

GIUSEPPE SACCO

già Docente di Psicologia Università degli Studi di Siena Presidente Libra Associazione Scientifica, Roma

www.librapsicologia.it

Giuseppe Sacco

CLASSIFICAZIONE DSM-IV

Nel DSM-IV vengono riconosciuti 3 tipi di DCA:

- 1. Anoressia Nervosa
- 2. Bulimia Nervosa
- 3. Disturbi del Comportamento Alimentare Non-Altrimenti Specificati (EDNOS)

2

CLASSIFICAZIONE

Anoressia





ANORESSIA

ANORESSIA NERVOSA

- Rifiuto di mantenere il proprio peso corporeo al livello minimo del peso normale per l'età e la statura
- Intensa paura di acquistare peso o di ingrassare, anche quando si è sottopeso
- Eccessiva influenza del peso e della forma del proprio corpo sui livelli di autostima o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso
- Nelle femmine, amenorrea prolungata, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi

ANORESSIA

Tipo Restrittivo

 La persona non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, ecc.)

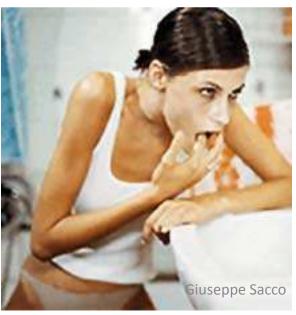
Tipo bulimico

• La persona presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, ecc.)

Bulimia









BULIMIA

BULIMIA NERVOSA

- Ricorrenti abbuffate
- Ricorrenti e inappropriate condotte di compenso per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso o uso improprio di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico compulsivo
- Abbuffate e condotte di compenso si manifestano entrambe, in media, almeno 2 volte la settimana per 3 mesi

BULIMIA

- •I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo
- •Il disturbo **non** si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Tipo Purgativo

Il soggetto presenta regolarmente vomito autoindotto o abuso di lassativi, ecc.

Tipo NON-Purgativo

Vengono utilizzati altri comportamenti compensatori inappropriati, quali digiuno, eccessivo esercizio fisico, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o abuso di lassativi

Obesità (Binge Eating Disorder BED, Night Eating NED)











BINGE EATING DISORDER

DISTURBO ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

- Ricorrenti abbuffate
- Gli episodi di abbuffate sono associate a 3 o più delle seguenti caratteristiche:
- a) mangiare più velocemente del solito
- b) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- c) mangiare in grande quantità senza essere affamati
- d) mangiare in solitudine
- e) al termine dell'abbuffata sentirsi disgustati, depressi o colpevoli

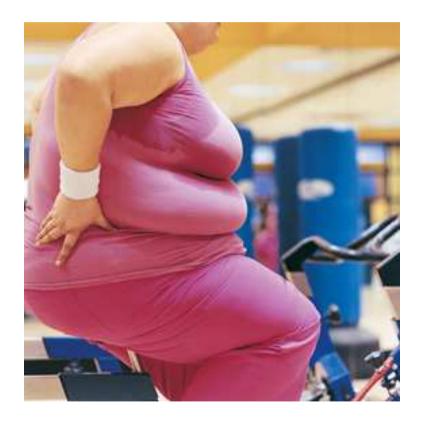
BED – Disturbo Alimentazione Incontrollata

- E' presente un elevato stress correlato alle abbuffate
- Le abbuffate si presentano per almeno 2 giorni alla settimana, per un periodo di 6 mesi
- Le abbuffate non si associano a condotte di eliminazione inappropriate

L'illusione della perfezione... tutto e subito!



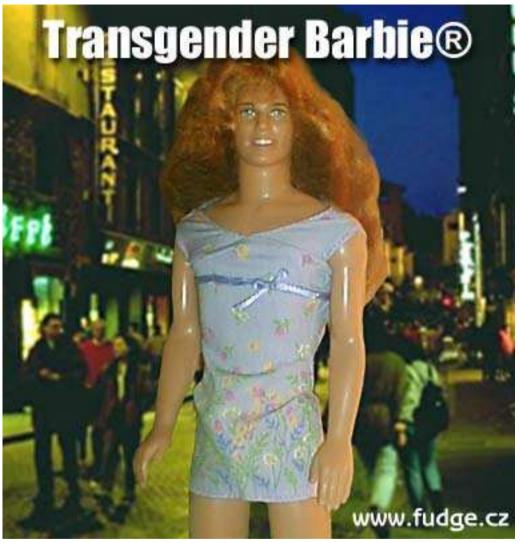




Giuseppe Sacco

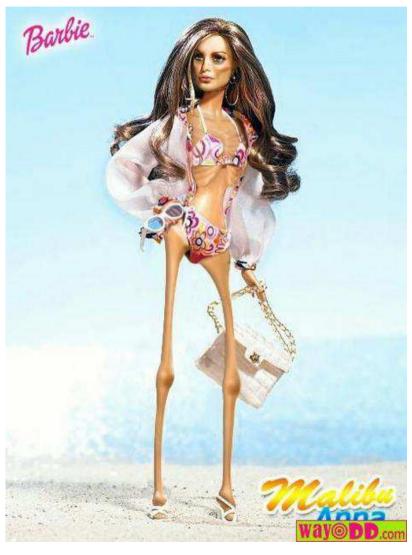
Vigoressia (Bigoressia) Ortoressia





Giuseppe Sacco 1

...i modelli





Dal 6 giugno saranno protagoniste del tg satirico di Antonio Ricci che le ha lanciate

"Striscia", da veline a conduttrici torna la coppia Canalis-Corvaglia

DAVELINE a conduttrici. Elisabetta Canalise Maddalena Corvaglia, sono state le veline più amate di Striscia la notizia, per il periodo più lungo, dal 1999 al 2002. Ora tornano al tg satirico di Antonio Ricci nella settimana conclusiva del programma. dal6all'11 giugno. Questa volta però sederanno dietro la scrivania del telegiornale di Ricci, nelle inedite vesti di conduttrici. Lorivela Tv Sorrisie Canzoni.

«E' stata una sorpresa anche per noi», hanno commentato le interessate. «Quando mi ha chiamato Ricci», ha aggiunto



Hanno partecipato al programma di Canale 5 dal 1999 al 2002



Canalis e la Corvaglia

lendario di GO nel 2002, che fecescalporeperleimmaginihot; nel 2003 la Canalis ha deciso di spogliarsi anche per il calendario 2003 di Max andato a ruba. Da quando si sono separate, la mora e bionda di Striscia hanno scelto strade diverse. La Canalis, spesso sui giornali per la tormentata storia con Christian Vieri, ha debuttato come attrice

nella serie Cara tinua a condu Sandro Piccini su Italia 1, mei aveva partecip a Stranamore stagna. «Amm pez» ha dichia vista la Canalis attrice, una bra te e una bravis una che è riusc pur non esse con grande Qui in Italia, in no molto Sin Alessia Marcuz

rivoluzionato programma, cl durreiltgsatir te: Beppe Braida ed Emilio Fe de, Maria De Filippi con Greggio e l'acchetti; e tra gli altri, Piccarra e Ficone, Solenghi e Lopez. Pino Insegno-Pino Campagna e Flavia Vento, Pieraccioni e Ceccherini, Gerry Scotti e Mike Bongiorno, Zuzzurro e Gaspare, Gigi D'Alessio e Dario Ballantini. In coppia per due giorni anche i nemici-amici Beppe Braida e il direttore del Tg4 Émilio Fede.

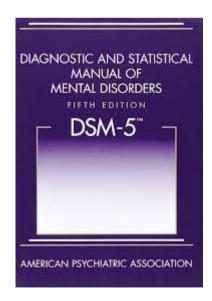


Nuovi criteri di classificazione

17 maggio 2013

L' American Psychiatric Association (APA) annuncia la pubblicazione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5).

