I Disturbi del comportamento alimentare seconda una traiettoria evolutiva

Raffaele Riccardis
Psicologo- Psicoterapeuta
Didatta CRP ROMA

Roma, 11 Febbraio 2024

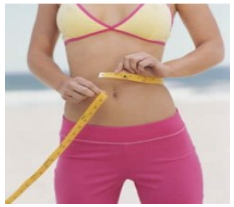
Alimentazione: aspetti psicologici.

Valori simbolici del cibo nei sistemi motivazionali

- ***Sistema dell'attaccamento*** → Autocura, consolazione, mediatore nel rapporto, con la F.d.A. e modulatore di distanza e vicinanza.

Sistema dell' accudimento → Offerta di cura in risposta, alle richieste del bambino (pianto, lamentele, ecc.), compensazione ai sentimenti di insicurezza e inadeguatezza.

Sistema agonistico → Elemento con cui "competere" quale strumento di misura della propria forza e della propria volontà, oggetto di lotta e di sfida, elemento per mostrare il proprio potere sociale.



Sistema cooperativo → Elemento facilitatore nei rapp
occasione di aggregazione (la m
pizzeria, le colazioni di lavoro, il

- ***Sistema sessuale*** → Elemento dei rituali di corteggiame

Dal feto all'allattamento

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:

ATTO DI RICONOSCIMENTO DI SE' E DEL MONDO.

Ecco che nella reciprocità madre-bambino che caratterizza l'allattamento, come integrazione di livelli psicofisici che caratterizza tutto il processo dello sviluppo.

Dall’allattamento all’attaccamento.

- “ Si ritiene essenziale per la salute mentale che il bambino sperimenti un rapporto caldo, intimo, ininterrotto con la madre (o con un sostituto materno permanente) nel quale ENTRAMBI possano trovare soddisfazione e godimento ”.

- “ Nel bambino piccolo la fame dell’amore e della presenza materna non è meno g di cibo ”.

[Bowlby, 1988]

La teoria dell'attaccamento

- *L' attaccamento* può essere definito come un legame di lunga durata emotivamente significativo con una persona specifica, che generalmente ricambia sentimenti, in modo che il legame sia emotivamente significativo per entrambi.
- La **ricerca di vicinanza fisica** è il fulcro della relazione di attaccamento del bambino piccolo.

Successivamente **la negoziazione della distanza** è l'elemento fondamentale delle relazioni di attaccamento.

Tipi di Attaccamento

- Attaccamento Sicuro
- Attaccamento Ansioso
- Attaccamento Evitante
- Attaccamento Disorganizzato.

Ainsworth et al. (1971, 1978,1985…), Main, Kaplan, Cassidy (1985), Sroufe (1985)…

Aspetti biologici e psicologici

- Durante l’allattamento, 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* (Cozzolino, 2006).
- Queste facilitano nel piccolo le abilità di sintonizzarsi con la figura di accudimento prima, di identificare e distinguere i propri ritmi interni poi, ovvero lo rendono in grado di iniziare la costruzione della ORGANIZZAZIONE DI SE’.

Aspetti biologici e psicologici

- Gli studi sui processi di attaccamento e distacco concettualizzano la propensione degli esseri umani a stabilire e mantenere la sretta reciprocità con le figure significative ed a stringere con queste forti legami affettivi, che costituiscono la base degli stili affettivi adulti.
- Tali processi hanno luogo grazie alla partecipazione di sistemi comportamentali innati (piangere, succhiare, ridere, aggrapparsi)che svolgono un ruolo fondamentale nell'alimentazione e costituiscono anche la maggior fonte iniziale di informazione per un sistema conoscitivo umano.
- I processi di attaccamento costituiscono il punto

Aspetti biologici e psicologici

- Completato il processo di divezzamento, intorno al 1° anno il bambino entra a pieno diritto nel mondo alimentare degli adulti.
- Se la madre fino a tale processo di sviluppo è stata in grado di rispondere alle esigenze del bambino, lo ha alimentato quando necessario , cullato, sgridato ecc, il bambino sarà cresciuto in grado di differenziare ed esprimere distintamente i suoi bisogni: mangia se ha fame, esprime rabbia se irritato, chiede rassicurazione se ha paura, senza fare confusione tra questi stati d’animo e senza richiedere il cibo come soluzione di ogni disagio.
- Anoressia infantile 6-18 mesi già presenti

Funzionamento del sistema familiare dca

Modalità di sviluppo

Caratteristiche genitoriali

- I genitori attenti agli **aspetti formali della vita,** in paricolare alle **apparenze sociali**
- **Immagine** di genitori completamente dediti all'**educazione** e al **benessere dei figli**.
- **Desiderio di conferma di questa immagine** piuttosto che soddisfare il bisogno concreto del bambino.
- Offrire al figlio/a **immagine di un matrimonio perfettamente riuscito**, evitando accuratamente ogni chiara manifestazione di

Funzionamento del sistema familiare dca
Modalità di sviluppo

FIGURA MATERNA

- Difficoltà ed incertezza **nel prendersi cura:** spesso si concentrano ansiosamente sull'alimentazione e pratiche educative (IPERPROTEZIONE).
- Mentre la madre seda la propria ansia nei confronti del figlio, egli impara ben presto che il cibo arriva come soluzione ad ogni problema.
- **Le *madri*,** concentrate sul bambino spesso iperprotettive - **non ricavano alcun piacere dall'accudirlo.**
- Controllo piuttosto che calore emotivo.

Funzionamento del sistema familiare dca

Modalità di sviluppo

FIGURA PATERNA

- **Figura paterna**, **evitante** , **formalmente impeccabile**, restii a manifestare in maniera aperta le proprie emozioni.
- Preso dal lavoro, trasferisce bene materiale.
- Grosse difficoltà nel mettersi in discussione
- Provvede da lontano cercando di “non fargli mancare nulla”

Funzionamento del sistema familiare dca
Modalità di sviluppo

Caratteristiche genitoriali

COMUNICAZIONE

- ***Strategie parentali di controllo*** dell'espressione di emozioni ed opinioni proprie;
- Spiccata tendenza a ***mascherare qualsiasi difficoltà*** o contraddizione personale;
- ***Comunicazione***: camuffata, ambigua, contraddittoria.

Funzionamento del sistema familiare dca
Modalità di sviluppo

Caratteristiche familiari

CONTESTO RELAZIONALE

- **Ridefinizione** costante delle ***sensazioni/emozioni del bambino***, secondo i canoni familiari.
- *I membri della famiglia **intrudono** nei pensieri e nei sentimenti gli uni degli altri.*

COSTRUTTO DI BASE

"È condividendo le **stesse opinioni ed emozioni**

"Mangia perché hai fame"

"Copriti che hai freddo"

"Se ciò che credo di provare è talmente diverso da ciò che la mamma mi dice che provo, come faccio ad essere sicuro di ciò che provo?????"

Modelli disfunzionali di attaccamento

Attaccamento invischiante

L'invischiamento rimanda a una forma estrema di prossimità e di intensità nelle transazioni familiari (...) In un sistema invischiato vi è una scarsa ***differenziazione a livello individuale*** *(...) nelle famiglie di questo tipo l'individuo si perde nel sistema. (...)*

(Minuchin, Rosman e Baker).

