

NOI E IL CIBO

Informazione sui disturbi alimentari





ASUR - ZONA TERRITORIALE 7 - ANCONA

Direttore: Antonio Maria Novelli

A cura del Centro Studi e Documentazione - Biblioteca

Coordinatore: Stefano Giuliodoro

Sede:

ASUR - ZONA TERRITORIALE 7

Centro Studi e Documentazione - Biblioteca

Via C. Colombo, 106 - 60127 ANCONA

Tel. 071870.5682 - 5626

Fax 0718705311

e-mail: biblio2000@fastnet.it

biblioteca@asurzona7.marche.it

<http://www.asurzona7.marche.it/>

Stampa in proprio in data: Settembre 2005

Presso: ASUR Zona 7

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Via C. Colombo, 106 - 60127 ANCONA

Tel. 071870.5541 - 5542

Fax 0718705543

Numero verde: 800645333

e-mail: urp@asurzona7.marche.it

<http://www.asurzona7.marche.it/>

Impaginazione e grafica: Gianni Marconi

NOI E IL CIBO

Informazione sui disturbi alimentari

a cura di

Emilia Alfonsi - Alessia Tombesi

Con la collaborazione di *Laura Cortese*

Vignette di *Lorenzo Recanatini*

Presentazione

Dr. Antonio Maria Novelli Direttore ASUR Zona 7 Ancona

In questi ultimi tempi si è lavorato sempre di più verso l'integrazione sociosanitaria dei servizi. In quest'ottica è nata la collaborazione dell'ASUR zona 7 con i Comuni dell'Ambito Territoriale 13 che ha portato all'attivazione della Rete del Sollievo di Osimo, un servizio rivolto ai sofferenti psichici e alle loro famiglie. In quest'ambito, si è focalizzata l'attenzione sui disturbi alimentari, in particolare nell'adolescenza, età in cui è più alta la frequenza e l'incidenza di nuovi casi.

Nell'ambito del lavoro condotto è emersa sempre di più la necessità di fornire informazioni precise che possano favorire un'adeguata presa in carico alle persone che soffrono di queste patologie.

A questo scopo è nato questo pregevole opuscolo scritto con un linguaggio semplice e chiaro che, arricchito e "sdrammatizzato" dalle vignette, spera di far riflettere su questo delicato tema e sull'importanza di una corretta informazione. Siamo ben lieti di mettere a disposizione l'opuscolo di chiunque lo voglia leggere.

Presentazione

Dr.ssa Emilia Alfonsi psichiatra responsabile progetto "Rete del Sollievo", DSM ASUR Zona 7 Osimo

La nuova idea della Regione Marche con la Legge Regionale N°.11/2001, si è concretizzata con la progettazione e la messa in opera di una rete di servizi a carattere sociale che, fattivamente, possa dare sollievo ai chi ha un disagio psichico e alle loro famiglie.

Gli studi hanno mostrato che coloro che si sono ammalati, soffrono non solo per la patologia ma anche e soprattutto per il pregiudizio che essa genera nella società. Questo porta all'esclusione sociale e quindi all'isolamento di quello che è sofferente ed anche della sua famiglia.

Si sono creati in tutta la provincia d'Ancona, i servizi, la Rete del Sollievo, che hanno come riferimento gli ambiti territoriali (Ancona, Osimo, Falconara, Jesi, Fabriano e Senigallia).

La Rete del Sollievo dell' Ambito territoriale XIII , servizio sociosanitario integrato fortemente voluto dal Centro di Salute Mentale SUD della Zona7 dell'ASUR e dai Comuni di Camerano, Castelfidardo, Loreto , Numana, Offagna ed Osimo, ha scelto di dedicare un ampio spazio della sua attività all'informazione e all'ascolto delle problematiche inerenti la salute mentale . Sono state create occasioni di vario genere (mostre, spettacoli teatrali, conferenze, distribuzione di materiale informativo ecc..) in modo da dare la possibilità a chi ascolta d'avvicinarsi e soprattutto di comprendere il mondo della sofferenza psichica

In quest'ottica siamo ben lieti d'ospitare uno spazio che si dedica all'informazione e all'ascolto delle problematiche dei disturbi alimentari.

Nella maggior parte degli studi epidemiologici degli ultimi tempi, infatti, si è notato un aumento della frequenza dei disturbi del comportamento alimentare tra gli studenti, sia delle Scuole Medie Inferiori sia Superiori. Si parla di un "epidemia sociale moderna" a proposito d'Anoressia e Bulimia. Anche l'Obesità sta interessando sempre più i giovani. , soprattutto adolescenti..

Una parte del progetto consiste nel ricercare, raccogliere e analizzare i dati dell'incidenza del fenomeno nel territorio del distretto sud, confrontandoli con quelli che emergono dagli studi e dalle ricerche, Una parte , invece, vuole fornire uno spazio informativo di ascolto adeguato alle persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione, anche per indicare tutti i Servizi a loro disposizione.

Si è messo, in quest'ottica , in opera questo opuscolo per fornire informazioni con un linguaggio chiaro e semplice che possa essere a disposizione di chiunque lo voglia leggere.

Spero che la nostra fatica venga premiata .

INDICE

Presentazione

Dr. Antonio Maria Novelli

Dr.ssa Emilia Alfonsi

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare: chi colpiscono e che cosa sono

Anoressia Nervosa

Chi colpisce

Come capire se si ha l'anoressia nervosa

Bulimia Nervosa

Chi colpisce

Come capire se si ha la bulimia nervosa

Disturbi del comportamento alimentare atipici

Disturbo del comportamento da alimentazione incontrollata

Obesità

Problemi psicologici nei disturbi alimentari

La dieta ferrea

Le fasi della dieta

Le complicazioni fisiche dei disturbi del comportamento alimentare

Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare

Fase 1: i fattori di rischio

Fase 2: i fattori precipitanti

Fase 3: i fattori perpetuanti

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

Trattamento ospedaliero e in day hospital

La terapia cognitivo-comportamentale

La terapia interpersonale

La terapia psicodinamica

La terapia familiare

La riabilitazione nutrizionale

I farmaci

Il trattamento integrato

Bibliografia

INTRODUZIONE

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: CHI COLPISCONO E CHE COSA SONO

I disturbi dell'alimentazione sono modifiche del rapporto tra la persona e il bisogno di cibo. Esistono forme gravi o transitorie, che dipendono da eventi della vita quotidiana. Purtroppo ci sono forme più gravi, che possono trasformarsi in una vera malattia, come l'anoressia e la bulimia. Insieme ad essi è stata descritta un'ampia categoria di "disturbi del comportamento alimentare atipici", cioè disturbi alimentari significativi ma che non corrispondono a tutti i criteri dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa.

In Italia la cura dei disturbi del comportamento alimentare è condizionata da tre problemi da risolvere:

- C'è una grande disinformazione su queste patologie, non soltanto tra le pazienti e le loro famiglie, ma anche tra i medici e gli psicoterapeuti che dovrebbero curarle
- Poche persone con problemi alimentari seguono un trattamento: poche lo desiderano e pochi sono gli specialisti con le conoscenze necessarie per aiutarle
- Spesso gli individui in trattamento non ottengono una cura efficace perché raramente riescono a trovare centri seriamente specializzati

Parlare di disturbi alimentari significa affrontare un ambito il cui confine tra comportamento a rischio e patologia conclamata è molto labile ed in cui, la serietà e la professionalità di coloro che si occupano del problema, diviene indispensabile.

