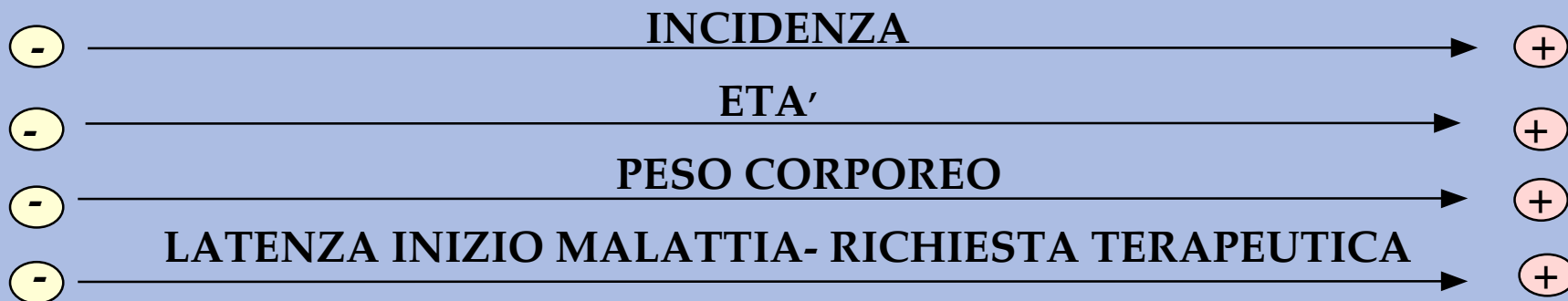
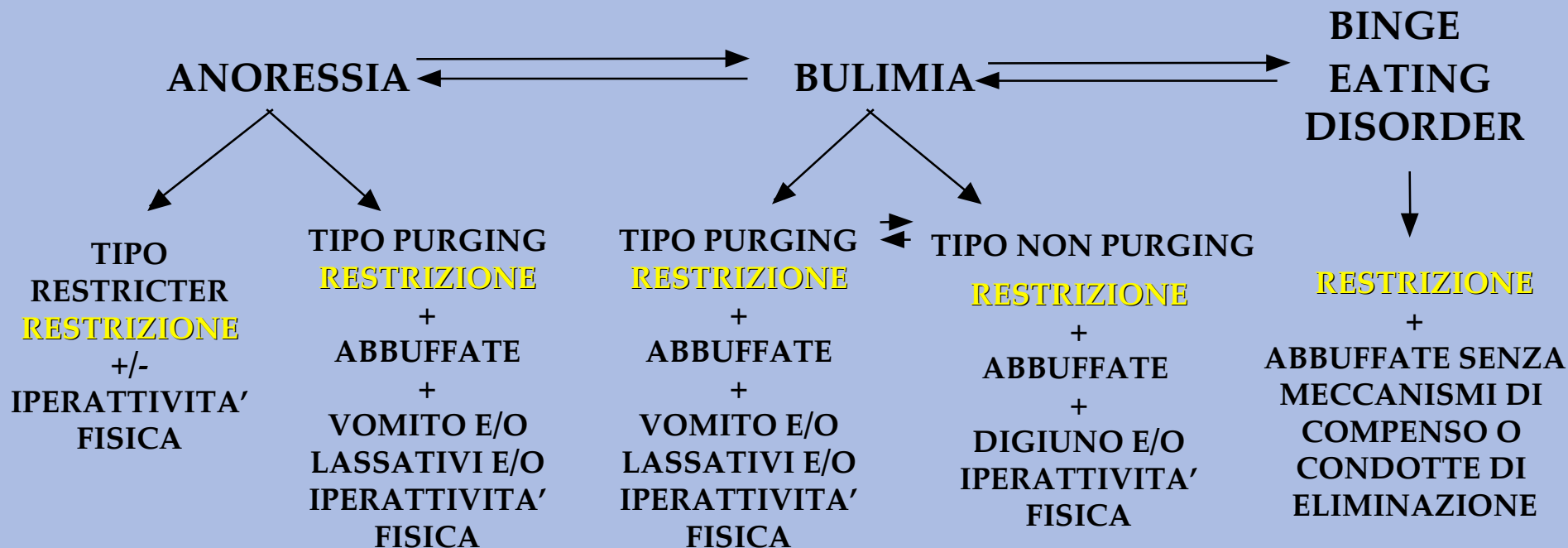


