

# **Psicologi & Psicologia** in Sicilia

anno XII - n. 10 - Dic. 09



## **I disturbi alimentari in età evolutiva dalla diagnosi alla cura**

**Giornata di Studio  
Palermo 16 aprile 2009**

Poste Italiane - Spedizione in a.p. - ART. 2 comma 20/C Legge 662/96 DCB Sicilia 2003



**Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia**

## **Caselle Postali Elettroniche di Servizio del nostro Ordine**

E-mail ufficiale dell'Ordine: **sede@oprs.it**

Per il Presidente: **presidente@oprs.it**

Per il Vicepresidente: **vicepresidente@oprs.it**

Per il Consigliere Segretario: **segretario@oprs.it**

Per il Consigliere Tesoriere: **tesoriere@oprs.it**

Per quanto riguarda il dominio .....@oprs.it: **postmaster@oprs.it**

Per quel che riguarda il sito web: **webmaster@oprs.it**

Per comunicare col comitato di redazione: **redazione@oprs.it**

Per inoltrare un proprio contributo alla lista sperimentale:

**list@oprs.it**

Per chiedere di essere aggiunti alla lista sperimentale:

**list-master@oprs.it**

*La lista sperimentale viene utilizzata per diffondere in tempi ridotti informazioni di interesse generale per la nostra categoria, in genere si tratta di incontri, convegni, congressi, seminari.*



## ANNO XII - NUMERO 10

Aut. Trib. di Palermo, n° 29/98  
del 17/19-11-1998

### REDAZIONE:

Viale Francesco Scaduto, 10/B  
90144 Palermo  
Tel. 091 6256708 - 840500290  
Fax 091 7301854  
www.oprs.it  
e-mail: redazione@oprs.it

### DIRETTORE RESPONSABILE

Fulvio Giardina

### COORDINAMENTO EDITORIALE

Roberto Pagano

### COMITATO DI REDAZIONE

Ilenia Adamo, Paolo Bozzaro,  
Claudio Casiglia, Sebastiano Ciavarella,  
Maurizio Cuffaro

### CHIUSO IN REDAZIONE

il 22 Dicembre 2009

### GRAFICA & IMPAGINAZIONE

Salvo Costanzo - We-group  
Sede legale: via R. Franchetti, 18/A  
95100 Catania  
Tel. 095 503584 - Fax 095 437657  
www.wegroupsrl.com  
e-mail: grafica@wegroupsrl.com

### STAMPA

We-group s.r.l.

Il 16 aprile 2009 ha avuto luogo una giornata di studio sulle problematiche legate ai disturbi alimentari in età evolutiva. L'evento, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana in collaborazione con l'Università degli Studi di Palermo e con la Cooperativa Sociale "l'elefante Bianco", si è svolto presso l'Albergo delle Povere, prestigiosa sede del corso di laurea in psicologia dell'università di Palermo. Un particolare ringraziamento va al prof. Gianluca Lo Coco e a dott. Salvatore Gullo.

Hanno partecipato:

**Dott. Sergio Amico** Tesoriere Ordine Psicologi Regione Siciliana.

**Prof. Antonio Buongiorno** Ambulatorio per la diagnosi e la cura dei DCA- A.O.U.P. "P. Giaccone", Università degli Studi di Palermo.

**Dott. Amedeo Claudio Casiglia** Vicepresidente Ordine Psicologi Regione Siciliana.

**Dott. Sandro De Santis** Università degli Studi di Messina.

**Prof. Franco Di Maria** Università degli Studi di Palermo.

**Dott.ssa Grazia Di Stefano** U.O. Ospedaliera Acireale, Azienda U.S.L. n° 3, Policlinico, Catania.

**Dott. Fulvio Giardina** Presidente Ordine Psicologi Regione Siciliana.

**Dott.ssa Lia Iaconopelli** Ce.Di.Al Azienda U.S.L. n° 6 - Palermo.

**Dott.ssa Antonella Inganni** Ce.Di.Al Azienda U.S.L. n° 6 - Palermo.

**Dott.ssa Cristina Lanzarone** Ambulatorio per la diagnosi e la cura dei DCA - A.O.U.P. "P. Giaccone" Università degli Studi di Palermo.

**Dott.ssa Concetta Latina** Centro 'PROGRESS' per i DCA - Diabetologia Pediatrica, Policlinico Università degli Studi di Catania.

**Prof. Gianluca Lo Coco** Università degli Studi di Palermo.

**Dott. Gianluca Luxardi** Centro per i Disturbi Alimenti - ASS n.6 del Friuli Occidentale.

**Prof.ssa Giovanna Manna** Università degli Studi di Palermo.

**Dott. Roberto Pagano** Segretario Ordine Psicologi Regione Siciliana.

**Dott. Carmelita Russo** U.O. Ospedaliera Acireale, Policlinico, Azienda U.S.L. n° 3, Catania.

**Dott.ssa Annaluisa Saggio** Centro "PROGRESS" per i DCA - Diabetologia Pediatrica, Policlinico Università degli Studi di Catania.

**Dott. Laura Salerno** Ce.Di.Al. Azienda USL n° 6 - Palermo.

**Prof.ssa Elena Trombini** Servizio di Consultazione psicologica bambino e genitori, Professore Associato di Psicologia Clinica, Università degli studi di Bologna.

**Amedeo Claudio Casiglia**

## Sommario

|                                                                                     |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Obesità e sovrappeso in età evolutiva</b>                                        | pag. 4  |
| <b>La prevenzione dei DCA e dell'obesità in età infantile e adolescenziale</b>      | pag. 5  |
| <b>Disturbi alimentari in età prescolare: prevenzione, diagnosi, trattamento</b>    | pag. 12 |
| <b>Il trattamento dei DCA in infanzia e adolescenza: l'esperienza del CE.DI.AL.</b> | pag. 15 |
| <b>I DCA in età evolutiva: quali percorsi terapeutici</b>                           | pag. 19 |
| <b>L'approccio non prescrittivo: l'inutilità delle diete</b>                        | pag. 21 |
| <b>Le donne esprimono con il corpo una ribellione senza voce</b>                    | pag. 23 |



# Obesità e sovrappeso in età evolutiva

*Dott. Amedeo Claudio Casiglia – Vice presidente Ordine degli Psicologi Regione Siciliana*

La letteratura psicologica ha sempre privilegiato, come oggetto di indagine e di trattamento, i disturbi alimentari della prima infanzia e dell'adolescenza per difetto piuttosto di quelli in eccesso.

Anche nel DSM IV viene lasciato ampio spazio ai disturbi quali anoressia e bulimia e solo marginalmente si accenna all'obesità.

Di conto, obesità e sovrappeso rappresentano una rilevante sfida per la salute pubblica in tutto il mondo.

Si tratta di condizioni associate a morte prematura e ormai universalmente riconosciute come fattori di rischio per numerose patologie croniche: malattie cardiovascolari, ictus, diabete tipo 2, alcuni tipi di tumore (endometriale, colon-rettale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa).

L'aumento dell'obesità infantile è un dato ancora più allarmante.

I dati recenti dell'OMS sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta.

Soprappeso ed obesità sono responsabili di circa:

- l'80% dei casi di diabete di tipo 2;
- del 35% delle cardiopatie ischemiche;
- 55% della malattia ipertensiva tra gli adulti causando ogni anno oltre 1 milione di morti e soprattutto un numero elevato di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute.

Inoltre, l'obesità e le patologie ad essa correlate influenzano anche lo sviluppo economico e sociale poiché aumentano i costi dell'assistenza sanitaria (oltre il 6% delle spese in ciascun paese europeo), riducendo la produttività ed il reddito.

L'obesità è causa di disuguaglianze sociali in quanto riguarda soprattutto le classi sociali più svantaggiate e ne condiziona negativamente l'opportunità di migliorare lo status socio-economico.

In Italia si sta delineando una situazione altrettanto grave le informazioni epidemiologiche sulla prevalenza di obesità e sovrappeso sono lacunose; non esiste infatti un sistema di sorveglianza nazionale sul fenomeno.

L'unica fonte nazionale di dati è l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT.

I dati diffusi nel 2007, riferiti all'anno 2005, rivelano che la quota di obesi è in crescita.

Nella popolazione italiana:

- il 34,2% è in sovrappeso;
- il 9,8% è obeso;



- il restante 3,4% è sottopeso.

Complessivamente in Italia sono 4 milioni e 700 mila le persone adulte obese, con un incremento di circa il 9% rispetto ai cinque anni precedenti.

La quota di soggetti con eccesso di peso aumenta al crescere dell'età e nel Sud e nelle Isole si rileva la quota più elevata di persone obese e in sovrappeso.

L'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta in quanto i principali determinanti dell'obesità dipendono da stili di vita e comportamenti che si instaurano nell'età evolutiva, quali l'aumentato contenuto energetico della dieta e l'acquisizione di stili di vita sedentari la prevalenza di sovrappeso ed obesità in soggetti di età compresa tra i 6 e gli 11 anni risulta molto elevata a livello nazionale: 23,6% dei bambini sovrappeso; 12,3% obeso.

Più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età.

Si evidenziano inoltre notevoli differenze tra le diverse Regioni: la Campania è la regione che presenta il maggior numero di bambini sovrappeso (28%) o obesi (21%), la Valle D'Aosta si posiziona all'ultimo posto con il 23% di bambini sovrappeso (17%) o obesi (6%). La Sicilia è al secondo posto (42%) con il 25% di bambini sovrappeso ed il 17% di obesi.

La ricerca OKKIO alla Salute del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha permesso, tramite un'indagine sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica su 45.590 bambini delle scuole primarie (6-10 anni), di evidenziare le cause principali dell'obesità:

- Cattive abitudini alimentari e scarsa attività fisica.
- I genitori sembrano ignorare il problema.
- Quasi 1 bambino su 2 abusa di TV e videogiochi.
- Solo 1 bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato per la sua età.

# La prevenzione dei DCA e dell'obesità in età infantile e adolescenziale

Dott. Gian Luigi Luxardi - Centro per i Disturbi Alimentari S.Vito al Tagliamento - ASL n°6 "Friuli Occidentale"

Le dimensioni assunte dal problema dell'obesità impongono un'attenzione che non può limitarsi al solo tentativo di cura, ma affronti alla radice la questione attraverso azioni che prevengano l'insorgenza del problema. Questa affermazione riscuote un consenso universale. Più complesso è invece il ragionamento sul quale può essere costruita una prevenzione realmente efficace. Come abbiamo visto, uno stile di vita che può favorire lo sviluppo dell'obesità ha a che fare con i comportamenti e i modi di sentire individuali, ma anche e soprattutto con l'ambiente in cui viviamo, dalle abitudini familiari alle caratteristiche della struttura e organizzazione sociale (disponibilità di cibo, scelte urbanistiche, politiche delle industrie alimentari, esposizione ai media, ecc.). Un intervento preventivo non è mai solo sul bambino, ma anche sulla famiglia, sul territorio e così via, come rappresentato dalla figura sottostante. Non solo, come può conciliarsi una efficace prevenzione dell'obesità con una rivolta ai disturbi alimentari. Spesso ci si imbatte in interventi che non considerano le due polarità del problema, quando non appaiono francamente in contraddizione. Per esempio enfatizzando la necessità del controllo dell'alimentazione, magari insegnando a contare le calorie, da un lato; rinunciando a qualsiasi tentativo di intervenire sul sovrappeso in età infantile e adolescenziale per timore di indurre comportamenti disturbati dall'altro.

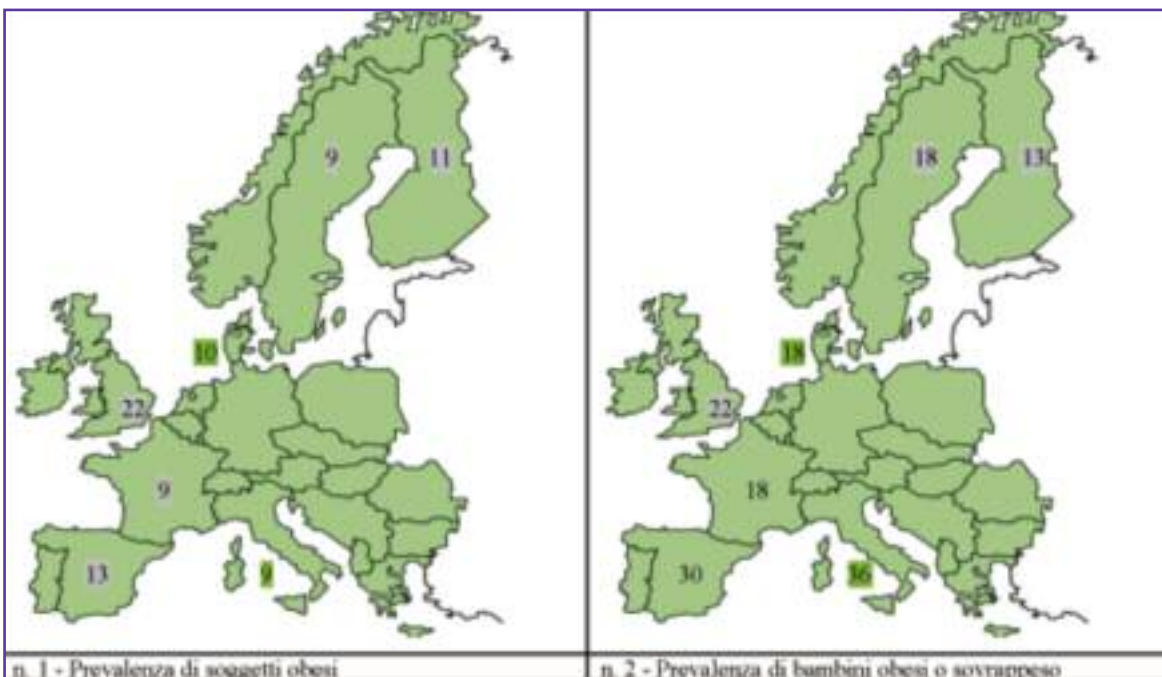


Alcune domande ...