In tali condizioni, il bambino sviluppa un **senso pervasivo di inaffidabilità circa la propria capacità di riconoscere e decodificare adeguatamente i suoi stati interni**.

Egli pertanto sarà in grado di percepire di volta in volta ciò che è "possibile" provare e pensare solo all'interno del contesto di decodificazione che ricava da un rapporto di attaccamento avvertito come particolarmente coinvolgente.

Sviluppo dell'identità
(linea generale)

- **Un'interferenza nella differenziazione ritmica tra sé e gli altri** sembra pertanto essere l'aspetto centrale dello schema di riferimento in base al quale il bambino può cominciare a percepire la sua condizione esistenziale.

- Il percepire chiaramente lo stato emotivo di una figura di attaccamento significativa è una condizione necessaria per riconoscere la stessa tonalità emotiva dentro di sé (tendenza verso l'esterno), l'acquisizione di un senso definito del proprio Sé richiede contemporaneamente un'attiva differenziazione dalla sorgente d'identificazione (tendenza verso l'interno).

- L'esperienza umana dell'identità è costituita da due elementi: un senso di appartenenza e un senso di essere separati. Il laboratorio in cui questi ingredienti sono mescolati o disseminati è la famiglia, la matrice dell'identità.

Sviluppo dell'identità osp DCA

Impedendo continuamente al bambino di ordinare e assemblare in modo autonomo le proprie sensazioni ed emozioni, i modelli di attaccamento invischiante **ostacolano considerevolmente l'emergere del senso di "essere separato"** dando luogo per tutto il corso dell'infanzia e dell'età prescolare a una **demarcazione precaria e "lassa" tra il proprio senso di sé e le rappresentazioni interne dei genitori**.

I contorni a margini piuttosto indistinti del Sé risultano continuamente fluttuanti nell'oscillazione tra polarità antagoniste di significato, quali il **sentirsi "legati all'esterno"** per ricavare un senso più definito di sé (in cui la percezione ridotta della propria individualità viene avvertita come un senso di incompetenza personale) e il tentativo di **sentirsi "legati all'interno" nel cercare di demarcare in modo più autonomo un senso di sé** (in cui la percezione di un'individualità più definita che ne risulta si accompagna a un **senso di vuoto e inattendibilità personale**).

Sviluppo dell'identità osp DCA

Alla fine dell'età prescolare, il bambino diventa sempre più capace di controllare le oscillazioni critiche innescate dai sensi di vuoto o incompetenza personale attraverso una **ricerca attiva degli stati intermedi**. In genere, un equilibrio dinamico e dotato di un certo grado di stabilità diventa di solito raggiungibile a condizione che il bambino riesca a **concentrarsi su un figura privilegiata d'attaccamento trasformandola in un contesto di decodificazione dei propri stati interni**, mentre si sforza, **al tempo stesso, di esibire un atteggiamento controllato e autosufficiente nel tentativo di ricavare un senso, sia pur ridotto, di demarcazione** nei confronti di questa stessa figura.

Nella fase in cui il bambino dovrebbe aver già imparato a riconoscere e ordinare le proprie sensazioni, la sua attenzione è ancora tutta polarizzata sui genitori; di conseguenza, la percezione della maggior parte degli stati interni rimarrà rudimentale e piuttosto incerta, con la sola importante eccezione delle **sensazioni corporee di base (fame, sete, motricità ecc.) che risultano più facilmente discriminabili grazie alla loro componente biologica**.

Sviluppo dell'identità osp DCA

Un equilibrio di questo tipo è ottenuto grazie allo strutturarsi di modelli specifici di controllo decentralizzato. Da una parte, con l'esclusione selettiva del flusso esperienziale in grado di attivare l'espressione più diretta e definita delle proprie emozioni e opinioni, il bambino può ridurre le possibilità di oscillazioni critiche innescate da eventuali disconferme.

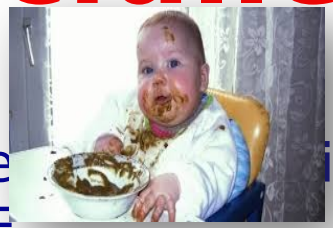
Dall'altra, costruendo un'immagine di sé in funzione delle aspettative percepite nel genitore prescelto, **egli è in grado di mantenere più o meno costante la gamma delle conferme necessarie a stabilizzare il suo senso di sé**.

Infine, la variabilità che accompagna il dispiegarsi di sensazioni "biologiche" quali la fame e la motricità - che rimangono in ogni caso le possibilità pressoché esclusive di percezione attendibile di sé - viene organizzata all'interno di un repertorio di modelli motori e viscerali che, agendo da attività diversive, riducono l'affiorare alla coscienza di oscillazioni critiche che convogliano sensi intollerabili di vuoto e/o incompetenza.

Sviluppo dell'identità osp DCA

Alla luce di queste considerazioni risulta quindi abbastanza comprensibile la tendenza ad assumere una perfezione compiacente che comunemente si riscontra nei fanciulli DAP, i quali appaiono di solito estremamente composti ed educati, più maturi dei loro coetanei e il più delle volte molto bravi a scuola. Infatti, almeno fino a quando non insorge l'esperienza della delusione, **l'adesione alle idee di perfezione** dei genitori coincide con l'unico strumento attendibile per ottenere un **livello accettabile di autostima e di valore personale.**

...in sintesi fino alla fanciullezza...



INFANZIA

L'equilibrio si mantiene in condizioni di TOTALE PROSSIMITA'

- **Madre**: risponde col cibo ad ogni esigenza del bambino
- **Padre**: Scarso/Assente contatto fisico
- **Bambino**: "Bravo, buono, bello"

FANCIULLEZZA

Inizio del Processo di IDENTIFICAZIONE/DIFFERENZIAZIONE

- **Genitori**: "figli perfetti" permettono tutto
- **Bambino**: infanzia felice e fanciullezza "non disobbediscono mai"
- Difficoltà di gestione fame/sazietà

"Amarsi è

La risoluzione adolescenziale

L'emergere delle abilità cognitive superiori coincide invariabilmente con l'affiorare di uno squilibrio, in quanto il decentramento rispetto al mondo comporta inevitabilmente la relativizzazione dell'immagine assoluta dei genitori su cui si basavano la stabilità e l'accettabilità del proprio senso di sé.

La strategia che per tutto il corso della fanciullezza aveva consentito di modellare un senso definito di sé sulle aspettative di un genitore privilegiato viene ora messa radicalmente in discussione dal senso pervasivo di disconferma derivante dalla delusione provata nei confronti di questo stesso genitore (o insorgenza della capacità di confronto delle altre famiglie).