IL DSM - 5



Nuovi criteri di classificazione

- Il **DSM 5** si differenzia dalla precedenti edizioni in alcuni punti fondamentali.
- L'organizzazione riveduta di ogni capitolo indica come i disturbi possano essere interdipendenti a seconda di vulnerabilità preesistenti o di caratteristiche dei sintomi.
- Ugualmente sono suddivisi ulteriormente alcuni disturbi sulla base di una maggiore comprensione delle loro cause.
- Sembra dunque che si cominci a riconoscere che classificare sintomi slegandoli dalle cause possa produrre atteggiamenti meccanicistici.

Nuovi criteri di classificazione

- I DCA sono considerevolmente riorganizzati anche alla luce della diffusione di nuove forme patologiche, o più esattamente dalla multiformità della stessa patologia:
- 1. Reverse Anorexia,
- 2. Ortoressia
- 3. Night Eating Syndrome
- 4. Anoressia Nervosa Atipica
- 5. Bulimia Nervosa (a bassa frequenza e/o a durata limitata)
- 6. Binge-eating (a bassa frequenza e/o a durata limitata)
- 7. Disturbo purgativo

Nuovi criteri di classificazione

- Ma che senso hanno tutte queste nuove forme cui vanno aggiunte le presentazioni sottosoglia?
- Una vasta messe di studi sottolinea il legame tra i vissuti ansiosi e depressivi derivanti da un inadeguato sviluppo del senso della propria identità e il bisogno di ricorrere a meccanismi di controllo dell'ansia e di compenso della depressione, attraverso i meccanismi omeostatici del comportamento alimentare.



DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

- 1) Anoressia Nervosa
- 2) Bulimia Nervosa
- 3) Binge-Eating Disorders
- 4) Disturbo Evitante / Restrittivo dell'assunzione di cibo (Ortoressia, Anoressia inversa)
- 5) Disturbo della ruminazione
- 6) Pica
- 7) Altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione (*Night Eating Syndrome*)
- 8) Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

ANORESSIA NERVOSA

DSM - IV - TR

- **A** Severa perdita di peso (< dell'85% di quello previsto come appropriato).
- **B** Paura d'ingrassare (anche essendo molto sottopeso e continuo timore di perdere il controllo sul proprio peso e sul corpo).
- **C** Preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico (eccessiva influenza sui livelli di autostima).
- **D** Amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi).

Due sottotipi:

- Con Restrizioni
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione

DSM – 5

Criterio B: E' ampliato per includere non solo il timore apertamente espresso di aumento di peso, ma anche un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso.

Criterio D: L'esigenza di amenorrea è stata eliminata.

- Le caratteristiche cliniche e di evoluzione delle donne che soddisfano tutti i criteri del DSM-IV per anoressia nervosa tranne amenorrea sono molto simili a quelli delle donne che soddisfano tutti i criteri.
- Viene indicato il grado di severità.

ANORESSIA NERVOSA

- **A . Restrizione** dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo basso peso relativamente all'età, sesso, evoluzione dello sviluppo e salute fisica. Un significativo basso peso è definito come un peso minore del minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, minore del minimo atteso.
- **B** . **Intensa paura** di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante un peso significativamente basso.
- **C. Anomalia** nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo; inappropriata influenza del peso e della forma del corpo sulla propria autostima, o persistente perdita della capacità di valutare la gravità della attuale perdita di peso.

Due sottotipi:

- Con Restrizioni durante gli ultimi tre mesi
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione durante gli ultimi tre mesi.

Lieve: BMI ≥ 17

Moderata: BMI 16- 16,99

Severa: BMI 15-15,99

Estrema: BMI < 15

Il Caso di Anna

- Anna ha 18 anni, frequenta l'ultimo anno di liceo. È alta 1, 65 m e pesa 43,3 kg (BMI=15.99). Amenorrea da circa 10 mesi, le capita di fare delle abbuffate, dopo le quali spesso vomita. Il vomito è per lei una specie di rituale (così lo chiama lei), che provoca indipendentemente da quello e da quanto ha mangiato. Dopo cena non vomita, anche se ritiene di aver mangiato molto più del dovuto. "Rompendo il circolo vizioso che mi porta ogni giorno dopo pranzo a vomitare, sono sicura che mi accadrebbe di ingrassare così tanto come immagino".
- Anna è brava a scuola e ha un ragazzo. Ha buoni rapporti con il padre, al quale è molto legata, ma difficili con la madre, alla quale critica il fatto di pilotare tutte le sue scelte.....Entrambi i genitori hanno avuto problemi legati all'alimentazione: il padre soffriva di ulcera e la madre è da sempre "fissata con la dieta"....

Il Caso di Anna

- Descrive così la sua situazione: "è inutile. Mi guardo allo specchio accanto a mia madre e lei, prima mi guarda, poi fa gli occhi piccoli piccoli e abbassa lo sguardo mentre io continuo a ripeterle: ma non vedi che ho le gambe e fianchi che mi fanno sembrare un fiasco? Sono enormi, fanno schifo e non li voglio.
- Vorrei avere le gambe piccole come le zampe di un fenicottero, ma forse neanche allora sarei contenta....Voglio vedere il mio corpo come realmente è.....spaventarmi della mia magrezza e poter avere un aiuto in più.
- Invidio quelle persone che dicono "Ho voglia di un gelato. Me lo compro"....non so più se ho fame, non so cosa è meglio che mangi....è una schiavitù tremenda, una privazione della libertà ed io ne ho le scatole piene. Non ne posso proprio più!"

Il Caso di Emanuela

- Emanuela ha 28 anni, è da poco separata dal marito e ha una figlia di 2 anni e mezzo. Dall'età di 18 anni ha frequenti episodi di abbuffate, dopo le quali si sottopone ad <u>intense sedute in palestra</u> "per autopunirsi e bruciare quello che ha mangiato".
- La situazione è migliorata dopo il matrimonio, ma ora a causa della dipendenza dal gioco d'azzardo e dalla scoperta di una relazione extraconiugale del marito, le sue condizioni si sono aggravate.
- Si rivolge allo psicoterapeuta perché alterna momenti di buona autostima a lunghi periodi di depressione e forte ansietà, durante i quali ha ripreso le abbuffate (definite "orge alimentari") seguite da qualche tempo da vomito autoindotto. Emanuela non riesce ad instaurare nuove relazioni a causa "....di quei 5-6 Kg di troppo che mi separano dal resto del mondo".

Disturbi nel percepire il peso e le forme corporee, Caso clinico:

Dal diario di una ragazza anoressica di 17 anni:

* "Non riesco a rendermi conto della mia magrezza nonostante tutti non facciano altro che ripetermi che sono uno scheletro... a me però piace vedere la mia immagine in cui si vedono i muscoli cadenti e la magrezza deformante del mio corpo (la ragazza parla di alcune foto che la ritraggono)... È inutile. Mi guardo allo specchio accanto a mia madre, continuo a ripeterle che ho le gambe e i fianchi che mi fanno sembrare un fiasco. Vorrei avere le gambe come le zampe di un fenicottero".