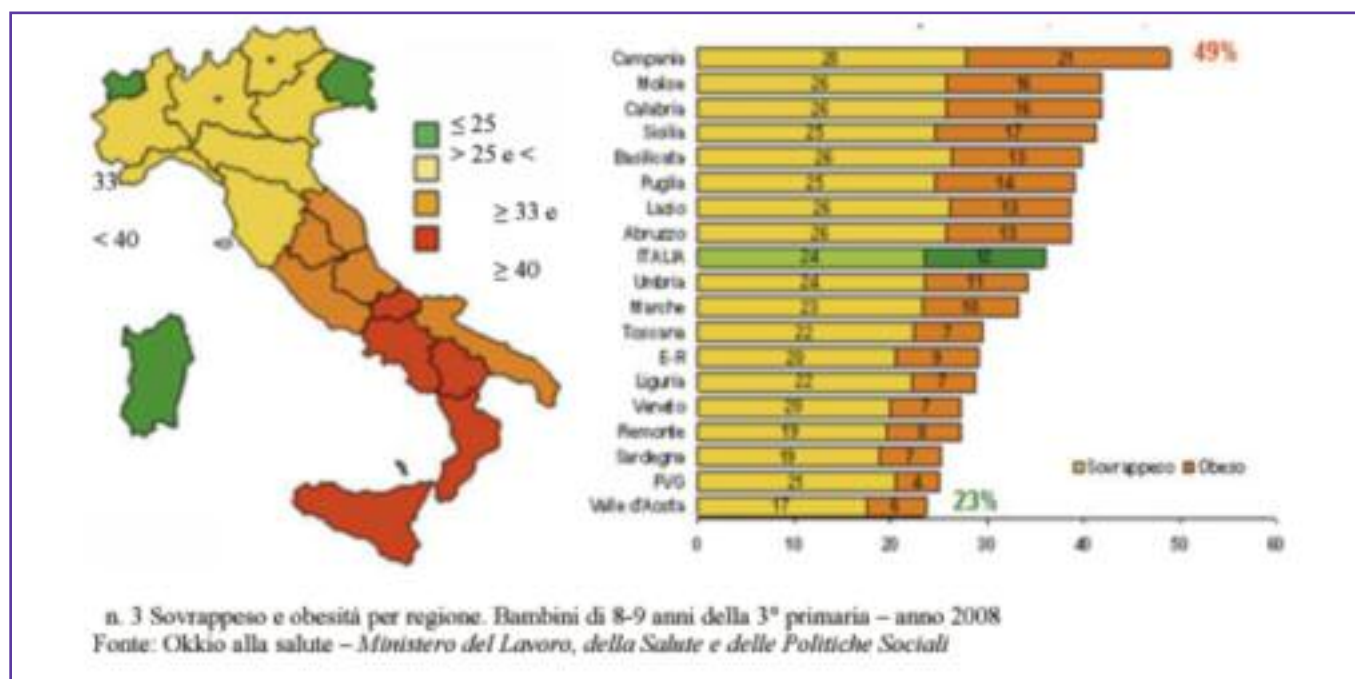
- C'è una necessità per un approccio integrato alla prevenzione?
- Possiamo collegare l'ambito dell'obesità a quello dei disturbi alimentari?
- Possiamo favorire la realizzazione di un ambiente fisico e sociale che promuova lo sviluppo di una alimentazione "abbastanza corretta", di una attività fisica salutare e di un clima di accettazione delle differenze corporee?

L'intervento sull'obesità è nel tacchino di ogni organismo che si occupi di salute pubblica. "L'obesità è una minaccia per la salute, l'economia e lo sviluppo", così si è espressa la Conferenza ministeriale europea per la lotta all'obesità riunitasi a Istanbul nel novembre 2006.

I numeri relativi alla diffusione del problema in Europa e in Italia sono visibili nelle diapositive sottostanti.



Fonte: Organization of Economic and Cultural Development, 2001.



Non vanno trascurati neppure i comportamenti non salutari di controllo del peso tra i giovani. Lo studio EAT (Eating Among Teens) su 4.746 adolescenti (Neumark-Szteiner et al., 2002) mostra i seguenti risultati:

- più della metà delle ragazze e un terzo dei ragazzi presentavano comportamenti non salutari per controllare il peso (saltare pasti, digiunare, fumare, vomitare, abusare di lassativi).
- Metà delle ragazze ed un quarto dei ragazzi mostravano insoddisfazione corporea.

Uno studio italiano su 400 studenti (Faccio, Fusa, 2005) segnala che il 98% delle studentesse e il 90% dei ragazzi riferiscono di provare disagio per almeno una parte o caratteristica del proprio corpo.

In realtà il comportamento di dieta (dieting) non appare preventivo rispetto all'obesità, mentre è correlato ad un rischio elevato di sviluppare un disturbo alimentare.

- In tre studi prospettici, il dieting non è stato rilevato efficace nella riduzione del peso. Al contrario appare correlato all'aumento di peso negli adolescenti (Field et al., 2003; Stice et al., 1999)

- Le ragazze che fanno diete ripetute presentano un rischio 12 volte maggiore di sviluppare un disturbo alimentare, i ragazzi un rischio 7 volte superiore di sviluppare episodi di binge eating (Field et al., 2003).

La tabella 1, ricavata da un lavoro di Roberto Ostuzzi, mostra una stima dell'incidenza dei disturbi alimentari nel nostro paese.

| Popolazione femminile tra i 10 e i 34 anni | Incidenza anoressia | Incidenza bulimia | N. soggetti colpiti da AN ogni anno | N. soggetti colpiti da BN ogni anno |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 10.325.326                                 | 0.2% - 0.3%         | 1%                | 25.813                              | 103.253                             |

Tab. 1 - Stima dei soggetti di sesso femminile coinvolti ogni anno in Italia da Anoressia e Bulimia

Mancano i dati relativi gli EDNOS che sono circa il 50% di tutti i soggetti con un disturbo alimentare.

Ci chiedevamo se è possibile progettare un intervento che miri contemporaneamente alla prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari. Crediamo di sì.

Possono essere individuati obiettivi comuni:

- Favorire pattern alimentari regolari.
- Insegnare a porre attenzione agli stimoli interni.
- Stimolare un'attività fisica ragionevole e soddisfacente.
- Comprendere le trappole delle diete.
- Migliorare l'autostima.
- Sviluppare una capacità di critica rispetto alla cultura dominante.
- Aiutare i genitori a sviluppare uno stile autorevole e ad essere modelli efficaci.
- Sensibilizzare familiari, scuola, pari ai danni del teasing.
- Sensibilizzare famiglia, scuola, comunità ad un approccio salutare ad alimentazione e attività fisica.
- Stimolare le istituzioni a ridisegnare l'ambiente di vita a misura di bambino.

## Intervenire sull'ambiente

Un intervento di questo tipo deve necessariamente mirare ad un cambiamento dell'ambiente di vita del bambino.

C'è un generale accordo sul fatto che l'aumento del tasso di obesità sia dovuto, almeno in parte, al cambiamento dell'ambiente in cui viviamo (Hill, Wyatt, Reed, Peters, 2003), che porta ad una riduzione dell'attività fisica a fronte di una maggiore disponibilità alimentare, (French, Story, Jeffery, 2001) caratterizzata dalla presenza di cibi sempre più allettanti e ipercalorici.

## La struttura familiare è l'ambiente del bambino

Si assiste ad un cambiamento nell'organizzazione familiare.

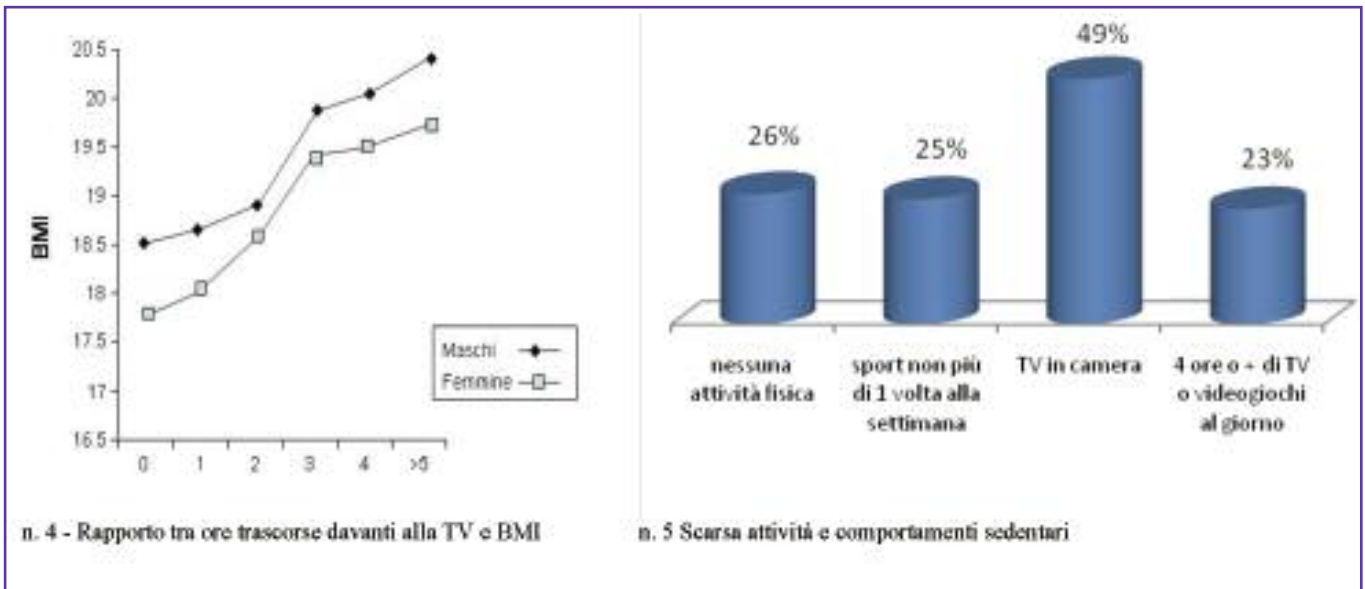
Il numero dei nuclei in cui entrambi i genitori lavorano è aumentato (Anderson, Butcher, 2006), così come le famiglie con un unico genitore (Bowers, 2000), con la conseguenza che vi è poco tempo da dedicare ai figli, anche per quanto riguarda la preparazione dei pasti e l'educazione alimentare.

Il momento del pasto è sempre meno legato all'ambiente familiare ed aumentano i pasti consumati da soli e fuori casa (National Restaurant Association, 1998), con porzioni più grandi (Rolls, 2003) e maggiore introito calorico (Bling-Hwan, Guthrie, Frazao, 1999).

## Tv e sedentarietà

Il tempo passato davanti alla TV è stato associato all'incremento dell'obesità (Crespo et al., 2001; Gortmaker et al., 1996), in quanto correlato con un aumento dell'assunzione di cibo, influenzato anche dalla massiccia pubblicizzazione di prodotti alimentari, e ad una riduzione dell'attività fisica (Epstein, Roemmich, Paluch, Raynor, 2005).

Non è facile trovare una casa senza uno o più apparecchi televisivi (Nielsen Media Research, 2000) ed è cresciuta la percentuale di bambini che hanno una TV nella propria camera (Dennison, Erb, Jenkins, 2002).



## Un problema di adattamento?

Se osserviamo il problema da un punto di vista ecologico, l'obesità appare una risposta normale ad un ambiente che si va strutturando in senso obesogeno. In altre parole l'obesità finisce per rappresentare la naturale conseguenza adattativa alle attuali condizioni di vita.

Il nostro organismo è stato selezionato attraverso i millenni per far fronte alla carenza di cibo, ha dunque sviluppato una tendenza naturale ad accumulare riserve quando il cibo è presente. In un ambiente in cui il cibo abbonda e non c'è bisogno di fare molta attività fisica la conseguenza naturale è l'aumento di peso. Se il nostro stile di vita ci porta ad ingrassare, abbiamo due possibilità: lottare contro le risposte di adattamento che il nostro organismo naturalmente sviluppa modificare l'ambiente e lasciare che siano le risposte di adattamento a farci dimagrire.

I genitori hanno una parte importante in questo contesto.

Possiamo affermare che, almeno quando il bambino è molto piccolo, il suo ambiente di vita è in gran parte determinato dai genitori. Sebbene i genitori non possano controllare ogni aspetto della vita del figlio, sono loro che decidono cosa acquistare e mettere a disposizione del bambino, la preparazione dei pasti e le porzioni. Le abitudini relative all'attività fisica sono mediate attraverso le routine familiari. In una review sui correlati dell'attività fisica, uno dei fattori determinanti è risultato il tempo passato fuori casa, fattore largamente determinato dai genitori (Sallis, Prochaska, Taylor, 2000).

L'incoraggiamento, il coinvolgimento in prima persona, il fatto di rappresentare un modello nello svolgimento dell'attività fisica sono comportamenti genitoriali con un forte valore predittivo di un analogo comportamento nel bambino. I genitori possono inoltre ridurre la sedentarietà nel bambino, determinando il tempo del figlio davanti alla TV o al computer (Nowicka, Flodmark, 2007).



## Sul fronte del trattamento: l'intervento con la famiglia

Esistono forti evidenze a favore del coinvolgimento dei familiari nel trattamento dei problemi di peso dei bambini (Young et al, 2007; Nowicka, Flodmark, 2008; Golan, Weizman, Apter, Fainaru, 1998; Wrotniak, Epstein, Paluch, Roemmich, 2004; Golan, Crow, 2004 ). L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che "ogni trattamento efficace deve tenere conto dell'influenza della famiglia sulle abitudini del bambino relative a cibo e attività fisica.

Il coinvolgimento dei familiari nei programmi di trattamento è necessario per il successo della perdita di peso, sia per quanto attiene ai bambini che, in misura minore, agli adolescenti" (WHO, The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response, 2007).

Gli approcci family-based si basano sull'assunzione che la famiglia rappresenti l'ambiente di vita del bambino e il principale veicolo di apprendimento sociale (Golan, Weizman, Apter, Fainaru, 1998; Wrotniak, Epstein, Paluch, Roemmich, 2004; Golan, Crow, 2004), attraverso il modellamento, i feed-back comunicativi, le abitudini alimentari e l'attività fisica.

Secondo il modello del Social Learning, i pattern comportamentali si strutturano a partire da rinforzi ambientali (Bandura, 1977). Il rapporto con il cibo si struttura nel bambino a partire dalle influenze dell'ambiente esterno (disponibilità di cibo e misura delle porzioni) così come dall'imitazione dei modelli genitoriali. La mediazione dei genitori è cruciale nel decifrare i messaggi ambientali e le contraddizioni insite in un ambiente che da un lato idealizza la magrezza mentre dall'altro incoraggia fino all'eccesso il consumo di cibo (Battle, Brownell, 1996).

I genitori mediano il rapporto con l'ambiente del bambino anche per ciò che riguarda gli aspetti emotivi legati al cibo. Lissau e Sorensen (1994) hanno mostrato un rischio di obesità nove volte più alto nei bambini trascurati emotivamente, e tre volte maggiore per quelli che vivono in condizioni di disagio economico.

