

I disturbi del comportamento alimentare

Dott.ssa Cristiana Cella - Psicologa-Psicoterapeuta
Stefano Bertomoro - Presidente Associazione Fenice Onlus

Dott.ssa Cristiana Cella



I DCA SONO PATOLOGIE PSICHIATRICHE CARATTERIZZATE DA:

Anomalie del
comportamento
alimentare e della
regolazione del
peso

Disturbi della
percezione o
rappresentazione
del corpo

Presenza di
pensieri
disfunzionali
relativi al cibo, alle
sue proprietà ed ai
suoi effetti
sull'aspetto
corporeo



I disturbi alimentari rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani e sono gravati da un rischio significativo di mortalità.

Per tale motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti.

Ultimo rapporto salute mentale in Italia

- 3. 500.000 casi di DCA accertati in Italia nel 2018
- 3500 decessi DCA-correlati nel 2018
- 2.000.000 di adolescenti e preadolescenti interessati da DCA

I decessi per DCA sono la seconda causa di morte tra giovani e adolescenti dopo gli incidenti stradali.

Circa 8500 nuovi casi in Italia ogni anno.

Più del 10% il tasso di mortalità nel mondo per anoressia nervosa che si colloca come disturbo psichiatrico col più alto tasso di mortalità.

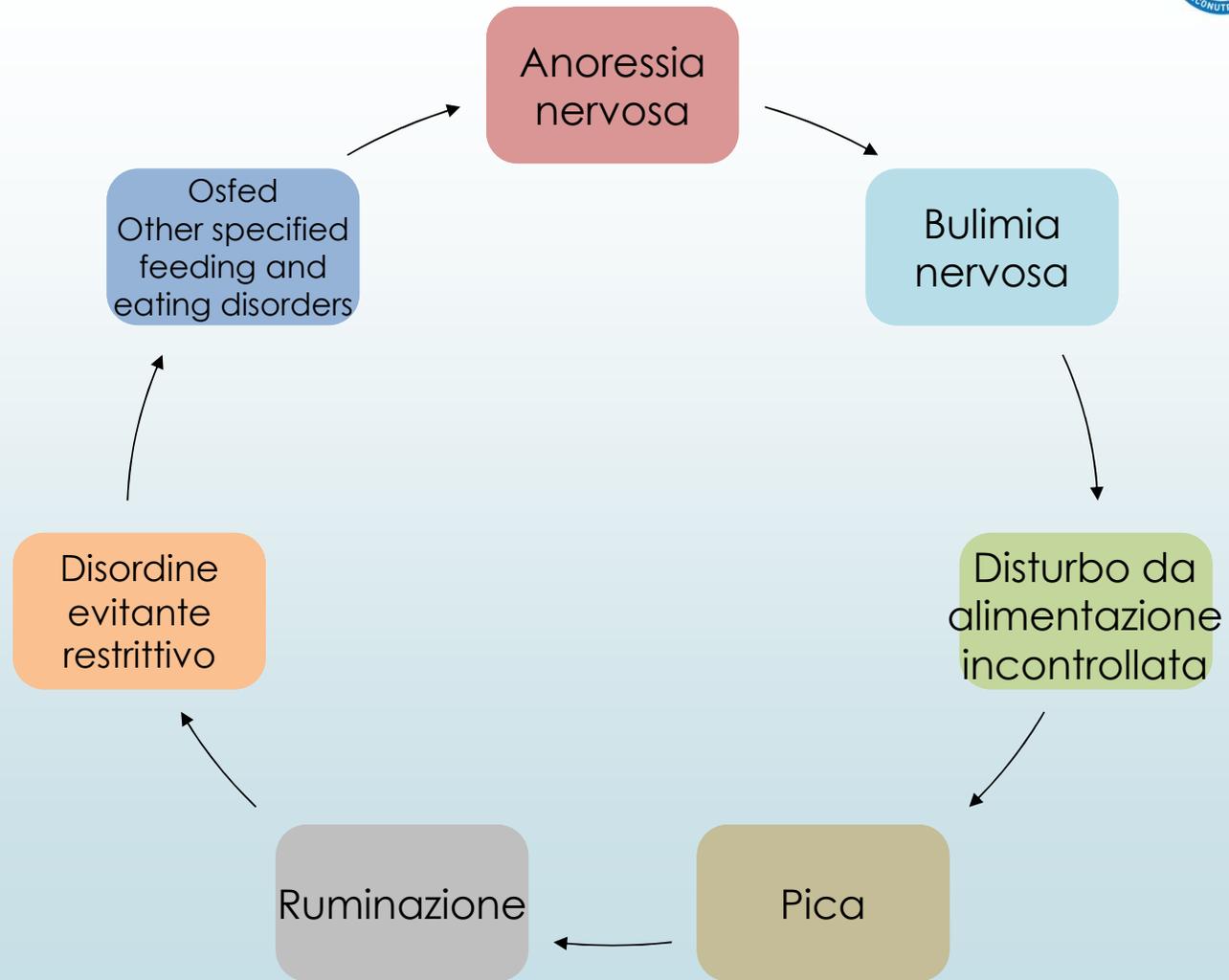
Secondo l' OMS servono mediamente 3-4 anni per superare il disturbo (se trattato).