Metodologie di valutazione multidimensionale

- a. Auspicabile la valutazione del nucleo familiare, soprattutto per le pazienti più giovani che vivono ancora in famiglia.
- b. Valutazione dello stato generale di salute per considerare un eventuale ricovero
- c. Storia del peso della paziente: attenzione al livello di motivazione. Le informazioni riportate potrebbero non essere veritiere.
- d. Richiesta alla paziente di mettere per iscritto quali ritene essere i suoi punti deboli e quali quelli di forza, in riferimento al proprio fisico, per evidenziare eventuali percezioni alterate del proprio corpo.
- e. Domande specifiche per chiarire lo stile di pensiero disfunzionale (Se potesse cambiare il suo peso, che peso desidererebbe avere? Come cambierebbe la sua vita se lo raggiungesse? Sarebbe disposta ad aumentare qualche chilo, se questo potesse guarire il suo disturbo? Come considerebbe il suo valore se il suo peso aumentasse?).
- f. diario
- g. CBA 2.0, 16 PF e MMPI II per individuare fattori predisponenti e di mantenimento in stili di vita, tratti di personalità, ecc. , ma anche fattori su cui far leva durante il trattamento.
- h. Valutazione dei segni fisici all'atto della diagnosi
- i. Valutazione dell'assetto psicofisiologico
- j. Valutazione dell'asssetto neuroendocrino

Aspetti neuroendocrini

- Sistema Serotoninergico:
- Sistema oppioidi endogeni:
- Asse ipotalamo/ipofisi/surrene:
- Asse ipotalamo/ipofisi/gonadi:
- Asse ipotalamo/ipofisi/tiroide:
- □ Asse somatotropico:
- □ PRL:
- □ NPY:
- □ CRH:

- + + +
 - + + +
- +++

 - + + +
 - + + +
 - + + +
 - +++

Complicanze mediche

- Leucopenia
- Anemia
- □ Ipercortisolemia (vd stress e lipolisi)
- Riduzione T-helper
- Atrofia cerebrale
- Osteoporosi (ridotta produzione di estrogeni, IL-6)

Esami ematochimici e dosaggi ormonali da valutare nei disturbi dell'alimentazione

- Colesterolemia (colesterolo totale, HDL, LDL)
- VES
- Azotemia
- Potassemia
- Cloremia
- Calcemia
- Sodiemia
- Transaminasi
- Ormoni:
- □ LH, FSH (nelle donne)
- PRL
- Cortisolo
- □ Ormoni tiroidei (TSH, T3, T4)

Gli effetti del digiuno

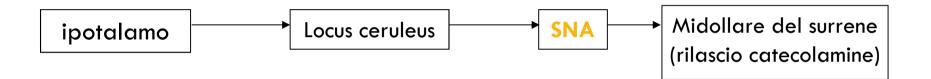
- □ Studio di Keys (1950)
- Valutazione di 36 uomini giovani, sani e psicologicamente normali per un periodo di 6 mesi sottoposti a una restrizione pari alla metà del loro introito di cibo iniziale.
- Questo regime determinò in media una perdita approssimativa del 25% del loro peso iniziale.
- Tutti i soggetti sperimentarono drammatici cambiamenti fisici e psicologici, così come riscontrato nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione (OSSESSIVITA', TRIADE NEVROTICA ELEVATA AL MMPI, ABBUFFATE CLANDESTINE)

Stress e alimentazione

- Digiuno determina iperattivazione dell'asse dello stress ipotalamo ipofisi cortico surrene
- CRH e cortisolo elevati inibiscono la fame
- Forme di stress dette "da inibizione dell'azione": iperproduzione di Na (noradrenalina) con conseguente fame ansiosa (Na inibisce la produzione CRH)

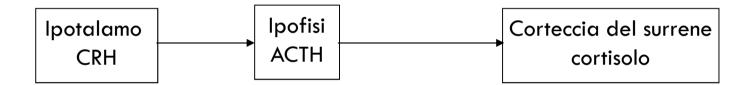
Risposta fisiologica di stress

□ Via nervosa



Risposta fisiologica di stress

□ Via chimica



BULIMIA NERVOSA

DSM - IV - TR

- A Ricorrenti di abbuffate . Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti.
- 1) Mangiare in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
- 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B Ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.

DSM 5

Criterio C:

- Riduzione della frequenza media minima richiesta di abbuffate e di inappropriati comportamenti compensativi da due a una volta alla settimana negli ultimi tre mesi.
- Le caratteristiche cliniche e l'esito degli individui che soddisfano questa soglia leggermente inferiore sono simili a quelle che soddisfano i criteri del DSM- IV.

Giuseppe Sacco

BULIMIA NERVOSA

DSM-IV-TR

- **C** Le abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno due volte a settimana per tre mesi.
- **D** La valutazione di sé è inappropriatamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.
- **E** Il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Tipo purgativo: il soggetto ha l'abitudine di provocarsi il vomito, o quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.

Tipo non purgativo: il soggetto usa altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non ha l'abitudine di provocarsi il vomito né quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.

Criterio C:

- Riduzione della frequenza media minima richiesta di abbuffate e di inappropriati comportamenti compensativi da due a una volta alla settimana negli ultimi tre mesi.
- Le caratteristiche cliniche e l'esito degli individui che soddisfano questa soglia leggermente inferiore di sono simili a quelle che soddisfano i criteri del DSM- IV.
- Scompaiono i tipi: purgativo e non purgativo.
- Viene indicato il grado di severità

DSM 5

- Scompaiono i tipi: purgativo e non purgativo.
- Viene indicato il grado di severità

BULIMIA NERVOSA

- A Ricorrenti di abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti.
- 1) Mangiare,in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
- 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- **B Ricorrenti comportamenti di compenso** volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- **C Le abbuffate comp**ulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno una volte a settimana per tre mesi.
- D La valutazione di sé è inappropriatamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.
- E Il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di episodi di anoressia nervosa.

ATTUALE SEVERITA'

Episodi compensatori inappropriati a settimana:

Lieve: 1-3

Moderata: 4-7

Severa: 8-13

Estrema: 14 o più

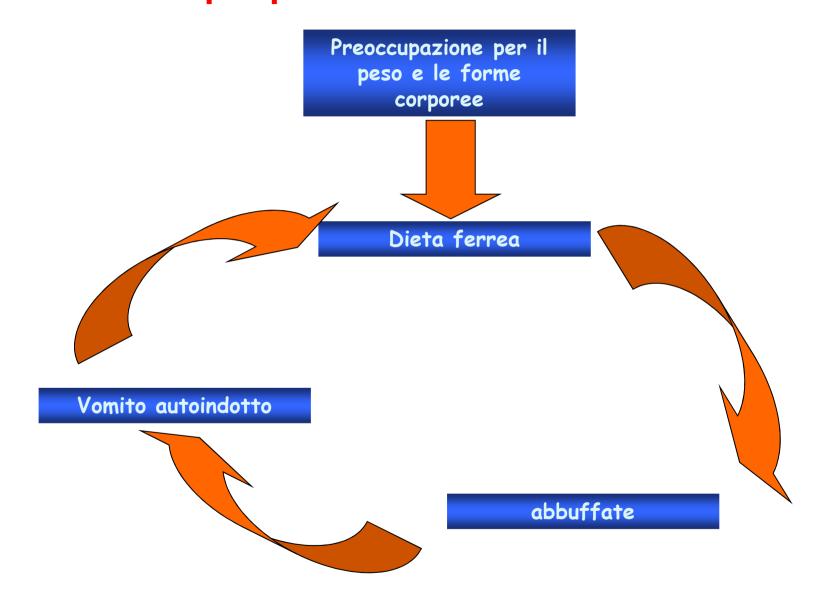
Bulimia nervosa: assessment clinico-psicologico

Fattori predisponenti: individuali, sociali, familiari, culturali, genetici.

Fattori precipitanti: eventi interni o esterni che possono scatenare l'episodio.

Fattori di mantenimento: elementi che consentono la continuazione e l'automantenimento del disturbo.