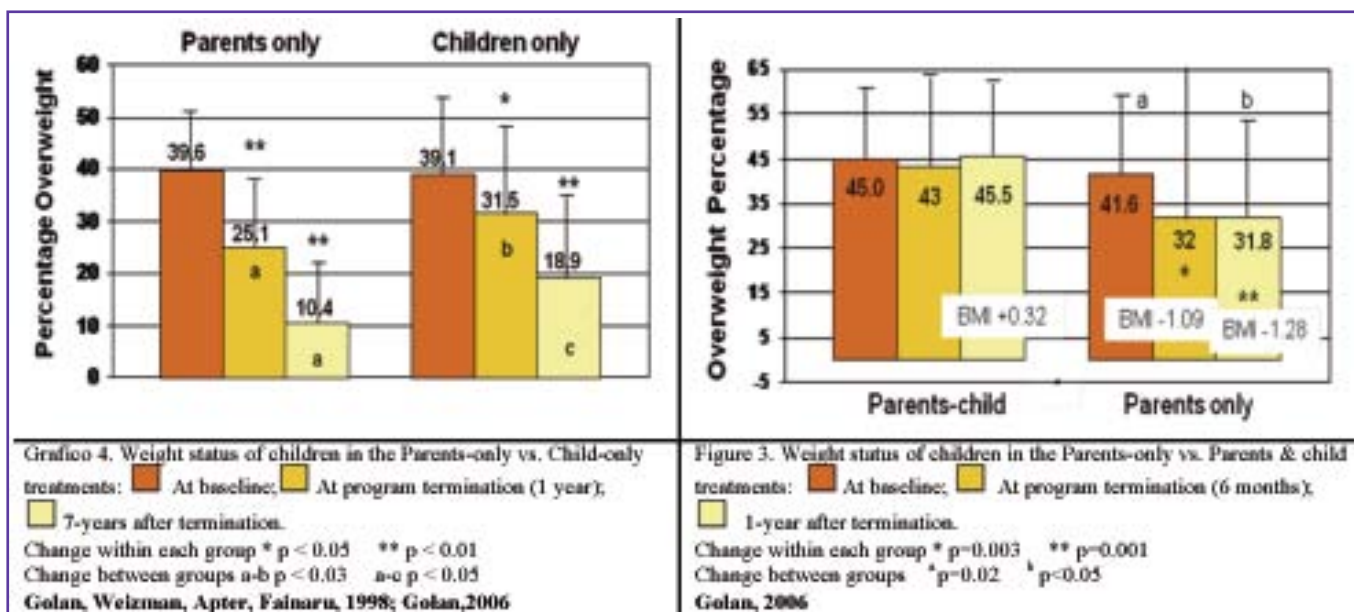
Un altro studio (Straus, Knight, 1999) ha riscontrato una percentuale di rischio doppia nei bambini che hanno avuto una stimolazione cognitiva ridotta, comparato con chi ha avuto una stimolazione più elevata.

Il comportamento dei genitori, lo stile educativo e il clima emotivo familiare influenza l'atteggiamento dei figli verso l'alimentazione (Birch, Fisher, 1998; Davison, Birch, 2001) e ne è a sua volta influenzato (Ventura, Birch, 2008).

## I modelli family-based

Storicamente, i trattamenti family-based hanno coinvolto il bambino e almeno un genitore.

Si trovano diversi livelli di coinvolgimento del genitore, in programmi che vanno dalla modificazione del comportamento, alla terapia cognitivo comportamentale, al problem solving, alla terapia sistemica (Israel et al., 1986; Flodmark et al., 1993; Graves et al, 1988; Epstein et al, 1994,2000). Epstein et al. (1990) suggeriscono che il ruolo dei familiari dovrebbe essere allargato, oltre alla partnership nel programma di riduzione ponderale e alla funzione di supporto, per fronteggiare i sentimenti di frustrazione del figlio sia rispetto alle difficoltà del programma che alla diversità percepita nei confronti dei pari. I genitori dovrebbero anche essere preparati ad affrontare la resistenza del bambino nell'affrontare il programma (Israel et al, 1985). Moria Golan (1998, 2001, 2006) propone un intervento diretto unicamente ai genitori, senza la presenza del bambino.



Gli studi della Golan mostrano come l'intervento rivolto ai genitori, confrontato con un intervento di gruppo rivolto ai bambini (figura a sinistra) riporti esiti più favorevoli sia al termine del trattamento che al follow-up di sette anni. Un altro studio (diapositiva a destra) confronta l'intervento rivolto ai soli genitori con uno diretto ai genitori insieme ai figli. Come è possibile riscontrare, non solo l'intervento rivolto ai soli genitori ha un esito più favorevole, ma la presenza dei figli è correlata ad un peggioramento della condizione iniziale.



## Il bambino in terapia è uno svantaggio?

Lo svantaggio dovuto alla presenza del bambino in terapia viene spiegato (Golan, 2006) con l'atteggiamento conflittuale assunto a seguito della richiesta di modificare il proprio stile di vita.

Lerner e Lerner (1983) suggeriscono che spesso, a fronte di richieste che vengono percepite come destabilizzanti rispetto alle proprie abitudini, il bambino si ribella e tende a rinforzare i comportamenti che devono essere modificati.

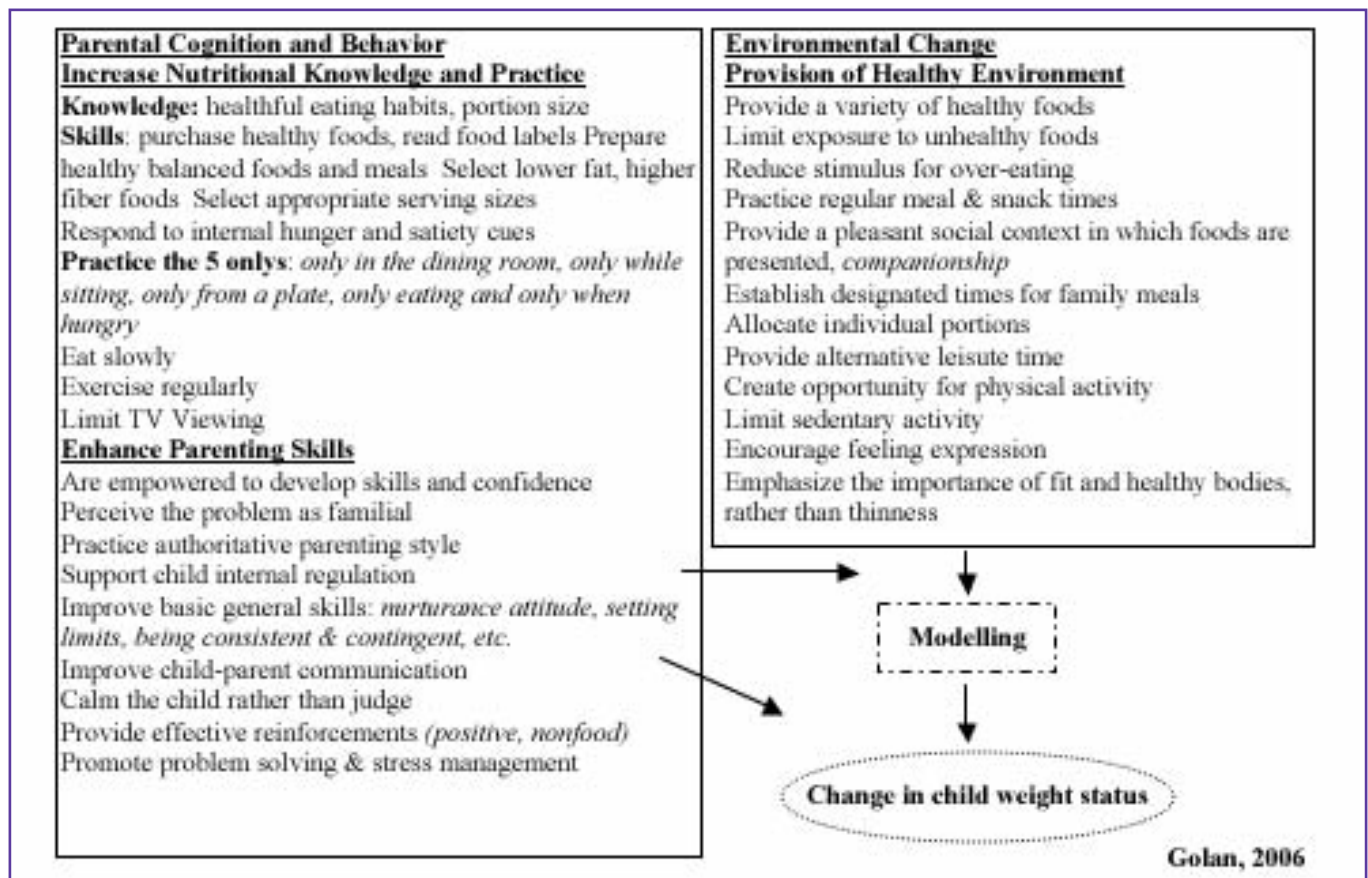
Se l'adulto è difficile da motivare, con il bambino il compito può essere impossibile. Più è giovane e meno concreti vengono percepiti i rischi per un futuro che appare molto lontano. Inoltre, le difese psichiche del bambino sono estremamente primitive e tendono a negare il problema. La situazione non migliora durante l'adolescenza perché, se la capacità di essere aderenti alla realtà si affina, compare quella propensione ad accettare il rischio che rende spesso appetibili i comportamenti in funzione della loro pericolosità. L'intervento rivolto ai genitori mira a creare cambiamenti permanenti nell'ambiente familiare, attraverso l'induzione di modifiche nelle cognizioni, nei comportamenti, nell'atteggiamento dei genitori, in modo da creare un processo naturale di modellamento nei confronti del figlio.

### Obiettivi del lavoro con i genitori

- Incoraggiare i genitori a ridurre l'esposizione del bambino a cibi allettanti e ipercalorici, effettuando una spesa più consapevole.
- Stabilire orari definiti per i pasti, ritualizzarli e scoraggiare l'abitudine dei fuori pasto.
- Mangiare assieme.
- Attenzione alla porzionatura, mettere in tavola quello che si pensa di mangiare e possibilmente non tutto assieme.
- Garantire un'atmosfera rilassata al momento dei pasti.
- Insegnare al bambino ad essere critico nei confronti dei messaggi pubblicitari.
- Ridurre l'enfasi sulla necessità di dimagrire e sulla positività della magrezza.
- Prestare attenzione alla comunicazione, in particolare riguardo agli stati emotivi.
- Tutta la famiglia deve adottare uno stile sano di attività fisica.
- I genitori vengono supportati nell'adozione di uno stile autorevole, dove è l'adulto che decide quale cibo viene acquistato, come deve essere preparato e offerto.

È cruciale lavorare sullo stile comunicativo familiare, aiutando i familiari a riconoscere e modificare i pattern relazionali legati ad un uso emotivo del cibo. Questi quadri relazionali vengono identificati come invischamento, iperprotettività, rigidità, incapacità di risoluzione del conflitto; la loro combinazione, protratta nel tempo, favorisce l'espressione dei conflitti emotivi attraverso sintomi somatici (Minuchin 1967).

Le diapositive che seguono illustrano gli obiettivi come pianificati nel lavoro di Moria Golan.



### Trattamento rivolto alla singola famiglia o gruppo di famiglie?

La terapia familiare rivolta ad un'unica famiglia è più mirata e specifica, sviluppa una forte relazione tra famiglia e terapeuta. È più flessibile nella scelta dei tempi ma più costosa.

La terapia di gruppo è meno costosa senza riduzioni di efficacia (Goldfield, Epstein, Kilanowski, Paluch, Kogut-Bossler, 2001), più programmata, favorisce le interazioni e la cooperatività.

Il gruppo è un formidabile veicolo per accrescere la motivazione alla cura, durante i trattamenti di gruppo si riscontra un numero inferiore di abbandoni della terapia.

### Un boccone dopo l'altro: un programma di trattamento

Il programma che presentiamo di seguito è tratto dal volume "Un boccone dopo l'altro" di Roberto Ostuzzi e Gian Luigi Luxardi (2007). La procedura prevede la possibilità di applicazione in gruppi di famiglie o a famiglie singole. I tempi e le modalità del programma di gruppo sono descritti di seguito, l'intervento con la famiglia singola è ovviamente più flessibile.

#### Programma di gruppo

La Frequenza è settimanale o quindicinale, la durata è un ciclo di 10 incontri di 120 minuti ciascuno.

I fruitori sono famiglie di pazienti da 4 a 14 anni con disturbo da iperalimentazione incontrollata (BED) e obesità.

I conduttori possono essere il medico, lo psicologo e il dietista anche in compresenza.

Alcuni incontri saranno rivolti alla famiglia (F), altri ai soli genitori (G).

#### Argomenti delle sessioni

(F) Presentazione del gruppo e dei partecipanti (esperienze, obiettivi, aspettative).

(F) Concetti generali: informazioni biologiche sui principi nutritivi, cause dell'obesità, regole di una corretta alimentazione.

(F) Il diario alimentare: cos'è, come e perché si usa?

(F) Educare a riconoscere i segnali di fame/sazietà.

(G) Il cibo nella relazione genitori-figli.

(G) I problemi quotidiani: i capricci, le voglie, fare la spesa.

(G) Come gestire qualità e quantità del cibo.

(G) Cosa possono fare i genitori e cosa non devono fare.

(F) La colazione e gli spuntini.

(F) Benefici dell'esercizio fisico e abitudini insane, la Tv, i videogiochi. La trappola della pubblicità.

### Una scaletta in sei passi (Ostuzzi, Luxardi, 2007)

Il programma, sia nella versione grupppale che in quella individuale, viene articolato in sei passi. Ognuno degli step previsti contempla obiettivi da raggiungere e strumenti di valutazione.

#### A. Primo passo: a che punto è la nostra motivazione?

La famiglia viene aiutata ad essere consapevole della determinazione al cambiamento e delle possibili resistenze. Uno strumento di lavoro è rappresentato dal test "Siamo pronti ad iniziare". Il test è autosomministrato e autovalutato dai membri della famiglia coinvolti nel progetto.

Questionario "SIAMO PRONTI PER INIZIARE"?

5 gruppi di quesiti sulla motivazione:

1. Obiettivi e atteggiamenti verso il trattamento.
2. Cambiare le routine quotidiane.
3. Cibo ed emozioni.
4. La comunicazione in famiglia.
5. Aumentare l'attività fisica.