Le complicanze mediche possono interessare tutti gli organi e apparati.

I danni fisici possono compromettere in modo marcato la qualità di vita delle persone e, in alcuni casi, metterne a rischio la sopravvivenza.

In genere, la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono direttamente in rapporto con l'intensità e la durata del disturbo dell'alimentazione e, nella maggior parte dei casi, si risolvono dopo il ristabilimento di adeguate abitudini alimentari e/o il recupero di un normale peso corporeo.



Anoressia nervosa

- Un basso peso (sotto il 18,5 dell'Indice di Massa Corporea) o un significativo decremento ponderale con un normopeso ancora conservato (ad es. gli esordi anoressici in persone obese).
- b) Una spiccata paura di ingrassare che cresce nel tempo, anche se il peso diminuisce e che può essere presente e spaventare la persona anche a pesi molto bassi.
- c) Un' alterazione della percezione del proprio corpo. I soggetti si vedono grassi anche quando estremamente emaciati oppure minimizzano la magrezza patologica oppure ritengono la loro magrezza patologica necessaria per il proprio benessere mentale.

Bulimia nervosa

- a) Abbuffate
- b) Condotte compensatorie
- c) Livelli di autostima dipendenti quasi esclusivamente dal controllo del peso.

Per abbuffate si intende la perdita del controllo sul cibo e l'ingestione in una/due ore di grandi quantità di alimenti fino a sentire di non poter introdurre più nulla per i limiti dello spazio gastrico. Quasi sempre i soggetti non provano piacere a mangiare e nei casi gravi mangiano anche cibi crudi o surgelati. Alle abbuffate seguono le condotte compensatorie con la finalità di espellere il cibo introdotto. Tali condotte compensatorie sono costituite da vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci (spesso in sovradosaggio), digiuno o esercizio fisico.

BED

- a) Abbuffate come nella Bulimia Nervosa in assenza di condotte compensatorie
- b) Almeno tre tra i seguenti fattori:
 - a. Mangiare più rapidamente del dovuto
 - b. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
 - c. Mangiare in assenza di fame
 - d. Mangiare da soli per l'imbarazzo o la vergogna di sentirsi osservati
 - e. Sentirsi disgustati o depressi o in colpa dopo l'abbuffata



Disturbo Evitante/restrittivo dell'assunzione del cibo

- a) Incapacità di assumere gli appropriati apporti nutrizionali per uno dei seguenti motivi:
- a. Mancanza di interesse per il cibo
 - b. Evitamento del cibo per disgusto del cibo
 - c. Evitamento del cibo per paura delle conseguenze dell'alimentazione (per esempio paura di vomitare)
- b) Perdita di peso e/o deficit nutrizionali e/o bisogno di nutrizione artificiale e/o conseguenze negative sul funzionamento psicosociale.