L'adolescenza sembra essere l'età più a rischio per l'insorgenza di questi disturbi; è un evento critico, uno stato di cambiamento molto significativo in cui la situazione di conflitto è elevata. La ricerca di identità, caratteristica di questa fase, comporta, frequentemente, un'insicurezza di fondo che, in alcuni casi, conduce ad estremizzare modelli ideali spesso mitizzati. Lo stesso corpo è fonte di conflitti attraverso le sue rilevanti modificazioni, la loro accettazione ed il proprio vissuto corporeo legato alla ricostruzione della propria immagine. Soprattutto nelle ragazze la stima di sé è spesso influenzata dal rapporto con il proprio corpo e dai riscontri provenienti dall'esterno. L'insoddisfazione relativa all'aspetto fisico non è necessariamente il fattore scatenante il disturbo alimentare: lo è invece, se sottende ad una difficoltà di identità con una spasmodica ricerca di modelli ideali e con una gestione del tutto personale sulla perdita di peso. Non è da dimenticare che in un numero elevato di situazioni, il disordine alimentare comincia con una dieta.

Avvicinando maggiormente il problema alimentare, emerge come il cibo ed il rapporto con esso diviene una meta comunicazione che permette di esprimere un bisogno, per la ragazza



anoressica il non mangiare favorisce il "defilarsi" da un contesto familiare e sociale non in sintonia con il suo mondo interiore. Il desiderio di accettazione da parte degli altri, del mondo intero, disorienta a tal punto da non sentirsi mai "a posto", perché se non si è perfetti non si è accettati, se non si è accettati non si è amati. In questo modo si costruisce una sorta di autosufficienza affettiva, che diviene un delirio di autosufficienza più ampio: il credere di poter fare a meno di tutto, di bastare a se stessi, attraverso un sentimento enorme di energie orientate al controllo, senza potersi concedere nulla.

Per la bulimia, il bisogno di riempire un vuoto incolmabile la rende spesso incapace di gestire la sua "fame", in un continuo desiderio di mettere dentro di sé ordine e nell'incapacità di gestire la sua voracità. Ognuna di loro ha costruito una exteriorità fatta di ragionevolezza, di buon senso, spesso con risultati visibili più che apprezzabili (risultati scolastici, lavorativi, etc.). arrivare ad una richiesta d'aiuto è, per queste persone, un passo enorme, denso di sentimenti ambivalenti, si è arrivati al limite della sopportazione ma non si riesce a pensare ad una vita senza il sintomo, perché la paura, il senso di vuoto, sono enormi.

La lotta è grande ed a volte è la grande sofferenza o la sfida con se stessa a sostenere la motivazione ad iniziare un percorso di cambiamento.

MODIFICHE DEL RAPPORTO
TRA LA PERSONA ED IL SUO
BISOGNO DI CIBO

DA "MANGIO QUELLO
DI CUI HO BISOGNO" A
"HO BISOGNO DI QUELLO
CHE EFFETTIVAMENTE MANGIO!"



Jeruro'06

ANORESSIA NERVOSA

CHI COLPISCE

La maggior parte delle persone colpite sono femmine e i maschi costituiscono una minoranza. L'età d'esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 25 anni, con un picco di maggiore frequenza a 14 e 18 anni; negli ultimi tempi sono stati diagnosticati casi a incidenza più tardiva, dopo i 20-30 anni e casi a incidenza più precoce, prima dei 12 anni.

È una malattia che colpisce soprattutto la popolazione occidentale, mentre è rara nei paesi in via di sviluppo, dove non esiste una forte pressione sociale verso la magrezza. Oggi l'anorexia colpisce in Italia il 0,36% al nord, il 0,4% al centro e il 0,2% al sud. Il 90-95% delle persone colpite appartiene al sesso femminile.



COME CAPIRE SE SI HA L'ANORESSIA NERVOSA

Una persona che ha l'anorexia nervosa ha tutte e 4 queste caratteristiche: severa perdita di peso, paura di ingrassare, preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico e l'amenorrea



- SEVERA PERDITA DI PESO

Tutte le persone malate di anoressia devono essere sottopeso (cioè pesare meno dell'85% del peso standard o incapaci di raggiungere il peso previsto durante il periodo di crescita)

E'importante sottolineare che chi ha questa malattia desidera ardentemente essere in questo modo e si comporta in modo da evitare l'aumento di peso (ad esempio seguendo una dieta ferrea, facendo eccessivo esercizio fisico, provocandosi il vomito, ecc.)



- PAURA DI INGRASSARE

C'è un'intensa paura di prendere peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso. Nonostante le anoressiche siano sottopeso, tuttavia sono terrorizzate dall'idea di ingrassare e pensano che il loro peso aumenterà all'infinito se inizieranno a mangiare normalmente.

- PREOCCUPAZIONE ESTREMA PER IL PESO E L'ASPETTO FISICO

Le persone anoressiche hanno una percezione corretta delle proprie dimensioni corporee, ma le giudicano in modo abnorme; sono insoddisfatte del proprio peso e aspetto fisico, in particolare considerano troppo grosse alcune parti del proprio corpo (seno, pancia, sedere e gambe). Basano inoltre la propria autostima principalmente su quello che dice la bilancia; un aumento di peso determina sensazioni di frustrazione e autosvalutazione; un calo di peso, al contrario, aumenta il senso di autocontrollo, di fiducia personale e di autostima.

In alcune anoressiche croniche il desiderio di magrezza e il senso di soddisfazione per essere sottopeso diminuiscono ma, anche se dicono di comprendere razionalmente la necessità di un aumento di peso, non si comportano in modo da raggiungere tale obiettivo.

Nelle anoressiche più giovani è spesso presente un rifiuto ad ammettere la gravità della propria condizione di sottopeso.



• AMENORREA



L'amenorrea è la mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Nella maggior parte dei casi si tratta di amenorrea secondaria (perdita di mestruazioni dopo un periodo più o meno lungo di cicli regolari), in una minoranza, quando l'anoressia nervosa è insorta prima dello sviluppo puberale, di amenorrea primaria (le mestruazioni non compaiono).

Negli uomini sono presenti perdita dell'interesse sessuale e impotenza.

Attualmente si riconoscono due sottotipi di anoressia nervosa:

- *anoressia nervosa con restrizioni*
- *anoressia nervosa con abbuffate/ condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici)*



Esistono importanti differenze psicologiche e comportamentali tra i due sottotipi di anoressia nervosa.

Le anoressiche restrittive limitano continuamente la propria alimentazione senza mai perdere il controllo. Hanno una personalità ossessiva e sono isolate socialmente. Le ragazze che periodicamente ricorrono ad abbuffate o a comportamenti di eliminazione spesso sono malate da molto tempo. Pesano di più all'inizio della malattia, hanno frequenti storie personali e familiari di obesità e sono più impulsive, non solo nel cibo, ma anche in altri ambiti: abuso di alcool o droghe, cleptomania, comportamenti autolesionisti e tentativi di suicidio.

BULIMIA NERVOSA

CHI COLPISCE

Si è notato un aumento drammatico dei casi di bulimia nervosa.