La delusione

- **Un'esperienza di delusione più o meno intensa nei confronti del genitore preferito è fondamentale**, in genere tra la fine della fanciullezza e l'inizio della fase adolescenziale.
- L'emergere del pensiero astratto logico-formale, nell'adolescenza, si accompagna gradualmente a una revisione abbastanza radicale del modo di percepire le figure di attaccamento. Mentre nella fanciullezza e ancor più nell'età prescolare i genitori sono percepiti come detentori di verità e valori assoluti, con **il relativismo adolescenziale** essi cominciano a essere visti più o meno come persone ordinarie, con le comuni incertezze, contraddizioni, difficoltà e così via (processo fisiologico dell'adolescenza che porta alla spinta verso un distacco emotivo-cognitivo dalla famiglia d'origine).
- Dato che all'interno di un itinerario di sviluppo DAP, diventa possibile raggiungere una percezione di sé stabile e definita soltanto attraverso l'adesione più o meno completa alle aspettative di un genitore visto come modello assoluto**, qualsiasi revisione di tale modello non potrà essere percepita se non come una delusione così intensa mettere in discussione il senso di sé sinora raggiunto.**

La risoluzione adolescenziale

Tuttavia, dato che *le conferme* da parte di persone significative costituiscono tuttora il modo privilegiato per arrivare a un'identità stabile e definita, l'unica risoluzione adolescenziale possibile diventa la ***strutturazione di un contesto relazionale privilegiato che possa garantire un minimo di intimità e complicità "confermante"*** minimizzando al tempo stesso gli effetti di eventuali disconferme o delusioni. Il senso di essere un attivo protagonista della propria realtà, derivante dal ricentramento adolescenziale su di sé, può variare in funzione del tipo di attribuzione causale con cui viene decodificata e ordinata l'esperienza di delusione.

Sebbene l'attribuzione di causalità consentita da un senso di sé vago e fluttuante si mantenga sempre entro margini piuttosto oscillanti e indefiniti, è pur sempre possibile scegliere come orientamento prevalente o **un'attribuzione interna o una esterna**.

LA FRATTURA ADOLESCENZIALE

- Abilità cognitive superiori = *ASTRAZIONE/RELATIVISMO*
- Messa in discussione *IMMAGINE ASSOLUTA DEI GENITORI*
- Integrità del SENSO DI SE’,
  viene RIVISTO
- Aspettative di un genitore/i che delude/ono = *SENSO DI DISCONFERMA*

L'attitudine verso di sé e verso la realtà

- L'attitudine verso di sé è caratterizzata dall'incertezza nell'attribuzione causale delle proprie sensazioni ed emozioni, che risulta essere alla base sia del **perfezionismo** sia dei meccanismi di **autoinganno** che contraddistinguono le organizzazioni cognitive personali DAP.

  Se si deve ricavare un senso di sé dal giudizio degli altri, allora il perfezionismo diventa l'unica soluzione possibile, dato che, garantendo esclusivamente giudizi positivi, assicurerebbe un livello ottimale di autostima e valore personale. Di conseguenza, la gamma percepibile di immagini di sé, attuali e potenziali, è sempre invariabilmente connessa a **standard di perfezione assolutamente convenzionali,** innescando in questo modo una spirale di valutazioni gonfiate e irrealistiche di sé in cui qualsiasi impresa dovrà necessariamente portare a risultati sempre più positivi, dato che la riproposizione continua dei presunti risultati massimali ottenuti nel passato coincide con il minimo obiettivo raggiungibile.

Attitudine verso la realtà

- Un tale atteggiamento facilita il verificarsi proprio di quelle delusioni e/o disconferme che potrebbero mettere in discussione l'equilibrio raggiunto.
- Il perfezionismo, tuttavia, è entro certi limiti salvaguardato dagli effetti di eventuali oscillazioni critiche **dall'azione-tampone esercitata da un'attitudine verso di sé autoingannevole ed elusiva**, che consente al tempo stesso di **evitare in anticipo qualsiasi confronto** che possa essere percepito come un possibile fallimento e di **escludere l'affiorare** alla coscienza di sensazioni destabilizzanti di incapacità e incompetenza. Il modo con cui Brigida definì il suo rapporto con il padre è un tipico esempio di questo atteggiamento di autoinganno: "*A conti fatti, non ho mai voluto approfondire il rapporto con mio padre per evitare di scoprire di non essere la sua figlia preferita.*"

Attitudine verso la realtà

- La **possibilità di avere un'immagine corporea inaccettabile** rappresenta, d'altro canto, il **modo prevalente con cui il soggetto dà forma a oscillazioni perturbanti che convogliano sensi di incapacità e incompetenza**, una volta che queste siano state innescate da confronti critici inevitabili e imprevedibili. Vari fattori alla base di questa specifica focalizzazione sul corpo:
  - le variazioni degli stati corporei (livelli di attivazione viscerale e motoria) restano sempre l'insieme di impulsi più discriminabili e affidabili per decodificare e ordinare la percezione di sé
  - l'enfasi familiare sugli aspetti formali ed estetici della realtà contribuisce senz'altro a rendere l'aspetto estetico un criterio essenziale nella valutazione di sé.
  - Essere grassi, pertanto, diventa il modo essenziale di rappresentarsi il fallimento avvertito sempre come incombente.
  - Mentre l'anoressica, più attiva, lotta a oltranza contro questa immagine di fallimento tramite un ipercontrollo degli impulsi biologici

Attitudine verso la realtà

- **il raggiungimento di un senso accettabile di sé è avvertito come possibile solo attraverso il contesto fornito da un rapporto coinvolgente con una figura significativa e autorevole; tuttavia, l'impegno e l'esposizione di sé che questo obiettivo comporta predispongono inevitabilmente al rischio di delusioni e/o disconferme che renderebbero la propria identità ancor più vaga e fluttuante**. **La particolare vulnerabilità ai giudizi negativi esibita da un'organizzazione cognitiva personale DAP, infatti, supera di gran lunga la sensibilità alle critiche comunemente riscontrabile in qualsiasi altra organizzazione cognitiva**. Sentirsi esposti alle critiche di altre persone, specie se significative, innesca una percezione di sé a tal punto intollerabile da arrivare spesso a un senso di disorientamento totale e annullamento.
- *"E' un attimo di sgomento assoluto e di buio totale, come essere nell'acqua e sprofondare sempre più giù, sapendo che l'unica possibilità di riemergere consisterebbe nell'ottenere di colpo l'approvazione dell'altro, che invece sembra sempre più improbabile al di là di ogni possibile speranza."*

Attitudine verso la realtà (relazioni affettive)

- Nel tentativo di risolvere un dilemma di questo genere si assiste alla messa a punto di un repertorio di strategie interpersonali tese a ottenere **dal partner il massimo numero di garanzie possibili per un'intimità e una complicità che possano essere avvertite come "confermanti",** evitando accuratamente e il più a lungo possibile di esporsi ad assumere posizioni emotive definite all'interno del rapporto.
- Uno **stile affettivo caratterizzato da ambiguità, indefinitezza e "messa alla prova" costante** del partner finisce con il dar luogo a quelle critiche e/o disconferme che il soggetto cercava di evitare

ORGANIZZAZIONE DI PERSONALITA' DI TIPO DCA

"La caratteristica distintiva ti tali quadri clinici consiste nella percezione vaga e indistinta di sé che si organizza intorno ai *CONFINI* antagonisti tra il bisogno assoluto di approvazione da parte delle persone significative e la paura di essere invase e/o criticate e/o disconfermate dalle stesse, tanto da reagire ad ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste due polarità emotive con un'alterazione dell'immagine corporea attraverso una variazione del comportamento alimentare"(anoressia, bulimia, obesità) .

