



I disturbi psicogeni del comportamento alimentare

Linee per la prevenzione

1. Caratteristiche dei disturbi

Aspetti psicologici e
comportamentali

1.1 Caratteristiche dei disturbi

Anoressia psichica:

- Rifiuto di mantenere un peso \geq al peso ottimale. (BMI=Kg/(m*m) . 18,5-24,9)
- Intenso timore di ingrassare con peso $<$ alla norma
- Disturbo nella percezione dell'immagine corporea, diniego della perdita di peso
- Autovalutazione influenzata indebitamente dalla forma e peso corporeo
- Nel sesso femminile assenza di almeno 3 cicli mestruali.

1.2 Caratteristiche dei disturbi

Bulimia psichica:

- Ricorrenti abbuffate compulsive con sensazione di perdita di controllo
- Ricorrenti comportamenti di compensazione (digiuno, vomito autoindotto, farmaci)
- Frequenza almeno 2 volte alla settimana per 3 mesi consecutivi
- Autovalutazione influenzata indebitamente dalla forma e peso corporeo

1.3 Caratteristiche dei disturbi

- ✦ Inizia, di solito, fra i 14 e i 20 anni, con prevalenza del sesso femminile > 95%
- ✦ E' possibile alternanza fra anoressia e bulimia
- ✦ Mortalità superiore al 3% (inedia, arresto cardiaco da alterazione dell'equilibrio elettrolitico per il vomito, diete troppo rapide e squilibrate, suicidio)

2. Origini e diffusione dei DCA



2.1 Origini e diffusione dei Dca

La diffusione ci aiuta nella ricerca delle origini:

- ✦ Solo nei paesi avanzati in benessere e tecnologia
- ✦ In Italia: crescita dopo gli anni '60
- ✦ Nel sesso femminile > 95%
- ✦ Attualmente in Italia circa 120000 nuovi casi ogni anno

2.2 Origini e diffusione dei Dca

Vandereyken e Van Deth (1994):

La famiglia ha subito una trasformazione: si è disgregata la “famiglia vittoriana” con ruoli fissi in cui si attribuiva alla madre la gestione della casa e degli affetti ed al padre la gestione della sicurezza economica

La situazione attuale è fluida, indeterminata, dunque fonte di incertezza ed ansia

2.3 Origini e diffusione dei Dca

R. Gordon (1990) :

Anoressia come “disturbo socialmente strutturato” dovuto al mutamento del ruolo femminile: la società pone richieste contrastanti e contraddittorie alla donna, fra aspettative tradizionali e ideali di successo sociale.

2.4 Origini e diffusione dei Dca



Hilde Bruch :

Nelle famiglie americane con figlie anoressiche c'è prevalenza di madri in difficoltà e padri assenti in famiglia ma di successo nel lavoro. La famiglia si mostra esternamente brillante e felice.

2.5 Origini e diffusione dei Dca

A. Sorrentino.

il valore femminile:

nella prima metà del 900 fare i bambini e mandare avanti la casa con abilità e saggezza

nella seconda metà del 900 essere nel lavoro competitiva con l'uomo e, però, in famiglia essere come prima.

2.6 Origini e diffusione dei Dca



La donna negli anni 60 -90 a differenza della madre, casalinga, ha un buon livello di istruzione, spesso una dimensione lavorativa esterna ma ... nell'immaginario maschile e femminile rimane "madre di famiglia"

Il doppio ruolo è fonte di insuccesso, stress, senso di colpa, talvolta rinuncia, crisi di coppia.

2.7 Origini e diffusione dei Dca



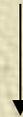
Se ne deduce che...

- ✦ *Per comprendere la figlia anoressica è molto utile riconoscere il disagio nel ruolo femminile della madre e le dinamiche delle interazioni familiari.*
- ✦ *Molte ragazze con DCA hanno madri che a loro volta hanno sofferto di questi disturbi*

2.8 Origini e diffusione dei Dca



✦ Con i processi di trasformazione in corso è divenuta più difficile la trasmissione intergenerazionale madre-figlia dei ruoli sessuali.



✦ Talvolta le figure di identificazione sono fragili, i contenitori mentali sono carenti (Bion).