L'età d'esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 25 anni, il picco di maggiore frequenza è a 17-18 anni. Gli uomini sono colpiti raramente. La bulimia nervosa è presente soprattutto tra i bianchi, mentre è rara nei paesi in via di sviluppo.

Le persone colpite sono di solito di peso normale, alcune lievemente sottopeso, altre leggermente soprappeso, pochissime in grande soprappeso.

Il disturbo colpisce circa l'1% delle giovani donne. In Italia al Nord colpisce l'0,5%, al centro l'1% e al Sud l'1,7%. La bulimia è più frequente oggi che in passato. In Italia si è constatato un aumento vertiginoso delle richieste di cura a partire dal 1988.



COME CAPIRE SE SI HA LA BULIMIA NERVOSA

Per avere la bulimia devono essere presenti tutte e cinque queste caratteristiche: abbuffate ricorrenti, comportamenti di compenso, frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di compenso, preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico e il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

- **ABBUFFATE RICORRENTI**

Un abbuffata è il consumo di una grande quantità di cibo e la sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad esempio sentire che non si può resistere dall'abbuffarsi o non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).

In alcuni casi, soprattutto quando il disturbo dura da molto tempo, le abbuffate sono programmate e quindi, può mancare il senso di perdita di controllo.

L'abbuffata deve verificarsi in un periodo di tempo abbastanza lungo (ad esempio un arco di 2 ore); ciò significa che il mangiucchiare durante il giorno non è un abbuffata.

- **COMPORAMENTI DI COMPENSO**

Le abbuffate devono essere seguite da condotte compensatorie, finalizzate a prevenire l'aumento di peso. Il mezzo più usato è il vomito che, in alcuni casi, può essere autoindotto dopo l'assunzione di qualsiasi cibo, e non necessariamente dopo un'abbuffata. Dopo le abbuffate alcune bulimiche prendono grandi quantità di lassativi per



provocarsi una diarrea; più raramente usano altri mezzi come i diuretici. Altre bulimiche non usano il vomito o prodotti eliminativi, ma digiunano o fanno esercizio fisico in modo eccessivo. C'è digiuno quando l'assenza di assunzione di cibo è per un periodo superiore alle 24 ore e l'esercizio fisico è eccessivo quando interferisce con attività quotidiane importanti, o quando avviene in ore o in luoghi inappropriati e continua nonostante condizioni mediche precarie



- **FREQUENZA DELLE ABBUFFATE E DEI COMPORTAMENTI DI COMPENSO**

Per avere la bulimia nervosa le abbuffate e le condotte compensatorie devono verificarsi almeno 2 volte la settimana per 3 mesi.

- **PREOCCUPAZIONE ESTREMA PER IL PESO E L'ASPETTO FISICO**

Le bulimiche si preoccupano molto del proprio peso e aspetto fisico e la loro autostima varia soprattutto in base a questi 2 fattori. Si sentono sempre in dovere di seguire una dieta e sono terrorizzate dall'idea di aumentare di peso; se questo accade si deprimono e fanno di tutto per dimagrire.

- **IL DISTURBO NON SI MANIFESTA SOLO NEL CORSO DI EPISODI DI ANORESSIA NERVOSA**

Ad una persona che si abbuffa e vomita ma ha un peso inferiore all'85% del peso standard per età e altezza, ha un anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione; mentre se il peso è sopra l'85% di quello standard ha una bulimia nervosa

La bulimia nevosa è divisa in 2 sottotipi:

- con condotte di eliminazione
- senza condotte di eliminazione

Nel primo caso la persona pratica regolarmente il vomito autoindotto o usa lassativi o diuretici.

Le persone che seguono condotte di eliminazione hanno, rispetto a quelle che non lo fanno: un peso corporeo più basso, un'alterazione più marcata dell'immagine corporea, una maggiore ansia nei confronti dell'alimentazione, una più alta frequenza di comportamenti autolesionisti e progetti di suicidio, un'età più precoce d'insorgenza del disturbo, un alto tasso di presenza di depressione, disturbi d'ansia e di abuso di alcool, un alta frequenza di abusi fisici e sessuali subiti e maggiori problemi di disidratazione e di squilibrio elettrolitico.

Le ragazze senza condotte di eliminazione usano dei comportamenti di compenso come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.



DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ATIPICI

Questi disturbi sono divisi in due gruppi: quelli che sono simili all'anoressia o alla bulimia ma non hanno tutte le loro caratteristiche, e quelli che hanno un quadro clinico diverso.

Nel primo caso i soggetti hanno un disturbo molto simile all'anoressia o alla bulimia, ma o sono sindromi parziali o non sono così gravi da superare la soglia richiesta. Esempi di sindromi non complete:

- a) un soggetto con tutte le caratteristiche dell'anoressia nervosa ma senza la perdita delle mestruazioni
- b) un soggetto con tutte le caratteristiche della bulimia nervosa, ma con abbuffate che non soddisfano i criteri.

Invece esempi di disturbi sottosoglia sono:

- a) un individuo con tutte le caratteristiche dell'anoressia ma con un peso non basso
- b) un individuo con tutte le caratteristiche della bulimia, ma con una frequenza delle abbuffate meno di due alla settimana per tre mesi.

Nei disturbi del comportamento alimentare atipici sono classificati anche i soggetti che masticano e sputano ripetutamente, senza deglutirle, grandi quantità di cibo. Poi ci sono persone che sono a dieta "cronica", che controllano sempre il proprio peso per prevenire anche il minimo aumento e se questo si verifica reagiscono molto negativamente; questi soggetti vivono una vita limitata poiché non sono mai in grado di mangiare normalmente.



DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Circa il 20-30% dei soggetti che richiedono un trattamento per l'obesità presso centri specializzati rientrano nella definizione di disturbi del comportamento alimentare, ma non in quella della bulimia nervosa perché nella maggioranza dei casi non usano, dopo le abbuffate, i "mezzi di compenso" (vomito autoindotto, abuso di lassativi e/o diuretici, digiuno, eccessivo esercizio fisico). Questo ha portato a definire un nuovo disturbo del comportamento alimentare chiamato "disturbo da alimentazione incontrollata".

Il disturbo colpisce più le donne che gli uomini.

La sua prevalenza aumenta con il crescere del peso corporeo: ad esempio nei soggetti affetti da obesità di grado elevato, è presente in circa il 40% dei casi.

L'esordio di solito è nella tarda adolescenza o all'inizio dei trenta anni.

Anche qui ci sono le abbuffate, anche se è difficile capire quando finiscono perché non c'è un comportamento, come il vomito autoindotto, che ponga fine all'episodio bulimico. Queste persone si preoccupano moltissimo del proprio comportamento e lo giudicano un serio problema, sia per la sensazione di perdita di controllo che provano, sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute. I soggetti affetti da disturbo da alimentazione incontrollata si distinguono dai bulimici per l'assenza di tre caratteristiche:

a) la dieta ferrea (non è presente né prima né dopo l'abbuffata)

b) i comportamenti di compenso (vomito autoindotto, lassativi, diuretici, digiuno, eccessivo esercizio fisico)

c) il valore molto positivo attribuito alla magrezza.



