ingiustificate.

La vittima passiva subisce le prepotenze senza riuscire a reagire. La vittima provocatrice ingaggia duelli serrati con il bullo, stuzzicandolo, fino a che questo non risponde con un'azione di prepotenza (5).

Le conseguenze del bullismo sulla vittima sono A breve termine: Sintomi fisici (Cefalea, astenia, dolori addominali, vertigini); Sintomi psicologici (ansia, reattività emozionale, svalutazione dell'immagine di sé e ridotta autostima); Alterazione del funzionamento scolastico (problemi di concentrazione e di apprendimento, rifiuto scolastico).

A lungo termine: insicurezza, ansia, ridotta autostima, depressione, comportamenti autodistruttivi/autolesivi-suicidio, dipendenza-abuso di sostanze; ritiro sociale, abbandono scolastico, difficoltà a livello lavorativo.

Secondo una prima ipotesi: il quadro psicopatologico è antecedente e causa l'esperienza di vittimizzazione; una seconda ipotesi: l'essere stato vittima di episodi di bullismo determina la comparsa di disturbi psicopatologici (4).

L'incidenza dei sintomi è variabile: disturbi

del sonno 22%, ansia 19.3%, inappetenza 15%, senso di tensione 14.5%, cefalea 11.3%, dolori addominali 9.4%, depressione 7.9%, astenia 6.8%, enuresi notturna 4.7% (1-2).

E' stata inoltre osservata una correlazione significativa tra bullismo e rischio di suicidio.

Tra i maschi non vi è una correlazione statisticamente significativa tra l'essere coinvolti in episodi di bullismo (sia bulli che vittime) e suicidio (sia tentato che compiuto).

Tra le femmine l'essere ripetutamente vittima di episodi di bullismo risulta associato in modo statisticamente significativo al suicidio (sia tentato che compiuto) indipendentemente dalla presenza di psicopatologia nell'infanzia, tanto che, se fosse possibile azzerare il fenomeno "bullismo", si avrebbe ipoteticamente una riduzione del rischio suicidario del 10%.

Il bullismo inoltre, è un percorso a rischio verso comportamenti devianti nell'età adulta. Il 45% degli ex-bulli a 24 anni è condannato dal tribunale per almeno 3 crimini. E' stata osservata un'aumentata incidenza di comportamenti antisociali e 'condotte di rottura' con un rischio a lungo termine di comportamenti criminali e alcolismo.

Secondo un'indagine fatta nelle scuole italiane un ragazzo su due subisce episodi di violenza verbale, psicologica e fisica. Il 33% è una vittima ricorrente.

L'indagine più completa sino ad ora è stata condotta nel 1990 nel Regno Unito attraverso l'utilizzo di un questionario rivolto a 2.623 alunni di scuola elementare e 4.135 alunni di scuola secondaria inferiore e superiore.

Nelle scuole elementari:

- il 27% riferisce di aver subito prepotenze più di una o due volte in un quadrimestre e il 10% almeno una volta a settimana

- il 12% riferisce di aver compiuto angherie nei confronti di compagni più di una o due volte in un quadrimestre e il 4% almeno una volta a settimana

Nelle scuole medie:

- il 10% riferisce di aver subito prepotenze più di una o due volte in un quadrimestre e il 4% almeno una volta a settimana

- il 6% riferisce di aver compiuto angherie nei confronti di compagni più di una o due volte in un quadrimestre e il 1% almeno una volta a settimana.

Un gruppo di ricercatori ha dato inizio allo

studio del fenomeno del bullismo che in Italia presenta un panorama assai ampio e articolato. Emerge che il bullismo è in Italia molto più elevato che altrove, sia per quanto riguarda la percentuale dei prepotenti, sia per quanto riguarda quella delle vittime.