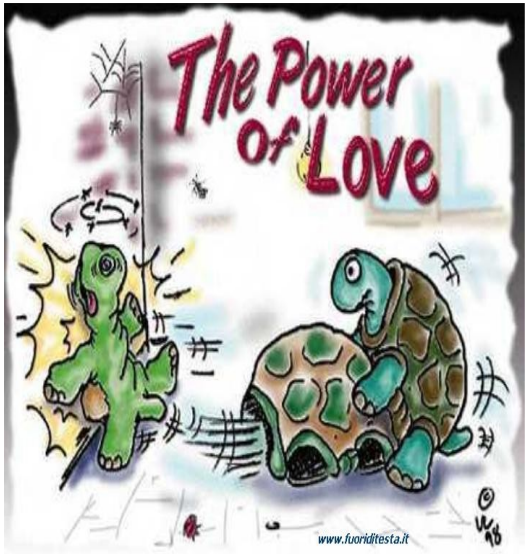
di Vittorio Guidano

SOLUZIONE

SINTOMO

SIGNIFICATO DEL SINTOMO

- Espressione di stati d’animo
- Potere
- Controllo della relazione
- Messa alla prova
- Scacco matto al sistema familiar
- Unico strumento per la mente
  di mantenere un’integrità



ESORDIO: RIDUZIONE (dieta)-INCREMENTO CIBO

Anoressia Nervosa (AN)

- L’Anoressia Nervosa (AN) letteralmente “mancanza nervosa d’appetito” (dal Greco *orexys* appetito)

Disturbo caratterizzato da:

- rifiuto di mantenere il peso entro i limiti inferiori del normale
- un’intensa paura di aumentare di peso
- da una percezione alterata dell’immagine corporea/vigoressia e dismorfofobia
- nelle donne da amenorrea.
- Bassi livelli di autostima
- difficoltà o rifiuto nel riconoscere la gravità del sottopeso
- IMC minore o uguale 17.5
- 2 TIPOLOGIE: RESTRITTIVA O DI TIPO ABBUFFATE CONDOTTE ESPLUSIVE.

Anoressia Nervosa (AN)

Esordio e carattteristiche cliniche:

DIETA controllata o non dal punto di visto medico;

Evento luttuoso;

Evolve in un ossessione per corpo, peso e bilancia (ore a pesarsi, conteggio delle calorie, guardarsi davanti allo specchio, escogitare modalità di perdita peso

Prepara da sola/o i pasti e mangia nella propria stanza

Forte attività fisica

Crisi bulimiche

Iperinvestimento sulle attività di studio e lavoro.

Difficoltà relazionali e isolamento sociale

Controllo familiare: faccende domestiche, attività culinarie

Bulimia Nervosa (BN)

- Il termine bulimia deriva dai vocaboli greci *bous* e *limos* e tradotto letteralmente significa “fame da bue” (accezione erronea)
- Forma più insidiosa di DCA: forma estetica che fa supporre un’ottima salute fisica e un apparente benessere
- Disturbo caratterizzato da:

  - abbuffata/e: mangiare una quantità di cibo esagerata superiore al fabbisogno fisiologico

  - Forte preoccupazione riguardo l’aumento del peso

  - metodi di controllo del peso: condotte espulsive, uso di lassativi, eccessiva attività fisica, ecc.

  - il livello di autostima sono

Bulimia Nervosa (BN)

- ***Caratteristiche cliniche***

Abbuffata:

a) Lontano dagli occhi di tutti per il senso di vergogna

b) Condizione di perdita di controllo/stato dissociativo

d) Enormi quantità di cibo a contenuto ipercalorico, vengono fatte più volte al giorno, in maniera veloce e compulsiva

e) Alternare salato e dolce

f) Non si raggiunge sazietà ma piuttosto una sensazione di malessere addominale

Gravi conseguenze fisiche:

- erosione dello smalto dentario, lacerazioni esofago, rottura delle pareti dello stomaco

Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED o DAI)

E’ un disturbo di nuova descrizione differente che ha delle differenze con la bulimia. Molto diffuso.

Disturbo caratterizzato da:

- Abbuffate e non: mangiare una quantità di cibo esagerata rispetto al fabbisogno fisiologico e/o mangiare ripetutamente durante il giorno
- Sensazione di perdita di controllo (non riuscire a fermarsi)
- Forte disagio per l’alimentazione incontrollata
- L’alimentazione incontrollata non viene associata all’utilizzo sistematico di comportamenti compensatori se non

Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED o DAI)

- ***Caratteristiche cliniche***

a) nell'alimentazione quotidiana preferiti cibi ricchi di grassi

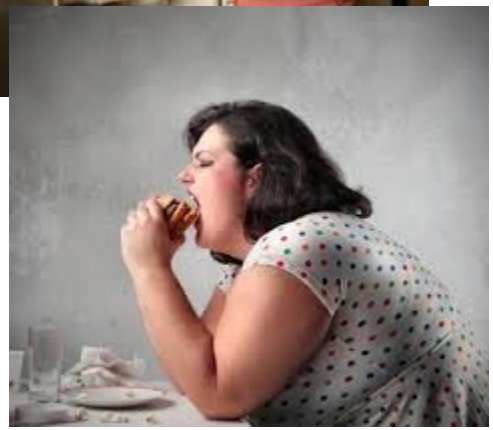
b) Difficoltà di accettazione del proprio corpo, ma inferiore rispetto a chi soffre di bulimia

c) Sovrappeso che spesso si trasforma in obesità

d) Grossa sedentarieta'.

e) Difficoltà sociali e depressione.

Complicazioni organiche: diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari ecc.



DISPERCEZIONE CORPOREA

TEMATICA DEL GIUDIZIO ESTERNO

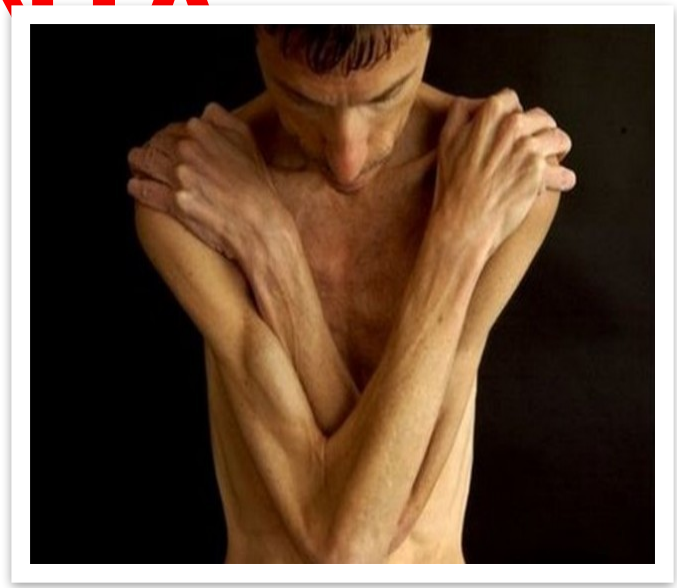
PERFEZIONISMO – PENSIERO TUTTO/NULLA

E LE EMOZIONI???