Esistono due tipi di DA che sono tipici dell'infanzia.

La **Pica** ovvero la tenace assunzione di sostanze non alimentari e non commestibili e il **Disturbo da Ruminazione** caratterizzato da rigurgito di cibo in assenza di cause organiche. Lo stesso cibo viene rimasticato e poi ingoiato o sputato.

Infine esistono molteplici quadri clinici misti o in cui manca uno dei criteri per poter effettuare la diagnosi. Questi quadri clinici vanno sotto l'eterogenea etichetta diagnostica di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione senza altra specificazione.



I disturbi alimentari, se non trattati precocemente ed adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute.

Le evidenze in letteratura indicano un esito meno favorevole se l'intervallo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico è lungo, in presenza di grave sottopeso o complicanze mediche, qualora non vi sia una forte motivazione al cambiamento, se la famiglia non è supportiva o se il contesto di vita favorisce il comportamento anomalo (Keel, 2010; Vall, 2015).



Soffrire di un disturbo alimentare sconvolge la vita di una persona; sembra che tutto ruoti attorno al cibo e alla paura di ingrassare.

Cose che prima sembravano banali ora diventano difficili e motivo di ansia, come andare in pizzeria o al ristorante con gli amici o partecipare ad un compleanno o ad un matrimonio.



I disturbi alimentari tendono a comportare ricadute negative sulle relazioni intra ed extra-familiari determinando, con elevata frequenza, situazioni di isolamento sociale, interruzione delle relazioni significative, abbandono scolastico o lavorativo.

ETA' DI ESORDIO

I disturbi dell'alimentazione colpiscono soprattutto adolescenti e giovani adulti, interessando prevalentemente il sesso femminile.

Sia nell'AN che nella BN la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni.

Nel BED età esordio distribuita in un ampio intervallo (dall'infanzia alla terza età).

ETA' DI ESORDIO

Aumento dei casi a esordio precoce:

- Abbassamento età menarca
- Anticipazione età di esposizione alle pressioni socioculturali alla magrezza (internet)

Esordio più precoce maggior rischio di danni permanenti secondari alla malnutrizione.

Vulnerabilità

**Fattori Predisponenti individuali,
familiari, socio culturali**

Fattori Precipitanti

Disturbo

Alimentare

Fattori Mantenimento



Le ricerche parlano di tre tipi di fattori:

Predisponenti: possono favorire l'influenza delle altre cause

Precipitanti: possono provocare l'insorgenza del problema in persone predisposte

Di mantenimento: permettono al disturbo di continuare ed auto-mantenersi nel tempo



**FATTORI
PREDISPONENTI:**

- socio culturali
- familiari
- individuali

comportamentali ad induzione familiare:

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

aspetti evolutivi della personalità:

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

La pubertà

- Può essere vissuta come un processo non in armonia con l'immagine e la percezione di sé.
- L'adolescente può sentirsi spinto ad evitare il cambiamento (stato pre-puberale).
- Il timore della crescita e della maturità rende difficile la costituzione di un'immagine di sé stabile, favorisce aspetti di maggiore insicurezza e contribuisce a creare situazioni di maggiore vulnerabilità alle pressioni sociali.

Il gruppo dei pari

- La ricerca e la costruzione di relazioni extrafamiliari significative e l'investimento nella relazione con i pari.
- Vi è la spinta alla ricerca e all'appartenenza al gruppo di amici, il quale nel costituirsi utilizza dei meccanismi che si basano sull'incontro e sul reclutamento attraverso la variabile fondamentale del riconoscimento (riconoscersi nelle immagini proposte dai media).
- Spinta al modellamento: costante ricerca di un modello di riferimento a cui ispirarsi.

