

ULSS 1 DOLOMITI INCONTRA

Torino *Salute*

Donne : quando il rapporto con il cibo è un problema

*Relatore: Francesca De Biasi
Psicologa psicoterapeuta
Ospedale ulss 1*



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

Un fenomeno al femminile

- Tutti i disturbi dell'alimentazione sono **più frequenti nella popolazione femminile** che in quella maschile: negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa.
- **L'età di insorgenza è tra i 15 e i 19 anni ma** – soprattutto per i BED – vi sono anche esordi tardivi
- **l'età di insorgenza si sta abbassando**; possiamo vedere già bambini di 8-9 anni soffrire di anoressia; non mancano però insorgenze in età adulta, soprattutto nel caso del disturbo da alimentazione incontrollata.



Vulnerabilità psico-organica evolutiva ai tempi di internet

- **I cambiamenti fisiologici** in cui incorre la ragazza nel corso della crescita la pongono in un a condizione di **vulnerabilità e maggior attenzione al corpo**
- **Abbassamento dell'età del menarca** degli ultimi decenni
- **Esposizione anticipata a pressioni socioculturali** alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione e alle modificazioni del nostro sistema socio-culturale:
 - la globalizzazione di modelli e stereotipi sociali
 - i nuovi mezzi di comunicazione digitale
 - le trasformazioni culturali delle abitudini familiari e sociali del mangiare e della convivialità



QUALI E QUANTI TIPO DI DISTURBI

- Pica
- Disturbo da ruminazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- **Anoressia nervosa**
- **Bulimia nervosa**
- **Disturbo da binge-eating**

- Vigoressia
- Ortoressia



Anoressia, Bulimia e BED

L'anoressia nervosa si caratterizza per:

- consistente perdita di peso corporeo;
 - intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso;
 - disturbi della propria immagine corporea.
- Rigidità, orgoglio, perfezionismo, rabbia, controllo e distacco

La bulimia nervosa si caratterizza per:

- ricorrenti episodi di abbuffate alimentari;
 - comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi, l'uso improprio di diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
 - stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.
- Vergogna, disistima, rabbia autoriflessa, perdita di controllo

Il **BED** condivide con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, ma non le pratiche di compenso volte a impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono sviluppare una condizione di obesità

EPIDEMIOLOGIA

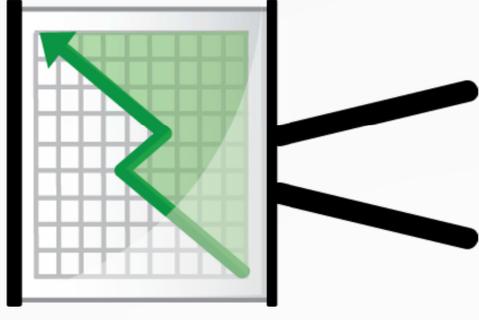
PREVALENZA

	Prevalenza lifetime > 18 ANNI	Di cui maschi
Anoressia nervosa	0,9%	5-10 % m
Bulimia nervosa	1,5%	10-15 % m
BED	3,5%	30-40 % m

(nuovi casi \ 100.000)

	DONNE	UOMINI
Anoressia nervosa	8/9 nuovi casi	0,02 – 1,4
bulimia nervosa	12 nuovi casi	0,8

Nel nostro distretto di Belluno



NUOVI CASI:

- 2017 N. 52
 - 2018 N. 58
 - 2019 N. 57
- Osserviamo però un graduale aumento dei ricoveri anche per accesso diretto in clinica delle ragazze e delle famiglie

Prognosi dell'anoressia

- Nell'anoressia nervosa, il tasso di remissione è del **20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio**, 70-80% dopo 8 o più anni.
- Nel **10-20%** dei casi si sviluppa una condizione **cronica** che persiste per l'intera vita
- Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei
dei soggetti sani della stessa età e sesso.

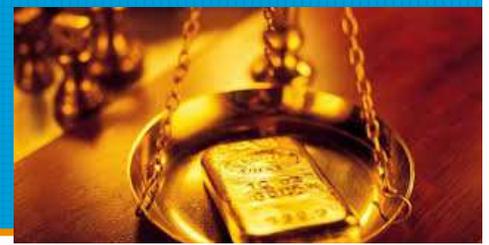


Prognosi della Bulimia

- Nella bulimia nervosa, il tasso di remissione è di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 o più anni.
- Circa il 23% dei pazienti ha un decorso cronico protratto
- (Nel BED, i dati di follow-up sono controversi)



Un continuum...

