officinamalattierare@dossetti.it



DOTT. MARCO BERNARDINI

Psichiatra e psicoterapeuta familiare

L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA: ANORESSIA E BULIMIA

La presente comunicazione nasce nel contesto di un'ampia esperienza clinica e di ricerca dedicata ai disturbi del comportamento alimentare; tale esperienza promossa dal prof Luigi Onnis, Direttore della U.O.D. di Psicoterapia del Dipartimento di Sc. Psichiatriche e Med. Psicologica dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", e con lui condivisa, considera la famiglia una risorsa fondamentale nell'affrontare l'anoressia e la bulimia dell'adolescenza.

Verrà sinteticamente proposta la cornice teorica sistemico-relazionale nell'ambito della quale si sviluppa l'attività del nostro servizio universitario che considera i disturbi del comportamento alimentare come un fenomeno complesso che emerge dalla correlazione di tre livelli:

- La cultura sociale che si caratterizza, nel mondo occidentale, come cultura della società dei consumi e del benessere;
- Le caratteristiche psicologiche specifiche dell'individuo paziente e dell'età in cui il sintomo insorge: l'adolescenza;
- Le caratteristiche della famiglia di cui il paziente fa parte, le sue dinamiche relazionali, il suo modo di organizzarsi nell'arco della sua specifica storia.

In ultimo, verranno proposte le evidenze derivanti dalla letteratura e dalla ricerca clinica che confermano l'importanza di un intervento precoce che valorizzando le dimensioni specifiche dell'individuo paziente e coinvolgendo attivamente la sua famiglia nel processo terapeutico, dimostrano di ottenere migliori risultati, nel migliorare la prognosi e nell'affrontare la gravità sintomatica dei D.C.A. dell'adolescenza.

Associazione culturale ONLUS "Giuseppe Dossetti: i Valori - Sviluppo e Tutela dei Diritti"
Via Giulio Salvadori 14/16, 00135 Roma
Tel. +39 06 3389120 - +39 348 8118752 - Fax +39 06 30603259 - www.dossetti.it - segreteria@dossetti.it

P.A..N. PREVENZIONE, ALIMENTAZIONE, NUTRIZIONE.
GIOVANI ED ALIMENTAZIONE: LET'S MOVE!
Roma, 26-27 Maggio 2010

L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA: ANORESSIA E BULIMIA



Dott. Marco Bernardini

Didatta IEFCOSTRE sede di Cagliari
Gruppo di Ricerca D.C.A., U.O.C. di Psicoterapia
Direttore Prof Luigi Onnis
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Programma

- La faccia epidemiologica della medaglia
- La faccia diagnostica della medaglia
- La faccia “complessa” della medaglia
- Dimensione socio-culturale
- Dimensione individuale
  - l’Adolescenza: aspetti psicologici individuali
  - l’Identità di genere e l’immagine corporea.
- Dimensione familiare
- Dimensione terapeutica
  - L’opportunità dell’approccio integrato

La faccia epidemiologica e diagnostica della medaglia



Epidemiologia

- I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano, a partire dagli anni ’70, un significativo incremento di incidenza e prevalenza.
- I valori di prevalenza in Italia (*Ministero della Salute, 2003)* nelle donne di età compresa tra i 12 e i 25 anni sono i seguenti:

  anoressia nervosa 0,3-0,5%;

  bulimia nervosa 1-3%;

  altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Studi più recenti rilevano una prevalenza dello 0.2-0.8% per l’anoressia e dell’1-5% per la bulimia (Istituto Superiore di Sanità)

- Anoressia e bulimia colpiscono soprattutto le donne (90-95% dei casi).
- L'età d’esordio cade, per lo più, fra i 10 e i 30 anni.
- Sono descritte :

  forme, non rare, prepuberali.

  forme tardive, perfino successive alla menopausa, spesso in relazione con disturbi depressivi.



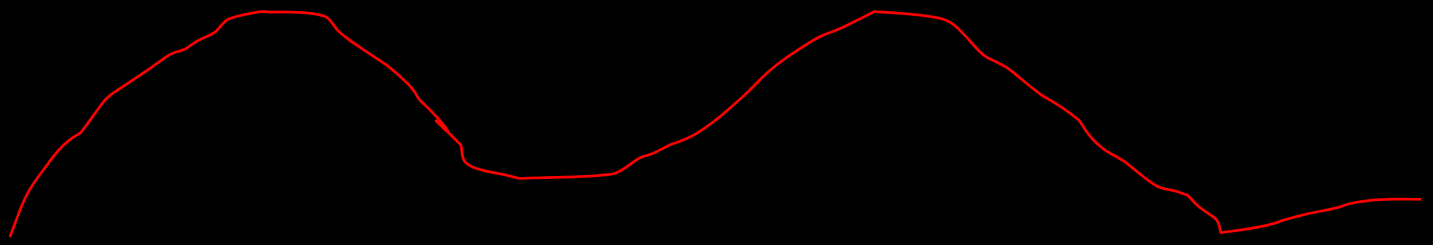
Il sesso femminile è rappresentato per il 90-95% circa della popolazione, dovendosi registrare un aumento di quello maschile negli ultimi anni.

