

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



Aspetti psicologici e relazionali correlati al cibo e all'alimentazione

Gruppo di studio sull'obesità in età evolutiva

Prof. S. Bernasconi - Direttore Clinica Pediatrica

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Psicologhe:

Dott.ssa M. Gugliotta

Dott.ssa E. Iacinti

Dott.ssa V. Puppi

Dott.ssa I. Sterbizzi



Cibo e processo di Differenziazione

Cibo e Alimentazione importanti lo sviluppo fisico del bambino ma anche per lo sviluppo della dimensione sociale e psicologica

Cibo come Mediatore della relazione tra noi e il mondo esterno

Introduzione del cibo/latte per il neonato come prima esperienza di separazione tra sé e non sé

Il pasto come occasione d'interazioni tra la madre ed il bambino, queste definiranno le basi per lo sviluppo della relazione di Attaccamento della diade (John Bowlby)

Il cibo non solo come nutriente ma come “canale comunicativo”: ritmi della suzione e del respiro del neonato sono sovrapponibili ai ritmi di comunicazione tra la madre ed il bambino



CIBO E CURA

Cibo come Veicolo della relazione tra madre-bambino

Pasto come occasione d'incontro

mangiare e comunicare sono inseparabili

non soddisfa solo un bisogno primario

risponde anche al bisogno di Cura, Scambio e Affetto

il rapporto cibo-emozioni nasce dalle primissime fasi della vita e
mantiene forti valenze psicologiche per tutta l'esistenza



Circolarità del rapporto fame-emozioni

La qualità del rapporto cibo-emotività interiorizzato dal bambino dipenderà anche dall'abilità della madre di interpretare adeguatamente i bisogni che il bambino esprime attraverso il suo pianto

Le emozioni influiscono sulla qualità e quantità di cibo assunto in ogni fase e contesto di vita

Valore Affettivo e Consolatorio del Cibo

- Una madre attenta alle necessità del bambino offre cibo in risposta a segnali di bisogno nutritivo; sviluppo della sensazione di fame come idea distinta da altri bisogni/sensazioni
- Una madre inadeguata in questo senso trasmette al bambino confusione; difficoltà a distinguere tra bisogno fisiologico e altre sensazioni di sconforto/tensione


H. Bruch 1973



Cibo utilizzato nell'infanzia come fonte di gratificazione e conforto in sostituzione dell'affetto

consolare un bambino che piange e non per fame mettendogli in bocca il biberon o dandogli in mano un biscotto può portarlo ad associare il cibo a una cura per tutte le esperienze spiacevoli

Possibile rapporto distorto con il cibo o l'atto di alimentarsi



L'interiorizzazione di un rapporto distorto col cibo può indurre il bambino a controllare la relazione con l'altro attraverso il cibo utilizzandolo come arma di ricatto:
non mangio - mangio troppo

Cibo come strumento di comunicazione di un disagio

Le disfunzioni del comportamento alimentare come sintomi che veicolano un senso all'interno di quel contesto familiare

Non considerare l'importanza degli aspetti psicologici legati al cibo può portare a condizioni psicologico/affettive patologiche, ne sono un esempio i disturbi del comportamento alimentare e le significative forme di obesità nell'infanzia e nell'adolescenza.



Aspetti psicologici nella patogenesi del disturbo del comportamento alimentare associato all'aumento ponderale

INFANZIA

**Interiorizzazione di un
rapporto distorto col cibo**

Psicopatologia Genitoriale

Modeling Genitoriale

Strategie di Rinforzo positivo


Aspetti psicologici nella patogenesi del disturbo del comportamento alimentare associato all'aumento ponderale nell'infanzia

Psicopatologia Genitoriale

Ruolo delle caratteristiche psicologiche della madre nello sviluppo/mantenimento dell'obesità del figlio

Correlazione positiva tra problematiche materne quali, ad esempio, sintomatologia di tipo psichiatrico e obesità infantile

(Favaro e Santonastaso 1995 Epstein et. al, 1996)



Ricerche sull'associazione tra depressione della madre e psicopatologia del bambino suggeriscono che i fattori di mediazione/trasmissione sono rappresentati da variabili quali le cure genitoriali, le interazioni genitore-bambino e il tipo di relazione con la madre