#### B. Secondo passo: individuiamo cosa cambiare.

Viene focalizzata l'attenzione sulle routine quotidiane della famiglia. Molti di questi hanno un effetto diretto o indiretto sul peso. Alcune routine sono facili da individuare, altre sono più nascoste e più difficili da scoprire. L'obiettivo è di individuare quelle non funzionali e modificarle.

Viene proposto uno strumento interattivo di lavoro: la scheda di rilevazione delle routine.

#### scheda di rilevazione delle routine

| Routine del bambino                         | Relazione con il sovrappeso             | Routine della famiglia collegata                                                  | È possibile cambiare?                                                                                  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Passa il pomeriggio in casa davanti alla tv | Non fa movimento quindi aumenta di peso | Arriviamo a casa tardi per poter fare qualcosa con lui                            | Potrei passare dall'orario spezzato a quello continuato, in modo da avere il tempo per andare al parco |
| Continua a bere bibite gassate              | Contengono un sacco di zucchero         | Non programmo di comprarle, ma quando sono a fare la spesa le infilo nel carrello | Meglio abituarsi a fare la lista prima di andare al supermercato                                       |

### C. Terzo passo: automonitoraggio.

- Viene attivata una procedura di auto-osservazione.
- Vanno monitorate le variabili antropometriche.
- Viene insegnato a tenere un Diario Alimentare. Il diario viene compilato dal genitore se il paziente è un bambino; in questo caso nel diario potranno essere inserite delle colonne per segnalare eventuali difficoltà degli stessi genitori. L'adolescente dovrà invece essere coinvolto e alle volte gestirà il programma in prima persona.

### D. Quarto passo: regolarizzare l'alimentazione.

- Viene enfatizzata l'esigenza di mangiare solo durante i pasti, distinguendo in modo chiaro i tempi dedicati al cibo da quelli dedicati ad altre attività.
- Viene incoraggiata la ritualizzazione del momento del pasto definendo orari precisi, anche per quanto riguarda la merenda, e possibilmente mangiando assieme.
- Vengono evidenziati comportamenti target quali l'abitudine di mangiucchiare, la consuetudine di fare il bis, la riduzione della velocità con cui si mangia a tavola.

Come abbiamo già affermato, i genitori devono decidere cosa si mangia, tenendo in considerazione le preferenze dei figli se sono in grado di esprimerle.

Va affrontato il problema dell'alimentazione gestita al di fuori dalla famiglia, per esempio dai nonni.

### E. Quinto passo: muoversi di più e meglio.

Attività fisica non significa fare sport, ma semplicemente adottare uno stile di vita attivo. L'attività fisica è importante perché le indicazioni che abbiamo dato finora sono efficaci in un bambino attivo, funzionano meno se lo stile rimane sedentario.

### F. Sesto passo: rivedere l'intero processo.

Permette di monitorare l'andamento di un progetto complesso. Permette di fare un bilancio del percorso effettuato nelle varie aree, individuando i punti di forza e i nodi da sciogliere, riportando le riflessioni nel colloquio con il terapeuta.

Il soffermarsi sui risultati ottenuti migliora il senso di autoefficacia.

A questo scopo viene utilizzata la Scheda di Revisione

#### Scheda di Revisione (Ostuzzi, Luxardi, 2007)

La scheda può essere compilata ogni 7 o 15 giorni.

Data \_\_\_\_\_

1. Ho compilato il diario alimentare? → sempre → spesso → raramente → mai
2. Quali difficoltà ho riscontrato nella compilazione? \_\_\_\_\_
3. Quali obiettivi per il prossimo periodo? \_\_\_\_\_
4. Siamo riusciti a intervenire sulle routine quotidiane individuate? → con successo → abbastanza → poco → per niente
5. Quali difficoltà abbiamo incontrato? \_\_\_\_\_
6. Quali obiettivi per il prossimo periodo? \_\_\_\_\_
7. Siamo riusciti a regolarizzare l'alimentazione? → con successo → abbastanza → poco → per niente
8. Quali difficoltà abbiamo incontrato? \_\_\_\_\_
9. Quali obiettivi per il prossimo periodo? \_\_\_\_\_
10. Siamo riusciti a camminare per 30 minuti al giorno? → sempre → spesso → raramente → mai
11. Quali difficoltà abbiamo incontrato? \_\_\_\_\_
12. Quali obiettivi per il prossimo periodo? \_\_\_\_\_
13. Appunti per il prossimo colloquio con lo specialista \_\_\_\_\_

# Disturbi alimentari in età prescolare: prevenzione, diagnosi, trattamento

Prof.ssa Elena Trombini - Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Bologna

## Introduzione

I disturbi alimentari in età evolutiva presentano una varietà di problemi specifici con eziologie ed esiti diversi. In tale ambito occorre tenere presente sia le difficoltà alimentari transitorie, comuni durante l'infanzia specialmente in momenti critici dello sviluppo, sia l'evoluzione dei disturbi alimentari infantili caratterizzati da continuità temporale e tendenza a persistere.

La letteratura inerente evidenzia la necessità di valutare le caratteristiche individuali del bambino e le sue relazioni all'interno della famiglia, che possono essere all'origine di una difficile corrispondenza tra gli stili autoregolativi e di comportamento del bambino e le aspettative degli adulti, che risentono a loro volta delle esperienze passate con le proprie figure di accudimento. Gli approcci clinici si focalizzano quindi con attenzione sulla qualità della relazione bambino/adulto e sono orientati all'identificazione precoce e all'intervento sulle relazioni disfunzionali con le figure primarie di accudimento per prevenire l'insorgenza di disturbi individuali successivi, causati dalle difficoltà di regolazione affettiva e dai fallimenti interattivi durante l'infanzia.

Nei quadri clinico-diagnostici assumono una particolare rilevanza i disturbi del comportamento alimentare che esprimono una protesta psicosomatica, alla cui base si rintraccia una frustrazione (da parte dell'adulto) della motivazione nel bambino a fare da solo in campo alimentare.

Infatti, in condizioni normali, l'instaurarsi delle abitudini relative all'alimentazione e, successivamente alla pulizia (quali momenti integrati di un processo unitario), non va considerato il risultato di un apprendimento imposto, ma è da ritenersi invece in intima connessione con la motivazione a fare da solo.

La motivazione a far da solo fa parte dei sistemi motivazionali di base che, come sottolineato dagli autori, danno fondamento allo sviluppo del senso di Sé e di Sé con gli Altri, nella direzione di un'autonomia crescente.

Tale motivazione, per tradursi in comportamento, necessita di un adeguato stimolo, che in campo alimentare è la configurazione del cibo come qualcosa di piacevole da mettere dentro di sé e in campo evacuatorio come qualcosa da eliminare". In specifico le indagini cliniche evidenziano che tale motivazione compare nel secondo anno per la condotta alimentare e nel terzo per la condotta di defecazione e di minzione.

Sulla base di questo processo motivazionale il bambino può giungere ad un comportamento autonomo e ordinato, se favorito da un adeguato atteggiamento dell'adulto. Una condotta dell'adulto tesa invece ad impedire un'attività spontanea ed indipendente (modalità coercitive e/o precoci, freddezza emotiva, riprovazione) induce nel bambino il

tentativo di liberarsi della sua influenza attraverso comportamenti di protesta.

Pertanto manifestazioni quali il non voler mangiare, lo sputare, il non volere defecare o defecarsi addosso, il bagnare il letto sono in connessione dinamica con la motivazione a fare da solo, in quanto l'aggressività inerente l'autonomia minacciata viene dislocata su cibo, feci e urine.

## Prevenzione

Gli studi attuali evidenziano che gli scambi tra madre e bambino sono, fin dall'epoca neonatale, caratterizzati dal bisogno di mantenere la coerenza e il ritmo della relazione: la costruzione continua dello sviluppo prevede una progressione di compiti evolutivi che la coppia deve risolvere in modo congiunto e reciproco per raggiungere l'adattamento.

Il momento del pasto costituisce quindi un'occasione privilegiata per osservare le modalità relazionali e la capacità di sintonizzazione affettiva dei due partner.

Già Anna Freud sottolineava che il bambino, assieme alla madre, deve percorrere un lungo cammino prima di riuscire a regolare la propria alimentazione, dalla fase dell'allattamento a quella dello svezzamento, passando dal "nutrirsi succhiando" al "nutrirsi masticando", per poi giungere al "nutrirsi da sé", fino al partecipare alla mensa dei familiari.

Pertanto, nell'ambito della complessità delle problematiche inerenti gli scambi relazionali durante le fasi dell'alimentazione, e delle conseguenti implicazioni per lo sviluppo del bambino, occorre focalizzare la dinamica tra la motivazione a fare da solo e il comportamento dell'adulto durante alcuni passaggi fondamentali del processo alimentare, per il raggiungimento o meno, da parte del piccolo, di un comportamento autonomo e adeguato in campo alimentare.

## Intervento: la Giocoterapia Focale (GF)

**Nell'ambito dell'intervento a orientamento psicoanalitico la Giocoterapia Focale (GF) è stata ideata da G. Trombini per i disturbi della condotta alimentare ed evacuativa in età prescolare ed è stata inserita da E. Trombini nel campo diagnostico-terapeutico allargato ai genitori, su modello della Consultazione partecipata di Dina Vallino. La GF consente di mettere in risalto le caratteristiche dell'autonomia nel rapporto con il cibo e con i contenuti evacuativi. Essa si basa su un punto di partenza organizzato che permette al bambino di esprimere la motivazione a fare da solo in una condotta autoregolata in alleanza con i genitori.**



#### Sequenza della GF:

1. il terapeuta costruisce un pupazzo di plastilina che svolge le funzioni fisiologiche (alimentazione, evacuazione)
2. mostra le naturali qualità fenomeniche degli alimenti e dei contenuti corporali: cibo = buono da mangiare, feci = senso di pienezza, da evacuare
3. rappresenta un contatto diretto con questi e precisa il loro significato integrando l'alimentazione e l'evacuazione in un processo unitario: se si mangia del buon cibo, poi si ha la pancia piena e il bisogno di evacuare
4. successivamente il terapeuta si ritira gradualmente nello sfondo e lascia fare al bambino
5. il bambino può esteriorizzare e proiettare nel gioco i propri contenuti psichici



#### **La GF nel contesto allargato bambino/genitore**

La GF proposta in un contesto allargato bambino/genitori si inserisce nel contesto clinico attuale, che rivolge sempre maggiore attenzione alla dimensione narrativa del piccolo paziente nel suo contesto familiare.

Il setting prevede l'alternanza di sedute di gioco con bambino e genitori e incontri solo con la coppia genitoriale: si richiede ai genitori di concentrare l'attenzione sul comportamento ed il gioco del loro bambino, al fine di discuterne "successivamente" con il terapeuta. Tale setting aiuta i genitori a:

1. cogliere i reali interessi del bambino espressi nel gioco (modo anche non verbale di esprimerli), desideri, paure, rabbie;
2. favorire il rispetto per il modo di giocare del b.e la possibilità di giocare con lui senza assumere atteggiamenti intrusivi e direttivi;
3. sperimentare la loro capacità di giocare recuperando il proprio sé infantile giocoso e creativo, accanto agli aspetti osservativi del sé adulto.

Inoltre consente allo psicologo clinico:

1. di osservare le modalità comportamentali dei genitori ostacolanti o facilitanti la condotta autoregolata del bambino nei confronti del cibo e formulare una diagnosi approfondita;

2. di allestire un intervento terapeutico che aiuti anche i genitori a prendere parte al gioco e a cogliere il significato psicologico del comportamento alimentare.

#### **Risultati**

Presso il Servizio di Consultazione psicologica per bambini e genitori del Dip. di Psicologia dell'Università di Bologna (Responsabile: Prof. Elena Trombini), viene sistematicamente utilizzata la GF nel contesto allargato per la valutazione e l'intervento dei disturbi alimentari in età prescolare (età 1,6 - 5 anni).

Durante il percorso diagnostico-terapeutico sono state evidenziate due tipologie di condotte genitoriali:

1. condotta favorente il processo terapeutico, caratterizzata da pazienza tollerante, collaborazione, offerta di sostegno, proposte allineate con le intenzioni creative del bambino, entusiasmo fiducioso nella produttività del piccolo;
2. condotta ostacolante il processo terapeutico, caratterizzata da imposizioni anziché proposte, da interventi fuori tema o distraenti, da disinteresse e da autoesclusione del genitore dalla scena del gioco.

Si è inoltre evidenziato che le condotte positive dei genitori (che recuperano le proprie competenze genitoriali costruttive) possono essere dal terapeuta sottoli-

neate (tramite l'apprezzata valutazione di alcuni loro interventi relazionali) e accresciute dall'acquisizione di una maggiore capacità di vedere le cose dal punto di vista del bambino.

Tutto ciò può essere favorito sia dagli incontri genitori/terapeuta sia dalle sedute di gioco in cui i genitori hanno la possibilità di vedere come il terapeuta si comporta, in particolare con il bambino, e di scoprire con sollievo, come anche loro possono fornire un aiuto.

I dati clinici mostrano che nei casi seguiti vi è stato:

1. aumento della responsività dei genitori;
2. diminuzione delle condotte ostacolanti a favore di quelle facilitanti;
3. facilitazione del processo di autoregolazione del comportamento alimentare del bambino;
4. promozione del benessere familiare;
5. trasformazione delle dinamiche relazionali bambino/genitori che si accompagnano a risoluzione dei sintomi.

### Conclusioni

La metodologia della GF può essere proficuamente impiegata in contesti clinici per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in età prescolare.

Tale metodologia offre un setting con regole: prima si mangia e poi si evacua. Fornisce un senso dell'ordine sia per quello che riguarda il funzionamento del corpo, sia per l'inserimento, in un'armonica convivenza familiare, delle condotte infantili autogestite e autoregolate.

Inoltre la GF in un contesto allargato bambino/genitori tiene conto delle esigenze del bambino, ma anche di quelle dei genitori che comprendono il bisogno di sentirsi rivalutati nelle proprie competenze genitoriali.

I genitori possono cogliere i reali interessi del bambino espressi nel gioco, il suo modo anche non verbale di esprimerli, i suoi desideri, paure e rabbie.

Pertanto il contesto favorisce il rispetto per il modo di giocare del piccolo e la possibilità di giocare con lui senza assumere atteggiamenti intrusivi e direttivi.

I genitori, incentivati a diventare anch'essi giocatori, possono così recuperare il proprio sé infantile giocoso e creativo accanto agli aspetti osservativi del sé adulto.

