



La Psico-dinamica dei disturbi alimentari

Dr. Antonello Chiacchio
Psicologo-Psicoterapeuta
Te. 338/3523469

Percentuale dei DCA

Anoressia nervosa (1-2%) Bulimia nervosa (1-3%)

DCA NAS compreso BED (8-23%) Obesità (10%)

La Percentuale dei DCA

- I dati sono difettuali
- Tengono quasi sempre conto di ristrette fasce di età mentre i DCA sono presenti quasi a tutte le età
- Considerano poco i maschi
- La prevalenza dei BED (1% degli adulti secondo il ministero della salute) contrasta moltissimo con alcuni studi che indicano come siano affetti da BED il 30/50% di tutti gli obesi)
- Sarebbero utili studi sulla incidenza e sull'accesso ai servizi (dove i servizi esistono e sono attrattivi).

BED

(disturbo da alimentazione incontrollata)

- Molti DCA sono ancora allo studio, è il caso del BED (binge eating disorder) o disturbo da alimentazione incontrollata.
- E' caratterizzato da:
- 1. Abbuffate (elevata quantità di cibo in un dato momento) + sensazione di perdere il controllo.
- 2. Sensazioni (rapidità, pienezza, voracità, imbarazzo, vergogna).
- 3. Comportamenti (mancanza di comportamenti compensatori come vomito, attività fisica, uso di lassativi e diuretici).

BULIMIA NERVOSA secondo il DSM IV

- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei
- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa

Sottotipi:

- Con condotte di eliminazione (vomito, lassativi, diuretici, enteroclistmi)
- Senza condotte di eliminazione (digiuno, esercizio fisico)

Bulimia nervosa secondo il DSM IV

- Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti punti:
 - Mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanza simili.
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (vomito auto-indotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi, dieta, digiuno, esercizio fisico eccessivo).

Anoressia Nervosa secondo il DSM IV

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per età ed altezza
- Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, ovvero eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, ovvero rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- Nelle femmine, dopo il menarca, amenorrea cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi.

Sottotipi

- con restrizioni
- con abbuffate/condotte di eliminazione.

Fattori di rischio generali

- Sesso femminile.
- Adolescenza o prima età adulta
- Vivere nella società occidentale

Fattori di rischio generici

- Scarso contatto con i genitori
- Litigi in famiglia
- Alte aspettative dei genitori
- Eccessivo controllo dei genitori e scarse manifestazioni di affetto
- Essere presi in giro
- Abusi fisici o sessuali
- Perfezionismo clinico
- Bassa valutazione di sé
- Disturbi d'ansia
- Depressione
- Accodiscendenza (piacere agli altri)

Fattori di rischio specifici

- Rischio di fare diete.
- Membro della famiglia a dieta per qualsiasi motivo.
- Critiche di familiari su alimentazione, peso e forme corporee.
- Commenti ripetuti di altri su alimentazione, peso e forme corporee.
- Obesità dei genitori
- Obesità personale dell'infanzia
- Frequenza di ambienti che enfatizzano la magrezza
- Disturbi dell'alimentazione dei genitori

Fattori di rischio specifici

- Menarca precoce
- Aborti
- Difficoltà alimentari precoci

Fattori precipitanti

- Morte di una persona cara
- Abuso fisico
- Abuso sessuale
- Malattia grave di una persona cara
- Impegno scolastico intenso
- Commenti critici per alimentazione
- Giudizio interno critico sull'immagine corporea
- Valore di sé legato soltanto al controllo delle forme corporee e del peso
- Senso di abbandono psicologico o interruzione di una relazione sentimentale.

Fattori di mantenimento specifici

- Schema di auto-valutazione dis-funzionale
- Dieta ferrea
- Preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, peso e forme corporee
- Eccessiva attività fisica finalizzata al controllo del peso
- Abbuffate
- Sensazione di essere grassi

Fattori di mantenimento specifici

- Perfezionismo clinico.
- Bassa autostima nucleare.
- Intolleranza alle emozioni.
- Problemi interpersonali.

Il carattere delle anoressiche

- L'anoressica spesso è riservata, introversa dal contatto difficile; avara di parole, nell'eloquio tende ad un usare processi di intellettualizzazione per evitare accuratamente le emozioni. Più diventano trasparenti a forza di dimagrire, più vengono viste e quindi si riconoscono attraverso il sintomo.