(Csabi et al., 2000; Grilo e Masheb, 2001; Grilo et al., 2005)

Aspetti psicologici nella patogenesi del disturbo del comportamento alimentare associato all'aumento ponderale nell'infanzia

Modeling Genitoriale

Studi sulle variabili mediazionali sottostanti la trasmissione genitori/figli di comportamenti alimentari disfunzionali sottolineano come l'osservazione del comportamento di persone significative (genitori) funga da rinforzo sociale per quel particolare comportamento osservato

(Bandura, 1985)

L'osservazione di un comportamento alimentare qualitativamente e quantitativamente disfunzionale dei propri genitori può indurre il bambino a imitarlo e ad apprendere come comportamento giusto ed apprezzabile

(Golan et al., 1998)



Aspetti psicologici nella patogenesi del disturbo del comportamento alimentare associato all'aumento ponderale nell'infanzia

Strategie di Rinforzo Positivo

Utilizzo del cibo per soddisfare i bisogni emozionali dei figli o per promuovere comportamenti adeguati

Questo comportamento genitoriale interferisce con l'abilità del bambino di regolare la gestione della propria alimentazione e può dunque contribuire all'insorgenza o al mantenimento dell'obesità



Educare la Famiglia al Corretto Stile di Vita

Uno dei fattori condizionanti la diffusione di una solida cultura della prevenzione è rappresentato dai
Modelli Familiari Positivi

Poiché le future abitudini alimentari dei bambini sono influenzate dai modelli culturali di riferimento appresi nei primi anni di vita il coinvolgimento dei genitori nei percorsi di prevenzione e trattamento al sovrappeso/obesità deve essere indicato

Obesità in età evolutiva

- Dati 2012: 32,3% di bambini di 8-9 anni è in una situazione di eccesso ponderale (www.salute.gov.it)
- ISTAT 2011: la popolazione appartenente alla fascia d'età 6-17 anni in sovrappeso o obesa è pari al 26,2% (28,9% M; 23,2% F)
- Rapporto di continuità tra obesità infantile e ed eccesso ponderale da adulti
(Rolland-Cachera et al., 1987; Mossberg, 1989; Casey, 1992; Dietz, 1995)
- Il 38% dei genitori non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale (www.salute.gov.it)

Obesità in età evolutiva

- Aspetti eziopatogenetici e fisiopatologici - riabilitativo assistenziali dell'obesità.
- Studiare il fenomeno in termini bio-psico-sociali, secondo un approccio interdisciplinare che tenga conto della natura multifattoriale del problema: a una predisposizione di tipo biologico si affiancano fattori ambientali - socioculturali e familiari.

(Faccio, 2003, 2006; Molinari e Riva, 2004)

- Da un punto di vista strettamente psicologico è utile cercare di capire come l'obesità sia vissuta e percepita non solo da colui che ne è "portatore", ma anche dal contesto di appartenenza.

Come osserviamo

Una questione epistemologica:

- Alcuni operatori della salute si rifanno a un modello lineare e semplicistico (causa-effetto) e parlano unicamente di: *psicopatologia* - danno - gravità delle situazioni - cura, andando a osservare solo quello che manca ai pazienti anziché considerare le risorse che possono mettere in campo (Telfener, 2011)
- Attraverso l'adozione di un **modello circolare** consideriamo i processi relazionali attraverso i quali le persone interagiscono e si influenzano reciprocamente (Fruggeri, 2005)

Come osserviamo

I pregiudizi dell'operatore:

- Un individuo non è una monade che fluttua nel nulla, ma un soggetto ancorato in un ambiente che influenza e dal quale è influenzato.
- *«Nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui tale fatto emerge e si sviluppa»*
(Gregory Bateson, 1972)

Il significato del sintomo

- Il sintomo è più facilmente riconoscibile se lo inseriamo all'interno di un contesto di relazioni
- Le emozioni sottostanti - farsi delle domande:
 - *Cosa sta succedendo a questo bambino?*
 - *Cosa sta succedendo in questa famiglia?*
 - *Con chi è arrabbiato?*
 - *Con chi esprime il proprio malessere?*
- I pazienti sono i veri esperti della loro situazione
- Posizione di ascolto come raccolta di informazioni
- Trasformare il sintomo in una storia che consideri il bambino e la sua famiglia è più di aiuto.

