

OBESITÀ PSICOGENA

Il costante e rilevante incremento dei disturbi dell'alimentazione nella popolazione adolescenziale e tardo giovanile, costituisce un dato osservativo di immediato riscontro per gli operatori che lavorano con tale fascia di età. Come confermato dai rilievi epidemiologici

- In Italia la prevalenza di sovrappeso/obesità è tra le maggiori in Europa.
- La percentuale del sovrappeso a 8-9 anni è del 23,6%, mentre la quota degli obesi è pari al 12,3%,
- con punte nelle regioni del Sud Italia (Okkio alla Salute, ISS 2008).
- Gli adolescenti, soprattutto di sesso maschile, hanno valori di sovrappeso ancora maggiori.
- Il dato oggi più preoccupante è che circa l'80% degli adolescenti obesi manterrà questa condizione anche in età adulta.

Dati forniti nella Giornata europea per l'Obesità, 21 maggio 2011

- Obesità in età adulta (da 18 anni) : il 10,1% della popolazione totale.
- Più obesi i maschi: 11,1% della popolazione maschile VS 9,2% della popolazione femminile.
- Trend temporale 2001/2009 aumenta dall'8,3% al 10,1%.
- Prevalenza di obesità al Sud: 11,1% al Sud e nelle isole; Centro Italia 9,6%; Nord 9,7%. regioni con più alta densità sono Campania, Sicilia, Calabria, Molise.
- Prevalenza di obesità in crescita con l'età: 2,6% per la fascia 18/24; 15,6% per la fascia 65/74 11,7% per gli over 84.
- -Prevalenza di obesità inversamente proporzionale al livello di istruzione familiare:
Prevalenza di obesità inversamente proporzionale alla classe sociale familiare:

L'obesità di per sé non è sempre indicativa di un disturbo psicopatologico in atto o pregresso.

I soggetti obesi non presentano disturbi psicopatologici maggiori né più frequenti rispetto alla popolazione generale né ad un campione di non obesi (ricerche epidemiologiche Cuzzolaro, Brownell, 1995).

Unica eccezione la correlazione con:

- la presenza di Binge Eating Disorders (BED= iperfagia/alimentazione incontrollata)
- buona percentuale di ansia, depressione ed una maggiore svalutazione della propria immagine corporea.

E' convenzionalmente stabilito che la condizione di sovrappeso si presenta quando l'indici di massa corporea o BMI, ovvero il rapporto fra peso e altezza, è superiore o uguale a 25 kg/m², mentre la condizione di obesità è quando il BMI è superiore o uguale a 30 kg/m².]

Nei bambini e negli adolescenti non si può ancora parlare di cronicizzazione dell'obesità, per cui i soggetti definiti "obesi" sono più correttamente riferibili come "tendenti all'obesità".

Possiamo suddividere l'obesità in:

1. OBESITA' EGOSINTONICA

- Tendenza all'obesità vissuta senza problemi, l'obesità non viene vissuta come un limite ma come una caratteristica somatica).
- Persone in genere brillanti ma con un buon senso della realtà, senza problemi legati all'immagine corporea.
- Hanno cura del proprio aspetto fisico e un buon rapporto con il cibo.
- Quando a dieta per motivi medici, non presentano particolari problemi psicologici.

2. OBESITA' EGODISTONICA - EVOLUTIVA

Inizia nei primi anni di vita per manifestarsi poi nell'adolescenza, e si caratterizza di solito per una dinamica di tipo bulimico, associata a:

- situazioni familiari conflittuali, complesse sul piano della coppia genitoriale.
- Spesso sono soggetti introversi con difficoltà nel rapporto con gli altri, tendenti alle frustrazioni, si sentono poco accettati e poco piacevoli sul piano fisico, si rifugiano in continuazione nel cibo, come unica alternativa e come momento regressivo.

- A volte, presentano fasi compulsive, ma tendono generalmente a mangiare stabilmente molto più della norma. Esisterebbe un "Obese Eating Style": scelta eccessiva di cibi, pasti frequenti, masticazione rapida.
- Il cibo assolve ad un valore sostitutivo e compensatorio.