Il gruppo dei pari

- Se un soggetto non corrisponde ai canoni in base ai quali essere ammesso al gruppo possono subentrare degli aspetti di stigmatizzazione
- Uno dei principali fattori stigmatizzanti è costituito dal sovrappeso o dall'obesità.



SEGNALI D'ALLARME

Riconoscere di avere un disturbo del comportamento alimentare può essere molto difficile, anche per i genitori e per lo stesso pediatra o medico di base.

E' fondamentale saper distinguere una normale variazione dello stile alimentare dai sintomi di un disturbo del comportamento alimentare. Spesso infatti il disturbo esordisce dopo una dieta e spesso inizialmente la restrizione e i cambiamenti corporei sono vissuti come qualcosa di positivo.



SEGNALI D'ALLARME

- Cambiamenti relativi al cibo;
- Cambiamenti relativi all'umore e al comportamento in generale;
- Cambiamenti relativi al corpo.

Cambiamenti relativi al cibo:

- ✓ Preoccupazione per il cibo;
- ✓ Alimentazione molto restrittiva;
- ✓ Preferenza per consumare i cibi da soli;
- ✓ Cucinare per la famiglia;
- ✓ Scelta di cibi ipocalorici escludendo tutti gli altri;
- ✓ Irritabilità, disagio e litigi specialmente durante i pasti e spesso per piccole quantità di cibo;
- ✓ Comportamento anomalo verso il cibo (ad esempio tagliare o sbriciolare il cibo in piccoli pezzi allargandoli sul piatto o spostare piccole quantità di cibo da una parte all'altra del piatto);
- ✓ Nascondere il cibo sotto il piatto, il tavolo, il tovagliolo o in tasca;
- ✓ Lasciare la tavola durante i pasti e subito dopo andare in bagno;
- ✓ Assunzione di grandi quantità di cibo
- ✓ Acquisto di grandi quantità di cibo e suo accumulo;
- ✓ Mangiare di nascosto.

LA DIETA FERREA



- Saltare i pasti

PRANZO

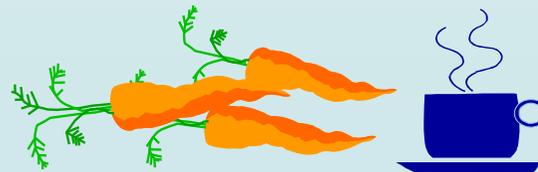
- Ridurre drasticamente le porzioni



- Eliminare certi cibi



... fino al digiuno.



Cambiamenti relativi all'umore e al comportamento in generale:

- ✓ Eccessiva preoccupazione per peso e forme corporee;
- ✓ Ossessione per la dieta, paura intensa di aumentare di peso;
- ✓ Abuso di lassativi o diuretici;
- ✓ Disordine in bagno e odore di vomito;
- ✓ Attività fisica eccessiva (camminare, fare molte flessioni, correre continuamente su e giù per le scale);
- ✓ Depressione, irritabilità, sbalzi d'umore, impulsività, sentimenti di vergogna e colpa;
- ✓ Sviluppo di regole giornaliere rigide;
- ✓ Ritiro sociale fino all'isolamento;
- ✓ Perdita di interessi, riduzione delle capacità di concentrazione.

Cambiamenti relativi al corpo:

- ✓ Perdita di peso (anche grave);
- ✓ Fluttuazioni del peso;
- ✓ Interruzione, irregolarità o mancata comparsa del ciclo mestruale;
- ✓ Vertigini e a volte svenimenti;
- ✓ Stanchezza;
- ✓ Dolori addominali e sensazioni di gonfiore anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo;
- ✓ Bassa temperatura corporea con tendenza ad avere freddo;
- ✓ Scarsa circolazione che porta a mani e piedi freddi;
- ✓ Pelle delle mani e dei piedi violacea;
- ✓ Crampi muscolari frequenti;
- ✓ Guance gonfie (rigonfiamento ghiandole parotidi), denti corrosi.