Ciò naturalmente può avvenire quando i genitori possiedono già tali competenze personali. In tal modo il gioco può diventare il gioco di tutti e questo piacere nella condivisione può aiutare a vedere gli aspetti psicologici connessi alla funzione fisiologica del mangiare e dell'evacuare, senza limitarsi al solo problema benes-

sere-malessere corporeo.

Nella GF inserita in un contesto allargato, il bambino vede in atto nel loro farsi gli atteggiamenti costruttivi dei genitori che emergono durante la terapia.

Analogamente i genitori osservano le trasformazioni del bambino in divenire e possono quindi rendersi conto che la trasformazione avvenuta è anche frutto della loro fattiva collaborazione, in cui ha svolto un ruolo fondamentale la comprensione delle esigenze del proprio figlio.

Il contesto allargato consente infine di osservare quando i genitori bloccano od ostacolano lo svolgimento del gioco con condotte e/o commenti intrusivi, alieni dalla narrazione in atto, espressione di problematiche personali, di cui il clinico dovrà tenere conto nel percorso diagnostico-terapeutico.

Infatti l'osservazione dell'interazione bambino-genitori e l'analisi delle modalità di condotta dei genitori danno indicazioni sull'opportunità di proseguire con la GF in contesto allargato o sulla necessità di procedere con percorsi psicoterapeutici individuali.

### Riferimenti bibliografici

- Benoit D. (1996), Difficoltà di accrescimento e disturbi alimentari. In C.H. Zeanah, *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, Milano.
- Chatoor I. (1996), Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In A. Tasman, J Kay, L. Lieberman (a cura di), *Psychiatry*, Saunders, Philadelphia.
- Kreisler L. (1985), Conduites alimentaires déviantes du bébé. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (a cura di), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PYF, Quadriga.
- Lichtenberg J.D. (1995), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lucarelli L. (2001), *Disturbi dell'alimentazione*. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*, Cortina, Milano.
- Sameroff A.J., De Donough S.C., Rosenblum K.L. (a cura di) (2006). *Il trattamento clinico delle relazioni genitore/bambino*. Il Mulino, Bologna.
- Trombini E. (2002), *L'opposizione infantile. Ostinazione e protesta psicosomatica*. Quaderni di Scienze dell'Interazione, 2, Domeneghini Ed, Padova.
- Trombini E. (2005). *I disturbi alimentari in età evolutiva*. *Bambini e Nutrizione*, 12, 2, 64-75.
- Trombini E., Trombini G. (2006). *Focal Play-Therapy in the Extended Child-Parents Context. A clinical case*. *Gestalt Theory*, 28,4, 375-388.
- Trombini G. (a cura di) (1994), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.
- Vallino D (2002). *La consultazione con il bambino e i suoi genitori*. *Riv di Psicoanalisi*, XLVIII, 2, 325-343.
- Woolston J.L. (1991), *Eating and growth disorders in infant and children*. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series*, 24, 1-95.

# Il trattamento dei DCA in infanzia e adolescenza: l'esperienza del CE.DI.AL.

*Dott.ssa L. Iacononelli, Dott. L.Salerno, - Centro Disturbi Alimentari - Azienda USL n° 6 - Palermo  
Prof.ssa G. Manna - Università degli Studi di Palermo - Corso di Laurea in Psicologia*

Il DSM IV classifica i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza in tre gruppi:

- Pica (307.52), la cui diagnosi comporta l'assunzione persistente di sostanze non alimentari per un periodo di almeno un mese, inappropriata rispetto al livello di sviluppo.
- Il Disturbo di Ruminazione (307.53), consistente in un ripetuto rigurgito e rimasticazione di cibo per un periodo di almeno un mese dopo un periodo di funzionamento normale non dovuto ad un'altra condizione medica generale (per es: reflusso esofageo).
- Il Disturbo della Nutrizione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza (307.59), che si manifesta con mancanza di un' alimentazione adeguata e incapacità ad aumentare di peso o significativa perdita di peso durante un periodo di almeno un mese, non secondaria ad un'altra condizione medica o ad un altro disturbo mentale, con esordio prima dei 6 anni di età.

I disturbi dell'alimentazione sono, invece, classificati in tre categorie: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi dell'Alimentazione Atipici (EDNOS).

Una revisione di Irwin di 23 casistiche ha evidenziato che il 9% delle pazienti con Anoressia Nervosa a sviluppo pre-puberale ha meno di 13 anni e l'1% meno di 10. La presenza di comportamenti alimentari anomali, come mangiare di nascosto, mangiare in risposta ad emozioni negative, mangiare grosse quantità di cibo, sono presenti in una proporzione che varia dal 18% al 33%.

Proprio in risposta a questo problema alcuni autori hanno proposto un sistema di classificazione alternativo nell'infanzia chiamato "Great Osmond Street Criteria (GOS)" che contiene sei categorie diagnostiche (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disfagia funzionale, Evitamento del cibo su base emotiva, Alimentazione selettiva, Sindrome pervasiva di rifiuto del cibo). Il GOS ha dimostrato in uno studio del 2000 più alta attendibilità e affidabilità dei criteri del DSM IV e ICD 10.

L'obesità infantile è attualmente il problema nutrizionale più diffuso in età pediatrica con una crescita allarmante negli ultimi anni, soprattutto nei paesi industrializzati (la prevalenza del sovrappeso è del 10,4%, 15,3% e 15,5% per i bambini e adolescenti tra i 2-5, 6-11 e 12-19 anni). A partire dall'infanzia, l'obesità si associa ad alterazioni dismetaboliche che costituiscono il preludio di quelle dell'adulto e nel bambino stesso gli effetti psico-fisici dovuti al sovrappeso sono immediatamente visibili (problemi relazionali e di autostima dovuti al fatto di essere presi in giro e di vivere in una società che stigmatizza le persone con problemi di

peso, problemi ortopedici, respiratori e ginecologici).

La perdita dell'appetito si manifesta durante: malattie organiche altamente febbrili, infezioni, sepsi, cardiopatie, malattie gastrointestinali, intolleranze alimentari, ipovitaminosi, depressione, DOC, ansia.

Nell'ultimo anno, l'aumento del numero di richieste di aiuto per problemi di disturbi alimentari, ci ha fatto riflettere sulla necessità di strutturare un protocollo di assessment e di intervento specificamente rivolto ai piccoli pazienti ed alle loro famiglie.

Nel corso del processo diagnostico, condotto da psichiatri e psicologi clinici, i bambini e le famiglie sono valutati attraverso colloqui clinici, strumenti testologici, osservazione diretta, compilazione del diario alimentare, visita medica. La valutazione psicodiagnostica dei bambini con DCA viene, dunque, effettuata seguendo tre step fondamentali: assessment biologico, assessment psicologico e assessment familiare. Sulla base delle valutazioni effettuate in fase di assessment, il trattamento si articola in diversi momenti che coinvolgono sia esclusivamente i bambini (attraverso colloqui, visite mediche e la partecipazione al "gruppo fiabe"), sia esclusivamente i genitori (attraverso incontri educazionali sul tema dell'alimentazione e il gruppo genitori), sia entrambi (terapia familiare).

Relativamente al diario alimentare, così come avviene in rapporto alla valutazione e al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in soggetti adulti, anche con i bambini al Ce.Di.Al. viene utilizzato il Diario Alimentare, che diventa uno strumento fondamentale sia in fase diagnostica che terapeutica. Fin dal primo incontro di accoglienza viene chiesto, quindi, ai bambini di compilare, preferibilmente da soli, il Diario Alimentare (Fig. 1).



Figura 1 Diario Alimentare per bambini utilizzato presso il Ce.Di.Al.

Viene chiesto al paziente di compilare, giocando, 5 fondamentali aree presenti nel diario alimentare (Fig. 2):

- 1) Data, ora e contesto in cui si mangia, per capire dove, come e con chi mangiano.
- 2) Sensazioni fisiche di fame, per capire come i bambini intendono il concetto di "fame".
- 3) Cibi e bevande che vengono ingeriti, al fine di individuare errori alimentari e correggerli.
- 4) Sensazioni fisiche di sazietà; al fine di capire quali sensazioni fisiche provano dopo aver mangiato.
- 5) Pensieri ed emozioni presenti quando si mangia.

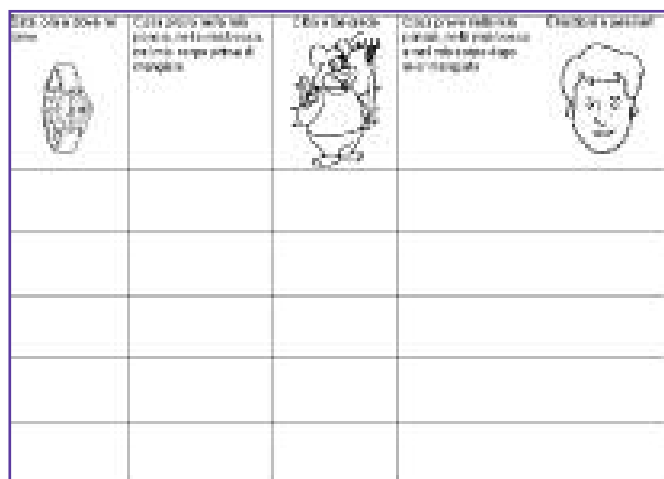


Figura 2. cinque aree fondamentali presenti nel Diario Alimentare per bambini utilizzato al CeDiAl

L'importanza del diario alimentare in fase diagnostica è legata al fatto che esso consente di:

- individuare la presenza di problematiche connesse ad una mancata, incompleta o disfunzionale percezione delle proprie sensazioni di fame e di sazietà;
- individuare la presenza di problematiche connesse al concetto di intelligenza emotiva, ossia la capacità di riconoscere e descrivere le proprie emozioni e i propri pensieri;
- monitorare l'alimentazione dei nostri piccoli pazienti, per individuare regimi alimentari non equilibrati o non adeguati in rapporto al disturbo alimentare presentato.

Affinché i bambini non vivano il diario alimentare come un compito, ma come un gioco, l'equipe del CeDiAl ha riflettuto sulla possibilità di apportare delle modifiche allo strumento originario, rendendone la compilazione divertente grazie all'introduzione di immagini da colorare e "cornici vuote" da riempire con disegni e/o frasi a loro piacimento.

Viene utilizzata, inoltre, una batteria testologica appositamente strutturata per i bambini.

La scelta di utilizzare specifici strumenti nasce anche dai contributi della letteratura scientifica sul tema, dalla valutazione della fascia d'età considerata e dalla necessità di valutare e quantificare tramite reattivi psicologici alcune aree problema individuate nel corso dei colloqui con i bambini.

In particolare, dalla letteratura sul tema dei disturbi del comportamento alimentare in età infantile emerge la

correlazione tra DCA, disturbi dell'immagine corporea e bassa autostima, in rapporto a diversi domini: aspetto esteriore, accettazione da parte dei pari, livello di soddisfazione generale, progetti futuri (Wang & Veugelers, 2008). Secondo alcuni studi tale relazione è, tuttavia, legata non ad una valutazione globale di sé, ma ad una valutazione di sé in rapporto al proprio aspetto fisico: una bassa valutazione di sé in tale ambito sembra essere, infatti un predittore del successivo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare già a partire dai 6 anni (Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000).

Studi precedenti (Decaluwé & Braet, 2004; Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000) su bambini obesi hanno, inoltre, messo in evidenza problemi affettivo-relazionali, quali ansia da separazione, sintomi e comportamenti ansioso/depressivi, somatizzazione, difficile regolazione emotiva e ritiro sociale (Ammaniti et al., 2008). Il 10% di bambini obesi presenta condotte bulimiche (Decaluwé & Braet, 2004) e, inoltre, l'insoddisfazione per il proprio corpo, misurata come discrepanza tra le dimensioni reali e ideali, aumenta consistentemente in bambini dai 9 ai 14 anni (Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000).

Alla luce di tali dati sono stati scelti i seguenti strumenti:

- SAFA-P/e, SAFA-P/m-s = (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Cianchetti & Fancello, 2001).

La batteria viene somministrata a soggetti in età evolutiva (8-18 anni) e comprende sei scale per valutare: ansia, depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi alimentari psicogeni, sintomi somatici e ipocondria e fobie.

In rapporto alle esigenze di valutazione del CeDiAl si è deciso di somministrare esclusivamente le scale relative ai disturbi alimentari psicogeni e all'ansia.

La scala SAFA-P consente di ottenere informazioni sulla presenza di: condotte anoressiche, condotte bulimiche, accettazione del proprio corpo, paura della maturità, perfezionismo e senso di inadeguatezza.

La scala SAFA-A consente di ottenere informazioni sulla presenza di ansia generalizzata, ansia sociale, ansia da separazione/perdita e ansia connessa all'ambito scolastico.

- TMA = (Test Multidimensionale dell'Autostima, Braker, 2005), che consente una precisa misurazione dell'autostima in età evolutiva (9-19 anni).

Il TMA valuta tutte le sei aree in cui l'autostima generale viene tipicamente suddivisa: area interpersonale, scolastica, emozionale, familiare, corporea e della padronanza sull'ambiente.

Partendo dagli studi di Bracken, ai fini della valutazione diagnostica da effettuare al CeDiAl, si è preferito utilizzare la versione ridotta, costituita da 57 item.

La valutazione del test viene effettuata esclusivamente in relazione ai punteggi ottenuti alle sottoscale, in quanto il valore totale ottenuto dalla somma dei pun-



teggi delle sottoscale risulta poco idoneo a fornire indicazioni utili rispetto ad un livello di autostima globale (Manna, Minisola, Boca, 2005).

– TEST SULL'INTELLIGENZA EMOTIVA = Viene utilizzato il test iniziale presente all'interno del software "Sviluppare l'intelligenza emotiva".

Test e training per percepire, usare, comprendere e gestire le emozioni" (A. D'Amico e T. De Caro, 2008).

Il test consente, nello specifico, la valutazione delle "sottoabilità" che costituiscono le quattro branche dell'intelligenza emotiva: percezione delle emozioni di base espresse in volti, paesaggi o brani musicali; comprensione delle emozioni, del loro mutare e del loro combinarsi in miscele emotive; utilizzo delle emozioni per facilitare alcune attività cognitive; gestione delle emozioni fondamentali in se stessi (gestione intrapersonale) e nelle relazioni con gli altri (gestione interpersonale).

Dall'analisi dei primi protocolli esaminati è possibile rilevare alcune riflessioni degne di nota.

Si tratta, comunque, di una prima indagine esplorativa, ancora in progress, che non ha nessuna pretesa di generalizzazione, dato il basso numero di soggetti su cui è stata, fino ad ora, condotta.