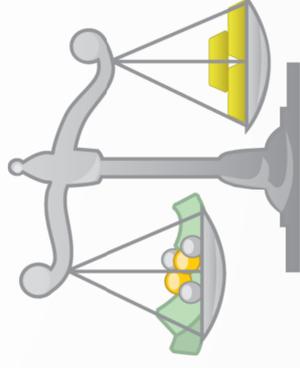


- I Disturbi della Alimentazione si collocano spesso in un “**continuum alternato**”, di cui le caratteristiche essenziali **comuni** sono:
 - L'alterazione della **percezione del peso**
 - **Immagine corporea** distorta
 - Meccanismi **psicologici auto valutativi e relazionali** disfunzionali, in particolare perfezionismo clinico, bassa autostima, intolleranza alle emozioni e difficoltà interpersonali
- Chi soffre di un disturbo alimentare porta sempre per più tempo al giorno delle **lenti rigide, spesse e distorgenti** attraverso le quali legge l'idea di se, degli altri e del mondo

**Il peso è un parametro quantificabile e oggettivo
viene usato per misurare se vado bene**

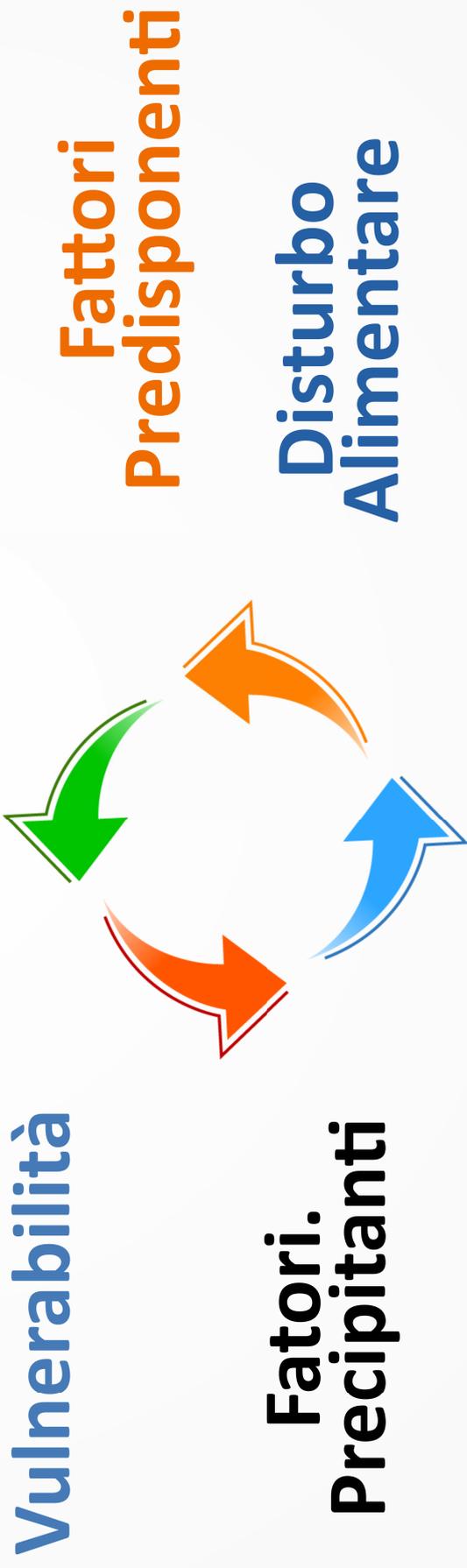
IL SISTEMA DI VALORI NEI DCA

Se peso poco/ controllo il
cibo e il corpo
VALGO !



Se aumento di peso/ perdo
il controllo con il cibo
NON VALGO !