E IL PIACERE???

Disturbi
Dolore
Comportamento
Che
Alimentare
Anestetizza
Pagina MondoSole anoressia bulimia binge

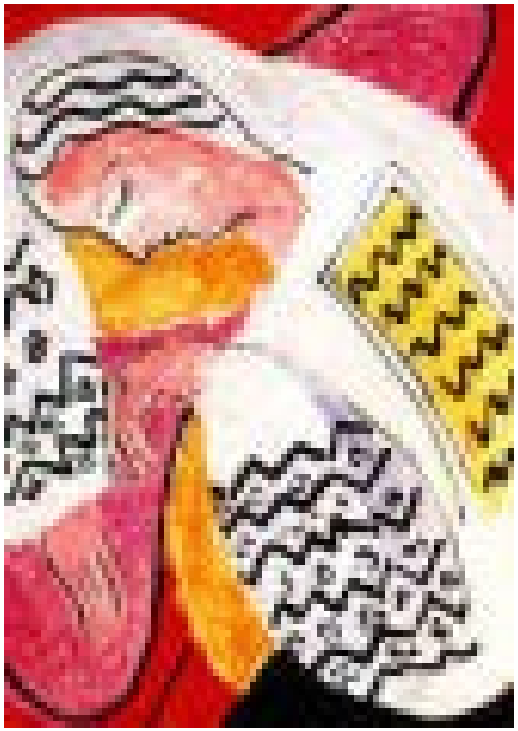
LA COMUNICAZIONE DIVENTA



SESSUALITA' E STILE AFFETTIVO

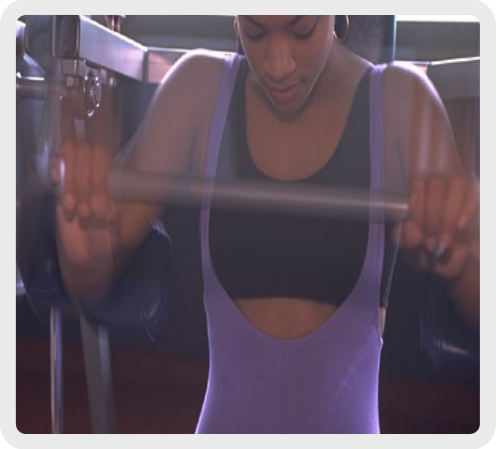
...E ORA LA FAMIGLIA...

Coerenza sistemica



- Così, dopo lo squilibrio adolescenziale che segnala l'ingresso della **delusione nel dominio interpersonale**, il ruolo assoluto attribuito ai rapporti significativi va incontro a una prima riorganizzazione e relativizzazione grazie alla quale la ricerca di rapporti confermanti si trasforma via via in un atteggiamento più complesso e articolato, volto a confermare e stabilizzare il livello di competenza e valore personale percepito, favorendo al tempo stesso il graduale affiorare di un senso più definito della propria individualità.
- Ampia gamma di discrepanze e incongruenze, delle quali la più notevole è senz'altro **la spiccata tendenza a produrre eventi interpersonali che si prestano facilmente a essere percepiti in termini di disconferma e/o delusione**, vale a dire nelle categorie di significato personale più destabilizzanti.

ASPETTI CULTURALI



INTERNET INFORMAZIONI MA…

CREDO IN:

Credo nel controllo unica forza ordinatrice del caos
Credo che fino a quando sarò grassa resterò l'essere più disgustoso e inutile
Credo negli sforzi, nei doveri, nelle autoimposizioni assolute e infrangibili leggi per il mio comportamento
Credo nella perfezione mia unica meta per i miei sforzi
Credo nella bilancia
Credo in Ana unica filosofia e religione

PREMESSE E PROMESSE:

Se oggi mangi domani sarai grasso, resisti un altro giorno non hai bisogno di cibo, sarai capace di correre più veloce senza tutto quel grasso che ti porti dietro. Potrai vedere le tue splendide ossa!Sarai uguale alle modelle, solo le persone magre sono aggrazia

DIETA TIPO:

Pesca media;mezzo pompelmo; mezza tazza latte magro; mezzo vasetto yogurt intero;banana piccola.

L’Organizzazione del Comportamento

Comportamento alimentare

- Oscillazione tra digiuno e bulimia ingestione di quantità di cibo insufficienti eccessive, masticazione LENTA/VELOCE
- Eliminazione progressiva dei cibi che fanno “ingrassare”
- Assunzione di cibo particolare per timo, forma e modalità (bocconi, assaggi, frullati)
- Vomito indotto, volontario, atomatico, diuretici, lassativi
- Tendenza a mangiare “di nascosto”(ad ore diverse, la notte)
- Difficoltà a riconoscere correttamente i propri stati d’animo ANSIA ?????

L’Organizzazione del Comportamento

Comportamento sessuale e affettivo

- **Confusione dei ruoli sesuali e scarso interesse per la sessaulità**
- **Rapp. Sex poco piacevoli evitati (anoressia) molti (obesità, bulimia)**
- **Indecisione verso il coinvolgimento;**
- **EVITAMENTO dell’INTIMITA’**
- **Alterazioni endocrino-metaboliche (amenorrea, dismenorrea, anorgasmia, impotenza…)**
- **Disturbi psicosomatici (alopecie, coliti, DAR, cistiti, allergie…)**

L’Organizzazione del Comportamento

Livello generale di attività

- Estrema attenzione per il FISICO e per l’aspetto esterno, insieme a lotta contro di esso.
- Iperattive (A)
- Ipoattive (O)
- Soluzioni esterne e passive al problema fisico (cure, massaggi). Occupatissimi e inconcludenti. Modo di vestire che nasconde
- Mimica ridotta
- Comportamenti Autolesivi e Rischiosi (aumento di intesità per l’ansia emotiva): automobili, sci, etc. spremitura foruncoli, tagliuzzamenti, cleptomania.

L’Organizzazione del Comportamento

DINAMICHE RELAZIONALI

- Ambiguità Up/Down ; Down/Up (oscillazione, Ambiguità Indefinizione, tenativi di non esporsi)
- Attraverso il cibo si esprimono altri stati d’animo e questioni di potere.
- Espressione controllata, ambigua, indiretta, di sentimento e stati d’animo” (ALEXITIMIA) – DISCONFERMA
- MANCANZA DI REGOLE chiare ed esplicite
- INDEFINIZIONE – RELAZIONI “INVISCHIATE”
- Accordo/Disaccordo
- Protezione /Critica
- Differenze attenuate
- ATTENZIONE alle forme ESTERNE
- CON GLI ALTRI
- Tendenza a nascondere i sentimenti e stati d’animo(ALEXITIMIA)
- Isolamento - Incomunicabilità
- Oscillazione tra ricerca

PERSONALITA' E DISTURBI ASSOCIATI

ANORESSIA NERVOSA

Iperattività fisica/mentale

- Depressione,DOC
- Disturbi D'Ansia
- Disturbi di Personalità
- Quadro Nevrotico/Psicotico