Relativamente alla valutazione/accettazione del proprio corpo sembra che i bambini che presentano restrizione alimentare non siano insoddisfatti del proprio aspetto fisico (indipendentemente dall'età).

I bimbi in sovrappeso, invece, presentano insoddisfazione per il proprio corpo (non sono soddisfatti, non si piacciono, ritengono di essere troppo grassi). Tale insoddisfazione, inoltre, aumenta nei bambini più grandi (11-12 anni).

Le bambine che attuano restrizione alimentare sembrano avere minore consapevolezza rispetto al fatto di mettere in atto comportamenti disfunzionali di tipo anoressico (restrizione alimentare, controllo del cibo e del peso, senso di colpa per aver mangiato troppo).

Ad eccezione di un solo caso, infatti, pur attuando una restrizione alimentare, non rispondono affermativamente agli item relativi a questo ambito.

La capacità di riconoscere di mettere in atto condotte alimentari disfunzionali è maggiormente presente in bambini in sovrappeso: i bambini insoddisfatti del proprio corpo sono anche coloro che mostrano preoccupazione per il peso e controllo del cibo per evitare di ingrassare.

Come evidenziato in altri studi (Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000), i bambini esaminati presentano punteggi più bassi nella dimensione del "Vissuto Corporeo", rispetto a tutte le altre.

E' pur vero che sono i bambini in sovrappeso quelli che risultano più insoddisfatti della propria immagine corporea.

Per quanto riguarda la valutazione dell'intelligenza

emotiva risultano deficitarie le aree relative alla capacità di gestione intrapersonale delle emozioni e di uso delle emozioni stesse. Risultano migliori la capacità di comprensione sia relativamente alla trasformazione che



alla contemporanea presenza di diversi di stati emotivi, la capacità di percezione delle emozioni a partire da espressioni facciali e da paesaggi e la capacità di gestione interpersonale delle emozioni.

Il trattamento rivolto ai bambini con DCA e alle loro famiglie coinvolge diverse figure professionali e integra interventi differenti rivolti sia ai bambini che ai genitori: terapia familiare, gruppo genitori, colloqui individuali con i bambini, condotti da psicologi, gruppo bambini, visite mediche, incontri educazionali periodici con i genitori, finalizzati a fornire corrette informazioni relativamente ad un'alimentazione sana ed equilibrata, adeguata alla fase di sviluppo.

Relativamente al trattamento specificamente rivolto ai bambini la cura e la riabilitazione passano attraverso il gioco, fondamentale data l'età dei pazienti cui faccia-

mo riferimento.

A parte qualche raro caso di cure mediche e/o farmacologiche, sia nei colloqui individuali che nel gruppo, il trattamento si pone i seguenti obiettivi:

- Educare al riconoscimento delle proprie sensazioni.
- Educare al riconoscimento, alla gestione, all'uso e alla comunicazione delle proprie emozioni e sviluppare le capacità di problem-solving.
- Educare a mangiare in modo sano ed equilibrato.

Nei colloqui individuali e nel gruppo "fiabe" i bambini vengono coinvolti in: lettura di fiabe assertive a partire dal testo di L. Iacononelli "Le fiabe per ... crescere bene con se stessi e gli altri.

Un aiuto per grandi e piccini" (Fig. 3). Tali fiabe consentono di stimolare la fantasia, la creatività e l'autostima dei bambini, educandoli all'amore per se stessi e per gli altri.

La lettura di ogni fiaba viene arricchita da momenti di condivisione che stimolano la riflessione personale e l'arricchimento tramite le esperienze ed i pensieri degli altri e da attività specificamente strutturate sul tema della fiaba, in maniera tale da consolidare quanto precedentemente detto attraverso il gioco e il divertimento.

Figura 3. Testo "Le fiabe per ... crescere bene con se stessi e gli altri. Un aiuto per grandi e piccini" (L. Iacononelli - Franco Angeli - Milano)



- Attività e training sull'intelligenza emotiva. Durante i colloqui individuali vengono proposte ai bambini diverse stimolanti e divertenti attività volte a sviluppare e potenziare le loro capacità di intelligenza emotiva.

Tali attività richiedono l'uso di diversi strumenti: computer, software I.E. (A. D'Amico e T. De Caro, 2008), colori, matite. Il feedback costante fornito ai bambini durante le attività consente di correggere risposte e comportamenti disfunzionali a partire da reali esperienze vissute dal bambino o da stimolazioni comunque vicine alla sua quotidianità.

- Giochi psicopedagogici. I giochi realizzati sono finalizzati a sviluppare e potenziare le capacità di: problem solving, collaborazione, riconoscimento, espressione e gestione delle proprie emozioni, assertività.
- Merenda pomeridiana. Il momento della merenda rientra a pieno titolo, si integra e arricchisce tutte le altre attività realizzate all'interno del gruppo.

La merenda pomeridiana consente di trasmettere ai bambini corrette abitudini alimentari e informazioni utili in merito al valore dei vari nutrienti, creare un momento di condivisione e di arricchimento reciproco tra i vari bambini, creare un momento di condivisione con gli adulti di riferimento con i quali i bambini preparano il dolce.

- Attività che favoriscano la libera espressione di sé e delle proprie emozioni.

Dipingere un'intera parete, ad esempio, consente di esprimere se stessi senza timore, vedendo concretizzate le proprie emozioni, i propri pensieri e le proprie idee, condividendole, integrandole ed arricchendole con il contributo di tutti i componenti del gruppo (Fig. 4).



Figura 4. Murales realizzato dai bambini del Ce.Di.AI.

I bambini hanno, così, scoperto l'importanza della collaborazione e del potenziamento delle risorse proprie ed altrui, e hanno sviluppato la capacità di comunicare le proprie idee in maniera assertiva, come dimostrato dalla seguente frase, pronunciata da una piccola paziente del Ce.Di.AI.:

"È bello quando siamo in tanti e la pensiamo in maniera diversa...perché prima non siamo d'accordo ... poi, con le idee di tutti, vengono fuori idee nuove, più belle" (N., 11 anni)



# I DCA in età evolutiva: quali percorsi terapeutici

*Prof. Antonio Bongiorno - Dott.ssa Cristina Lanzarone - Servizio Interdipartimentale di Psicologia, Ambulatorio per la Diagnosi e la Cura dei D.C.A A.O.U.P "Paolo Giaccone" Palermo*

Negli ultimi 20 anni, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), sono diventati un problema di rilevanza sociale, e sono stati, per questo, oggetto di ricerche e studi sistematici in ambito psicopatologico e clinico. Tale studi hanno prodotto numerose ipotesi sia sul piano della loro conoscenza sia sulle linee di trattamento più adeguate. In relazione alla complessità degli ambiti coinvolti nei DCA, (biologici, psicologi, sociali) esiste un'ampia varietà di opzioni efficaci per la gestione e il trattamento di soggetti affetti da tali disturbi.

Attualmente lo studio dell'efficacia dei trattamenti empirici fino ad ora applicati, soprattutto nei pazienti adolescenti, ha portato ad abbandonare le terapie focalizzate principalmente su una specifica teoria per prediligere modelli terapeutici più complessi ed integrati, che non ricorrono esclusivamente all'azione dei singoli specialisti. Globalmente la risposta a queste patologie deve essere integrata e quindi coinvolgere più competenze.

La nostra esperienza degli ultimi anni ha dimostrato come il trattamento dei DCA necessiti almeno in una certa percentuale dei casi, non solo di una integrazione di figure professionali ma di una complementarietà di assetti terapeutici e addirittura di strutture. Tra queste possiamo essenzialmente riconoscere: l'Ambulatorio, il Day-Hospital e il Trattamento Residenziale. In una realtà così variegata e per altro vincolata a situazioni locali non siamo in condizioni di definire il trattamento ideale dei Disturbi del Comportamento Alimentare,

Nel nostro Servizio ad una prima Fase Diagnostica che prevede sia un accurato Assesment (Psicologico, Medico, Nutrizionale) sia una Valutazione della Motivazione, considerando anche il livello di consapevolezza della malattia, segue una Fase

Terapeutica con la scelta del Trattamento più adeguato a quel soggetto (livello di gravità, tipo di emergenza se somatica o psichica, terapie pregresse), alla sua storia (traumi,



comorbidità, abuso) e al suo contesto sociale (degrado, svantaggio) e familiare (conflitto familiare).

I pazienti che accedono al nostro Servizio vengono sottoposti ad una tipologia di trattamento che prevede chiaramente oltre l'intervento, ove necessario, di figure sanitarie di tipo medico (internistico, nutrizionale, cardiologico, endocrinologico, ginecologico) anche una Psicoterapia Individuale ad indirizzo Cognitivo-Comportamentale, e parallelamente un lavoro prima di consulenza e poi un vero e proprio percorso psicoterapeutico ad orientamento Sistemico-Relazionale.

L'esperienza clinica ci ha dimostrato come spesso il mancato coinvolgimento del contesto relazionale in cui sono immersi i pazienti è spesso nocivo per l'armonico sviluppo del nuovo

equilibrio fisico e psichico degli stessi acquisito durante la terapia individuale (deriva ambientale).

Il lavoro individuale prevede degli incontri settimanali, ed è costituito

essenzialmente da Tre Fasi di Intervento, organizzate a step, che prevedono un lavoro sempre più approfondito con specifiche Tecniche (Inibizione Reciproca, Esposizione con Prevenzione della risposta, Ristrutturazione Cognitiva).

Si comincia da un piano inizialmente strettamente Comportamentale volto al controllo della sintomatologia alimentare, ad uno Cognitivo, volto alla modificazione di pensieri disfunzionali, avendo sempre come focus d'intervento le aree psicologiche compromesse in tali disturbi: emozioni (positive/negative), pensieri e convinzioni (peso, corpo, cibi), dispercezione corporea, riconoscimento segnali propriocettivi, controllo degli stimoli che scatenano i comportamenti disadattivi, gestione degli impulsi.





Il sistematico rinforzo di miglioramenti, la previsione della ricaduta, il lavoro di affermazione del sé (Training Assertivo) portano il soggetto ad elaborare ed a recuperare uno spazio interno, ad abbandonare a poco a poco la posizione iperempathica, ad affrontare i conflitti relazionali e le situazioni in cui non riesce ad identificare e/o ad esprimere le proprie emozioni, i sentimenti di collera ed angoscia, preludio degli eccessi alimentari, ma soprattutto a rafforzare la fiducia nelle sue percezioni che confermano la sua sensazione di essere in grado di gestirsi da se.

Parallelamente a questo lavoro individuale, chiaramente in relazione all'età del paziente, viene svolto un percorso psicoterapico in assetto familiare con lo scopo di passare da una diagnosi puramente clinica ad una relazionale ("a che serve il sintomo?" "quali sono i giochi relazionali retrostanti").

La convocazione familiare è dipendente dall'età della paziente, dalla presenza di false convinzioni sui DCA nei genitori e nei familiari, dalla loro alterata rappresentazione del sintomo malattia, vergogna, capriccio, difetto ma soprattutto dal basso livello di compliance della paziente alla terapia individuale parallela.

La valutazione della famiglia va fatta con "tutte le persone che si ritengono rilevanti" per ogni singolo caso, sia coloro che sono direttamente coinvolti nel problema, poiché senza di loro il terapeuta non potrà avere chiare tutte le dinamiche sottostanti, ma anche chi può avere un ruolo prememente nel favorire il cambiamento o

nel bloccarlo.

Nelle famiglie sane i confini dei sottosistemi afferma Minuchin "sono abbastanza ben definiti da permettere ai membri dei sottosistemi di esercitare le loro funzioni senza interferenze indebite" ma nello stesso tempo abbastanza flessibili da "consentire il contatto tra i membri del sottosistema e gli altri".

Nelle famiglie con DCA strutture, confini e mappe hanno delle caratteristiche tali da determinare non solo l'innescamento della patologia ma anche il suo evolversi e soprattutto il suo mantenimento.

Ci si imbatte in famiglie i cui confini sono su in un continuum che va dal "disimpegno" all'"invischiamento" e con costruzione di dinamiche (difficoltà nei processi di individuazione-differenziazione, disconferma delle emozioni, mistificazione, iperprotettività, disimpegno, impegno mimato, conflitto negato, evitamento del conflitto) e triadi rigide (triangolazione, coalizione, deviazione).

Tali modelli disfunzionali vengono ripetuti o perché la famiglia non riesce a pensare a modi alternativi di stare insieme, o sono dettati dalla paura del cambiamento.

La terapia con la famiglia attraverso precise tecniche è volta al cambiamento della struttura più che alla psicopatologia in sé, attraverso la Gestione dei conflitti, la Trasformazione dei giochi familiari, la prescrizione di Compiti, e la riscrittura di nuove regole congrue al miglior funzionamento di quel sistema familiare.

Il lavoro con la famiglia rappresen-

ta un momento complementare alla terapia individuale del paziente e assolutamente necessario per riscrivere la storia familiare donando una diversa qualifica delle comunicazioni e costruendo nuove alleanze che diano una reale stabilità al sistema.

## BIBLIOGRAFIA

1. A. Bongiorno, C Lanzarone, G. Vedda "I disturbi del comportamento alimentare" in Manuale di Psichiatria di Consultazione a cura di G. Invernizzi, C.Gala, M.Rigatelli, C.Bressi. Edizioni Mc-Graw-Hill Milano, Maggio 2002.
2. A. Bongiorno, C Lanzarone, G.Vedda et al. "La resistenza alla terapia nella bulimia nervosa" in "Bulimia nervosa" a cura di R. Ostuzzi et al. Volume Atti SiSDCA, 1999.
3. B. Bauer, M. Ventura "Oltre la dieta, una nuova cultura per i disturbi alimentari" Centro scientifico Editore, Torino, 1998.
4. B. Bauer, M. Ventura: "Modelli di integrazione dell'approccio psicoterapeutico e medico nutrizionale. Atti 1° Congresso Regionale ANSISA. Brescia: Intermedia.
5. Bruch H. : "La gabbia d'oro". Feltrinelli, Milano 1983.
6. Bruch H. "Anorexia nervosa: therapy and theory. Am J. Psych.139, 1531-1538.
7. Fairburn C.G., Agros W.S., Wilson G.T. : " The research on the treatment of Bulimia Nervosa: Pratical and Theoretical. Implications. In Anderson, G.H.; Kennedy, S.H. (Eds.) Biology of Feast and Famine. San Diego: Academic Press.
8. Landau West D. et al. "Tha treatment of eating disorders" Nurt. Clin. Prac., Oct. 1993, 8:5, 220-5.
9. Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. "Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare." Astrolabio, Roma 1980.
10. Selvini Palazzoli M. "L'anoressia mentale" feltrinelli, Milano 1981.
11. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. " Ragazze anoressiche e bulimiche: La terapia Familiare. Milano Raffaello Cortina 1999.
12. Senf W. Et al. "Combination of methods and integration of methods as standard in psychotherapy?". Psychosom. Med. Psychol. Mar-Apr 1997, 47:3-4, 92-6.
13. Tomizawa O., Seishin Shinkeigaku Zasshi, "Integrated psychotherapy for eating disorders" 1995, 97:5, 326-56.
14. Watzlawick P, Beavin J.H., Jackson D.D. "Pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio, Roma 1971.