Modello di perpetuazione della bulimia nervosa



Rifiuto di mantenere il peso corporeo entro un valore minimo normale per la propria altezza ed età e paura di ingrassare Caso clinico

Dal diario di una ragazza studentessa universitaria bulimica di 22 anni:

- "Ho mangiato un po' di più del solito, e dopo un'ora, torno con un'angoscia terribile a cercare di non pensare ai calzoni che sembrano tirarmi sui fianchi. Mi sento strizzata da un vestito che fino a due ore fa mi era largo".
- "leri non ho vomitato ma non riesco a essere contenta. Sto piangendo per la rabbia. Anche oggi ho mangiato e il risultato è che mi sento gonfia e schifosa. Oggi sono un chilo in più di ieri e ho paura che mangiando tutti i giorni sarà così fino all'infinito... sento la pancia piena e mi innervosisco, è inutile provare a dirmi che dopo mangiato è normale sentirsi pieni.
- «lo non sopporto d'essere piena, sopporto di esserlo all'inverosimile, quando poi vomito, o sopporto piuttosto l'essere vuota, pulita. Infatti è proprio così che mi sento quando sono digiuna: pulita, perfetta, senza macchia e senza vergogna".

Abbuffate ricorrenti, compulsive con sensazione di perdita di controllo, seguite da condotte compensatorie, caso clinico

Studentessa universitaria anni 21, anoressia con bulimia (BMI=13,6)

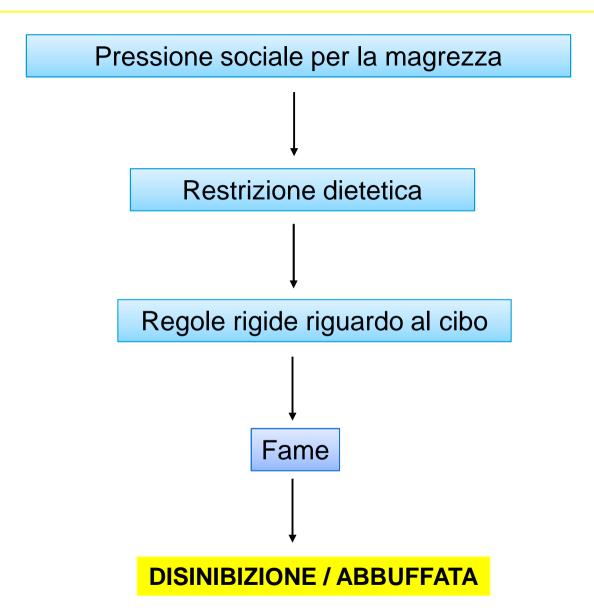
- "la tentazione di mangiare e poi di vomitare è forte, vorrei concedermi le cose che mi sto negando da tempo e vomitare, poter mangiare tutto quello che mi pare senza ingrassare."....
- "Mi alzo la mattina, faccio colazione velocissima, prendo il cane e mi dirigo nel negozio numero uno dove compro la cioccolata (da mangiare mentre vado negli altri posti). Mi dirigo poi verso il bar dove prendo due brioche e latte macchiato che ingurgito velocissimamente fino a strozzarmi.
- «Pago mentre sto ancora masticando, mi faccio dare altre due brioche da mangiare per strada mentre vado al negozio di alimentari dove devo comprare il pane che serve effettivamente a casa. Entro nel negozio con la bocca ancora piena e guardandomi i piedi compro il pane, un litro di latte, un pacco di wurstel e a volte della nutella. Esco precipitosamente, il povero cagnolino nel frattempo viene strascinato, per questo mi sento molto in colpa e a casa continuo l'orgia, sa quante volte ho mangiato i wurstel crudi appena levati dalla confezione?.....»

"Abbuffata"

Un episodio di **alimentazione incontrollata** si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:

- 1) mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili
- 2) sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).

MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE della BN



Aspetti neuroendocrini

- Asse tiroideo: ricerche scarse
- Asse ipotalamo/ipofisi/gonadi funzionante (?)
- Deficit nel funzionamento del sistema serotoninergico

Complicanze mediche

- Squilibri elettrolitici (ipopotassemia, ipomagnesemia, disidratazione)
- Complicanze gastroenteriche (svuotamento gastrico rallentato con conseguente gonfiore)
- Erosione smalto dei denti, danni all'esofago
- Segno di Russel (vd semeiotica dei DCA)

BINGE - EATING DISORDER

DSM - IV - TR

- A Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti.
- 1) Mangiare in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
- 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- **B** Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno **tre** dei seguenti caratteri:
- Mangiare molto più rapidamente del normale;
- Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno;

DSM₅

 La frequenza media minima di abbuffate necessarie per la diagnosi è stata cambiata da almeno due volte a settimana per 6 mesi a: almeno una volta alla settimana negli ultimi 3 mesi.

BINGE – EATING DISORDER

DSM - IV- TR

- Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
- Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
- Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo
- **C.** Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.
- **D.** Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni la settimana per almeno sei mesi.
- **E.** Non vengono usati comportamenti compensatori inappropriati e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o di bulimia nervosa.

DSM₅

- Questa frequenza è identica al criterio di frequenza del DSM- 5 per la Bulimia nervosa.
- Viene indicato il grado di severità.

Giuseppe Sacco

48

BINGE - EATING DISORDER

A - Episodi ricorrenti di abbuffate. Un'abbuffata è definita dai due caratteri seguenti:

- 1) Mangiare,in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
- 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:
- 1) Mangiare molto più rapidamente del normale;
- 2) Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno;
- 3) Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
- 4) Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
- 5) Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo
- C Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.
- **D Le abbuffate compulsive** avvengono, in media, almeno una volta la settimana per almeno sei mesi.
- **E –Non vengono usati comportamenti compensatori** inappropriati e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o di bulimia nervosa.

ATTUALE SEVERITA'

Abbuffate a settimana:

Lieve: 1-3

Moderata: 4-7

Severa: 8-13

Estrema: 14 o più

Disturbo Evitante / Restrittivo dell'Assunzione di Cibo

- Il **Disturbo della Nutrizione** dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza è stato rinominato ed i criteri sono stati notevolmente ampliati perché nel **DSM- IV** è stato usato raramente, e poche informazioni sono disponibili sulle caratteristiche dei bambini con questo disturbo.
- Inoltre, un gran numero di individui, principalmente ma non esclusivamente, bambini e adolescenti, limitano sostanzialmente la loro assunzione di cibo e sperimentano significativi problemi fisiologici o problemi psicosociali che non soddisfano i criteri per un qualsiasi disturbo della nutrizione del DSM- IV.
- Il **Disturbo Evitante / Restrittivo** dell'assunzione di cibo è una categoria ampia destinata a catturare questa gamma di presentazioni.

Reverse Anorexia

- Autopercezione di gracilità, eminentemente maschile.
- Comportamento alimentare alterato.
- Abuso di integratori, anabolizzanti e diete iperproteiche.
- Esercizio fisico compulsivo.
- Nel DSM-V viene fatta rientrare nel capitolo: "Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo."

Ortoressia

- Ossessione per il cibo "sano".
- Focalizzazione non sulla quantità ma sulla "qualità".
- Evitamento ossessivo di cibi non controllati.
- Evitamento delle situazioni sociali che espongono al non controllo del cibo.
- Convinzione fideistica delle proprie scelte.
- Nel DSM-V viene fatta rientrare nel capitolo: "Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo."

Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo

- **A.** Una anomalia dell'alimentazione e della nutrizione (ad es. assenza di interesse per l'alimentazione o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo) che si manifesta attraverso una persistente incapacità di assumere un adeguato apporto nutrizionale e/o energetico associata con una o più delle seguenti:
- 1) Significativa perdita di peso o nei bambini incapacità a raggiungere il peso relativo alla crescita.
- 2) Significativa carenza nutrizionale
- 3) Dipendenza dalla nutrizione enterale o da supplementi nutrizionali orali.
- 4) Marcata interferenza col funzionamento psicosociale.
- **B.** Il disturbo non è connesso con la mancanza di cibo o associato a pratiche culturali.
- **C.** Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di anoressia o bulimia nervosa e non vi è evidenza di anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo.
- **D.** L'anomalia non è meglio attribuibile a una condizione medica o ad un altro disturbo mentale.