BULIMIA NERVOSA

Disturbi dell'umore

- Ansia
- Disturbi Dissociativi
- Comportamenti autolesivi
- Utilizzo di sostanze stupefacenti
- Tentavi suicidari
- Disturbi di Personalità

PERSONALITA' E DISTURBI ASSOCIATI

BINGE EATING DISORDER

- Alimentazione notturna
- Depressione
- Ansia

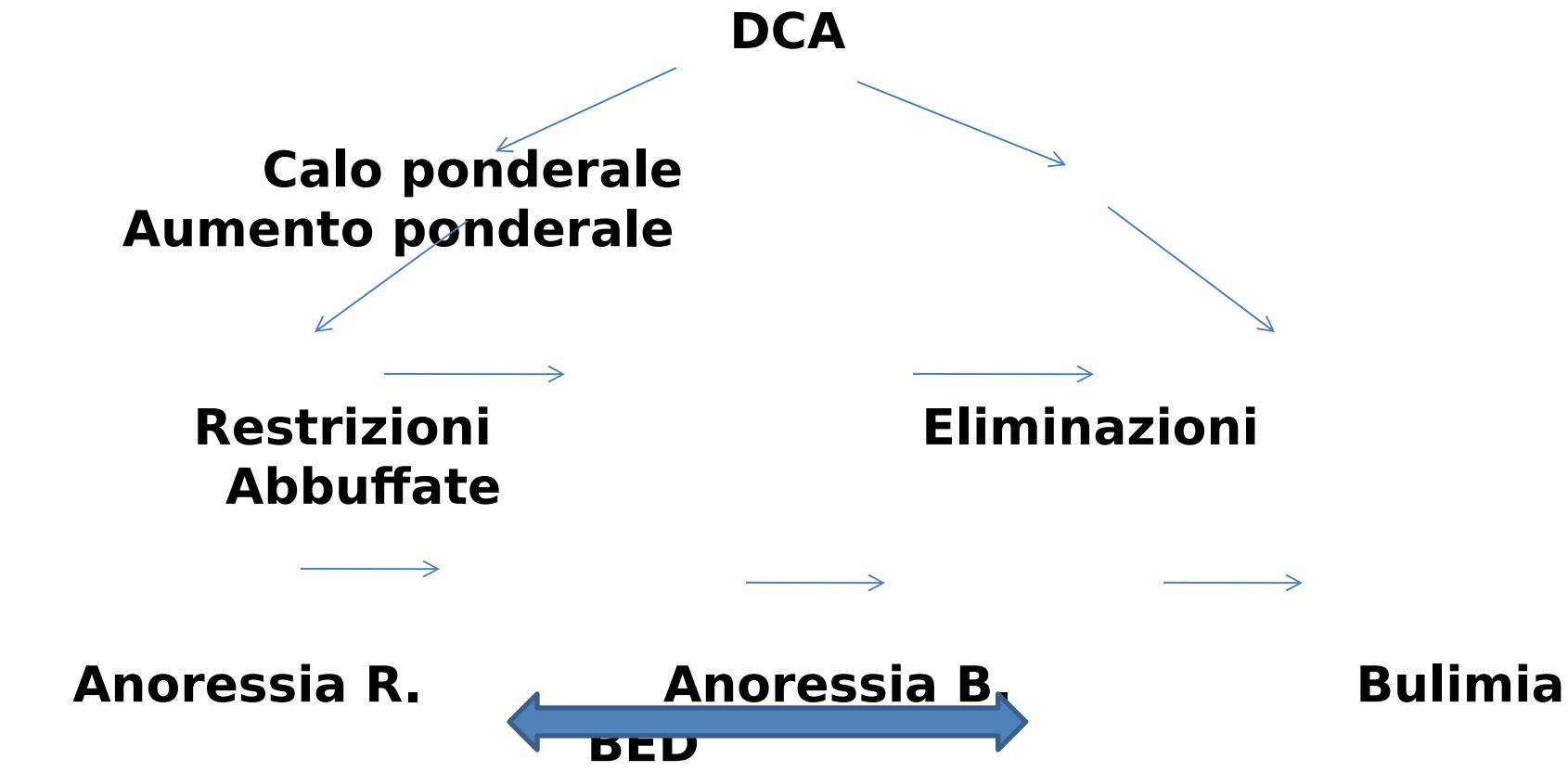
ABUSO E DCA

- Tratti ossessivi di personalità
- Aspettative esagerate
- Perfezionismo patologico
- Difficoltà processo Separaz./Individ
- Rifiuto del corpo/Schema corporeo
- Rifiuto/Eeccessiva Sessualità
- Difficoltà Relazionali
- Ambiguità sessuale
- Disturbi Cognitivi
- Prevalente in pz. bulimiche

Percorsi Modulari Complessi nel Trattamento dei DCA

- ***Team multidisciplinare***
- I DCA sono patologie complesse che presentano contemporaneamente disturbi psichici gravi e alterazioni metabolico-nutrizionali, tali da porre a rischi di vita se non adeguatamente diagnosticati e trattati. E' necessario quindi un approccio diagnostico e terapeutico integrato, medico e psichiatrico, tale da permettere un'assistenza multidisciplinare.
- L'èquipe multidisciplinare dovrebbe comprendere:
- psicologi clinici/ Psicoterapeuta
- psichiatri;
- dietista;
- infermieri professionali;
- internista;
- gastroenterologo;
- nutrizionista;
- endocrinologo;
- ginecologo;
- neurologo.

La Piramide della Complessita' nei DCA



Controllo

Perdita di controllo

La piramide della complessità nei DCA

Il trattamento terapeutico inizia dai sintomi di maggiore gravità e successivamente si focalizza l'attenzione verso quelli con minore coefficiente di rischio, per procedere verso le dimensioni disfunzionali accessorie per affrontare l'area psicopatologica di appartenenza e, quindi, il sistema di controllo, per arrivare a modificare la perdita della capacità negoziale e il pensiero dicotomico, fino a ristabilire modalità di relazione non più basate su termini di tipo out-out, ma capaci di consentire la compatibilità e la reciprocità di punti di vista d

- **Sintomi fisici**
- **Capacità negoziale**
- **Dychotomous Thinking**
- **Sistema di controllo**
- **Gestione delle emozioni**
- **Costruzione di un luogo di co**
- **Dimensioni Disfunzionali Asso**
- **Pensiero complesso**
- **Aree delle Comorbidità**
- ***Dal Concreto all'Astratto***

La Piramide della Complessità dei Disturbi dell’Alimentazione

Perdita del Pensiero Complesso

Dychotomous Thinking

Perdita della Capacità Negoziale

Controllo eccessivo **Perdita di controllo**

Gestione Esagerata Emozioni **Incapacità di Gestire Emozioni**

Area ossessiva **Area depressiva**

Disfunzionalità Associate DOC **Disfunzionalità Associate DEP**

Sintomatologia Restrittiva **Alimentazione Incontrollata**

Autoinduzione del calo ponderale **Abbuffate**

Percorsi Modulari Complessi

- Abbiamo scelto di lavorare in base a moduli o steps di intervento, in accordo con quanto proposto da Vanderlinden (2007), per procedere secondo strategie terapeutiche coerenti con la Teoria Generale dei Sistemi e la Teoria della Complessità, ma anche perché il trattamento condotto sulla base di Percorsi Modulari consente:
- il trattamento simultaneo e congiunto delle differenti patologie alimentari
- la programmabilità degli interventi
- l'adattamento del trattamento alle caratteristiche del singolo caso
- la replicabilità degli studi in centri di ricerca differenti
- la risoluzione dei sintomi principali, ma anche degli aspetti dimensionali accessori
- la possibilità di migliorare la prognosi, intervenendo su caratteristiche che, se trascurate, produrrebbero la cronicizzazione