Anoressia, Bulimia  
Disagio Contemporaneo  
**I FATTORI DI RISCHIO**  
ed  
**I TRATTAMENTI INTERDISCIPLINARI**  
per  
i Disturbi del Comportamento Alimentare

Romana Schumann  
Centro Gruber - Bologna



## **PERCHÉ NELLE DONNE E PERCHÉ NELL'ADOLESCENZA**

- L'io si definisce tramite le relazioni interpersonali
- L'individualità non passa dalla separazione all'individualizzazione, ma dalla relazione alla differenziazione
- L'importanza di essere piacevole, socievole ed interessato all'altro
- Il valore di sé dipende dall'abilità di instaurare relazioni importanti
- Vulnerabilità elevata al giudizio altrui
- Enfasi sull'attrazione, rinforzata dai mass media, con una ideale di magrezza biologicamente irraggiungibile.

## **PERCHÉ NELLE DONNE E PERCHÉ NELL'ADOLESCENZA**

- L'affermazione del senso di femminilità tramite la bellezza, il corpo
- La dieta come comportamento specifico al servizio dello sviluppo dell'identità femminile
- Le madri critiche rispetto al peso della figlia
- Le madri a dieta come modelli
- Le scuole di danza e le palestre hanno un'influenza sull'insoddisfazione corporea tramite un'ideale di perfezione
- Minore è il valore intrinseco dell'Io, minore è la sicurezza di sé e l'autostima, maggiore è la focalizzazione sull'apparenza fisica come modo concreto e gestibile per costruirsi l'identità
- La vulnerabilità emotiva e fisica causata dalla particolare situazione endocrinologica

## PERCHÉ NELLE DONNE E PERCHÉ NELL'ADOLESCENZA

- Nelle prime relazioni eterosessuali anche la restrizione alimentare viene usata nell'intento di aumentare l'attrazione fisica
- I cambiamenti dei ruoli, i dubbi verso il futuro, le frequenti situazioni di valutazione
- Il periodo iniziale di autonomia, il necessario autocontrollo sugli affetti e sul comportamento, la capacità di assumersi delle responsabilità
- Le relazioni conflittuali con i genitori, la diminuzione del tempo trascorso insieme, la minore aderenza all'autorità genitoriale, l'aumento del distacco emotivo
- la crescita dell'autoconsapevolezza e dell'autoriflessione con maggiore rischio di autocritica

## DCA E OBESITA'INFANTILE

- 1) I Disturbi del Comportamento Alimentare sono nei paesi occidentali la terza diagnosi più comune in adolescenza dopo obesità e asma
- 2) Aumentata incidenza a livello mondiale del sovrappeso e dell'obesità nel bambino, nell'adolescente ("global epidemic" OMS 1998) con rischio del mantenimento dell'obesità in età adulta e rischio per lo sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare
- 3) Associazione con gravi implicazioni per la salute, gravi problematiche psicologiche e di socializzazione
- 4) Necessità di intervento precoce
- 5) Ruolo cruciale della famiglia e importanza della motivazione della famiglia per un proprio coinvolgimento nella prevenzione e nella terapia
- 6) Riconoscimento dell'importanza delle influenze sociali e soprattutto familiari nella genesi e nel mantenimento del problema

## DCA e OBESITA' infantile

L'obesità infantile è uno dei fattori più comunemente studiati in modo retrospettivo rispetto all'onset dei DCA (Fairburn et al. 1998,1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, O'Connor, 1997).