Se il disturbo alimentare si manifesta nel corso di un altro disturbo, la sua importanza supera quella del disturbo di base e richiede attenzione clinica.

Night Eating Syndrome

A. Ricorrenti episodi di alimentazione notturna che si manifestano dopo il risveglio o con un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale.

Vi è consapevolezza e ricordo di aver mangiato.

Causa disagio e disturbo.

Nel **DSM-V** viene fatta rientrare nel capitolo: «Altri Disturbi Specifici della Nutrizione o dell'Alimentazione»

ALTRI DISTURBI SPECIFICI DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE

1) Anoressia Nervosa Atipica

Sono soddisfatti tutti i criteri eccetto che, malgrado un'importante perdita di peso, questo si mantiene dentro o sopra il *range* normale.

2) Bulimia Nervosa (a bassa frequenza e/o a durata limitata)

Tutti i criteri soddisfatti meno che per frequenza e durata più bassa).

3) Binge-eating (a bassa frequenza e/o a durata limitata)

Tutti i criteri soddisfatti meno che per frequenza e durata più bassa).

4) Disturbo purgativo

Comportamento purgativo ricorrente per modificare peso e forma del corpo (ad es: vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di *Binge-Eating*.

5) Night Eating Syndrome

Ricorrenti episodi di **alimentazione notturna** che si manifestano dopo il risveglio o con un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi è consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è giustificata da influenze esterne quali cambiamenti del ciclo individuale del sonno/veglia o da norme sociali specifiche. Causa disagio e disturbo. Il disturbo non è meglio espresso da *Binge-Eating* o altri disturbi mentali, incluso l'uso di sostanze, e non è attribuibile a disturbi medici o a effetto di farmaci.

Pica e Disturbi della Ruminazione

I criteri **DSM-IV** per PICA e per il disturbo di ruminazione sono stati rivisti per chiarezza e per indicare che le diagnosi possono essere fatte per le persone di ogni età .

Criteri diagnostici per Pica

- **A.** Persistente ingestione di sostanze non alimentari per un periodo di almeno 1 mese.
- **B.** L'ingestione di sostanze non alimentari è inappropriata rispetto al livello di sviluppo.
- **C.** Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita.
- **D.** Se il comportamento di ingestione si manifesta esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale (per es., **Ritardo Mentale**, **Disturbo dello Spetto Autistico**, **Schizofrenia**), o condizione medica (gravidanza compresa) è sufficientemente grave da giustificare di per sé attenzione clinica.

Criteri diagnostici per Disturbo di Ruminazione

- **A.** Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo può essere rimasticato, ringoiato o eliminato. (**NB**. E' stato eliminato: «dopo un periodo di funzionamento normale».)
- **B.** Il comportamento non è dovuto ad una condizione gastrointestinale associata o ad un'altra condizione medica generale (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).
- **C.** Il comportamento non si manifesta esclusivamente durante il decorso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa, *Binge-eating* o disturbo Evitante-restrittivo.
- **D.** Se i sintomi si manifestano esclusivamente durante il decorso di Ritardo Mentale o di un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, sono sufficientemente gravi da giustificare di per sé attenzione clinica.

Quali prospettive future?

Cosa ci riserva il DSM-6?

Tra una decina d'anni avrà ancora senso parlare di Disturbi del Comportamento Alimentare?

Oppure, come è avvenuto a suo tempo per l'isteria, questi disturbi si ridimensioneranno e il modo per esprimere la sofferenza psichica cambierà? E ancora, cosa comporterà continuare a moltiplicare le categorie diagnostiche?





FATTORI DI RISCHIO

- **Generali**: condizioni non-modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare il disturbo (per es., sesso femminile, fase adolescenziale, società occidentale)
- **Specifici**: presenti solo nei DCA (per es., fare diete con modalità disfunzionali, DCA in famiglia)
- **Generici:** presenti anche in altri disturbi mentali (per es., bassa valutazione di sé, abuso di sostanze, disturbi psichiatrici dei genitori)
- **Precipitanti**: sono situazioni che si verificano nell'anno che precede l'esordio del DCA e che agiscono attivando lo schema di autovalutazione disfunzionale in seguito ad avvenimenti specifici (per es., fallimento di una relazione sentimentale, fallimenti scolastici, lavorativi, sportivi, ecc.)
- **Mantenimento** standard: schemi autovalutazione disfunzionale, preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, rinforzi, comportamento di controllo dell'alimentazione, vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo, ecc.)
- Mantenimento aggiuntivi: perfezionismo, bassa autostima, intolleranza alle emozioni)

FATTORI PREDISPONENTI:

INDIVIDUALI

- Personalità:
- bisogno di dipendenza;
- conformismo;
- eccessiva scrupolosità e precisione;
- scarso controllo degli impulsi;
- tendenza alla rigidità e alla depressione;
- ambizione personale finalizzata all'approvazione da parte delle persone significative, ecc.
- Problemi:
- nello sviluppo dell'identità, separazione, conquista dell'autonomia, autostima (che dipende essenzialmente dal giudizio degli altri);
- nella capacità di distinguere tra sensazioni ed emozioni
- risposte inappropriate ai propri bisogni (es. mangiare per calmare l'ansia);

FATTORI PREDISPONENTI:

- × Cognizioni disfunzionali
- × Problemi di tipo percettivo:
- x difficoltà a riconoscere i bisogni fisiologici (fame, sete e sazietà) e delle reali dimensioni del corpo, insoddisfazione per l'immagine corporea
- **× SOCIOCULTURALI**
- Esaltazione della forma fisica e della magrezza come unici ideali da perseguire;
- Eccessiva valorizzazione delle performance individuali;
- Autostima strettamente dipendente dalle caratteristiche fisiche e dall'accettazione sociale e del gruppo dei pari

FATTORI PREDISPONENTI:

FAMILIARI

- Caratteristiche socio-economiche e demografiche (età, classe sociale, ecc.)
- Familiarità per disturbi dell'alimentazione, disturbi affettivi e alcolismo in famiglia
- **■** Modalità di relazione genitori/figlio:
- viene ostacolata la separazione e l'acquisizione dell'autonomia e capacità di critica e della separazione
- ipercriticismo anche nei confronti del peso e dell'aspetto fisico
- incoraggiamenti diretti o indiretti alla dieta rigidità e moralismo
- elevate aspettative
- Stile di attaccamento ambiguo e indefinito: percezione stabile di sé solo attraverso un rapporto invischiante con una figura di attaccamento.

FATTORI SCATENANTI:

- Separazioni e lutti (morte di familiari, separazione dei genitori, allontanamenti temporanei dalla famiglia che possono causare una frantumazione del legame simbiotico;
- Nuove richieste dell'ambiente a cui non si riesce a far fronte
- (competitività in ambito scolastico, prime esperienze sessuali, ecc.);
- Perdita dell'autostima:
- -diretta (fallimenti scolastici, ecc.)
- indiretta (in questi soggetti l'autostima è strettamente dipendente dall' approvazione genitoriale);
- **■** Esperienze traumatiche, malattie fisiche, abusi sessuali, ecc.
- **■** Fattori di stress cronico

FATTORI CRONICIZZANTI:

- Continuazione fattori scatenanti (es. teasing, ipercriticismo familiare)
- Rinforzi positivi dell'ambiente all'iniziale dimagrimento (all'inizio del dimagrimento, specialmente se il soggetto era in lieve sovrappeso, è plausibile che riceva dei complimenti, che servono solo a rinforzare la convinzione che l'unico modo di essere apprezzati, e quindi di riconquistare l'autostima perduta, è quello di essere magri)
- Vantaggi secondari (ad es., il dominio sulla vita familiare ed altri vantaggi che derivano dalla condizione di malattia, evitamento di responsabilità, ecc.)
- Stabilizzazione delle dinamiche intrafamiliari (l'attenzione della famiglia si sposta prevalentemente sulla figlia ammalata, impedendo di fatto la risoluzione dei conflitti familiari)
- Effetti del digiuno prolungato (disturbi cognitivi, disturbi del sonno, depressione, riduzione della vita sociale, ecc.)