2.9 Origini e diffusione dei Dca



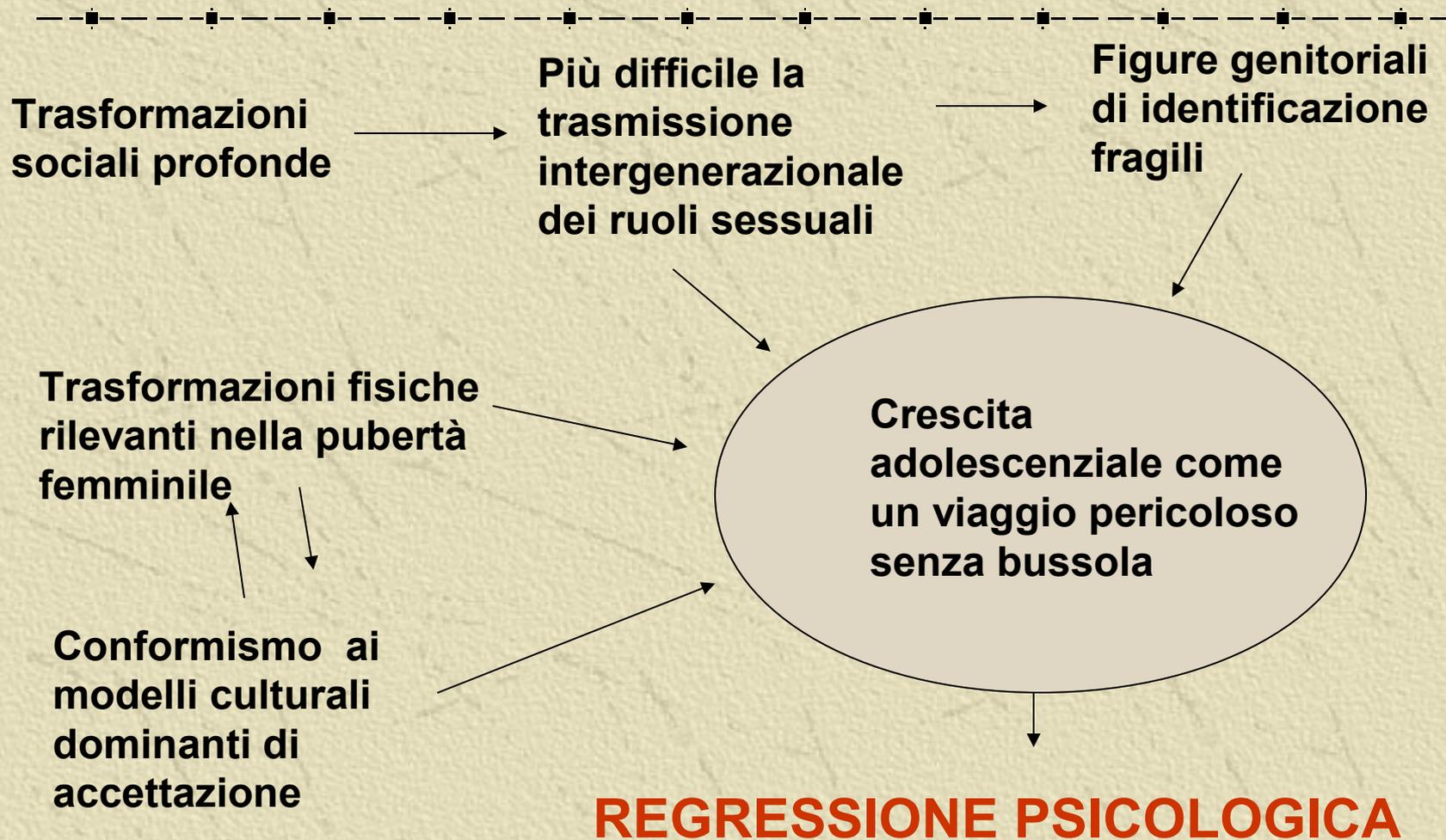
- ✦ La ricerca di modelli comporta una particolare permeabilità ai segnali dei media, della moda e della pubblicità nella definizione dell'immagine vincente (nei comportamenti, abiti, musica, oggetti ecc.).
- ✦ Le modificazioni corporee durante la pubertà nel sesso femminile sono particolarmente rilevanti.