- Bambini obesi possono presentare comportamenti di DCA: in uno studio su 126 bambini e adolescenti obesi (10-16 anni) hanno ritrovato che il 36,5% presentava episodi di binge (Decaluwè, Braet e Fairburn, 2002)
- Bambini sovrappeso con episodi bulimici presentavano un eccesso ponderale maggiore e presentavano in maggior misura ansia, sintomi depressivi e insoddisfazione corporea e il 5,3% soddisfaceva i criteri per il BED (Morgan et al., 2002)
- Breat et al. (2000) a seguito dei risultati ottenuti in uno studio su 745 bambini ipotizzano che una bassa autostima corporea nel bambino obeso potrebbe essere associata ad una scadente stima di sé e costituire un terreno di aumentata vulnerabilità psicologica che si potrebbe prolungare nella vita adulta

# RESTRIZIONE ALIMENTARE E/O FARE DIETE COME FATTORE DI RISCHIO PER UN DCA

Patton et al. 1999; Rautenstrauch, J. 2000

- Ragazze adolescenti che stanno in dieta rigida hanno un rischio 18 volte più alto di sviluppare un DCA che quelle che non sono a dieta, anche ragazze che fanno una dieta moderata aumentano il rischio per 5 volte
- Livelli alti di comorbilità psichiatrica aumentano il rischio di sviluppare un DCA per 7 volte
- Circa due terzi dei casi nuovi di DCA accadono in ragazze che hanno fatto una dieta moderata
- La predominanza femminile di DCA in confronto con i maschi si spiega ampiamente con le loro più alte frequenze di diete con inizio precoce e la loro comorbilità psichiatrica
- Esercizio fisico quotidiano sembra una strategia meno rischiosa per controllare il peso in adolescenza



## DIETA COME FATTORE DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI DCA

- Soggetti con BN avevano nei 6 mesi precedenti l'esordio più frequenti episodi binge rispetto ai controlli (Raffi, Rondini, Grandi e Fava 2000).
- "Diet first" come fattore antecedente l'esordio di BN (Mussell et al. 1997).
- Tra gli adolescenti i soggetti classificati come a dieta sono stati trovati 8 volte più a rischio di sviluppare BN rispetto ai controlli (Patton et al. 1990).
- Westenhoefer, 2002 - In 551 studenti di Amburgo dai 7 ai 16 anni:
  - 3,7% delle ragazze e lo 0,7% dei ragazzi usano il vomito come controllo del peso
  - nelle ragazze esiste una proporzionalità diretta fra n° di diete e comportamenti di vomito autoindotto : 2% in ragazze che hanno fatto una dieta contro il 15% di quelle che ne hanno fatte >5
- Ballardini e Schumann, 2002 - In una popolazione clinica costituita da 80 donne con BN e 60 con BED confrontata con 60 donne sane:
  - obesità nell'infanzia ritrovata in 20,5% BN; 49% BED; 5,1% Controlli
  - > 3 diete prima dello sviluppo del binge :56,6% BN; 72% BED; 15,4% Controlli

### FATTORI BIOLOGICI

- vulnerabilità genetica per i disordini psicologici

### DEFICIT INDIVIDUALI

- disturbi della percezione (stimoli interni, emozioni)
- problemi nella espressione delle emozioni
- "restrizione cognitiva - pensare bianco o nero"

### FATTORI BIOLOGICI

- (famiglia, scuola, mass media)
- ruolo femminile
- orientamento verso il successo
- ideale di magrezza (autocontrollo, successo, bellezza)

### STRESS CRONICIZZATO

- conflitti nella relazione
- solitudine
- noia
- abbandono subito

### DESTABILIZZAZIONE PSICHICA

#### Autostima bassa:

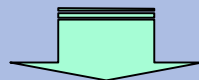
- ipersensibilità verso le critiche
- cognizioni auto-punitive

#### Instabilità affettiva:

- cambiamenti di umore
- intolleranza alle frustrazioni
- impulsività
- paure
- depressione

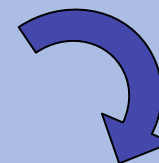
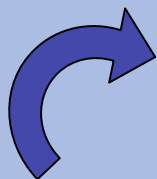
#### Orientamento verso il successo:

- fissarsi sulla propria figura, essere "in forma"