3. OBESITA' egodistonica REATTIVA

- Prevale una modalità compulsiva verso il cibo.
- E' una forma larvata di depressione.
- Insorge dopo situazioni di perdita, di abbandono e/o di fallimento sentimentale.
- Sono consapevoli dei propri eccessi alimentari, ma non sanno cosa fare.
- Si iperalimentano spesso di sera o di notte (mangiatori notturni).
- Il cibo è inizialmente vissuto ed agito come riempitivo di un vuoto, come sedativo,
- Poi, dopo aver mangiato, compare angoscia e senso di colpa.
- E' collegata ad un vissuto di perdita dell'oggetto e ad un tentativo di recuperarlo.
- La coazione a mangiare ripetutamente è una negazione della perdita dell'oggetto ed in questo modo il soggetto cerca di mantenere un contatto diretto con i suoi sostituti, gli alimenti, per poter credere nella loro esistenza.

4. OBESITA' SCHIZOIDE

- Hanno una scarsa autonomia, una identità molto labile e una difficoltà a stabilire un confine tra il Sè e il non Sè.
- L'isolamento sociale è maggiore, la soglia alla frustrazione è estremamente bassa.
- Evitano il contatto con gli altri, tranne con la famiglia.
- Intraprendono un tentativo di dieta, ma sono spaventati dalle reazioni di rabbia e malessere che essa scatena in loro.

RIFLESSIONI PSICODINAMICHE

Seppur non è possibile delineare il profilo del soggetto obeso si può affermare che sono frequenti alcuni tratti psicologici quali:

- insoddisfazione per il proprio corpo, intesa come eccessiva critica e insoddisfazione per le proprie forme che può assumere in qualche caso caratteri ossessivi con una struttura di tipo dismorfofobico.
- l'impulsività, intesa come aspetto di distruttività rivolta verso se stessi o nei confronti degli altri.
- Senso di inadeguatezza: bassa stima di sé riferibile a sentimenti di insicurezza, inutilità, vuoto e mancanza di controllo sulla propria vita.
- Paura della maturità intesa come desiderio di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia per essere sollevati dai conflitti adolescenziali.
- Non è un caso che la famiglia dell'obeso sia caratterizzata da rapporti di tipo fusionale, bassi livelli di differenziazione dei ruoli, dipendenza dalla figura materna.
- Scarsa consapevolezza enterocettiva intesa come difficoltà a identificare i propri stati emotivi e a dar loro delle risposte adeguate.
- Il sentirsi privi di forza nell'affrontare la dieta è connesso ad uno scarso senso del dominio di sé e all'incapacità di controllare emozioni, sensazioni corporee e azioni.
- impulso alla magrezza inteso come ricerca incessante e ansiosa a diventare magri, elemento cardine del disturbo del comportamento alimentare.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Per H. Bruch l'obesità, è il risultato di una complessa interazione tra esperienze evolutive critiche (fattori affettivi relazionali e psicodinamici) e processi biologici (genetici, metabolici, cognitivi) geneticamente determinati che sfociano in organizzazioni somatopsichiche diverse da un soggetto all'altro...

Lo sviluppo adolescenziale "normale", implica l'acquisizione del sentimento del proprio corpo, la coscienza di essere un organismo autonomo ed indipendente, la capacità di riconoscere e definire i bisogni del corpo e di giungere, tenendo conto delle richieste ambientali, ad una loro giusta soddisfazione.

L'adolescente obeso non è giunto a questa autonomia, probabilmente a causa di una distorsione delle più precoci esperienze alimentari, inscindibilmente legate alle prime rappresentazioni del sé.

Secondi **Grinberg**, la coazione a mangiare rappresenta un'implicita negazione della perdita dell'oggetto e al tempo stesso i rimorsi rispetto all'aver mangiato rappresentano la consapevolezza di aver distrutto l'oggetto ma anche il bisogno di continuare a possederlo/morderlo (insaziabilità = impossibilità di essere soddisfatti).