La forma più frequente di bullismo riscontrata è quella di tipo verbale. Il fenomeno è sottostimato perché le vittime spesso non parlano e perché la violenza è spesso indiretta. Il 50% delle vittime non dichiara per paura o per scelta consapevole di autonomia di fronte agli adulti.

Dirigenti scolastici, insegnanti e personale non docente devono attivarsi elaborando una politica scolastica antibullismo, affrontando senza paure il problema con discussioni, controllo degli spazi e dei momenti meno strutturati, ecc., collaborando con alunni e genitori per rendere visibili le situazioni di prepotenza e per ricercare soluzioni ai conflitti sociali sottostanti e trovando il giusto equilibrio tra fermezza, comprensione e sostegno.

I percorsi educativi necessitano di tempi lunghi, di creare spazi per lavorare sulle relazioni sociali, per la vittima acquisire maggior fiducia, per il bullo acquisire la capacità di porsi in maniera socialmente accettabile; utili sono il lavoro in sottogruppi, l'apprendimento cooperativo, le schede di analisi delle dinamiche di gruppo, il confronto attraverso racconti, filmati, articoli, laboratori espressivi e giochi pedagogici sul conflitto, sulla comunicazione, sulla conoscenza reciproca. A scuola il coordinamento degli insegnanti, la supervisione nelle ore d'intervallo e mensa, spazi adeguati di ricreazione e contatti genitori/insegnanti. In classe è utile esplicitare le regole sul bullismo a tutta la classe, concordando le sanzioni e chiarendo quale specifico comportamento viene punito; elogiare i comportamenti adeguati, e attuare l'apprendimento e le attività cooperative. Utili sono i colloqui con i soggetti identificati come bulli e vittime e con i genitori dei soggetti per aiutarli a intervenire in modo adeguato. Importante è anche agire nel gruppo dei pari per fare leva sulle capacità prosociali ed empatiche dei ragazzi, modificare le dinamiche di gruppo e usare i compagni come appoggio. È provato che la chiave per affrontare il problema del bullismo è l'adozione di una politica scolastica integrata, cioè un insieme coordinato di interventi che coinvolgano tutte le com-

ponenti scolastiche e nella quale gli adulti della scuola (inclusi i genitori) si assumono la responsabilità della relazione con i ragazzi.

È dalla scuola quindi che bisogna cominciare per fare prevenzione, per promuovere una cultura che veda nel diverso semplicemente un altro modo di essere, né migliore, né peggiore, soltanto altro. È necessario valorizzare e promuovere i metodi e gli strumenti dell'intelligenza emotiva, in contrasto con la riduzionistica visione che pone il segreto del successo evolutivo nella performance.

Anche il docente svolge un ruolo importante, può essere infatti 'difensore' della vittima; 'astante' indifferente, impotente e inconsapevole; 'vittima' passiva, provocatrice; 'bullo', leader, gregario, sostenitore (3).

Un buon educatore deve diventare per l'adolescente un modello per la determinazione, per il coraggio, per la disciplina, per l'autostima e il valore di sé, per l'investimento sul sociale e sui valori, per l'ottimismo e la responsabilità con cui affronta la vita.

Consigli per i ragazzi:

- Difficile per il bullo prendersela con te se racconterai ad un amico ciò che ti sta succedendo.
- Quando il bullo vuole provocarti, fai finta di niente e allontanati.
- Il bullo si diverte quando reagisci, se ti arrabbi o piangi. Senza la tua reazione il bullo si annoierà e ti lascerà stare.
- Quando il bullo ti provoca o ti fa del male, non reagire.
- Fai capire al bullo che non hai paura di lui e che sei più intelligente e spiritoso. Così lo metterai in imbarazzo e ti lascerà stare.
- Molte volte il bullo ti provoca quando sei da solo. Se stai vicino agli adulti e ai compagni che possono aiutarti, sarà difficile per lui avvicinarsi.
- Subire il bullismo fa stare male. Parlane con un adulto di cui ti fidi, con i tuoi genitori, con gli insegnanti, con il tuo medico. Non puoi sempre affrontare le cose da solo!
- Se sai che qualcuno subisce prepotenze, dillo subito ad un adulto.