OBESITA' IN ETA' EVOLUTIVA



L'obesità è una malattia cronica determinata da un eccesso di massa grassa distribuita in maniera diversa nei vari distretti corporei e nei diversi soggetti. L'obesità non è definita in maniera univoca. Per alcuni è una condizione che si accompagna a malattie metaboliche, vascolari, oncologiche, per altri è causa delle stesse. L'orientamento comune è che al di sopra di un certo peso corporeo la si debba considerare una patologia cronica. E' da anni dimostrato che gli obesi hanno un'aspettativa di vita qualitativa e quantitativa ridotta.

Nei paesi occidentali, fra cui l'Italia, l'obesità in età evolutiva è un problema di salute pubblica di rilevante importanza e di crescenti dimensioni. Nel corso degli ultimi decenni si è osservato un significativo e progressivo aumento della prevalenza dell'obesità essenziale dell'età evolutiva, con valori triplicati nell'arco di soli 30 anni. Tale rapido aumento fa ritenere che, accanto a fattori genetici, altrettanto significativo è l'intervento di fattori causali

socioambientali. Nelle cause dell'obesità nell'età evolutiva si riconoscono tre classi di determinati: genetiche, metaboliche e comportamentali.

Per le *cause genetiche* c'è la presenza di fattori genetici responsabili di una condizione di predisposizione all'obesità.

Per le *cause metaboliche*, c'è lo squilibrio tra introduzione energetica e spesa energetica, che provoca lo stato di obesità. Nei ragazzi obesi si riscontra l'assunzione di una grande quota di cibi grassi, rispetto ai ragazzi non obesi. Inoltre hanno un metabolismo a riposo minore del normale. Il livello dell'attività fisica negli obesi è più basso di quello dei soggetti normopeso e che i primi dedicano alle attività sedentarie una quota del tempo giornaliero maggiore di quella dei secondi.

Tra le cause comportamentali, sono risaltate molto influenti nella nascita dell'obesità, da un lato, l'equilibrio affettivo e le abitudini nutrizionali della famiglia, dall'altro, i condizionamenti di ordine ambientale, con speciale riguardo a quelli esercitati da TV e pubblicità.

I ragazzi obesi sono una popolazione molto eterogenea.

Per esempio, rispetto al comportamento alimentare, il ragazzo potrà avere un'iperfagia globale o elettiva (con preferenza per cibi ad alto contenuto energetico), e potrà alimentarsi solo ai pasti principali o in modo ininterrotto (spilluzzicamento continuo). Nella vita sociale, tale ragazzo, potrà essere abbastanza ben inserito, con rapporti interpersonali ricchi e soddisfacenti, o potrà manifestare un atteggiamento di chiusura verso



l'esterno, fino ad una condizione di ritiro sociale. Tra i ragazzi obesi, alcuni non hanno problemi emotivi, mentre altri manifestano problemi emotivi gravi.

Si possono differenziare tre forme di obesità:

- **Obesità egosintonica:** il peso è aumentato moderatamente e il rapporto con il cibo è privilegiato, ma non alterato.
- **Obesità reattiva:** è la conseguenza di traumi o stress emotivi. Questi possono essere rappresentati non solo da eventi obiettivamente gravi, quali lutti familiari o separazioni dei genitori, ma anche da fatti apparentemente minori, come, ad esempio, dall'ingresso in una nuova scuola, dal trasferimento in un'altra città.
- **Obesità di sviluppo:** è caratterizzata da forti oscillazioni del peso per continue diete e ricadute e da evidenti disturbi del comportamento alimentare, quali abbuffate, bulimia, iperfagia notturna. In questa forma è presente un disturbo della maturazione dell'intera personalità del ragazzo, con tentativo di compensazione somatica. I soggetti colpiti da questa forma presentano tratti di psicopatologia specifici. Tra questi prevalgono: difficoltà a riconoscere e differenziare gli stimoli fisici ed emotivi, disturbata immagine corporea, incapacità di controllare gli impulsi, scarsa autonomia, bassa autostima, incapacità di tollerare le



OBESITA' E DEPRESSIONE



frustrazioni e difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Nell'obesità giovanile, una depressione è un fattore predisponente per l'obesità dell'età adulta. Gli aspetti depressivi non trattati possono divenire un fattore di mantenimento dell'obesità stessa.

C'è una correlazione tra obesità, ansia e depressione:

- Ansia e/o depressione possono diventare fattori che rendono più stabili le condizioni di obesità o transitorie o facilitate da predisposizioni genetiche e cattive abitudini alimentari
- Ansia e/o depressione possono diventare fattori patogenetici determinanti: il ragazzo obeso tende ad avere un'immagine distorta del sé corporeo e, se questa specifica vulnerabilità è sostenuta da ansia e/o depressione, l'immagine corporea disturbata può diventare un fattore attivo di stabilizzazione dell'obesità
- La somatizzazione dell'ansia e/o depressione

Il ragazzo, a causa del suo soprappeso, va incontro a varie conseguenze che sono da considerare importanti fattori di rischio per il suo equilibrio psicofisico. Già nell'età evolutiva si possono infatti rilevare, negli obesi, disturbi organici, quali ipertensione e diabete non insulinodipendente. A livello psicologico, poi, questi bambini tendono ad essere oggetto di discriminazione da parte di adulti e coetanei e a sviluppare così una bassa autostima e una disturbata immagine corporea.

E' ormai accertato il rilevante rischio di prosecuzione dell'obesità nell'età adulta.

PROBLEMI PSICOLOGICI NEI DISTURBI ALIMENTARI

L'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico è considerata la caratteristica fondamentale dell'anoressia e della bulimia. Le persone con problemi alimentari idealizzano la magrezza e la perdita di peso e hanno comportamenti quasi del tutto finalizzati a evitare anche il minimo aumento di peso. La seconda caratteristica è la valutazione negativa di sé presente in queste ragazze, nella maggior parte dei casi, precede di molti anni la comparsa del problema alimentare, e si manifesta con un'estrema insicurezza in quasi tutte le aree che richiedono una prestazione (relazioni interpersonali, scuola, lavoro, ecc.).

Altre caratteristiche sono il perfezionismo (le ragazze hanno delle aspettative alte nei confronti di se stesse e della propria vita), il pensiero "tutto o nulla" (queste persone tendono a vedere le cose in bianco o in nero, possono classificare se stesse in magre o grasse), l'impulsività e l'ossessività (si preoccupano spesso per l'ordine, la perfezione e l'autocontrollo, a scapito di flessibilità ed apertura mentale).



LA DIETA FERREA

La diretta conseguenza dell'estrema preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico è cercare di dimagrire seguendo una dieta. Le persone affette da anoressia e bulimia, non usano un regime dietetico ordinario, ma seguono una dieta "ferrea" perché essa, oltre ad essere fortemente povera di calorie, è molto rigida. Le persone affette da disturbi del comportamento alimentare sono perfezioniste per natura; si pongono sempre delle mete straordinarie da raggiungere e quando non riescono nei loro propositi sono molto insoddisfatte di se stesse. Il perfezionismo è presente in molti aspetti della loro vita (scuola, lavoro, relazioni interpersonali) ed è applicato in modo particolare al modo innocui fanno la dieta. Il loro atteggiamento "tutto o nulla" le porta ad eliminare del tutto alcuni cibi e ad assumere altri che non sono considerati ingrassanti.