### PREVALE "ESSERE MAGRO"

- risolvere conflitti personali e problemi con il controllo del cibo e del peso
- digiuni e diete
- vomito, lassativi, diuretici



### MALNUTRIZIONE CON UN PESO SOGGETTIVO

- **conseguenze fisiche**
- disfunzioni ormonali
- deficit di vitamine e di minerali
- metabolismo basso
- stanchezza
- facilità ad aumentare di peso rapidamente
- **conseguenze psicologiche**
- aumento del nervosismo
- depressione a causa della dieta

### DESTABILIZZAZIONE PSICHICA

- paura di aumentare di peso
- paura di perdere il controllo
- abbassamento dell'autostima
- isolamento sociale

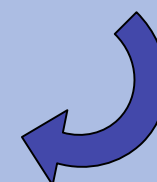


### ABBUFFATE

- voracità fisica come contro-reazione fisiologica
- come calmante emotivo per abbassare la tensione



SI AUMENTA LA SENSAZIONE DI PERDERE IL CONTROLLO SUL CIBO



Schumann R., *Viaggio Adolescenza. Tra rischi e opportunità*, Imola, 2008

## LA SENSAZIONE DELLA FAME È:

### DEBOLEZZA

- Non spontanea
- Bloccata
- Deviata
- Pericolosa
- Angosciante
- Segnale della natura, del corpo ripugnante e disgustoso
- Necessità di una varietà di stratagemmi per opporsi alla soddisfazione del fisiologico bisogno di alimentarsi

### FORZA

- Metro di sicurezza
- Metro di riuscita a fare fronte
  - alla propria angoscia
  - ad un dolore radicato
  - ad un dilaniante senso di inadeguatezza
  - ad un timore di deludere, di fallire
  - alla paura di non riuscire ad affermarsi come individui adulti ed indipendenti
  - alla angoscia dell'abbandono e del rifiuto

## LA MALATTIA È:

- Solitudine
- Stigma
- Vergogna
- Identificazione
- Spavento
- Trauma
- Disastro
- Segreto
- Battaglia
- Rituale
- Sopravvivenza
- Identità

## COMPETENZE TERAPEUTICHE DELL'EQUIPE INTERDISCIPLINARE

Settore  
Medico-  
internistico-  
nutrizionale  
DCA



Settore  
Psicoterapico  
- Psicologico-  
Psichiatrico  
DCA

## Razionale medico-nutrizionale

## Razionale psicoterapico

Spiegazione razionale Riabilitazione Nutrizionale

Spiegazione del rationale della CBT

Spiegazione del rationale per l'auto-osservazione

Definizione del significato della psicopatologia

Spiegazione della connessione del binge con la restrizione e la restrizione cognitiva

Recupero delle potenziali competenze

Definizione del rationale per gli obiettivi di peso e intake nutrizionale

Elaborazione della decisione al cambiamento

Definizione delle distorsioni cognitive su peso, cibo, fisiologia

Analisi degli stimoli determinanti il circolo vizioso restrizione - binge

## Riabilitazione Nutrizionale

## Psicoterapia - CT/CBT

Percorso d'identificazione dei passi di cambiamento relativamente ai comportamenti collegati alla restrizione e alla disinibizione

Avvio della gestione delle emozioni e definizione di strategie e competenze per la gestione dei vissuti fobici, ossessivi e depressivi

Percorso di guida all'ascolto e alla decodificazione di fame e sazietà e altri sintomi fisici legati alla patologia

Avvio della ristrutturazione cognitiva attraverso:

- Riconoscimento delle cognizioni di mantenimento (circoli viziosi)
- Identificazione delle credenze di base disfunzionali
- Costruzione di competenze meta-cognitive

Training per il ripristino di un'alimentazione fisiologica

- Programma di regolarizzazione dei pasti
- Sensibilizzazione ai bisogni qualitativi e quantitativi di cibo

Avvio alla ricostruzione dell'autostima, rinforzo e valore del Sé

Ristrutturazione cognitiva personalizzata su:  
Cibo - Peso - Corpo