2.10 Origini e diffusione dei Dca



La crescita adolescenziale per molti giovani si presenta come un viaggio pericoloso, senza modelli solidi e senza bussola.

2.11 Origini e diffusione dei Dca



2.12 Origini e diffusione dei Dca

La regressione psicologica orale:

✦ Dal punto di vista psicomodinamico l'atto del cibarsi viene investito di valenze simboliche che lo assimilano ad una attività incorporativa di modalità desiderate e temute perché portatrici di valenze trasformative e quindi potenzialmente pericolose.

2.13 Origini e diffusione dei Dca

Con lo sviluppo della malattia, nel quadro anoressico :

- ✦ Scompaiono seni, fianchi, ciclo mestruale, che erano i segnali della crescita.
- ✦ Controllo stretto sulla “parte corporea”, sede di desideri, dolore, piacere, intensità emozionale e affettiva.
- ✦ Reificazione del simbolico: rifiuto del cibo anziché elaborazione mentale del disagio.

2.14 Origini e diffusione dei Dca

Con lo sviluppo della malattia, nel quadro bulimico:

- ✦ L'aspetto rimane spesso nella norma, anche se si notano segni di deterioramento precoce nella pelle, denti, capelli.
- ✦ Controllo stretto sulla immagine esterna, forte caos e senso di vuoto interno.
- ✦ Reificazione del simbolico: abuso e espulsione del cibo anziché elaborazione mentale del disagio.

3. STRUMENTI DI RILEVAZIONE



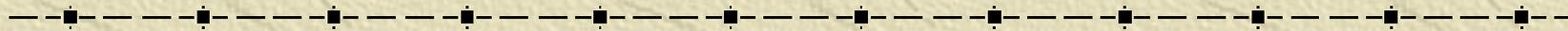
3.1 Strumenti di rilevazione



strumenti di screening:

- ✦ BSQ - Binge Scale Questionnaire (Hawkins e Clement 1980)
- ✦ Bulit-R Bulimia Test (Thelen e coll. 1991)
- ✦ Edi-2 -Eating Disorder Inventory (Garner et al. 1995)

3.2 Strumenti di rilevazione



Edi-2:

8 scale: (impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità)

3 scale sperimentali (ascetismo, impulsività, insicurezza sociale)

4.1. La prevenzione

Per la prevenzione sanitaria sono necessarie:

1. Una definizione degli obiettivi
2. Una analisi sulle cause
3. Una accurata scelta dei metodi e un controllo sui risultati

Nei disturbi mentali la situazione e' molto piu' complicata

4.1.1 La prevenzione



livelli di prevenzione

1. primaria
2. secondaria
3. terziaria

4.1.2 La prevenzione

Obiettivi :

1. **Prev. Primaria** : ridurre l'insorgenza nella popolazione
2. **Prev. Secondaria** : Ridurre la prevalenza e la durata
3. **Prev. Terziaria** : Ridurre le disabilità conseguenti e le recidive

4.1.3 La prevenzione nei disturbi mentali

Le cause :

1. Si parla di “origini”
2. Si notano le ricorrenze
3. Ci si muove su ipotesi di lavoro e si cercano verifiche

4.1.4 La prevenzione nei disturbi mentali

I metodi:

1. Si agisce sul mondo cognitivo ed emozionale inducendo l'opportunità di modificazioni contenutistiche e metodologiche di percezione ed interpretazione.
2. Si verificano gli spostamenti ottenuti

4.2.1 La prevenzione primaria



Obiettivo:

**ridurre l'incidenza del rischio di malattia
nella popolazione considerata**

4.2.2

La prevenzione primaria



Referenti:

4. Formatori e operatori sociali
5. Gruppi giovanili

4.2.3 La prevenzione primaria



Formare i formatori perchè

1. Sono figure di identificazione importanti
2. Possono riconoscere il disturbo nello stato iniziale

4.2.4 La prevenzione primaria



Formare i gruppi giovanili nella scuola con il fine di:

1. Promuovere una maggiore accettazione di sé
2. Fornire elementi conoscitivi sui Dca
3. Creare una cultura critica verso messaggi patogenetici dei media e della moda

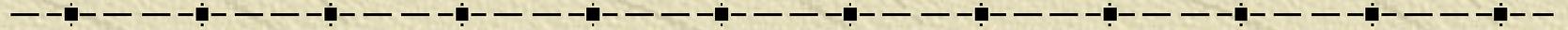
4.2.5 La prevenzione primaria



Metodo di intervento nella scuola:

4. Screening sul campione
5. Definizione del tipo di intervento
6. Verifica dei risultati

4.2.6 La prevenzione primaria



Intervento informativo-educativo su fattori che facilitano l'insorgere del Dca:

1. culturali e ambientali (la moda, i messaggi pubblicitari ecc.)
2. personali (la sessualità, i rapporti con i genitori, tratti psicologici quali il perfezionismo, il pensiero dicotomico ecc.)