# L'approccio non prescrittivo: l'inutilità delle diete

**Dott.ssa Annalisa Saggio - psicologo**

Poiché i DCA presentano un'eziologia multifattoriale si rende necessario un approccio articolato da parte di più figure professionali le quali, pur mantenendo la specificità dei loro interventi, prendono in carico il caso e con un lavoro d'équipe definiscono insieme obiettivi e programmi; non bisogna quindi confondere l'interdisciplinarietà con la "multidisciplinarietà" in cui è il paziente a doversi districare tra gli approcci, spesso in contrasto tra loro, utilizzati dai singoli professionisti.

L'approccio "non prescrittivo", inoltre, si differenzia notevolmente dal modello "medico" comunemente più diffuso ed è di gran lunga il più efficace nel trattamento dei DCA che richiede una collaborazione attiva e consapevole del paziente in tutte le fasi della terapia.

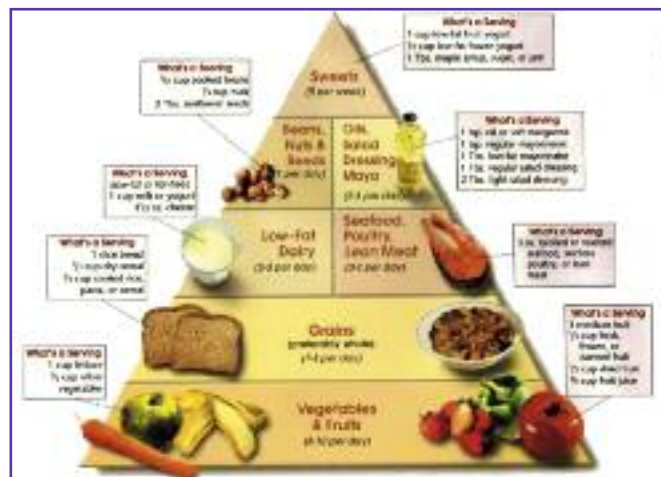
Mettiamo a confronto i due modelli:

| TEMI               | MODELLO PRESCRITTIVO                    | NON PRESCRITTIVO                             |
|--------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Aspettative        | Compliance                              | Autoconsapevolezza                           |
| Metodo             | Modifica del comportamento<br>Controllo | Responsabilità personale<br>Scelta informata |
| Risultati          | Gestione del quotidiano                 | Qualità della vita                           |
| Setback (ricadute) | Insuccesso                              | Processo di scoperta di sé                   |
| Effetto            | Immediatezza                            | Cambiamento graduale                         |
| Responsabilità     | Controllo medico                        | Responsabilità personale                     |
| Informazione       | Filtrata dagli specialisti              | Fornita liberamente per facilitare le scelte |
| Successo           | Scopi esterni<br>Perdita di peso        | Scopi interni<br>Sentirsi meglio             |

L'intervento prescrittivo non produce nessun cambiamento, anzi tende a creare resistenza. Conseguenza dell'applicazione del modello non prescrittivo, invece, è l'empowerment che consiste nel mettere il paziente in grado di utilizzare le sue risorse per gestire costruttivamente la propria vita, rispettando i suoi tempi e il suo stile. - Tra i fattori precipitanti dei DCA l'essere a dieta è sicuramente l'elemento iniziale.

Gli effetti del digiuno e della perdita di peso tendono poi a perpetuare la sindrome per via di un circolo vizioso: la restrizione alimentare favorisce la disinibizione e quindi l'abbuffata che, a sua volta genera aumento di peso e sensi di colpa e quindi bassa autostima a cui si cerca di rimediare con ulteriori restrizioni a cui seguiranno ulteriori disinibizioni e così via.

Anche il diabete di tipo 1 rappresenta un terreno fertile per lo sviluppo di un DCA sia per il tipo di popolazione interessata (giovani di sesso femminile), sia per alcune caratteristiche del trattamento standard del diabete.



Le persone con DM 1 imparano molto rapidamente a manipolare le dosi di insulina per mantenere un controllo del proprio peso; inoltre la dieta restrittiva pianificata determina nel tempo un'alimentazione irregolare fino a veri e propri episodi di abbuffate alimentari con una frequenza del 45-80% (Nielsen, 2002).

Le ricerche epidemiologiche documentano la rarità dei DCA più noti (AN, BN) sottolineando l'aumento dei DCA NAS e sottosoglia. Anche nel trattamento dell'obesità evidenze scientifiche dimostrano che: "La prescrizione tradizionale di diete rigide nei pazienti obesi dovrebbe essere oggetto di attenta meditazione, in quanto sostanzialmente inefficace e potenzialmente controproducente" (LiGio '99).

Possiamo quindi affermare che esistono dei fattori iatrogeni nell'eziologia dei DCA, vediamo:

- Prescrizione alimentare con stretta "sorveglianza" di alcuni alimenti.
- Pianificazione dei pasti.
- Accento sulla "compliance" piuttosto che sull'empowerment.

Poiché non è possibile curare un disturbo utilizzando gli elementi scatenanti mettiamo in discussione: la compliance, l'approccio prescrittivo, le diete.

Vediamo alcuni dati sulla compliance:

- Per il cambiamento di stile di vita la compliance è al di

sotto del 30% (Di Matteo, 1995).

- Bassa compliance quando il medico dedica poco tempo al paziente e non lo ascolta (Lawson, 2005).
- Si ha una buona compliance quando i medici trattano il paziente come un partner e si mettono al suo livello (Lawson, 2005).

A partire dagli anni '70 c'è stata un'evoluzione dal paternalismo a un modello di relazione che promuove l'autonomia e la partecipazione del paziente e in cui l'operatore sanitario ha il ruolo del consulente (Lussier, Richard, 2007).

Per quanto riguarda l'approccio alla prescrizione dietetica dal punto di vista di psicologico sappiamo che l'idea della dieta viene sempre associata a restrizione, sacrificio, privazione, vissuti che fanno scattare il meccanismo della trasgressione.

A questo proposito ci può aiutare la conoscenza del fenomeno della "reattanza psicologica" (Brehm J.W. 1975): la tendenza cioè di ciascun individuo a difendere la propria libertà minacciata, quindi nel caso specifico a desiderare soprattutto l'alimento proibito.

La prescrizione dietetica, quindi, oltre ad essere inefficace dal punto di vista psicologico, non consente al pz. di ascoltare i propri segnali interni che regolano il rapporto col cibo: cioè la fame e la sazietà che nei DCA

vanno ripristinati con una sperimentazione graduale basata sull'ascolto di sé.

Per attivare un processo reale di cambiamento nel paziente affetto da DCA l'operatore deve quindi compiere una sorta di "rivoluzione copernicana" che dovrà portarlo a spogliarsi della protezione del ruolo rinunciando a porsi come esperto-onnipotente-dispensatore di consigli per privilegiare un clima di ascolto e rispetto in cui il paziente, sentendosi accettato incondizionatamente, possa raggiungere la consapevolezza di avere e di poter usare capacità e risorse proprie per gestire con successo la propria condizione patologica: il colloquio motivazionale risulta uno degli strumenti più efficaci per raggiungere tale obiettivo.

La prescrittività, la severità e la punizione sono da sempre metodi cari al nostro sistema sanitario in particolare e del nostro sistema educativo in generale e così, oggi si elevano i gridi d'allarme, si demonizzano diete, si è giustamente preoccupati dei danni che queste selvagge pratiche hanno apportato al complesso e complicato sistema biopsicologico che regola l'apporto calorico e il dispendio energetico, introducendo il concetto di andare oltre la dieta e di educazione al paziente.

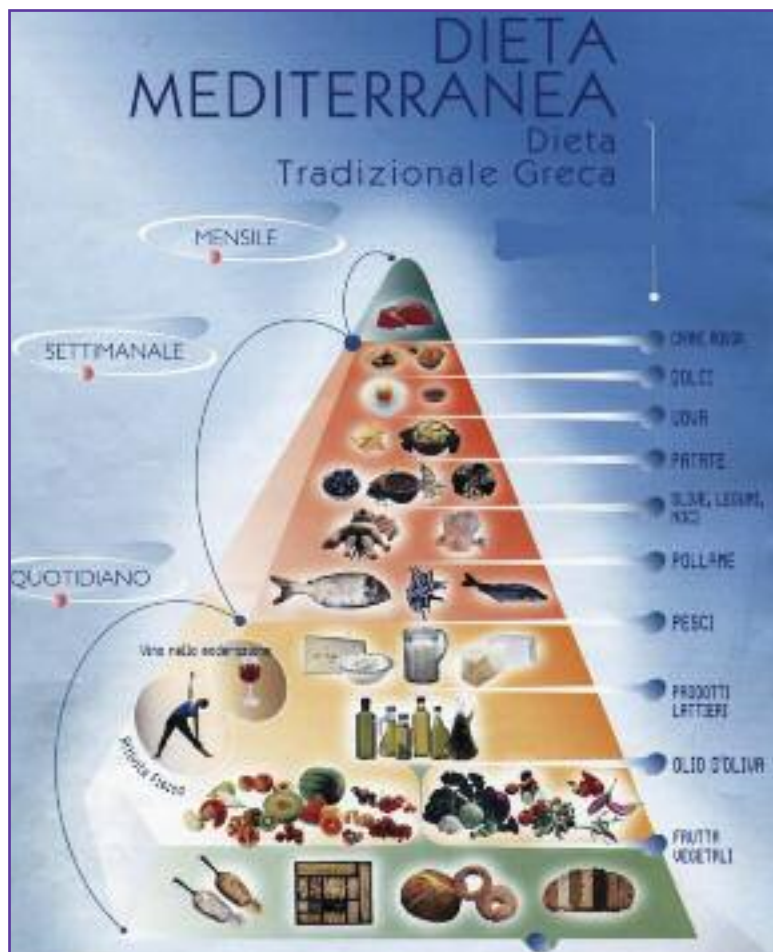
Educare assume così il significato di analizzare insieme al paziente le diverse situazioni in cui incontra difficoltà nella gestione del cibo.

Si dovrebbe partire, quindi, dalle capacità cognitive e comportamentali del paziente, facendo rivestire all'operatore un ruolo di consulente che guida il paziente nella graduale acquisizione di nuove abilità comportamentali, di nuove conoscenze utili nella scelta dei cibi e di un atteggiamento più corretto nei confronti del mangiare.

La difficoltà nell'andare oltre la prescrizione è che, in molte situazioni, le possibili soluzioni non sono né perfette né immediate. Il compito dell'Operatore è quello di prepararsi alla lentezza e alla gradualità con cui un essere umano cambia abitudini, ai conflitti che il cambiamento può innescare, a situazioni d'impotenza, perché realmente non esiste una buona soluzione al problema presentato.

Il fatto che sia il paziente a dover acquisire un senso di reale auto-efficacia, costringe il Professionista a lasciare al paziente il ruolo d'attore protagonista e anche i meriti dei suoi successi.

Non si tratta, in altre parole, di un processo incrementale (l'aggiunta di una o più tecniche nuove al proprio bagaglio professionale), ma di una vera rivoluzione culturale, una rottura col passato.



# Le donne esprimono con il corpo una ribellione senza voce

*Dott.ssa Anna Mosca – Capo Servizio Psicologia – Azienda USL n° 6 – Palermo*

*Dott.ssa Gabriella Di Buono – Responsabile U.O. Psicologia - Azienda USL n° 6 – Palermo*

**La rappresentazione del corpo nello spazio dà vita allo spazio del corpo (Willy Pasini).**



Occuparsi dei disturbi del comportamento alimentare (Dca), anoressia, bulimia e BED, ha significato per le sottoscritte esplorare un territorio affascinante di fenomeni complessi, la cui interpretazione non può prescindere da influenze interconnesse fra i vissuti psicologici individuali, il contesto familiare di appartenenza e i condizionamenti religiosi, sociali ed etnici.

Tutti questi aspetti coinvolgono non soltanto l'utilizzo di categorie psicologiche, ma un'apertura spaziale verso altre discipline come: la sociologia, la filosofia, l'antropologia e la religione ed hanno come centro di riflessione comune il "corpo" luogo materiale e metaforico, che è l'unico a parlare un suo linguaggio che merita di essere decodificato.

Alla vostra attenzione presentiamo alcuni stimoli di riflessione, maturati in tanti anni di lavoro psicoterapeutico ad orientamento analitico individuale e di gruppo, che a partire da diverse ottiche trovano un riferimento elettivo nel corpo della donna, nell'identità

femminile, nella lotta delle donne per il dominio di sé e per la ricerca di un'autonomia, di una perfezione, di un controllo anche estremo contro la condizione storica di sottomissione e sfruttamento.

Sentirsi invase dalla propria madre, sentirsela dentro, addosso, avere mal-di-madre, impedisce di costruire se stesse (Fabiola De Clerq, 1995).



**Demetra**

## **Ratto di Persefone**

**Relazione madre-figlia: l'identità femminile in tutti i periodi storici è sempre stata sempre in conflitto con i tempi.**

Demetra, Dea Madre, forza generatrice della terra e grembo materno, generò quattro figlie: Persefone, Psiche, Athena, Artemide.

Quando la prima si mestruò vi fu una grande festa, ma irruppe sulla terra Ade, dio degli inferi che rapì la fanciulla. Demetra, potente madre

raggelò la terra, finché non riebbe la figlia.

Durante la sua permanenza agli inferi, Persefone aveva, dopo diversi giorni di digiuno dal rapimento, accettato un chicco di melograno da Ade pur sapendo che un solo cedimento l'avrebbe legata a lui per sempre.

Demetra scoprì l'inganno di Ade e alla fine dovette accettare un



compromesso: Persefone avrebbe trascorso ogni anno tre mesi in compagnia di Ade nel regno delle tenebre e gli altri nove mesi con sua madre nel regno della luce.

Le quattro sorelle scoprirono che la gioiosa fanciullezza si conclude con la vergogna e il dolore e che il passaggio all'età adulta prevede di attraversare la morte per rinascere ed accedere alla conoscenza. "se il grano non muore non cresceranno le messi".