Negli Stati Uniti, l'APA in uno studio pubblicato di recente propone nella popolazione adolescente tra il 19 e il 30% di pazienti con anoressia di sesso maschile



Bimodalità

15 **18**



Fairburn C.G. e Harrison P.J., (2003).Lancet.Eating Disorders.361, 407-416

L’aumento significativo di queste patologie e la loro diffusione soprattutto nei paesi occidentali a forte industrializzazione fa pensare che la loro insorgenza sia influenzata da fattori storici, sociali e culturali

Nei paesi in via di sviluppo, questi quadri clinici compaiono via via che aumentano le disponibilità alimentari e si diffondono costumi propri delle nazioni più ricche

Criteri Diagnostici D.S.M. IV

Anoressia Nervosa

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

Criteri Diagnostici D.S.M. IV

Anoressia Nervosa (2)

Specificare il sottotipo

- **Con restrizioni: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione**

- **Con abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.**

Criteri Diagnostici D.S.M. IV

Bulimia Nervosa

- Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizata da entrambi i seguenti punti:
    1. Mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. 2 ore), una quantita di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
    2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o eccessivo esercizio fisico.

Criteri Diagnostici D.S.M. IV

Bulimia Nervosa (2)

- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno 2 volte alla settimana, per 3 mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.
- *Specificare il sottotipo*
  - Con condotte di eliminazione.
  - Senza condotte di eliminazione

Criteri Diagnostici D.S.M. IV

Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati

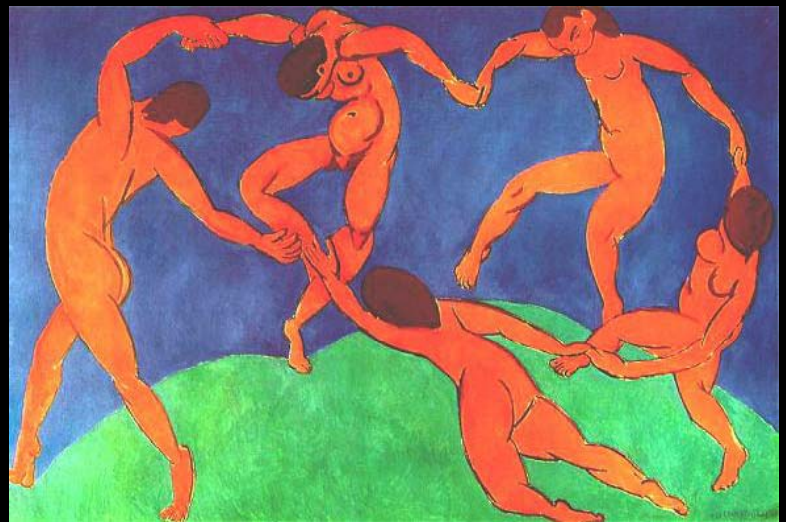
La categoria Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano nessun criterio per i definiti Disturbi della Alimentazione.

Gli esempi includono:

- **Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa *in presenza di un ciclo mestruale regolare.***
- **Tutti i criteri del l'Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, *il peso attuale risulta nei limiti della norma.***
- **Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e *le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.***
- **Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie *dopo aver ingerito piccole quantità di cibo.***
- **Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, *senza deglutire*, grandi quantità di cibo.**
- **Disturbo da Alimentazione Incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in *assenza di uso regolare di condotte compensatorie* inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa.**

INTEGRAZIONE DEI LIVELLI SISTEMICI E PROSPETTIVA DELLA COMPLESSITÀ

L'ORIENTAMENTO SISTEMICO RICONOSCE NELL'ANORESSIA E NELLA BULIMIA LE CARATTERISTICHE DI "FENOMENO COMPLESSO" IN CUI I LIVELLI SOCIO-CULTURALI, INDIVIDUALI, FAMILIARI SONO TRA LORO STRETTAMENTE INTEGRATI E CIRCOLARMENTE CORRELATI



“NESSUNA DI QUESTE COMPONENTI È SUFFICIENTE, DA SOLA, A PRODURRE L’ANORESSIA E LA BULIMIA NERVOSA”

SELVINI PALAZZOLI, 1988



Nell'anoressia e nella bulimia sono quindi sempre riconoscibili almeno tre componenti