LE TRE MODALITA' DI DIETA FERREA:

- SALTARE I PASTI
- RIDURRE LE QUANTITA' DI CIBO DA ASSUMERE
- ELIMINARE CERTI CIBI

LE FASI DELLA DIETA FERREA

FASE INIZIALE: LA LUNA DI MIELE

In un primo tempo la restrizione alimentare risulta difficile: il cibo rappresenta la migliore ricompensa allo stato di stress indotto dalla dieta. Spesso genitori, parenti, amici e altri, fanno dei commenti positivi sull'aspetto fisico di chi ha iniziato una dieta, dandogli così un sostegno nel continuarla per poter raggiungere la tanto desiderata forma fisica. Un supporto di questo tipo aiuta molti soggetti a resistere al desiderio di cibo e a proseguire nella restrizione alimentare.

Un altro incentivo è che i soggetti anoressici e bulimici danno alla dieta e alla magrezza un valore molto positivo: esse sono considerate segni di forza, leggerezza, purezza e controllo. Nelle persone con problemi alimentari il riuscire a seguire la dieta e a dimagrire produce, nelle fasi iniziali, un aumento formidabile dell'autostima e un forte senso di gratificazione, autocontrollo e padronanza. Alcune sperimentano un senso di grande soddisfazione, anche per il fatto che seguire

perfettamente una dieta è una cosa che la maggior parte delle persone non riesce a fare. Con il passare del tempo, le difficoltà dei primi momenti vengono meno e iniziano a farsi progressivamente sentire gli effetti positivi della restrizione alimentare e della perdita di peso, ci si sente più energici, vitali, leggeri ed euforici.



FASE AVANZATA: OSSESSIONE PER IL CIBO, PAURA DI INGRASSARE ED EMOZIONI NEGATIVE

Con il passare del tempo, lo stato di benessere iniziale viene progressivamente sostituito da una vera e propria ossessione per il cibo. La mente di chi segue una dieta ferrea viene progressivamente occupata da pensieri riguardanti il cibo: lentamente tutto diviene cibo, anche l'idea di se stessi. Tale ossessione porta spesso l'individuo a seguire rituali stereotipati (contare le calorie, mangiare lentamente e tagliare il cibo in piccoli pezzi, nascondere il cibo, cucinare per gli altri, obbligarli a mangiare quello che si è preparato) e a pensare il cibo in continuazione; alcuni in questa fase sognano il cibo e di mangiarne grandi quantità. L'ossessione per il cibo, l'aumento della fame e del desiderio di cibo sono i fattori più implicati nella comparsa della paura di ingrassare e di perdere il controllo sul peso e sull'alimentazione. Tale paura si rinforza progressivamente con il passare del tempo e diventa il fattore più rilevante nel continuare la dieta ferrea e il disturbo alimentare.

Così, l'anoressica e la bulimia entrano in un circolo vizioso che le porta a perseverare inesorabilmente nel loro dannoso comportamento alimentare. Esse cominciano a sperimentare le emozioni negative secondarie alla restrizione alimentare e alla perdita di peso: irritabilità, umore disforico, ansia, diminuzione e scomparsa dell'interesse sessuale. La depressione, scomparsa nelle prime fasi di dieta ferrea, ricompare in modo marcato. Molte persone tendono a isolarsi e a evitare contatti sociali sia per la paura di mangiare e di perdere il controllo, sia per la progressiva perdita d'interesse per tutto quello che non riguarda peso e alimentazione.

2. FASE AVANZATA: "OSSESSIONE PER IL CIBO"



FASE FINALE: IPERECCITAZIONE, SCOMPARSA DELL'OSSESSIONE PER IL CIBO, MORTE PER INEDIA

In questa fase scompaiono tutti gli effetti benefici della restrizione alimentare e della perdita di peso, mentre si accentuano progressivamente le emozioni negative e i gravi sintomi biologici conseguenti al dimagrimento estremo. Sebbene presenti soltanto caratteristiche negative, la dieta ferrea viene portata avanti con ostinazione, perché la paura di ingrassare persiste. Questa fase può durare mesi, qualche volta anni, e il peso corporeo può stabilizzarsi per lungo tempo ad un bassissimo livello. Nelle fasi iniziali può comparire uno stato di ipereccitazione caratterizzato da irrequietezza, dall'incapacità di stare fermi e di rilassarsi e sono spesso presenti disturbi del sonno. Un altro segno è l'incapacità di concentrarsi; la mente di chi digiuna arriva a non essere in grado di lasciare correre i pensieri. Spesso in questa fase la scuola o il lavoro vengono abbandonati. La fase finale del disturbo è caratterizzata dalla scomparsa dell'ossessione per il cibo, a cui può accompagnarsi una profonda depressione. Siamo arrivati alla fase finale del digiuno, che di solito precede la morte per inerzia. Molte anoressiche trovano in questo momento la spinta per curarsi: pur continuando ad essere ossessionate dalla paura di perdere il controllo e di ingrassare, la negazione della malattia gradualmente si riduce e si apre uno spiraglio sull'inizio di una possibile terapia.

3. FASE FINALE: "MORTE PER INEDIA"



LE COMPLICAZIONI FISICHE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le complicazioni fisiche che si verificano nell'anoressia con restrizioni sono la conseguenza di una dieta ferrea e della perdita di peso, in quella con abbuffate/condotte di eliminazione a queste si aggiungono le conseguenze della abbuffate, del vomito autoindotto e dell'uso inappropriato di lassativi o diuretici.

- ALTERAZIONI ELETTROLITICHE (grave stato di disidratazione, responsabile di crisi renali e cardiovascolari. I sintomi di uno squilibrio idroelettrico sono sete, vertigini, ritenzione idrica che causa gonfiore a gambe e a braccia, debolezza e apatia, tic e spasmi nervosi)
- DANNI CARDIOPOLMONARI (complicanze cardiovascolari e la presenza di aria nella cavità della pleura)
- DANNI RENALI
- ALTERAZIONI METABOLICHE (presenza di ipoglicemia, aumento del colesterolo e riduzione del metabolismo di base)
- ATROFIA CEREBRALE E ANOMALIE NEUROLOGICHE (crisi epilettiche)
- RIGONFIAMENTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI
- DISTURBI GASTROINTESTINALI (dolori e gonfiori addominali e digestione lunga e difficile)
- DANNI AI DENTI E ALLA PELLE
- EDEMA (gonfiore alle mani, alle caviglie e al viso, non normalizzazione del bilancio idrico)
- ANOMALIE OSSEE E MUSCOLARI (fratture spontanee)
- ALTERAZIONI EMATOLOGICHE E IMMUNOLOGICHE (anemia, riduzione del numero di globuli bianchi e delle piastrine, tendenza al sanguinamento e anomalie nella funzione immunitaria)
- AMENORREA E FERTILITA' (scomparsa delle mestruazioni e la fertilità a lungo termine è compromessa).

LO SVILUPPO E IL MANTENIMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Si possono individuare 3 fasi.

La *prima fase* è quella che va dalla concezione alla comparsa del comportamento che dà inizio al disturbo alimentare, e cioè la dieta ferrea. In questa fase l'individuo può essere esposto a particolari "*fattori di rischio*" che possono aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare, senza renderlo inevitabile.