FATTORI CRONICIZZANTI:

- Gravi distorsioni dell'immagine corporea (cui si aggiungono molti comportamenti patologici, come ad esempio l'evitamento di situazioni sociali)
- Alterazioni a carico dell'apparato gastrointestinale (il ritardo nello svuotamento può alterare il senso di sazietà ed aumentare il senso di gonfiore)
- × Ciclo abbuffata/vomito
- Caratteristiche di personalità (ad esempio i tratti ossessivi)
- Scarso funzionamento dell'Io (incapacità relazionali, incapacità di fronteggiare le situazioni, con ulteriore abbassamento autostima)
- × Fattori iatrogeni:
- disposizione di presidi terapeutici che si pongono solo sul versante organico, trascurando quello psicologico o, viceversa, difficoltà degli operatori a tollerare le frustrazioni, convinzioni disadattive degli operatori (ad es., "non vuole mangiare", "non vuole guarire") prescrizione diete
- * alimentazione forzata non sufficientemente discussa uso di rinforzi negativi umilianti che diminuiscono la stima di sé

SINTESI FATTORI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI-EMOZIONALI

1. PROCESSI COGNITIVI. Dialogo Interno, percezione e attenzione incentrati prevalentemente su:

- Aspetto corporeo
- Diete
- Giudizio altrui

2. COMPORTAMENTI principali:

- Slegati da sensazioni fisiche di sazietà
- Oscillazione tra digiuno e bulimia: ingestione di quantità di cibo insufficienti/eccessive, masticazione lenta/veloce
- Eliminazione progressiva dei cibi che fanno "ingrassare" condotta in modo inadeguato ed esagerato
- Assunzione di cibo particolare per tipo, forma e modalità (bocconi, assaggi, frullati)
- Vomito indotto, volontario, automatico, diuretici, lassativi

67

3. PROCESSI EMOZIONALI

Accanto ad una difficoltà più o meno grossa di riconoscere e differenziare le proprie emozioni si colloca...una percezione vaga ed indistinta di sé che si organizza intorno ai confini antagonisti e oscillanti tra il bisogno assoluto di approvazione da parte delle persone significative e la paura di essere invasi, criticati o disconfermati dalle stesse, tanto da reagire ad ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste due polarità emotive con una alterazione dell'immagine corporea....attraverso....una variazione del comportamento alimentare.....



MANTENIMENTO: CIRCOLO VIZIOSO DEI DCA



SVILUPPO ED EVOLUZIONE DEI COMPORTAMENTI ALIMENTARI NELL'INFANZIA e ADOLESCENZA







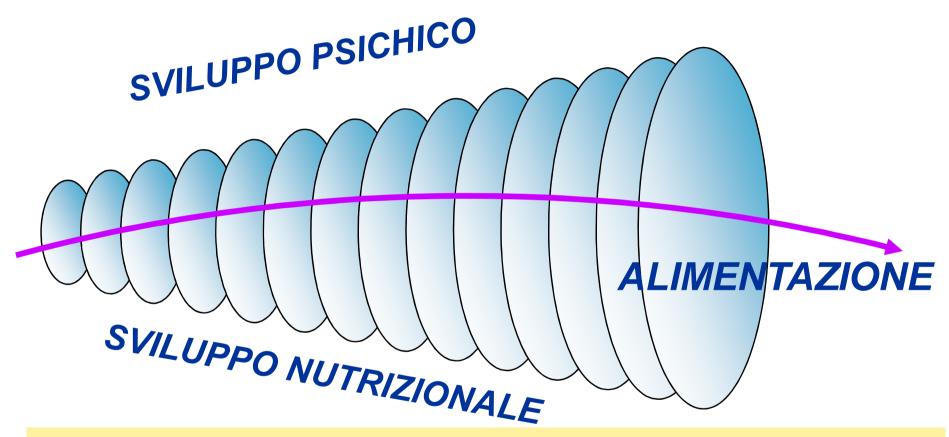






Giuseppe Sacco

IL FIL ROUGE DELL'ALIMENTAZIONE...



..si presta ad essere visto come punto di **integrazione** tra biologico e psicologico non solo nel corso dello sviluppo infantile, ma fino all'età adulta, contribuendo in maniera preponderante alla costruzione dell'**identità** sia fisica che psicologica

7

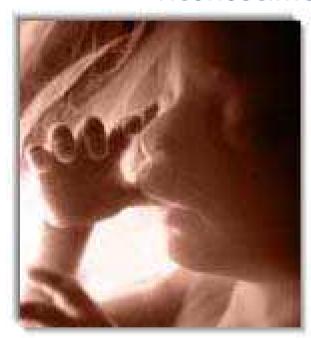


L'American Academy of Pediatrics (AAP)

considerava, già diversi decenni fa che:

"lo sviluppo delle **abilità alimentari** è complesso: esso dipende dalla maturazione motoria, emozionale e sociale del bambino, così come dal suo temperamento e dalle sue relazioni con gli altri membri della famiglia"

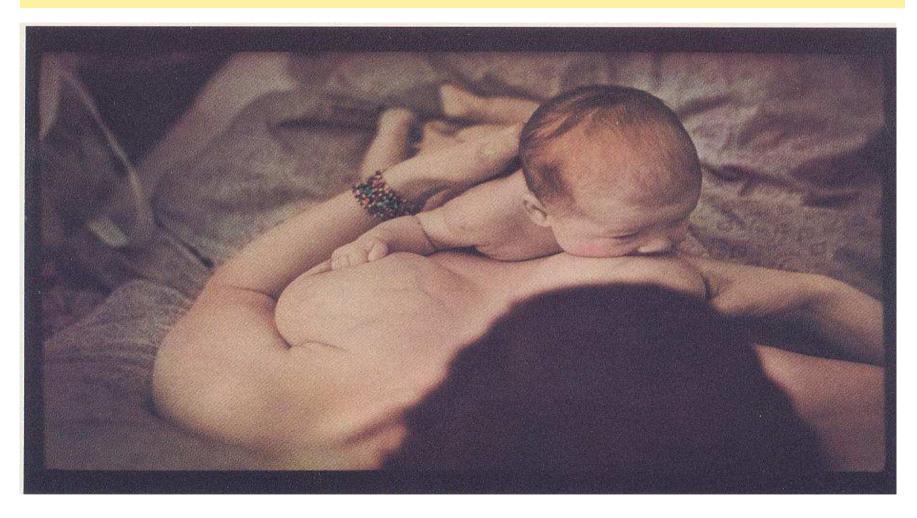
American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for Health Supervision II. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1988. Il **feto** comincia a succhiarsi il pollice dalla 11a-13a settimana, sviluppando così i muscoli che gli consentiranno di succhiare il latte non appena nato: questo non è solo un comportamento innato di sopravvivenza, ma anche uno dei primi atti finalizzati al riconoscimento di sé e del mondo esterno.