- Per effettuare in maniera razionale tale modalità di intervento dovremmo servirci di alcuni Steps, fondamentali per il raggiungimento dello scopo, in maniera graduale.
- Il trattamento per percorsi modulari è articolato in base ad un crescente grado di organizzazione e ad altri criteri coerenti con l'ordine di complessità. Si procede pertanto:

- dal *Concreto* all'*Astratto*

PERCORSI MODULARI

FASI E MODULI

- **I. FASE DELLA VALUTAZIONE**
- 1. VALUTAZIONE FISICA
- 2. VALUTAZIONE PSICOLOGICA
- 3. VALUTAZIONE FAMILIARE
- 4. VALUTAZIONE DELLE RISPOSTE DELL’EQUIPE TERAPEUTICA
- **II. FASE ALIMENTARE**
- 5. MOTIVAZIONE e READINESS FOR CHANGE
- Fasi del Cambiamento
- 6. ADESIONE AL PROGETTO NUTRIZIONISTICO
- 7. INTERVENTO SUI SINTOMI BERSAGLIO
- 8. COMPORTAMENTI ANOMALI DURANTE IL PASTO
- **III. FASE DELLE COMORBIDITÀ**
- 9. AREA OSSESSIVA
- 10. AREA IMPULSIVA
- 11. AREA DEPRESSIVA
- 12. COMPORTAMENTI AUTOLESIVI

PERCORSI MODULARI

IV. FASE DEI TRIGGERS

- 13. A) STIMOLI ATTIVANTI FISIOLOGICI (“PHYSIOLOGICAL TRIGGERS”)
- digiuno o dieta restrittiva, fame, ipoglicemia
- 13. B) STIMOLI ATTIVANTI COGNITIVI (“COGNITIVE TRIGGERS”)
- bassa autostima, vergogna, colpa, vuoto, incertezza del futuro, sensazione di fallimento, insoddisfazione, frustrazione, incomprensione, mancanza di affetto, perdita di interesse per la vita, paura della responsabilità
- 13. C) STIMOLI ATTIVANTI ESTERNI (“EXTERNAL TRIGGERS”)
- familiari, ambientali, correlati ai cibi (visione dei cibi preferiti o proibiti), correlati al peso
- 13. D) STIMOLI ATTIVANTI EMOZIONALI (“EMOTIONAL TRIGGERS”)
- depressione, rabbia, ansia, solitudine, tensione
-

PERCORSI MODULARI

- **V. FASE DELLE PROBLEMATICHE RESIDUE**
- 14. RAPPORTO CON IL CIBO
- 15. SVILUPPO DI INTERESSI AL DI FUORI DALLA SFERA ALIMENTARE
- 16. BODY EXPERIENCE E CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA
- 17. RIABILITAZIONE POSTURALE E PROPRIOCETTIVA
- 18. MATURITY FEARS E INSICUREZZA SOCIALE
- 19. SFIDUCIA INTERPERSONALE
- 20. CONFLICT AVOIDANCE
- 21. DISTRESS TOLERANCE
- 22. TEMATICHE DI COLPA/INADEGUATEZZA
- 23. AUTOSTIMA
- 24. DECISION MAKING
- 25. PROBLEM SOLVING SKILLS
- **Tab.5 - Fasi e Moduli nell'Intervento Cognitivo-Comportamentale/Sistemico-Relazionale sui Disturbi dell'Alimentazione**

PERCORSI MODULARI

- **INTERVENTO SULLE PROBLEMATICHE TRASVERSALI**
- 26. INTERVENTO SUL SISTEMA EMOZIONALE E RISOLUZIONE DELL’ALEXITIMIA
- 27. GESTIONE DELLA PERDITA DI CONTROLLO E RECUPERO DEL CONTROLLO
- 28. RECUPERO DELLA CAPACITÀ NEGOZIALE
- Contratto e contrattualità
- 29. SUPERAMENTO DEL DYCHOTOMOUS THINKING
- 30. RECUPERO DELLA VISIONE COMPLESSA
- **Tab.6 - Moduli Trasversali nell’Intervento sui Disturbi dell’Alimentazione**

PERCORSI MODULARI

- **I. FASE DELLA VALUTAZIONE**
- *1. Valutazione Fisica*
- *2. Valutazione Psicologica*
- *3. Valutazione Familiare*
- *4. Valutazione delle risposte dell'Equipe terapeutica*

- *Comprendere in regime ospedaliero (ricovero, day-hosital, ambulatorio)*

PERCORSI MODULARI

Testologia clinica:

- MMPI-2
- EDI-3
- EAT-26
- BETCH

PERCORSI MODULARI

- **II. FASE ALIMENTARE**

- Si valutano le motivazioni; la disponibilità al cambiamento e il grado di adesione al progetto nutrizionistico;
- Anche il minimo accordo è utile inizialmente (fase “alimentare”) nel contratto terapeutico con la paziente/sistema familiare soprattutto nei casi più gravi

TIPOLOGIE DI INTERVENTI

- **INTERVENTI SISTEMICO RELAZIONALI**
- **PSICOTERAPIA NEL GRUPPO DI DAY-HOSPITAL**
- Finchè si mantengono le indicazioni per il trattamento in day-hospital e occasionalmente nelle fasi successive
- **PARENT TRINING/PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA**
- Durante tutto il periodo del trattamento se ne esistono i presupposti
- **INTERVENTO TERAPEUTICO ATTRAVERSO I GENITORI**
- Quando i figli non sono disposti a collaborare
- **PSICOTERAPIA INDIVIDUALE**
- Se il grado di autonomia raggiunto dal figlio è notevole
- **PSICOTERAPIA PER GENITORI**
- Quando viene richiesta dai genitori per se stessi
- **GRUPPI DI GENITORI**
- Quando viene richiesta dai genitori per la propria famiglia

PERCORSI MODULARI

- II FASE

- Osservazione dei *comportamenti anomali durante il pasto.*
- *Solitamente maggiormente tollerati rispetto alle problematiche psicologiche all'inizio del trattamento. (si parte del "razionale")*
- *Offrire ai familiari un lavoro di pslcoeducazione sul comportamento alimentare e cercare la loro collaborazione.*
- *Estremamente importanti anche per valutare la prognosi nel trattamento*