La *seconda fase* è il periodo in cui certi "fattori precipitanti" possono aumentare il rischio di sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare conclamato.

Nella *terza fase*, alcuni "*fattori perpetuanti*" interagiscono con alcuni fattori protettivi per determinare se il disturbo alimentare sia lieve e transitorio, o condizione grave e a volte cronica.

FASE 1: FATTORI DI RISCHIO:

- **INDIVIDUALI** *Genere*
 Gruppo Etnico
 Classe sociale
 Età
- **PSICHIATRICI E PSICOLOGICI**
- **FISICI** *Abuso sessuale*
 Altre esperienze traumatiche
- **FAMILIARI** *Storia familiare psichiatrica*
 Ambiente familiare e modalità di relazione tra genitori e figlia
 Socio-culturali

FASE 2: FATTORI PRECIPITANTI

FASE 3 : FATTORI PERPETUANTI:

- **COGNITIVI**
- **INTERPERSONALI**
- **COMPORTAMENTALI**
- **PERPETUANTI IATROGENI**

FASE 1: I FATTORI DI RISCHIO

- **INDIVIDUALI**

GENERE

I disturbi del comportamento alimentare sono molto più comuni tra le donne che tra gli uomini. Una ragione è che stare a dieta sia molto più comune tra le donne che tra gli uomini, e limitare il cibo aumenta molto il rischio di sviluppare problemi alimentari. La pressione sociale verso la magrezza è rivolta soprattutto a loro e poi le donne sono più portate degli uomini a basare il proprio valore sull'aspetto fisico.

GRUPPO ETNICO

Colpisce soprattutto le donne bianche occidentali

CLASSE SOCIALE

Le anoressiche e le bulimiche appartengono soprattutto alla classe media e superiore

ETA'

I problemi si sviluppano soprattutto nell'adolescenza o nella prima giovinezza

- **FATTORI DI RISCHIO PSICHIATRICI E PSICOLOGICI**

Spesso prima della nascita dei disturbi alimentari è presente una significativa instabilità emotiva. Molte anoressiche e bulimiche hanno una storia di "disturbi affettivi", in particolare di depressione e ansia. Il "disturbo ossessivo-compulsivo" è stato osservato spesso nell'anoressia e nella bulimia. Il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo è tipico dell'anoressica e il disturbo borderline è tipico della bulimia. Le bulimiche hanno un "problema di controllo degli impulsi" sin dall'infanzia. Gran parte delle anoressiche sono state bambine condiscendenti e coscientose, timide e solitarie, con notevoli difficoltà a sviluppare relazioni con i coetanei. Un tratto comune è il loro forte senso di competitività e il loro continuo perseguire mete difficili da raggiungere. Questi tratti fanno sviluppare uno "scarso concetto di se" e il perfezionismo.

- **FATTORI DI RISCHIO FISICI**

L'obesità è un fattore predisponente allo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare

ABUSO SESSUALE E ALTRE ESPERIENZE TRAUMATICHE

L'elevata presenza di abusi sessuali o di altri traumi di tipo fisico o psicologico nelle anoressiche e bulimiche.

- **FATTORI DI RISCHIO FAMILIARI**

STORIA FAMILIARE PSICHIATRICA

I disturbi del comportamento alimentare sono tre volte più frequenti nei familiari di primo grado di soggetti affetti da anoressia e bulimia, rispetto a quelli che non hanno un parente di primo grado affetto da tali patologie. I familiari di primo e secondo grado hanno una frequenza tre volte superiore di "disturbi affettivi" e abuso di alcool" rispetto alla popolazione normale.

AMBIENTE FAMILIARE E MODALITA' DI RELAZIONE TRA GENITORI E FIGLIA

Il ritratto stereotipato dei genitori dell'anoressica è quello di una madre dominante, intrusiva e ambivalente, e di un padre passivo e assente. L'anoressica ha una disturbata

relazione con i genitori. La relazione tra madre e figlia è caratterizzata da una carenza di risposte appropriate ai bisogni della figlia da parte della madre, il cui comportamento sarebbe dominato dal desiderio di controllo e non sarebbe adeguato a soddisfare le necessità della figlia. I bisogni e gli impulsi di questa rimarrebbero scarsamente differenziati, e la bambina cercherebbe di conformarsi a quelli che crede i propri bisogni, mentre in realtà si tratta di quelli della madre. Non avrebbe luogo in modo adeguato il processo di separazione e individuazione, che conduce alla distinzione della figlia dalle figure genitoriali e all'assunzione di un'identità distinta e autonoma.

- **FATTORI DI RISCHIO SOCIO-CULTURALI**

I disturbi del comportamento alimentare colpiscono soprattutto la popolazione occidentale e i paesi industrializzati e sviluppati. L'insoddisfazione corporea e il desiderio di magrezza sono diffusi tra le donne bianche delle società occidentali, che si sottopongono più spesso a diete. Il processo che conduce alla formazione dell'identità femminile passa attraverso l'approvazione degli altri che, nelle società occidentali, e specialmente tra le adolescenti, è fortemente determinata dall'aspetto fisico e dalla magrezza. In una cultura in cui la magrezza è considerata uno dei valori più importanti, le donne che non la possiedono e che hanno dei problemi di autostima e di relazione con gli altri, possono essere particolarmente predisposte a sviluppare un'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico e quindi un disturbo del comportamento alimentare.

FASE 2: I FATTORI PRECIPITANTI

La sola dieta non è in grado di far sviluppare un disturbo del comportamento alimentare, il punto cruciale è capire quali fattori debbano combinarsi con essa perché si sviluppi un disturbo alimentare. Gli eventi che più volte sono stati indicati come fattori scatenanti sono: "la pubertà, lasciare la famiglia, fare un viaggio da soli o iniziare una relazione sentimentale". Altri fattori sono eventi negativi e minaccianti l'autostima come "la morte di un familiare o di un amico, le malattie, i commenti spiacevoli ricevuti riguardo al proprio aspetto fisico".

FASE 3: I FATTORI PERPETUANTI

I fattori che sembrano protrarre i disturbi del comportamento alimentare possono essere classificati in quattro categorie: fattori cognitivi, fattori interpersonali, fattori comportamentali e fattori iatrogeni

FATTORI PERPETUANTI COGNITIVI

L'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico non solo innescano il disturbo alimentare, ma lo perpetuano nel tempo. Alcune caratteristiche psicologiche che spesso contribuiscono a protrarre il problema sono il perfezionismo e il pensiero tutto o nulla. Fattori di mantenimento sono anche il senso di controllo, di euforia e di aumento dell'autostima che si verificano nelle prime fasi della malattia e la paura di ingrassare e di perdere il controllo che, invece, si fanno sempre più evidenti con il progredire del disturbo.

FATTORI PERPETUANTI INTERPERSONALI

Sono stati osservati numerosi problemi di natura interpersonale che possono contribuire a mantenere il disturbo: la rottura di una relazione, lutti non risolti, dispute con amici o parenti, difficoltà a formare o mantenere rapporti e problemi inerenti alle fasi di transizione della vita (abbandono della casa, matrimonio, diventare genitori, ecc.).

FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

Numerosi sono i fattori comportamentali che perpetuano il disturbo alimentare, i più importanti sono: la dieta ferrea, il mantenimento di un peso corporeo al di sotto di quello naturale, l'esercizio fisico eccessivo, le abbuffate e il vomito autoindotto e l'abuso di lassativi o diuretici.