Per i genitori:

- Aumentare l'autostima dei propri figli.
- Incoraggiarli a sviluppare le loro caratteristiche positive e le loro abilità.

- Stimolarli a stabilire relazioni con i coetanei e a non isolarsi.
- Saper esprimere la propria rabbia in modo costruttivo e con maturità.
- Comunicare in modo sincero.
- Essere capace di identificarsi con gli altri e capire le conseguenze dei propri comportamenti.

I genitori devono inoltre imparare a cogliere i segnali di chi è vittima di bullismo:

- Trovare scuse per non andare a scuola o voler essere accompagnati.
- Fare frequenti richieste di denaro.
- Essere molto tesi, piagnucolosi e tristi dopo la scuola.
- Presentare lividi, tagli, graffi o strappi negli indumenti.
- Dormire male o bagnare il letto.
- Raccontare di non avere nessun amico.
- Rifiutarsi di raccontare ciò che avviene a scuola.

Per gli insegnanti:

- Può essere utile far compilare agli alunni un questionario e organizzare una giornata di dibattito e incontri fra genitori, fra insegnanti e fra genitori e insegnanti.
- Una migliore attività di controllo durante la ricreazione e la mensa.
- Elogi, ricompense e sanzioni possono servire a modificare il comportamento degli studenti più aggressivi.
- Spesso si ha timore o vergogna di raccontare personalmente ciò che sta succedendo. Potrebbe essere di aiuto, per genitori e vittime, avere un numero di telefono al quale rivolgersi.
- Si possono istituire "cassette delle prepotenze" dove lasciare dei biglietti con su scritto quello che succede; individuare degli studenti leader che aiutino le vittime; aprire uno sportello psicopedagogico che sia di riferimento per bambini e adulti.
- In classe, tutti insieme, si possono individuare poche e semplici regole di comportamento contro il bullismo.
- È importante abituare i ragazzi a raccontare ciò che accade e a non nascondere la verità.
- Se l'insegnante individua un bullo o una vittima, per aiutarlo è necessario parlare subito con lui di ciò che gli accade.

E infine gli interventi diretti...

- Chiedere a chi subisce, in modo riservato, come si sente in classe.
- Colloquio con chi opera prepotenze.

- Dialogo con le famiglie, ove possibile.
- Coinvolgimento di allievi in posizioni significative.
- Coinvolgimento della classe.
- Stabilire sanzioni riconoscibili per chi le riceve.
- Migliorare l'osservazione da parte dell'adulto.
- Corretta individuazione da parte dell'adulto delle condotte violente.

BIBLIOGRAFIA

1. Randy A. Sansone, MD, and Lori A. Sansone, MD. Bully Victims: Psychological and Somatic Aftermaths. *Psychiatry*, June 2008
2. V. Y. Kshirsagar, Rajiv Agarwal and Sandeep B Bavdekar. Bullying in Schools: Prevalence and Short-term Impact. *Indian Pediatrics*, January 2007
3. Rachel C. Vreeman, MD; Aaron E. Carroll, MD, MS. A Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:78-88
4. Young Shin Kim, MD, MS, MPH, PhD; Bennett L. Leventhal, MD; Yun-Joo Koh, PhD; Alan Hubbard, PhD; W. Thomas Boyce, MD. School Bullying and Youth Violence Causes or Consequences of Psychopathologic Behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1035-1041
5. Wendy Craig, Yossi Harel-Fisch, Haya Fogel-Grinvald, Suzanne Dostaler, Jorn Hetland, Bruce Simons-Morton et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health*. September 2009
6. JM. Lyszniacki, M.S., M.P.H., MA McCaffree, M.D., and CB. Robinowitz, M.D. Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American Family Physician*, November, 2004