La multifattorialità



**Fattori di
Mantenimento!!**

Fattori predisponenti: socio culturali, familiari, personalità

antropologici, tipici della cultura occidentale

- corpo come modalità di 'mostrarsi'
- corpo come oggetto che deve essere padroneggiato, 'forgiato', sottomesso dalla mente
- alimentazione tra pranzi rituali / digiuno come 'rito' purificatorio (mortificazione, penitenza)
- *specificità di genere (modelli di donna proposti dai mass-media; conflitto con modello di 'madre nutritiva')*

comportamentali ad induzione familiare:

- diete restrittive
- ortoressia esasperata
- attività fisica e sportiva 'compulsive' e incontrollate
- normali cambiamenti puberali non correttamente interpretati

aspetti evolutivi – tratti di personalità

- valutazione di sé in termini corporei (forma fisica, peso)
- deficit di autostima
- aspettative eccessive rispetto al sé
- dipendenza dal consenso di altri
-
- ideazioni disfunzionali (es.: tutto/nulla)
- impulsività
- rifiuto del corpo e/o della sessualità



*"Tutto esageratamente
altrimenti nulla"*

Fattori precipitanti: disagio psicologico reattivo, dieta restrittiva, eventi esterni

- abuso
- separazioni genitoriali
- abbandoni o lutti
- fallimenti scolastici o sportivi
- esperienze sessuali traumatiche
- traumi psichici con incapacità di resilienza (capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici)



Fattori di mantenimento

Vantaggi secondari:

Attenzione degli altri focalizzata su di sé
Sensazione di controllare l'ambiente esterno

Rinforzo positivo:

Dimagrimento, sensazione di controllare introito cibo – corpo, euforia nelle fasi iniziali

Atteggiamenti nei confronti del cibo:

Preoccupazione per il cibo
Collezione di ricette e libri di cucina
Inusuali abitudini alimentari
Incremento del consumo di caffè, tè, spezie

Modificazioni emotive e sociali:

Depressione, Ansia, Irritabilità, rabbia, Labilità emotiva, l'isolamento

Modificazioni cognitive:

Diminuita capacità di concentrazione, di pensiero astratto; Apatia, Isolamento sociale

Modificazioni fisiche:

Magrezza, debolezza, diminuzione interesse sessuale

I DCA nascono spesso come una **soluzione ai conflitti interni ed esterni dovuti all'incrocio** di fattori di **vulnerabilità** della persona con aspetti **ambientali stressanti**

Nel tempo la **malattia però si separa dalle sue cause**, e **continua grazie ai fattori di mantenimento interni ad essa ed esterni**

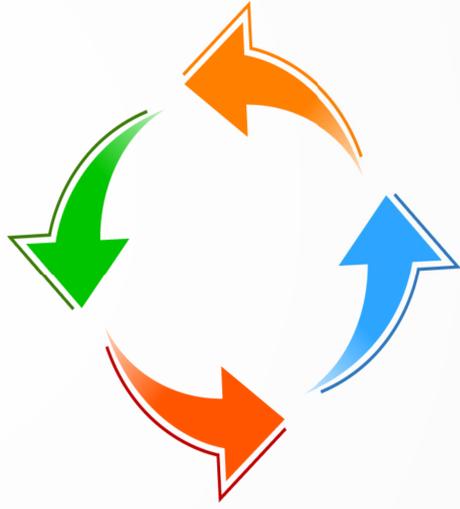
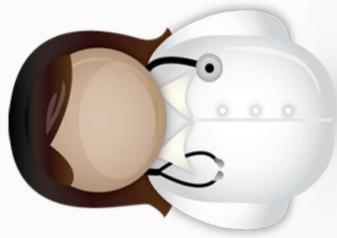


LA MALATTIA COME SOSTITUTO DELL'IDENDITA

- “CHI SONO SENZA MALATTIA?”
- “MI FA SENTIRE DIVERSA”
- “HO SOLO LA MALATTIA”
- “QUANDO STO MALE E PERDO IL CONTROLLO, POSSO SEMPRE TORNARE A LEI”



La cura: Insieme, mai da soli



I LIVELLI DI CURA

	Ambulatorio	Ospedale generale	Day Hospital riabilitativo	Centro Riabilitativo residenziale	Comunità
Assistenza necessaria	bassa	alta	alta	alta	alta
Motivazione alla cura	buona	bassa	bassa/buona	bassa/buona	bassa/buona
Condizioni cliniche	accettabili	critiche	accettabili	accettabili	accettabili
Famiglia	collaborante	indifferente	collaborante	indifferente	problematica
Tempi	12 - 24 mesi	2 settimane	Da 1 a 4 mesi	Da 3 a 6 mesi	1-2 anni

LA META

RECUPERARE IL RAPPORTO CON GLI ALTRI, SE, E IL CIBO

IMPARARE AD AFFRONTARE I PROBLEMI: LA RESILIENZA