COMPORTAMENTI ANOMALI NEL CORSO DEL PASTO

- Selezionare ripetutamente il cibo
- Dissezione meticolosa degli alimenti
- Raschiare ripetutamente il condimento
- Preparare il boccone con quantitativi infinitesimali
- Utilizzare posate inadatte al tipo di cibo
- Alternare ripetutamente la assunzione di cibo dalle differenti portate
- Scartare quantitativi considerevoli del contenuto di un piatto
- Occultamento del cibo non mangiato fuori dal piatto o sotto altro cibo nel piatto
- Espressioni verbali e non verbali di disgusto verso il cibo
- Mantenersi a distanza inappropriata e scomoda dal piatto
- Verbalizzazioni eccessiva sul cibo nel corso del pasto
- Selezione o priorità accurata del cibo a basso contenuto calorico
- Alzarsi ripetutamente dalla tavola senza motivo
- Incapacità di conversare durante il pasto
- Ispezionare ripetutamente il cibo
- Spostamenti ripetuti e immotivati del cibo contenuto nel piatto
- Tossare frequentemente

COMPORTAMENTI ANOMALI NEL CORSO DEL PASTO

- Agitarsi senza tregua sulla sedia
- Piangere
- Sistemarsi i vestiti
- Stiracchiarsi
- Sistemarsi i capelli
- Pasto esageratamente lento o esageratamente veloce
- Masticazione particolarmente protratta
- Assunzione di quantità spropositate di liquidi rispetto al cibo
- Attività rituali che nella disposizione o nella assunzione del cibo
- Eccessiva attività non alimentare durante il pasto

PERCORSI MODULARI

III. FASE DELLE COMORBIDITÀ

- Si preferisce *l'intervento dimensionale* a quello categoriale, vale a dire l'intervento sui *singoli comportamenti* che appartengono all'area di riferimento piuttosto che sul complesso della sindrome che accompagna il DCA. Ad esempio, preferiremo attuare interventi terapeutici atti a risolvere il *perfezionismo*, piuttosto che sul Disturbo Ossessivo Compulsivo.

PERCORSI MODULARI

III. FASE DELLE COMORBIDITÀ

- *Le singole problematiche* costituiscono, di volta in volta, un obiettivo più concreto e più facilmente raggiungibile rispetto alla risoluzione della sindrome in comorbidità nel suo insieme.
- Nelle comorbilità i tratti autolesivi (soprattutto ideazione suicidaria agita o non) , vengono trattati, quando molto gravi, anche prima della “fase alimentare”, o costituisce un criterio di ammissione al centro Specialistico per DCA.

PERCORSI MODULARI

IV. FASE DEI TRIGGERS

- Molti dei comportamenti alimentari disfunzionali, e in particolare quelli impulsivi, tendono a sottrarsi al controllo della volontà. Questi comportamenti non controllabili, o controllabili soltanto con grande difficoltà, tendono a svilupparsi in conseguenza di stimoli attivanti (triggers).
- La maggior parte dei triggers tendono a presentarsi con regolarità per lo stesso soggetto e, una volta individuata la tipologia di trigger caratteristica del paziente sarà possibile prevedere lo stimolo attivante e, conseguentemente, agire per prevenirlo. (ABC-

PERCORSI MODULARI

- **V. FASE DELLE PROBLEMATICHE RESIDUE**

Quando la sintomatologia alimentare appare risolta, assistiamo a tutti gli effetti ad un processo di guarigione apparente. *I criteri diagnostici per il riconoscimento della Anoressia o della Bulimia non esistono più*, la minaccia fisica non è più attuale, il peso è adeguato e non ci sono condotte di eliminazione, è stato pienamente ristabilito un BMI che può essere considerato normale, ma *il problema del disturbo alimentare* non può e non deve essere considerato risolto.

Spesso le comorbidità sopravvivono alle patologie alimentari propriamente dette e richiedono, di per sè, una prosecuzione del trattamento. Il persistere delle patologie residue costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per ricaduta e cronicizzazione.

PERCORSI MODULARI

Carattteristiche di personalità residuali:

- *rapporto con il cibo*
- *l’alterazione dello schema corporeo*
- *tendenza all’inibizione*
- *costrizione emozionale e cognitiva*
- *evitamento di rischio*
- *cautela nelle espressioni emozionali e nelle iniziative*
- *marcata adesione agli standards morali e ai ruoli stabiliti dalla cultura corrente*
- *maturity fears*

PERCORSI MODULARI

- *evitare il conflitto*
- *mancanza di tolleranza del disagio*
- *difficoltà nel prendere decisioni significative*
- *perdita dell’autostima*
- *senso di colpa*

PERCORSI MODULARI

INTERVENTO SULLE PROBLEMATICHE TRASVERSALI

Costruzione della contrattualità/negoziazione(anche all'interno dell'equipe terapeutica)

per contratto un *accordo formalizzato tra famiglia ed équipe sugli obiettivi da raggiungere e sulle modalità per ottenerli in un dato intervallo di tempo*. Nei Disturbi dell'Alimentazione, l'uso del contratto non può essere considerato una semplice tecnica, ma il tentativo di introdurre presso individui e famiglie, che ne sono completamente sprovvisti, la capacità negoziale di cui hanno assolutamente bisogno per riuscire a costruire quelle relazioni paritarie necessarie per passare dalla fase dell'onnipresente (in questi disturbi) rapporto genitore-bambino a quella del rapporto adulto-adulto.

Percorsi Modulari Complessi

- *Caratteristiche dell' Alexitimia:*

1. *Difficoltà di identificare e descrivere le emozioni*
2. *Difficoltà di distinguere fra stati emotivi soggettivi e le componenti somatiche dell'attivazione emotiva*
3. *Povertà dei processi immaginativi*
4. *Stile cognitivo orientato verso la realtà esterna*
5. *Conformismo sociale*

Percorsi Modulari Complessi

- Conseguenze dell’alexitimia:

difficoltà a formare e conservare nel tempo relazioni interpersonali intime

Difficolta’ nella regolazione emotiva e degli affetti (diff. AN e BN)

Percorsi Modulari Complessi

EVITARE DELEGA A FRONTE DI COLLABORAZIONE DEL SISTEMA FAMILIARE

- Perchè terapeuta e genitori possano entrambi prendere parte alla terapia e collaborare pienamente, seppure in maniera differenziata, è necessario che quando il terapeuta interviene sulla figlia, lo faccia il più spesso possibile *insieme* o addirittura *tramite i genitori*.
- Terapeuta e genitori (e più tardi anche la stessa anoressica) devono riuscire a formare una sorta di team che agisce congiuntamente per dimostrare attraverso il comportamento dei suoi stessi membri, che è possibile far coesistere ed integrare modi di agire e di pensare diversi.

Bibiliografia

Costa E. , Loriedo C. “Disturbi della Condotta Alimentare. Diagnosi e terapia”, Edizione Franco Angeli, Roma, 2007

De Pascale A., Cimbolli P., “Disturbi delle condotte alimentari”, Alpes, Roma, 2014

Fairburn C. “Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating,” Raffaello Cortina Editore, 2014

Guidano V. “La Compolessità del Se’. Bollati Boringhieri, 1988

Selvini Palazzoli M. “L’anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare, Raffaello Cortina Editore, 2006

Dalla Grave R. “Come vincere i disturbi dell’alimentazione. Un programma su Anoressia e