- Secondo **D. Marcelli e coll** -1997, l'obesità sembra avere costantemente un doppio ruolo: "protettivo contro l'ambiente circostante e garanzia di integrità e di valore dell'immagine di sé"
- Da questo punto di vista, l'obesità nell'adolescenza rischia di divenire una sorta di equivalente di un meccanismo di difesa costituendo un fattore di blocco per i processi psicodinamici propri di questo periodo. Ciò può comportare un congelamento delle capacità di adattamento e relazionali.
- L'obesità in tal senso può esser considerata anche come sintomo psicosomatico.
- Secondo J. CHASSEGUET-SMIRGEL l'obesità rientra tra i disturbi a mira autarchica, essa talvolta preserva il bambino da una regressione psicotica, in un clima di **disgregazione della famiglia e/o di contesto caotico e confusivo in cui**, il bambino che non è riuscito a separare il padre dalla madre e quindi procedere nel processo di individuazione del se s'inventa dei mezzi per distinguersi da essa.
- Tali disturbi trovano un'espressione più tipicamente femminile poiché il corpo della ragazza si confonde, durante la pubertà, con quello della madre.

- Il cibo quindi assolve ad una funzione di oggetto sostitutivo rassicurante, che apparentemente dovrebbe rendere l'obeso autonomo dai rapporti interpersonali, ma la delusione dallo stesso porta a ricorrervi sempre più spesso, sviluppando una vera e propria tendenza tossicofila.
- Il bambino non riesce a distinguere i suoi reali bisogni emotivi dai suoi stimoli endogeni.
- Ha difficoltà a distinguere tra interno ed esterno , e a crearsi una sua autonomia ed identità, così utilizza il meccanismo dell'introiezione attraverso cui tende a mantenere il possesso dell'oggetto.
- L'aumento ponderale assume quindi un valore magico ed è vissuto come elemento di forza e onnipotenza ma anche come possibilità di celare le proprie fragilità e la bassa tolleranza alle frustrazioni.
- L'obesità viene vissuta alla fine come unica causa delle proprie incapacità, così il dimagrimento viene investito in modo magico come unica possibilità di successo, ma al tempo stesso l'obeso non lo raggiungerà mai perché sa che una volta raggiunto il peso ideale, dovrebbe dimostrare a tutti quelle capacità che da obeso può continuare a spostare in un ipotetico futuro....

Dinamiche relazionali nell'obesità evolutiva

- Nella famiglia del pz con disturbo alimentare 'è una coppia con difficoltà relazionali, ad elevata conflittualità, con tratti caratteriali e stili di vita poco compatibili.
- Si osserva inoltre una difficoltà ad integrare queste diversità caratteriali, è quindi presente un conflitto permanente.
- Nella difficoltà della coppia a separarsi, i genitori allargano la conflittualità ai figli.
- Il timore di una separazione, specie quando i figli entrano nell'adolescenza, crea una
- falsa coesione.

Inoltre sono spesso presenti:

- Atteggiamenti coercitivi che minano la crescita dei figli.
- Falsa risoluzione dei problemi attraverso il cibo,

unico veicolo comunicativo e illusorio risolutore di tutti i mali.

Centralità della madre, che tende a contrastare l'attaccamento del figlio verso il padre.

- La voracità è collegata a stimoli psichici come l'ansia, la rabbia e la frustrazione che appunto vengono sedati col cibo.
- Il **bambino** posto davanti ad una coppia in perenne conflitto è costretto ad una identificazione non con un genitore ma con l'intera coppia, perchè non può deluderli, non può separarli e quindi identificarsi con l'uno o con l'altro.
- Si osserva nel bambino una mancaza di autonomia, libertà, identità e soprattutto incapacità di opposizione (ingoia anche bocconi amari nel timore che ogni rifiuto sia altamente pericoloso e distruttivo come appreso dalla dinamica genitoriale).
- Il bambino così sviluppa una tendenza a mentire, ovvero ad un falso Sé nel quale si nasconde un Io debole dipendente ed insicuro.
- L'obesità a volte viene utilizzata per avere un maggiore spazio nel mondo in maniera ostile e aggressiva, ma dietro questa massa si nasconde un senso di vuoto e fragilità che talvolta viene riempito da sogni e fantasticherie che lo allontanano dal mondo.
- Il dimagrimento è investito di fantasie di ammirazione, ma quando si raggiungono buoni risultati, il soggetto tende a fare un passo indietro per timore di dover dare una conferma di sé.
- Riferimenti bibliografici:
- N.Lalli: Psicodinamica dell'obesità egodistonica

- Aveni,Caputo,Cuzzolaro: la dimensione psichica del soggetto obeso. Obesità capitolo9.1
- H . Bruch: Patologia del comportamento alimentare 1997