Risulta così di nuovo sottolineato come, fin dai primi atti della vita, l'alimentazione e le attività relazionali, emotive e cognitive si sviluppino in modo integrato e contemporaneo

ECCO CHE NELLA **RECIPROCITÀ MADRE-BAMBINO** CHE CARATTERIZZA L'ALLATTAMENTO, COME IN TUTTE LE ALTRE SIGNIFICATIVE RECIPROCITÀ DI ACCUDIMENTO SI ATTUA QUELLA **INTEGRAZIONE DI LIVELLI PSICOFISICI** CHE CARATTERIZZA TUTTO IL PROCESSO DELLO SVILUPPO



SECONDO ALCUNI (SCHAFER 1977) NELL'ORGANIZZAZIONE DEI RITMI "CULLAMENTO E SUZIONE" TRA MADRE E BAMBINO È RAVVISABILE L'APPRENDIMENTO DI QUEI RITMI

"IO PARLO-TU ASCOLTI" CHE SEMBRANO INDISPENSABILI ALL'ACQUISIZIONE DI LINGUAGGIO E ABILITÀ' COMUNICATIVE





"Il **carattere relazionale** comune ad ogni forma di **intersoggettività** è sostenuto, a livello del cervello, da reti neurali condivise, i sistemi dei

NEURONI SPECCHIO

che mappano la percezione e l'esecuzione di azioni... le stesse rappresentazioni motorie dell'azione sono a fondamento non solo della produzione ma anche della sua comprensione".

Alcuni neuroni specchio parietali non solo codificano l'atto motorio osservato, ma sembrano anche permettere alla scimmia che osserva, di predire il successivo atto motorio dell'agente e quindi la sua intenzione complessiva (ovvero di "costruire" la realtà osservata)

Le scimmie posseggono una forma rudimentale di attitudine teleologica, probabile precursore di una più matura attitudine intenzionale... ipotesi che estende al dominio filogenetico lo scenario ontogenetico proposto per i neonati umani. (automatica attribuzione di intenzioni es. sms/distinzione uso tazza)

^{*}Rizzolatti G.; Sinigaglia C. (2006). **So quel che fai**. Il cervello che agisce e i neuroni specchio. Milano. Raffaello Cortina.

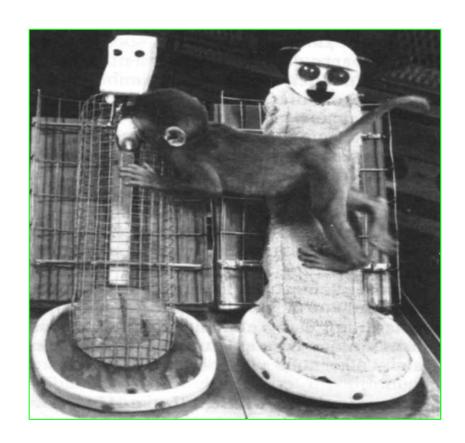
- •Poche ore dopo la nascita i neonati mostrano segni di **imitazione facciale** (Meltzoff e Brooks, 2001)
- •Madri e neonati stabiliscono **attività mutuamente coordinate**: movimenti, espressioni facciali, voce, si sincronizzano. (Reddy et al., 1997)
- •Sia provare soggettivamente **disgusto** che essere testimoni della stessa emozione espressa dalla mimica facciale di qualcun altro, attivano lo stesso settore nella struttura cerebrale del lobo frontale (Wicker et al., 2003)
- v. "tono emotivo di base"
- •Osservando l'espressione facciale di qualcun altro ne identifichiamo lo stato affettivo, l'emozione dell'altro è costruita, esperita e compresa attraverso una simulazione incarnata che produce uno stato corporeo condiviso dall'osservatore e che comprende l'attivazione di meccanismi viscero-motori neuro-vegetativi e neurali (Reddy et al., 1997)



Dimensione tattile "teniamoci in contatto"

REGOLAZIONE/DISREGOLAZIONE DELLE EMOZIONI (N.A Fox)

Le situazioni di reciprocità assumono la caratteristica di elementi centrali ed ordinatori dello sviluppo come viene evidenziato nelle numerose ricerche svolte su gruppi di primati antropomorfi.



È significativo quello che a livello sperimentale si osserva in giovani macachi geneticamente riconosciuti come di ceppo ansioso (presenza dell'allele corto nel gene deputato alla sintesi della serotonina e madri con caratteristiche comporta-mentali di tipo ansioso).





Se staccati dalla madre e allevati da una coppia di scimmie anziane esperte e sicure, perdono i loro tratti comportamentali di tipo ansioso e presentano un riequilibrio dei livelli ematici dei metaboliti della serotonina ed altre catecolammine con concentrazioni assolutamente fisiologiche.

Suomi, 2001; Caspi 2007.

Giuseppe Sacco

In un contesto di reciprocità stabile e sicura anche le scimmie adulte, selezionate come famiglia di sviluppo, mostrano alcune modificazioni biologiche:



- incremento delle concentrazioni di ormoni progestinici plasmatici e ricambio migliorativo del manto nelle femmine
- aumento dei tassi plasmatici di ormoni steroidei con ripresa delle erezioni, della produzione di spermatozoi e ricrescita del pelo nei maschi

Suomi, 1990.

Figure 1: Illustrating the many channels of expression that bring the mind of a young baby into communication with a mother's mind in the first communication games Primary Inter-Subjectivity **EMOTIONS EXPRESSED** ACTIVELY PERCEIVED Mother, Watches & Listens, A Two-Month-Old Baby -Anticipates Baby's Expressions & is Attracted to Mother's Replies Sympathetically & Expressions, Seeks Playfully with 'Motherese' Eye-Contact, & Replies with Speech, Touches & Facial Facial Expressions, Vocalisations & Gestures Expressions **PROTOCONVERSATION** Rhythmic Synchronization & Turn-Taking of Expressive Phases

Trevarthen



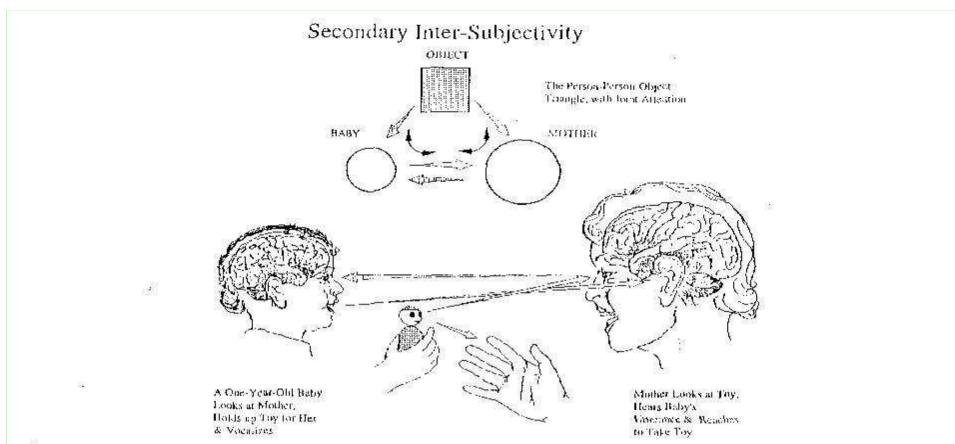


Figure 4: A critical stage in the normal development of human communication that leads to the learning of social and cultural conventions, and to language. At the end of the first year on infant still connot speak, but does seek to exchange experiences with companions, and cooperates in investigating and acting on the shared world. This involves frequent shifting of the focus of interest and intermed from objects to people, and back again.

Il linguaggio materno, "motherese", si incontra con il protolinguaggio dell'infante, fino a sintonizzarsi sulla stessa tonalità e seguendo gli stessi ritmi. E' impressionante come questa delicatissima attività interattiva sia estremamente complessa tanto che solo con la moviola si possono scoprire al video tutti i segnali e gli scambi alla base della negoziazione.

LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI

dialogo interno (rumination)

capacità di apertura (disclousure)

capacità di condivisione sociale (social sharing)

Da queste premesse

riflettere sullo sviluppo dei comportamenti e dei disturbi alimentari (D.C.A.) significa:

 inquadrare gli stessi all'interno dello sviluppo relazionale, affettivo e cognitivo individuale

• e delle modalità di costruzione del significato personale



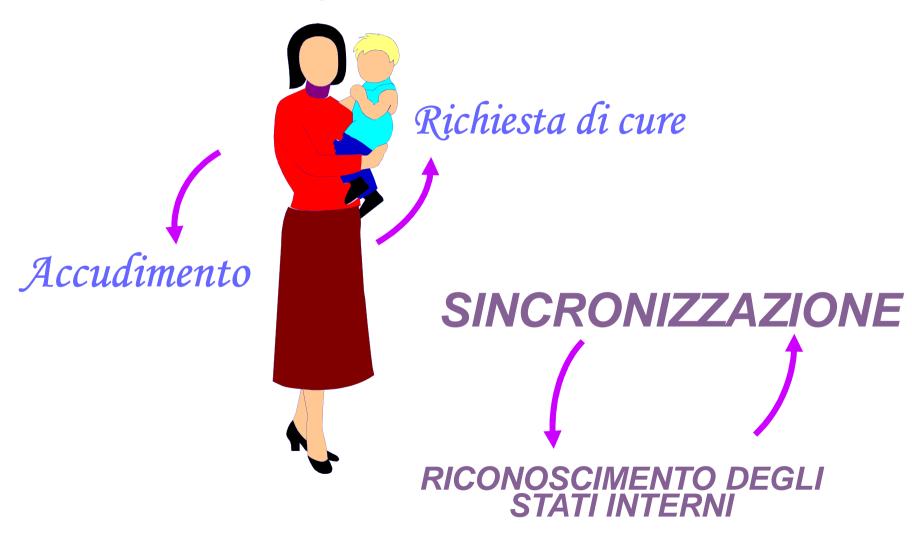


Nei pazienti con un D.C.A. lo SVIIUPPO è caratterizzato da una interferenza nel processo di demarcazione dagli altri: lo sviluppo delle relazioni affettive è caratterizzato dalla continua oscillazione tra iper-protettività ed indifferenza, dalla confusione e dalla ambiguità tra attaccamento e distacco

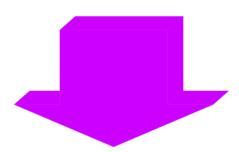
RUOLO DELLA FAMIGLIA NEI DCA



Nello scambio di contatti attraverso le diverse modalità percettive tattili, acustiche, olfattive nonché comportamentali si sviluppano le capacità del bambino e della madre di sincronizzare i reciproci ritmi di richiesta di cure e accudimento



GENITORI CHE RIDEFINISCONO LE EMOZIONI DEL BAMBINO



BAMBINI CON "SENSO di Sé" RICAVABILE ESCLUSIVAMENTE DAGLI ALTRI



La II infanzia è:

- il periodo in cui si instaurano i successivi e più gravi disturbi dell'alimentazione, fondati:
- sulla difficoltà o incapacità a riconoscere i propri stati interni
- la tendenza a rispondere con la variazione del proprio comportamento alimentare ad ogni oscillazione dei propri stati emotivi

La III infanzia è:

- •la fase in cui si possono notare le prime espressioni del *carattere*
- •Si comincia a delineare un senso di sé strutturato e stabile
- Lo sviluppo cognitivo, da ora e fino all'adolescenza, è caratterizzato dalle forme che assume il senso di sé del bambino
- Quest'ultimo è correlato con il senso degli altri che il bambino si costruisce

Gli **adulti** - e specialmente i **genitori** e più tardi gli insegnanti - sono i modelli di riferimento, gli specchi rispetto ai quali il fanciullo scopre differenze e somiglianze che lo riguardano, verifica le sue abilità ed il suo grado di accettabilità e stimabilità.

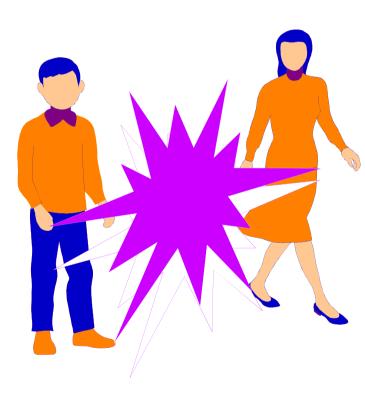
E' nella III infanzia che si organizzano i processi di identificazione e differenziazione su cui si basa la costruzione dell'immagine di sé ed in cui si Apprendono e verificano le modalità di attaccamento ed emancipazione dalle figure significative.



Giusepp

BREAK ADOLESCENZIALE

Nell'adolescenza, con l'irrompere del pensiero astratto, tutti gli schemi vanno rimodellati, la *rottura di* simmetria impone una riorganizzazione, una presa di posizione precisa (anche in forme esagerate) di fronte alla vita.



Il principale indicatore di un'adolescenza ben avviata è la capacità di stabilire rapporti sentimentali soddisfacenti, come pure rapporti soddisfacenti con se stessi e con il proprio corpo.

- Lo sviluppo biologico e l'enorme quantità di sollecitazioni esterne ed interne producono un vero e proprio bombardamento di sensazioni ed emozioni
- Nel contempo, le abilità intellettuali e lo sviluppo del pensiero consentono di formulare ulteriori astrazioni e riflessioni su se stessi e sugli altri
- Il tema del *giudizio* e della *stima di sé*, gli interrogativi su come diventare **grandi**, rendersi **autonomi** e dunque **originali** e differenti dalla propria famiglia di origine, sentirsi membri di un gruppo di coetanei, costruire la propria individualità, assumono importanza e intensità notevolmente maggiori rispetto a prima e principali rispetto a tutto il resto

- Anche i rapporti intrafamiliari subiscono una radicale e brusca trasformazione: cambiano le regole e i controlli imposti, ci sono i primi distacchi e le prime delusioni.
- I **genitori** sono sempre colti di sorpresa dalla crescita dei figli e ne accettano di malavoglia il distacco, restando attaccati a modalità di accudimento precedenti.
- Inizia così la **lotta per l'autonomia** ed ogni occasione è buona per combatterla.
- Il **pensiero** ha conquistato tutte le sue abilità, così l'immagine dei genitori, da perfetta che era ora si relativizza e si scoprono i **difetti** e le **debolezze**.
- Il **tempo** prima quasi eterno si può ripartire in passato presente e futuro e quest'ultimo viene percepito come già presente



La scoperta concettuale si unisce non sempre in modo ordinato a quella esperienziale ed allo sviluppo psicosessuale.

Il **corpo** ha ruolo di protagonista nella vita dell'adolescente e con esso il modo di mangiare, che diviene subito espressione della propria originalità e libertà nonché affermazione della propria individualità, così della propria stimabilità o inadeguatezza

- Nell'adolescenza, poi, lo sviluppo biologico e l'enorme quantità di sollecitazioni esterne ed interne producono un vero e proprio bombardamento di sensazioni ed emozioni.
- Nel contempo, le abilità intellettuali e lo sviluppo del pensiero consentono di formulare ulteriori astrazioni e riflessioni su se stessi e sugli altri.
- Il tema del *giudizio* e della *stima di sé*, gli interrogativi su come diventare grandi, rendersi autonomi e dunque originali e differenti dalla propria famiglia di origine, sentirsi membri di un gruppo di coetanei, costruire la propria individualità, assumono importanza e intensità notevolmente maggiori rispetto a prima e principali rispetto a tutto il resto.

Da questo punto di vista si evidenziano come centrali per questi pazienti temi quali

il GIUDIZIO ESTERNO
il PERFEZIONISMO
l' IMMAGINE di Sé
l'AUTOSTIMA

fondati essenzialmente sugli altri



GRAZIE PER L'ATTENZIONE... ARRIVEDERCI!