Tutti I livelli sistemici considerati (socio-culturale, individuale e familiare) sono tra loro strettamente integrati e circolarmente correlati

1) ***LA <u>CULTURA SOCIALE</u> PIÙ AMPIA, CHE SI CARATTERIZZA, ALMENO NEL MONDO OCCIDENTALE, COME CULTURA DELLA SOCIETÀ DEI CONSUMI E DEL BENESSERE.***



LA CULTURA SOCIALE(1)

- Netta prevalenza nelle società occidentali a benessere economico avanzato e quasi totale assenza nei paesi poveri del terzo mondo (Gordon: “disturbo etnico”).
- Messaggio paradossale: invito al consumo, ma moda della magrezza in funzione dell’efficienza.

LA CULTURA SOCIALE(2)

- Ideali estetici femminili influenzati dai mezzi di comunicazione di massa: ambivalenza tra corpo efficiente e corpo oggetto di seduzione.
- Evoluzione del ruolo femminile nella ricerca di una nuova identità e di un nuovo rapporto col maschile.
- “Cultura dell’immagine”: corpi levigati asciutti ed efficienti in cui l’inesorabile evolvere del tempo sembra fermarsi.

2) ***I <u>PROBLEMI PSICOLOGICI</u> SPECIFICI DELL'INDIVIDUO PAZIENTE E, IN PARTICOLARE, DELL'ETÀ IN CUI IL SINTOMO INSORGE:***

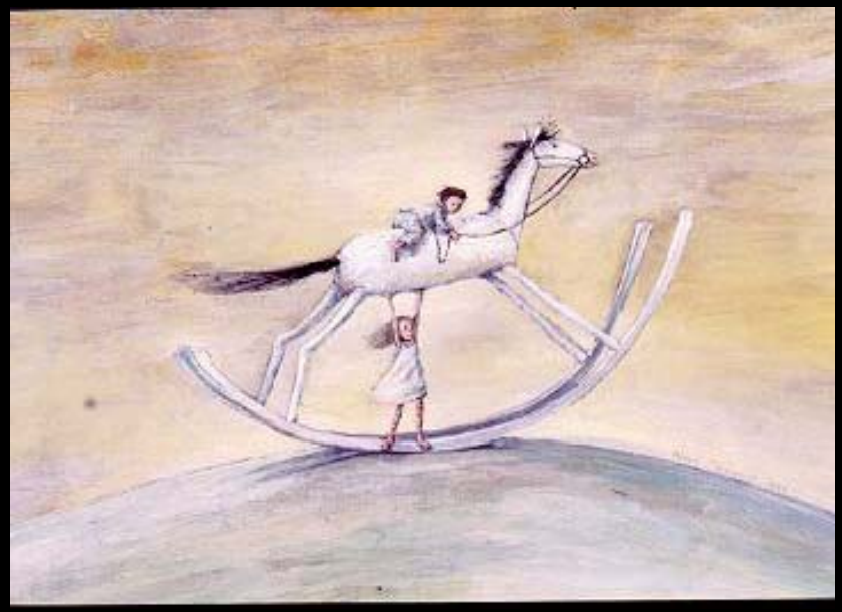
L'ADOLESCENZA



L'ADOLESCENZA

"l'adolescenza, periodo mitico e burrascoso, sempre alla ricerca disperata di un vertice (di un verso) che la possa oltraggiare e allo stesso tempo difendere".

Alda Merini



L’INDIVIDUO(1)

La “Frattura Adolescenziale” dei pazienti con anoressia e bulimia

Ambivalenza tra:

- Il tentativo di affermazione di sé e di individuazione attraverso la dinamica del “rifiuto”.

- la regressione infantile che blocca l’individuazione e ostacola l’assunzione della identità e della sessualità .

L'INDIVIDUO (2)