4.2.7 La prevenzione primaria



Nell'intervento informativo- educativo :

Il metodo deve basarsi su criteri partecipativi, quindi seminari, gruppi di lavoro, discussione collettiva.

4.2.8 La prevenzione primaria



Nell'intervento esperienziale:

4. Gruppi di discussione intorno ad un caso clinico
5. Iniziative di socializzazione (teatro, gruppi artistici)
6. Utilizzo partecipativo di strutture presenti nelle scuole (i CIC)

4.2.9 La prevenzione primaria



i CIC – Centri di Informazione e Consulenza.

- ✦ Creati con DPR 309/90 per arginare le tossicodipendenze, hanno allargato molto le loro competenze.
- ✦ Ponte fra l'interno della scuola e gli specialisti esterni
- ✦ La “terapia dell'aiutante”

4.3 La prevenzione secondaria



- 1. interviene sui soggetti a rischio**
- 2. li motiva a ricorrere ad una terapia**
- 3. facilita i contatti con gli specialisti**

4.3.1 La prevenzione secondaria

Richiede:

1. Personale competente nella scuola, al fine di superare resistenze anche dure dei ragazzi in crisi
2. Equipe presso la Asl, possibilmente multidisciplinare, in grado di raccogliere la domanda di terapia.

4.4 La prevenzione terziaria



- 4. Punta a contenere le conseguenze debilitanti nei soggetti colpiti dai Dca**
- 5. Previene complicanze cliniche**

4.4.1 La prevenzione terziaria



4. Può utilizzare il ricovero o day hospital
5. La struttura interessata è la Asl (Servizi Dca) oppure cliniche specializzate .

5. CONCLUSIONI



5.1 Conclusioni

abbiamo parlato di:

- ✦ Origini multidimensionali e caratteristiche del Dca
- ✦ Linee e metodi operativi di prevenzione

5.2 Conclusioni

Possiamo dire che ...

Prevenzione primaria, secondaria e terziaria costituiscono:

- ✦ un percorso temporale,
- ✦ una sequenza di sbarramenti progressivi che tendono ad ostacolare e poi ad arginare il disagio, permettendone l'accesso alla terapia

5.3 Conclusioni

Forse sono in atto correzioni di rotta...

- ✦ La moda ed i media valorizzano di nuovo il corpo femminile non androgino.
- ✦ Nuovi rapporti fra i sessi
- ✦ In diminuzione la anoressia restrittiva, in crescita la bulimia. Il disagio si trasforma?

Alcuni titoli...

-
- ✦ Bruch Hilde. La gabbia d'oro. Feltrinelli. Milano 1989
 - ✦ Bruch Hilde. Anoressia. R. Cortina Editore. Milano 1988
 - ✦ Burbatti G. Castoldi I. S.O.S. Anoressia . A. Mondadori Editore 1997
 - ✦ Ganzerli Pietro Sasso Raffaella. La rappresentazione anoressica . Bulzoni Editore Roma 1979
 - ✦ Gordon A. Richard. Anoressia e bulimia. Raffaello Cortina Editore. Milano 1991
 - ✦ Neumann Erich. La psicologia del femminile. Astrolabio Roma 1975
 - ✦ Rosenfeld Herbert. Comunicazione e interpretazione. Boringhieri Torino 1991
 - ✦ Selvini Palazzoli Mara L'anoressia mentale. Feltrinelli Milano 1984 II ed.
 - ✦ Selvini Palazzoli Mara .. Ragazze anoressiche e bulimiche. Raffaello Cortina Editore Milano 1998
 - ✦ Vandereycken Walther, Ron van Deth. Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Raffaello Cortina Editore Milano 1995