- Pattern relazionali:
 - Funzionali
 - Disfunzionali
(come riconoscerli?)

- Le persone fanno quello che possono

- Sospensione del giudizio: passare dalla “colpa” al significato

- Diventare curiosi
 - *“Signora, come si spiega questo sintomo?”*
 - *“Cosa ne pensa il padre?”*
 - *“Chi ne è preoccupato in famiglia?”*

- Rapporto madre/pediatra

Come osserviamo

- L'importanza di inserire il problema dell'obesità in età evolutiva all'interno di una cornice che comprendesse anche le dinamiche relazionali familiari ha origine da diversi anni in letteratura:
 - Hilde Bruch nel 1940 (*Obesity in Childhood: the family frame of obese children*)
 - Spruijt-Metz (*Etiology, treatment and prevention of obesity in childhood and adolescence: a decade in review*, 2011)
- Aspetti psicologico-relazionali coinvolti nell'obesità in età evolutiva e considerano l'insorgenza, lo sviluppo e il mantenimento della sintomatologia all'interno di relazioni significative, evidenziando come la famiglia svolga un ruolo rilevante sia nello sviluppo che nella prevenzione di problemi legati al peso.
(Epstein, 1996)

Ricerche sugli aspetti relazionali implicati nell'obesità

- **Caratteristiche psicologiche dei genitori:**
 - genitori insicuri che compensano sovraalimentando i figli;
 - cibo come mediatore di scambi emotivi genitore-bambino;
 - alimentazione emotiva come strategia individuale per ridurre le tensioni interne;
 - ridotta coesione ed elevata conflittualità genitoriale;
 - elevata dipendenza emotiva dei figli verso i genitori;
 - iperprotettività, invischiamento e scarso senso di identità;
 - simmetria relazionale e tendenza all'evitamento del conflitto.

(Brone e Fischer, 1988; Ganley, 1986; Terry e Beck, 1985; Valtolina, 1995; Valtolina e Marta, 1998; Wen et al., 2010).

Obesità in età evolutiva: ipotesi psicologiche

Ruolo che l'obesità riveste all'interno della famiglia

- Bruch (1940): obesità come conseguenza di relazioni complesse e alterate all'interno della famiglia per cui il cibo diviene mezzo per esprimere affetto o creare alleanze.
- Ganley (1982): obesità come risultato di difficoltà di comunicazione nella coppia genitoriale con difficoltà a esprimere sentimenti di rabbia e frustrazione.
- Minuchin (1975): il figlio “malato” gioca un ruolo significativo nella tendenza in famiglia a evitare i conflitti e questa è una fonte di rinforzo per il suo sintomo.

Obesità in età evolutiva: ipotesi psicologiche

- Ugazio (1998): mettendo tra sé e il resto del mondo una coltre di grasso l'obeso si preclude una vita normale, proteggendosi da coinvolgimenti emotivi intensi che potrebbero ancora una volta deluderlo
- Bertrando (1990): due meccanismi comunicativi intorno all'obesità.
 - 1° di tipo richiedente: l'obesità diviene una richiesta d'aiuto. Purtroppo spesso viene colto il sintomo e non il vero messaggio d'aiuto lanciato.
 - 2° di tipo difensivo: il grasso non vuol dire “guardatemi”, ma rappresenta un nascondiglio, una nicchia protettiva al cui riparo non si è guardati.



Istituto Auxologico Italiano

Ricerca condotta su 481 minori obesi

- TRA i fattori legati all'obesità si sono dimostrati rilevanti:
 - 22,7% dei soggetti provengono da famiglie in cui i genitori sono divorziati;
 - 31% vive una situazione altamente critica tra i genitori che non ha ancora portato alla separazione legale, ma spesso a una separazione in casa e/o pesanti conflitti;
 - 17,7% morte di una persona cara.

(Molinari, Riva 2012)

In conclusione...