***“E vero che il corpo chiede qualcosa che assomiglia al cibo, ma è d’amore che è affamato” (Fabiola De Clercq).***

**Madre generatrice-rapporto corpo-utero.**



Nella versione biblica, interpretata dalla cultura giudaico-cristiana, la prima donna, Eva tra i profumi del giardino dell’Eden, si accorge del frutto proibito e lo assaggia, su invito di un astuto e accattivante serpente, e lo porge ad Adamo.

L’episodio del peccato originale è denso di simbolismi interessanti, costituisce la prima trasgressione alla regola per curiosità e ambizione di conoscere il bene e il male.

Le parole tentatrici del serpente così recitano: “in qualunque giorno ne mangerete, si apriranno i vostri occhi; e sarete come dei, conoscitori del bene e del male.”

Eva assaggia la morte per amore della conoscenza e fugge dall’eternità, preferendo la dimensione umana e limitata del tempo, poiché sa di poter generare e quindi di esprimersi nel tempo attraverso l’amore e il corpo.

La colpa, diviene un principio d’autonomia, scopre se stessa e le sue potenzialità, ma paga un prezzo alto, per trasmettere la vita deve amare ed esprimersi con il corpo anche attraverso il dolore.

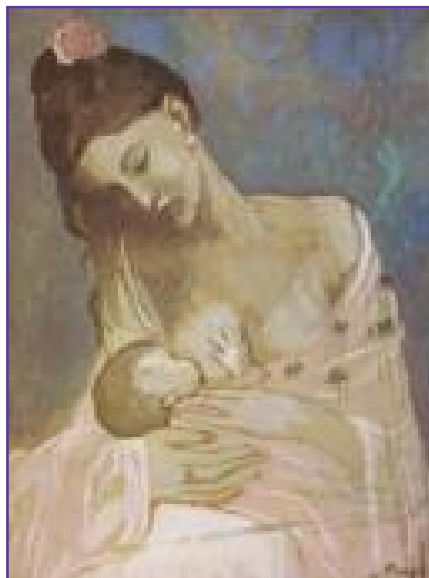
La maledizione rivolta alla donna è lacerante sul piano fisico e psicologi-

co: “Moltiplicherò le tue sofferenze nel parto, darai la luce ai tuoi figli nel dolore” (Genesi 3,16) e ancora “la donna avrà molteplici dolori nel parto e sarà soggetta a suo marito....” (Genesi 3,17-19).

**L’uomo è un onnivoro che si nutre di carne, di vegetali e d’immaginario; l’alimentazione rinvia alla biologia ma, chiaramente non si limita solo ad essa; il simbolico, l’onirico, i miti e i fantasmi nutrono anch’essi e concorrono a regolare il nostro mangiare” (Claude Fischler).**

**Madre nutrice-rapporto madre-cibo**

Nel rapporto madre-figlio l’imprin-



ting della relazione bisogno-soddisfazione passa attraverso l’assunzione del latte al seno, e contemporaneamente, attraverso lo stesso canale del latte, il neonato si sintonizza anche sulla relazione affettiva: il cibo è il modo primordiale nel quale l’essere umano entra in rapporto col mondo, il primo cibo: latte-amore, s’inscrive nella memoria come un sistema di messaggi inconsci inscindibili.

Nel processo evolutivo della bambina, soprattutto nell’adolescenza, l’insorgere dei disturbi alimentari riguarda prevalentemente il rispecchiamento con la madre: madri iperprotettive, ambivalenti, ansiose, insoddisfatte, aggressive e manipolative che ostacolano i bisogni di autonomia e indipendenza, cercando di mantenere le figlie “imbozzolate nella madre”.

Il processo di differenziazione e di

separazione nella relazione primaria, quando non è adeguato produce istanze conflittuali irrisolte che si riflettono anche sul corpo, rallentando o bloccando i movimenti di evoluzione e crescita psicobiologica. Il tentativo difensivo in atto è quello di una “sospensione del tempo” che si esprime in una volontà cieca e determinata di arrestare il ciclo evolutivo mente-corpo.

Il corpo parla del rifiuto della madre-cibo, rifiuto che può assumere la ripetizione ossessiva dell’espulsione, quando è presente il vomito, ma anche esprimere, contemporaneamente, il desiderio di dipendenza, di fusione ambivalente con la madre, madre, che ha sopravvalutato la funzione nutritiva cibo scindendolo dai significati affettivi, evolutivi e interattivi.

Si mangia per crescere fisicamente ed emotivamente, per divenire individui adulti indipendenti ed autosufficienti ma, se non viene accettato il processo d’individuazione-separazione, se questo processo viene vissuto come disgregazione di una simbiosi inscindibile da una madre che proietta i propri bisogni sul figlio, si può determinare quella “sospensione del tempo” che nelle pazienti si riflette sulla unità corpo-mente.

***“Le rappresentazioni sociali del corpo si configurano come espressioni di un immaginario sociale di un ordine simbolico e di una identità di gruppo” (Jodelet)***

**La percezione della bellezza-successo**

La nostra percezione della bellezza si è evoluta parallelamente ai nostri tratti fisici, da quando l’uomo ha cominciato a camminare eretto, con la dieta onnivora e con lo sviluppo dell’intelligenza e dell’abilità manuale.

Quando si guarda una Barbie ci si rende conto che la bambola è un condensato di tratti evoluti, di elementi fisici che il mondo occidentale e non solo, considera belli.

Barbie fece la sua prima apparizione nei negozi il 9 marzo 1959, vestita con un costume zebraato, da allora è uno dei giocattoli più venduti al mondo.

La Mattel ha dichiarato che vengono vendute tre Barbie al secondo.





Una delle critiche più frequenti mosse alla bambola è quella di promuovere una immagine della donna anatomicamente poco realistica, con il rischio di indurre nelle bambine l'aspirazione ad avere quel tipo di corpo.

Ma non è tutto, Barbie è una single, un modello di identificazione femminile di scelte di vita, affettive e lavorative.

Con il suo fidanzato Ken, non si è mai sposata, dopo 43 anni di fidanzamento la coppia ha deciso di separarsi, e ciò ha permesso a Barbie di avere dei flirt.

Su Barbie è stata inventata una vera biografia, che promuove un'immagine femminile e un tipo di ruolo fondati su un ideale di bellezza fisica, di uguaglianza dei sessi e sull'assunto che la donna può intraprendere qualsiasi carriera con successo.

C'è una lunga lista di mestieri nei quali è stata prodotta finché il 12 agosto 2004, Barbie si lancia nella competizione elettorale per diventare presidente degli Stati Uniti, nasce Barbie "First Lady."

Attraverso gli stimoli proposti abbiamo cercato di evidenziare una caratteristica storico-evolutiva del tema dell'identità femminile.

A partire dalle antiche figure mitologiche siamo giunti a Barbie, moderna immagine mitologica di un femminile che rimanda ad altro esterno



piuttosto che ad una valenza interna, naturalmente potente.

Nell'immaginario umano si è passati dalla pingue potenza generatrice della "Dea madre" a figure femminili stilizzate, alla ricerca di un successo simil-virile che ha perso il senso delle originarie potenzialità che connotano le differenze di genere.

Le modifiche dei ruoli, tradizionalmente attribuiti sulla base del genere, hanno sovvertito, oggi, l'atavica condizione femminile di sottomissione e di valorizzazione univoca della donna ai compiti della casa e della maternità ed hanno messo l'accento sull'autonomia, sul perfezionismo, sul narcisismo femminile e la cura del corpo, proiettando la donna nella competizione professionale, finalizzata a raggiungere carriera e successo nell'ambito sociale, anche in campi riservati in precedenza soltanto agli uomini.

Le pressioni della società odierna sulle giovani donne sono, perciò, molteplici, ed a volte contraddittorie, il che predispone il moltiplicarsi delle situazioni conflittuali.

Per essere in armonia con il canone estetico attuale, che attribuisce al corpo magro un valore positivo in

relazione con le aspettative della società e della cultura occidentale, le donne moderne sono esposte ad un ideale di femminilità pieno di contraddizioni e conflitti.

Le tecnologie estetiche, inoltre, offrono, oggi, molteplici possibilità di intervento sul corpo per un superamento dei limiti imposti dalla natura. Gli interventi estetici consentono di riprodurre sul proprio corpo modelli sociali universalmente accettati, condivisi e propagandati globalmente come archetipi di perfezione fisica, a cui sono associati il potere ed il successo.

Il corpo nelle pazienti affette da Dca viene usato concretamente come uno strumento di espressione sintomatica e di lotta per ottenere una percezione autonoma del Sé e quindi la ricerca di una possibile identità.

L'Anoressia, la Bulimia, l'Obesità costituiscono un continuum psicopatologico in quanto manifestazioni di organizzazioni di personalità prosimiche. La sintomatologia è l'espressione di un malessere profondo, un disperato segnale di un intenso disagio esistenziale che coinvolge la persona nella sua totalità.

Dietro l'ansia relativa al cibo, le fanciulle digiunanti e vomitanti, obese e trasparenti convergono tutte nella drammaticità del passaggio da fanciulle a donne e sospendono, in un tempo altro, il cambiamento.

Le espressioni più evidenti delle loro difficoltà psicologiche, attribuibili ai disturbi della comunicazione affettiva interumana, si manifestano sotto forma di una perenne insoddisfazione, inadeguatezza, impotenza, passività, mancanza di autostima e fiducia in sé stessi. Non è di cibo che il corpo è affamato, ma di amore.

Fabiola De Clercq bene ha espresso questo concetto con l'espressione "E la malattia dell'amore e non del cibo," ma sono proprio l'amore e tutte le emozioni che le spaventano, che vengono rifiutate e negate come il cibo pur avendone molto bisogno.



Il metodo d'elezione per la terapia dei disturbi del comportamento alimentare (Dca) è il trattamento psicoterapeutico, individuale e di gruppo.

L'approccio del nostro intervento è quello "di dare voce" attraverso colloqui di psicoterapia a orientamento analitico individuale e di gruppo alle storie diverse, ma nello stesso tempo simili, nella comune ricerca di autonomia e individuazione.

Il trattamento psicoterapeutico individuale è il primo spazio mentale dove la narrazione delle storie individuali s'intreccia con la possibilità d'interpretare il sintomo.

Il cibo e il peso, a cui queste pazienti attribuiscono un'attenzione totalizzante ed esclusiva vanno letti come coperture e spostamenti di disagi personali, mentre il sintomo mostra il suo valore simbolico e testimonia il fallimento nel processo di individuazione-separazione.

I colloqui con i genitori e le figure affettive di riferimento sono fondamentali e punteranno ad affidare, all'inizio del percorso, al terapeuta tutte le responsabilità, evitando qualsiasi colpevolizzazione dei genitori e favorendo una alleanza a supporto di una linea d'intervento che faccia esprimere il sintomo senza ostacolarlo né combatterlo frontalmente.

Durante la terapia individuale

delle pazienti con (Dca), accade sovente che il percorso si cristallizza su mutamenti personologici ai quali non si accompagna una adeguata remissione sintomatologica, il sintomo tende a incistarsi in rituali che resistono anche se depotenziati e modificati.

Il passaggio al gruppo facilita la trasformazione di alcuni contenuti esplosivi che trovano un contenitore più adatto: la fantasia onnipotente dell'adolescente di prendere il posto del genitore dello stesso sesso e contemporaneamente di celare all'altro l'essere diventati soggetti sessuali; l'impossibilità di introiettare le figure sessualizzate con le quali identificarsi produce uno spostamento del desiderio di onnipotenza su un sé sadico e persecutorio che devia sul controllo del corpo e del cibo le sue istanze, mirando a un ideale di unicità e perfezione che esclude la sessualità e il desiderio.

L'osservazione e la ripetizione di questi fenomeni ha determinato l'opportunità di un completamento terapeutico con una psicoterapia di gruppo. Il gruppo, infatti obbliga a un rispecchiamento e allo svelamento del comune fantasma trasformato dalla parola ad una narrazione interna che a poco a poco raccoglie le comuni paure, le vergogne, gli irri-

nunciabili sogni, le tracce ambivalenti di un legame con la madre, con il femminile, con l'identità sessuale, con la fame, con il vuoto, con il desiderio e con la passione.

Il cibo e il vomito vengono tradotti, compresi e interpretati nel loro messaggio pre-testo ed escono di scena per lasciare posto a una narrazione che cerca di ricollocare in uno spazio e tempo continuo, senza interruzioni e stasi, l'esperienza del proprio corpo e l'evoluzione di una maturità psicologica.

La circolare frontalità del gruppo permette la frantumazione degli ideali di unicità e perfezione, gli snervanti digiuni e gli irrinunciabili vomiti diventano umilianti pratiche ripetitive uguali per tutte e perdono le valenze idealizzate; diventano "cose in sé", fantasmi incorporati che il gruppo contiene e consente di guardare.

Da antimetфора intraducibile si passa a una narrazione simbolica che attiva un gioco di identificazioni proiettive all'interno del gruppo e dà a ciascuna un posto dove sentirsi capita e contenuta.

Le sedute diventano spazi dove stabilire legami di "fratria" tra le giovani donne che ripercorrono la costruzione del femminile all'interno di un percorso che non le divora ma le rassicura.



# **Ψ** Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

La Segreteria è attiva presso la sede dell'Ordine che si trova in:  
viale Francesco Scaduto, 10/B - 90144 Palermo

## **Orario di ricevimento in sede:**

- lunedì e venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00
- martedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30
- giovedì dalle ore 12,00 alle ore 17,00

L'accoglienza telefonica è attiva tutti i giorni, escluso il sabato, dalle ore 10,00 alle ore 12,30, martedì e il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,00.

Tel. 091 6256708 - **840 500290, al costo di un singolo scatto urbano, da tutta la rete fissa in Italia, quindi con esclusione dei cellulari.**

Fax: 091 7301854 (attivo 24 ore / 24 ore)

Web site: [www.oprs.it](http://www.oprs.it)

E-mail: [sede@oprs.it](mailto:sede@oprs.it)

Il Presidente, il Vicepresidente, il Segretario e il Tesoriere ricevono in sede gli iscritti previo appuntamento tramite la segreteria.

## **Tramite la segreteria è possibile:**

- iscriversi all'Albo
- richiedere certificati
- ricevere informazioni sulle iniziative del Consiglio dell'Ordine
- ottenere informazioni sulle procedure da seguire e sulle istanze presentate
- comunicare variazioni di domicilio e/o residenza
- richiedere tesserino d'iscrizione, facendo pervenire presso la sede dell'Ordine la richiesta, allegandovi due fotografie