IMC

peso corporeo (in kg) / statura (in metri)²

Classificazione	IMC (kg/m²)	Rischio di malattia
Sottopeso	<18,5	Alto
Normopeso	18,5-24,9	Normale
Sovrappeso	25-29,9	Aumentato
Obesità 1° grado	30-34,9	Moderato
Obesità 2° grado	35-39,9	Severo
Obesità 3° grado	>40	Molto elevato

LIVELLI DI SOTTOPESO:

LIEVE	$\text{BMI} \geq 17 \text{ kg/m}^2$
MODERATO	$16,99 \leq \text{BMI} \leq 16 \text{ kg/m}^2$
GRAVE	$15,99 \leq \text{BMI} \leq 15 \text{ kg/m}^2$
ESTREMO	$\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$

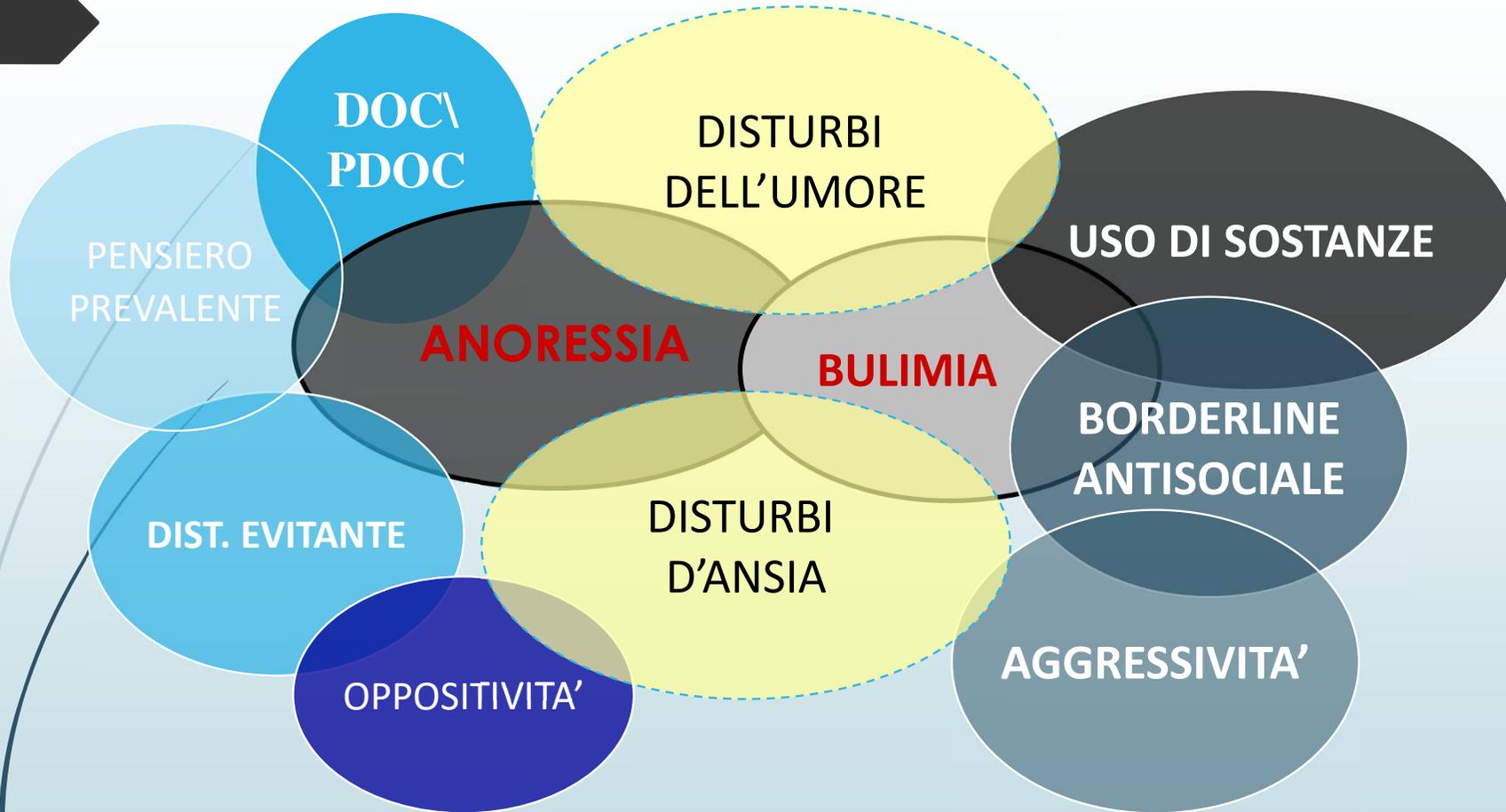


Il primo passo è fare in modo che la persona sia disposta ad accettare che ci possa essere un problema.

Come si affronta?

- ✓ se si osserva un cambiamento, riconnotare con delicatezza esprimendo la propria preoccupazione
- ✓ scegliere un momento, distante dai pasti, per affrontare la presenza del problema
- ✓ perseverare nella riconnotazione senza demordere perché potreste incontrare resistenza e negazione
- ✓ cercare sostegno e confronto con figure competenti, per es. MMG e PLS
- ✓ Ricordarsi che è normale sentirsi in colpa, confusi, responsabili, arrabbiati: cercare supporto per non farsi travolgere da questi stati d'animo.

Comorbidity psychiatric in DCA





APPROPRIATEZZA CLINICA,
STRUTTURALE E OPERATIVA NELLA
PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA
DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Quaderni del Ministero della Salute



DCA ed EVIDENCE BASED

- Come per molte patologie anche per i dca esistono dei trattamenti basati sulle evidenze
- Vi sono inoltre numerose raccomandazioni e linee guida di società scientifiche e/o di ministeri

Le evidenze condivise



La valutazione deve essere interdisciplinare ed effettuata da un'equipe specialistica che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture della rete regionale per i disturbi dell'alimentazione.

Le evidenze condivise



Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;

la **molteplicità dei contesti di cura**, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, all'alimentazione e all'attività fisica).

Le evidenze condivise



Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:

1. medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. terapia ambulatoriale specialistica
3. terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno
4. riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica
5. ricoveri ordinari e di emergenza.

La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi.

Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

8 aree di possibile intervento:

1. Prevenzione
2. Screening e diagnosi precoce
3. Rilevazione segnali allarme
4. Comunicazione con paz e familiari
5. Identificazione nuovi casi
6. Invio centri specializzati
7. Trattamento casi lievi
8. Follow up

Primo livello: **SEGNALI DI ALLARME**

Si tratta di elementi clinici e comportamentali rilevabili in ambulatorio attraverso il colloquio con il paziente o tramite il racconto dei familiari.

Grave perdita di peso, paura irragionevole di ingrassare, preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo, amenorrea da almeno tre cicli consecutivi, abbuffate o presenza di dieta ferrea (saltare i pasti, ridurre le porzioni, dividere i cibi in buoni e cattivi), comportamenti frequenti di controllo del cibo e del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali.