Il carattere delle bulimiche

- Le bulimiche sono ragazze vivaci, danno prova di una disponibilità affettiva, un brio e una capacità di seduzione che le fanno considerare in apparenza ragazze gioviali e avvenenti. Ma l'estrema sensibilità a qualsiasi delusione, la maschera con cui nascondono le orge di cibo e la vergogna delle abbuffate fanno delle bulimiche un inferno quotidiano che non riescono ad affrontare.

La dinamica dei DCA

- In queste ragazze si osserva sempre uno scarto tra ciò che è detto e ciò che è agito, tra i desideri (vorrei) e gli atteggiamenti (le modalità di comportamento), tra il vorrei essere (processi ideativi) e il sono (piano di realtà) e pertanto l'unico mezzo per mantenere il controllo e la sicurezza è aderire al comportamento ossessivo e/o compulsivo, appropriarsene per sentirsi esistere. La convinzione o l'idea (il sintomo) diventa un'identità sostitutiva a cui si appiglia per non perdersi. Il loro interrogativo interiore è: SE IO NON SONO ANORESSICA, CHI SONO?

ANORESSICA

- Anoressica: falso sé per far piacere alla madre, una bambina perfetta per far in modo che la madre non l'abbandonerà.
- Il sintomo anoressico è: un tentativo disperato di essere unica e speciale, un tentativo di far sentire gli altri impotenti, un attacco ad un introietto materno ostile visto come equivalente al corpo

BULIMICA

- Bulimica: le spinte potenti ad abbuffarsi superano i meccanismi di difesa anoressici come la rimozione e il diniego. Le pazienti bulimiche usano le relazioni interpersonali come un modo per ricevere danno o punizione da fonti esterne, mentre quelle anoressiche tendono a ritirarsi dalle relazioni interpersonali. La pz mantiene il controllo sui suoi sentimenti aggressivi verso le persone rifiutandosi di mangiare, mentre la pz bulimica simbolicamente distrugge e incorpora le persone ingozzandosi. L'ingestione di cibo rappresenta per la bulimica il desiderio di fusione simbiotica con la madre e l'espulsione un tentativo di separarsi da lei.

INTERVENTI TERAPEUTICI

- Ad un livello minimo di intervento devono essere garantiti:
 - Valutazione di tipo internistico-clinico
 - Sostegno psicologico (non necessariamente psicoterapia) individuale o di gruppo.
 - Counselling nutrizionale, individuale o di gruppo.
 - Valutazione Psichiatrica e se necessita prescrizione concordata di psicofarmaci.

Come trattare il DCA

- Un piano di trattamento del disturbo alimentare è soggetto a tre vincoli:
 - Motivazione della paziente
 - Risorse del servizio
 - Cronicità del disturbo

CRONICITA' DEI DCA: fattori prognostici negativi

- Depressione grave
- Disturbo borderline di personalità
- Multi-impulsività
- Lunga durata di malattia
- Storia di grave obesità
- Alternanza di AN e BN
- Concomitanza di BN e AS
- Grave stato di malnutrizione

CRONICITA' DEI DCA: fattori prognostici negativi

- Abuso di sostanze
- Mancanza di supporto sociale
- Età avanzata di insorgenza
- Lungo intervallo tra insorgenza e inizio terapia
- Elevata conflittualità familiare
- Elevato numero di ricoveri
- Intensità dei comportamenti eliminativi

IL Sostegno Psicologico

- Il sostegno psicologico deve prevedere un intervento motivazionale che stimoli il paziente a sviluppare un desiderio di cambiamento.

L'intervento motivazionale si muove su due livelli:

cognitivo

relazionale

- Lavorare sulla consapevolezza del bisogno e la valorizzazione dei motivi del loro prendersi cura di sé.
- Definire confini relazionali chiari e un contratto su cui sono scritte le responsabilità e gli impegni.
- Mettere in discussione i processi cognitivi disfunzionali e valorizzare le possibilità e la sperimentazione all'agire per sentire il proprio mondo emotivo.
- Lavorare gradualmente sull'individuazione facilitando la risoluzione dei conflitti del mondo interno della paziente (bisogno morboso di attaccamento e bisogno di autonomia) e delle dinamiche familiari.