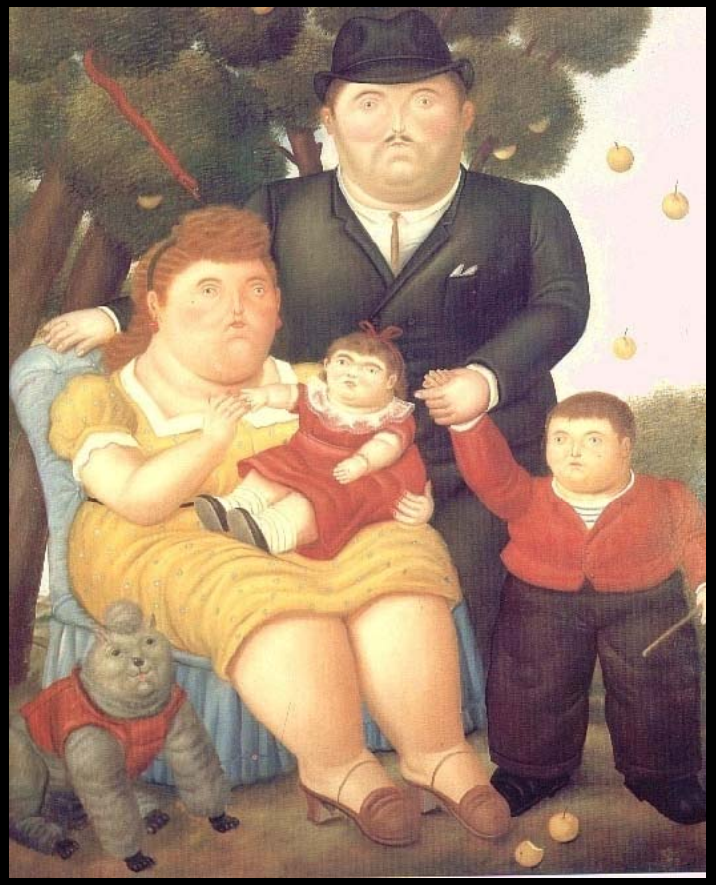
Significato psicodinamico del sintomo anoressico bulimico:

- Il rifiuto del cibo permette di agire l'opposizione adolescenziale e, al tempo stesso, di non abbandonare il mondo dell'infanzia e i bisogni fusionali di dipendenza.

- Sospensione tra passato e futuro: esperienza illusoria di un "tempo sospeso".

- Scelta del "linguaggio del corpo", non per assenza di emozioni, ma per difficoltà di dare accesso di parola a vissuti emotivi sentiti come troppo dolorosi.

3) ***LE <u>CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA</u> DI CUI IL PAZIENTE FA PARTE, DELLE SUE DINAMICHE RELAZIONALI, DEI SUOI VALORI E DEI SUOI MITI, DEL SUO MODO DI ORGANIZZARSI NELL'ARCO DELLA SUA STORIA.***




Luigi Onnis
IL TEMPO SOSPESO
Anoressia e bulimia
tra individuo, famiglia
e società
Psicoterapie
FrancoAngeli

LA FAMIGLIA

Modelli di interazione nei sistemi familiari

1) Sistemi fortemente invischiati con scarsa delimitazione di confini tra generazioni e tra individui. “Corpo familiare” come amalgama indifferenziato.

Sul versante individuale: gravi difficoltà nei processi di individuazione e di autonomizzazione, specialmente nella fase puberale.

2) Sistemi tendenti ad evitare o a non risolvere i conflitti: ogni esplicitazione del disaccordo è interdetta o, comunque, non risolta; ogni tensione è orientata solo sulla gestione del problema alimentare del paziente.

Sul versante individuale: blocco d’ogni chiara definizione delle relazioni e di ogni processo di differenziazione.

SIGNIFICATO RELAZIONALE DEL SINTOMO ANORESSICO

- **TENTATIVO OSCURO DI RITAGLIARE UNA SFERA DI AUTONOMIA IN UN SISTEMA FAMILIARE CHE NON SEMBRA PERMETTERNE ALTRE**

- **TENTATIVO SOFFERTO DI DIFFERENZIAZIONE (ATTRAVERSO IL RIFIUTO E IL CONTROLLO ESASPERATO)**

- **PROTESTA VIOLENTA ("SCIOPERO DELLA FAME"), MA *MUTA*, IMPLICITA, PERCHÉ OGNI ESPLICITAZIONE DI CONFLITTO E' IMPEDITA**

- **TENTATIVO AMBIVALENTE E PARADOSSALE: ESPRIME**

  - **UN OSCURO BISOGNO DI CRESCITA E DI INDIVIDUAZIONE E, NELLO STESSO TEMPO**
  - **UNA PAURA DI CRESCITA, RELEGANDO OGNI TENSIONE A UN PROBLEMA DI NUTRIZIONE CHE FA REGREDIRE AD UN MONDO INFANTILE**

Un’impostazione sistemica

Sulla base di tale modello, che correla circolarmente tra loro le componenti dei fenomeni secondo meccanismi di retroazione, **il sintomo** presentato dal paziente non è un effetto passivo di disfunzioni del sistema in cui compare, ma, invece, assumendo un **significato di comunicazione**, gioca un ruolo attivo nel mantenere retroattivamente le caratteristiche disfunzionali del sistema che contemporaneamente cerca evolutivamente di modificare.

Disfunzioni familiari e sintomo del paziente sono, dunque, così strettamente interconnesse: si rinforzano e si mantengono a vicenda. Ne consegue che l’intervento terapeutico deve, necessariamente, allargarsi a una più ampia unità di trattamento: **il sistema familiare** globale.