FATTORI PERPETUANTI IATROGENI

Fra i fattori perpetuanti iatrogeni si include: la prescrizione di diete drastiche nell'adolescenza, senza una valutazione dei fattori che possono predisporre ai disturbi alimentari; la somministrazione della pillola per provocare la ripresa delle mestruazioni in una ragazza anoressica sottopeso; la rialimentazione forzata, cioè l'uso del sondino naso-gastrico, senza un coinvolgimento della paziente nella terapia e senza un adeguato supporto psicologico; le psicoterapie individuali o familiari che si occupano solo di modificare gli ipotetici fattori di rischio psicologici, confidando nel fatto che, una volta risolti i conflitti alla base della malattia, l'alimentazione ritornerà automaticamente normale.

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

L'esperienza ha portato ad abbandonare le terapie che si basano su una singola teoria, per adottare modelli terapeutici più complessi che siano in grado di soddisfare le problematiche biologiche, psicologiche e sociali che caratterizzano questo disturbo.

IL TRATTAMENTO OSPEDALIERO E IN DAY-HOSPITAL

Idealmente la terapia dell'anoressia andrebbe condotta a livello ambulatoriale che è indicata soltanto per ragazze che rispondano alla seguente serie di requisiti: perdita di peso corporeo non severa, breve durata della malattia, assenza di serie complicazioni mediche, motivazione al cambiamento, inserimento in un ambiente familiare favorevole. Tuttavia, si può tentare un breve periodo di trattamento ambulatoriale anche se non sussistono queste condizioni; comunque, se non si verifica nessun miglioramento delle condizioni cliniche, si raccomanda il trattamento in day-hospital o in regime di ricovero. Le indicazioni usate per il ricovero sono:

- Grave e inarrestabile perdita di peso corporeo
- Gravi problemi medici difficilmente gestibili a livello ambulatoriale
- Problemi psicologici e comportamentali non risolvibili a casa
- Scarsa risposta al trattamento ambulatoriale
- Necessità di separare la ragazza anoressica dalla famiglia, per permetterle di affrontare i problemi in un'atmosfera protetta

Nella bulimia, invece, il trattamento ospedaliero è utile soltanto nel 5-10% dei casi, e in particolare quando è presente una grave depressione che non può essere gestita ambulatorialmente, quando sono presenti pensieri suicidi, quando ci sono complicazioni fisiche o quando più di un valido trattamento ha fallito.

Il trattamento ospedaliero è di tipo multidisciplinare, ed è finalizzato a gestire sia le complicazioni mediche e nutrizionali del disturbo sia i fattori psicologici che predispongono e mantengono la malattia. La cura include la riabilitazione nutrizionale, l'educazione sulla malattia, la psicoterapia individuale e/o di gruppo, il supporto alla famiglia e in certi casi alla terapia farmacologica. Il trattamento in day-hospital è stato proposto come alternativa al trattamento ospedaliero per i casi meno gravi. In questo programma vengono fornite una supervisione dei pasti e la possibilità di psicoterapia intensiva, senza che alla paziente sia imposto di allontanarsi da casa. Il ricovero ospedaliero e il day-hospital non rappresentano la fine della terapia, ma devono essere seguiti da una fase ambulatoriale a lungo termine, finalizzata a consolidare i risultati ottenuti e a gestire le problematiche psicologiche non ancora risolte.

LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

È indicata nel trattamento di tutti i tipi di disturbi.

La terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia prevede 19 sedute individuali della durata di 50 minuti per un periodo di tempo di 4-5 mesi, è diviso in 3 fasi:

- La fase 1: si propone di dare informazioni sul disturbo e di ridurre le abbuffate regolarizzando la frequenza dei pasti e utilizzando attività alternative

- La fase 2: aggiunge alle tecniche applicate nella fase 1 l'eliminazione degli altri 2 modi di fare la dieta (normalizzando le porzioni e la qualità dell'alimentazione) e procedure finalizzate alla riduzione dell'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico
- La fase 3: prevede l'applicazione di procedure finalizzate a prevenire le ricadute, a mantenere i risultati raggiunti durante il trattamento e alla preparazione della fine della terapia

La terapia cognitivo-comportamentale riduce il numero di abbuffate alla fine del trattamento, riduce i mezzi di compenso e la remissione completa della sintomatologia bulimia si verifica dal 51% al 71% dei casi. La terapia procura un notevole miglioramento della depressione, un aumento dell'autostima e della funzionalità sociale e una diminuzione dei disturbi di personalità spesso associati alla bulimia. Gli studi eseguiti hanno dimostrato un buon mantenimento dei risultati. La terapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata efficace anche nello stabilizzare il comportamento alimentare delle persone obese affette da disturbo da alimentazione incontrollata. La terapia è stata applicata diffusamente anche nell'anoressia, in questo caso dura di più (almeno 1 o 2 anni) rispetto a quella della bulimia. Le componenti della terapia applicate nell'anoressia sono più numerose di quelle usate nella bulimia, e utilizzano anche procedure finalizzate a migliorare lo scarso concetto di sé e a gestire i problemi familiari e interpersonali. Mentre la terapia cognitivo-comportamentale è facilmente gestibile da un unico terapeuta, quella dell'anoressia implica conoscenze psicologiche e biologiche che, nella maggior parte dei casi, soltanto un'equipe multidisciplinare può avere.



LA TERAPIA INTERPERSONALE

Ha come obiettivo aiutare l'individuo a identificare e a modificare i suoi problemi interpersonali attraverso un intervento non direttivo e non interpretativo. È indicato per il trattamento della bulimia nervosa.

LA TERAPIA PSICODINAMICA

Le terapie psicomodinamiche presuppongono che i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare (la dieta, l'esercizio fisico eccessivo, ecc) sono l'espressione di una difesa dall'ansia derivata da un conflitto inconscio. L'intervento psicomodinamico presuppone che il rendere consci questi conflitti sia terapeutico, e perciò ha la funzione di scoprirli e analizzarli attraverso un lungo lavoro di interpretazione. Lo psicoterapeuta ha un ruolo di ascolto, di comprensione e di interpretazione. La terapia aiuta a riconoscere e a comprendere le modalità relazionali, le difese e conflitti e aiuta l'individuo a divenire più autonomo e maturo. L'interpretazione simbolica dei sintomi (ad es. il dimagrimento e l'amenorrea come rifiuto di crescere o della femminilità, intesa anche come identificazione con la figura materna; il rifiuto del cibo come rifiuto della dipendenza o della sessualità, le abbuffate come espressione di una lotta tra i bisogni di dipendenza e le spinte verso l'autonomia, ecc.) viene molto enfatizzata. L'intervento terapeutico è molto lungo.