Ricollocare la questione alimentare all'interno delle relazioni familiari consente di:

- Togliere al paziente l'etichetta di persona deficitaria (poca forza di volontà, arrendevolezza, scarsa motivazione, ecc)
- Restituire al sintomo una dignità e un senso: “il grasso, forse, a qualcosa è servito a te e alla tua famiglia”
- Restituire potere al problema e aiutare la famiglia a trovare un nuovo assetto relazionale che non necessiti più di sintomi per stare in piedi o per coprire difficoltà relazionali
- Il sintomo può essere tolto solo se viene compreso nella sua funzione: “Che funzione ha all'interno del sistema familiare?” (alle diete infatti segue spesso il recupero del peso).
- Necessità di un approccio multidisciplinare integrato (medico-dietologico, motorio e psicologico)

Pazienti Obesi giunti dallo psicologo nel 2013

N=16: 5 maschi - 11 femmine

	N	Minimo	Massimo	Media	Dev. std.
Età anni	16	6.0	18.0	14.4	2.8

Provenienza: 62% Nazionalità italiana
38% Nazionalità straniera

Criteria di inclusione: BMI > 30

Motivo d'invio dallo PSY

	Frequenza	Percentuale
scarsa compliance	8	50.0
difficoltà relazionali	4	25.0
grave obesità	4	25.0
Totale	16	100.0



Pazienti Obesi giunti dallo psicologo nel 2013

Fattori rilevanti legati all'obesità:

- 56%: Difficoltà nella comunicazione intra-famigliare
- 37%: Separazione conflittuale
- 31%: Fenomeni di migrazione
- 25%: Problemi psicologici di un genitore
- 19%: Lutto

Pazienti Obesi giunti dallo psicologo nel 2013

Tipologia incontri	Frequenza	Percentuale
Individuali	2	12.0
Familiari	6	38.0
Entrambi alternati	8	50.0
Totale	16	100.0

TREND ATTESI SULLA BASE DI QUESTI PRIMI DATI

- Motivo di invio prevalente = scarsa compliance
- Tematiche prevalenti = difficoltà comunicative e relazionali
- Esito = connesso alla motivazione ai colloqui con lo psicologo
- Esito = connesso al sostegno intrafamiliare
- Motivazione ai colloqui = connessa al sostegno intrafamiliare



Il ruolo del Pediatra

L'ambulatorio pediatrico è un osservatorio privilegiato per la prevenzione e la diagnosi precoce dei DCA.

Escluse le cause organiche, il pediatra può cogliere quello che il rapporto di ciascun bambino con il cibo esprime della qualità della relazione del piccolo con la famiglia e il mondo esterno (nido, scuola, amici).

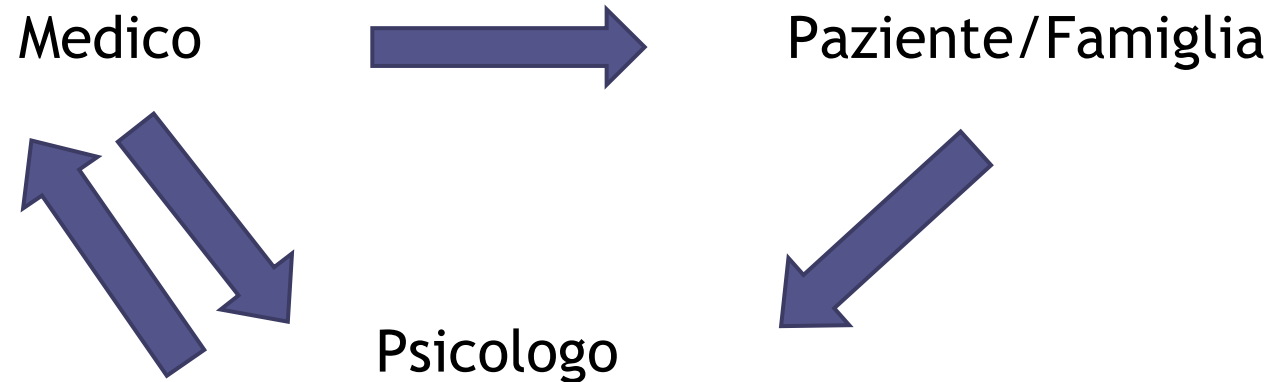
La madre si rivolge al pediatra anche per essere rassicurata sulle sue competenze.

Il pediatra è nella posizione migliore per poter riconoscere ciò che “nel sintomo del bambino c'è di sintomatico nella sua famiglia”.



Il ruolo del Pediatra

Il pediatra ha una responsabilità medica, ma ha anche la possibilità di leggere i sintomi del bambino dentro a una storia familiare.





**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**