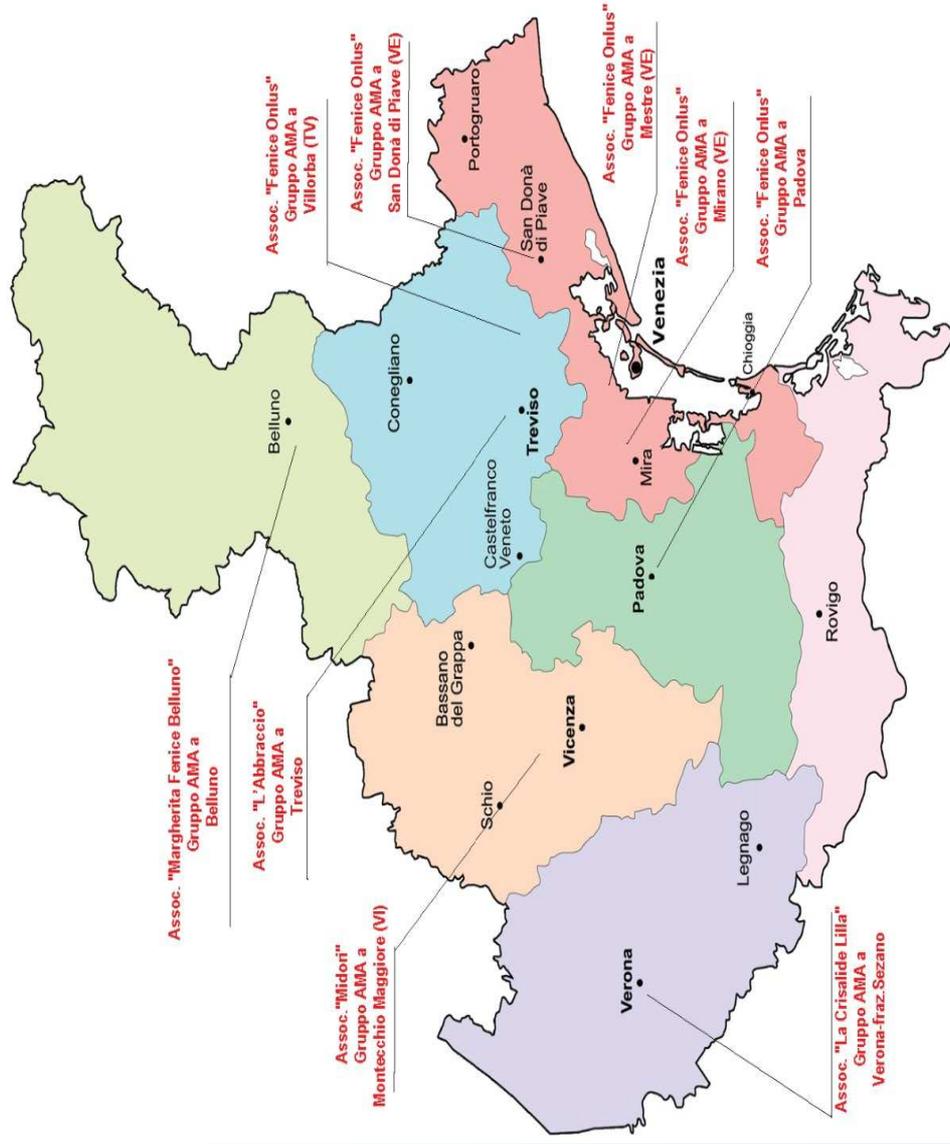
ASSOCIAZIONE ONLUS
PER LA CURA E
LA RIABILITAZIONE
DEI DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO
ALIMENTARE

Genice



Dott.ssa Cristiana Cella

Mapa presenze gruppi AMA per i Disturbi del Comportamento Alimentare in VENETO





Sito /www.feniceonlus.it
Pagina Facebook/[feniceonlus](https://www.facebook.com/feniceonlus)

Dott.ssa Cristiana Cella

BIBLIOGRAFIA

- Quaderni del Ministero della Salute - Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione - n. 17/22, luglio-agosto 2013
- Conferenza di consenso - Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti - Istituto Superiore di Sanità - Roma, 24-25 ottobre 2012 | disturbi del comportamento alimentare in Italia
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione: Quaderni del ministero della salute – N.23 Settembre 2017



La psicoeducazione per Disturbi dell'Alimentazione

Il metodo RPP® - Riabilitazione Psiconutrizionale
Progressiva per famiglie e operatori

Ericksen