LA TERAPIA FAMILIARE E ALTRE FORME DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA

Molti clinici considerano la terapia familiare il trattamento più adatto ai soggetti affetti da anoressia di età inferiore ai 18 anni. La terapia familiare può anche aggiungersi alla terapia individuale nei soggetti più adulti, in modo particolare quando i conflitti familiari sembrano predominanti. I terapeuti della famiglia sostengono che il disturbo alimentare riflette certi ruoli, alleanze, conflitti internazionali disfunzionali all'interno della famiglia. Questo può manifestarsi in vari modi: un disturbo alimentare può, ad esempio, allontanare l'attenzione dei membri della famiglia da aspettative di sviluppo che spesso emergono durante l'adolescenza e che minacciano potenzialmente l'integrità familiare; può essere usato da un'adolescente come soluzione maladattiva per raggiungere l'autonomia, in un nucleo familiare che considera l'indipendenza come una minaccia all'unità della famiglia; può anche diventare un diversivo messo in atto per evitare conflitti maggiori all'interno della famiglia. Dare supporto alla famiglia nel trattamento dell'anoressia è utile.



LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

L'intervento di riabilitazione nutrizionale nell'anoressia ha lo scopo primario di rimuovere gli effetti fisici e psicologici del digiuno. Va effettuato da un medico che abbia una profonda conoscenza del disturbo. Non è possibile condurre una valida psicoterapia senza che siano stati prima eliminati o ridotti i sintomi provocati dal digiuno. Si è più volte osservato che la risoluzione dei problemi psicologici non porta automaticamente alla normalizzazione dell'alimentazione, a meno che questo problema non venga affrontato direttamente. Nella maggior parte dei casi che si può ottenere il recupero di peso con un programma riabilitativo che aiuti la paziente assumere il cibo naturalmente. Soltanto in rari casi, in cui è necessario salvare la vita della paziente, si può ricorrere alla nutrizione entrale o parenterale in ambito ospedaliero.



I FARMACI

I farmaci non hanno un significativo effetto benefico sul disturbo; per questo il loro impiego dipende dalla presenza di eventuali altre caratteristiche cliniche. Se dopo il raggiungimento di un adeguato peso corporeo, la depressione permane, può essere utile l'uso di antidepressivi. L'uso di agenti antipsicotici andrebbe invece riservato soltanto alle pazienti più difficili e refrattarie, che hanno anche un concomitante disturbo borderline di personalità. L'uso di farmaci antidepressivi nella cura della bulimia sembra invece più razionale. Gli antidepressivi sono in grado di ridurre le abbuffate di migliorare il tono a breve termine, ma non abbiamo dati che dimostrino la loro efficacia a lungo termine.

IL TRATTAMENTO INTEGRATO

Mentre un certo numero di soggetti affetti dalle forme più lievi sembrano rispondere efficacemente a qualsiasi singolo trattamento (terapia cognitivo-comportamentale, terapia psicodinamica, terapia familiare, intervento nutrizionale, terapia farmacologia, ecc.), in molti casi è necessario adottare modelli terapeutici più complessi e integrati che prendano in considerazione i bisogni biologici, psicologici, comportamentali e sociali dell'individuo e utilizzare perciò diverse tecniche d'intervento. La gestione dei casi più gravi viene condotta da équipe multidisciplinari specializzate nel trattamento dei disturbi alimentari che, nel trattamento ospedaliero, sono costituite da diverse figure professionali (medici, psicologi, dietisti, terapeuti del corpo, personale infermieristico e terapeuti della riabilitazione) mentre a livello ambulatoriale è portata avanti da un medico e da uno psicoterapeuta. In questa équipe ogni membro lavora con compiti specifici all'interno di un programma terapeutico discusso e concordato nel dettaglio. Gli interventi integrati applicati prevedono generalmente un intervento di riabilitazione nutrizionale effettuato dal medico e dal dietista sui fattori comportamentali di perpetuazione (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo, abbuffate, vomito autoindotto, abuso di lassativi) e uno effettuato dallo psicoterapeuta che affronta invece i problemi psicologici che predispongono e protraggono il problema alimentare (preoccupazioni per il peso e l'aspetto fisico, scarso concetto di sé, problemi interpersonali e familiari).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. "ANORESSIA E TRATTAMENTO FAMILIARE SISTEMICO", in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, N1, 1992
- AA.VV. "APPROCCIO INTEGRTO AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UN ANNO", in *NPS*, N1, 1995
- AA.VV. "ASPETTI PSICOEMOZIONALI E RELAZIONALI NELL'OBESITA", in *Attualità in psicologia*, N4, 1997
- AA.VV. "L'OBESITA' COME SINTOMO NELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO", in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, N4, 1992
- AA.VV. "L'OBESITA' PSICOGENA", in *NPS*, N1, 1995
- AA.VV. "LA BULIMIA", in *Il seme e l'albero*, N6, 1995
- AA.VV. "TRATTAMENTO MULTIMODALE ED ANORESSIA MENTALE", in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, N4, 1992
- AA.VV., "BULIMIA E DEPRESSIONE", in *NPS*, N4, 1995
- AA.VV., "CAMBIAMENTI PSICOLOGICI IN UN TRATTAMENTO COMBINATO DELL'OBESITA", in *RICERCHE DI PSICOLOGIA*, N.1, 1991
- ABA NEWS, rivista monotematica sul "TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI"
- Agostani "IL TEMPO IN/FAME: PER UNA LETTURA DEL DISTURBO ANORESSICO", in *Rivista di psicologia analitica*, N51, 1995
- Bollea-Mollichella "LA COMORBILITA' PSICHIATRICA NELL'OBESITA' E NEL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA, in *Attualità in psicologia*, N4, 1997
- Caparotta L., "L'ISTITUZIONE E L'ANORESSIA", in *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, N2. 1991
- Castellana, "IL CORPO STREMATO", in *Rivista di psicologia analitica*, N51, 1995
- Catina-Kachele "SVILUPPO ADOLESCENZIALE, CONTESTO SOCILAE E DISTURBI ALIMENTARI: UNA POSSIBILE RIPOSTA ALLA DOMANDA: PERCHE' LE ADOLESCENTI?", in *Adolescenza*, N3, 1993
- Dalle Grave R., "ALLE MIE PAZIENTI DICO..."ed. POSITIVE 1999, Verona
- Gozzetti "IL RUOLO DEI FATTORI STRESSANTI NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE", in *NPS*, N1, 1995
- Lagattolla "INFLUENZA DEL PESO E DELLA MORFOLOGIA SOMATICA SULL'IMMAGINE CORPOREA DEL PAZIENTE OBESO", in *Minerva psichiatrica*, N1, 2001
- Pavan-Bauer, "STRATEGIE ALIMENTARI/COMPORAMENTALI IN PAZIENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE", in *NPS*, N1, 1995
- Pazzaglia-Pini-Valtancoli, "LATENZA, VERGOGNA E ANORESSIA", in *Adolescenza*, N3, 1993
- Piccolo- Paris "L'OBESITA' IN ETA' EVOLUTIVA: PREVALENZA E ASPETTI PSICOLOGICI", in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, N3, 2001
- Post U., "DISTURBI ALIMENTARI IN ADOLESCENZA", N.3, 1992 e N.2, 1992.
- Post U., "DISTURBI ALIMENTARI", in *Adolescenza*, N3, 1994
- Rothenberg "ADOLESCENZA E DISTURBI ALIMENTARI: LA SINDROME OSSESSIVO-COMPULSIVA", in *Adolescenza*, N2, 1993
- Zago-Algeri "ANCORA UNA DOMANDA SULL'ANORESSIA", in *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, N1, 1992

Finito di stampare in proprio: Settembre 2005