

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: INFORMAZIONI GENERALI

Definizione e classificazione

I disturbi dell'alimentazione (DCA) possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso*, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Secondo l'ultima versione del *DSM IV TR*, che è il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, i DCA comprendono l'*Anoressia Nervosa (AN)*, la *Bulimia Nervosa (BN)* e il *Disturbo dell'Alimentazione Non Alimenti Specificato (DANAS)*, che raggruppa i disturbi alimentari che non rientrano nelle definizioni precedenti, ma che sono comunque clinicamente significativi; tra questi ultimi degno di nota è il *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)*, o in inglese *Binge Eating Disorder (BED)*, che per ora è inserito solo in appendice B del *DSM IV TR*, quale categoria che necessita di ulteriori studi.

Criteri diagnostici

1) *Anoressia Nervosa (AN)*

Per fare diagnosi di *Anoressia Nervosa (AN)*, il *DSM IV TR* richiede che siano presenti tutti e 4 i seguenti criteri diagnostici:

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni).

Specificare il sottotipo:

- Con Restrizioni: nell'episodio attuale di *Anoressia Nervosa (AN)* il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi).
- Con Abbuffate/Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di *Anoressia Nervosa (AN)* il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi).

2) *Bulimia Nervosa (BN)*

Per fare diagnosi di *Bulimia Nervosa (BN)*, il *DSM IV TR* richiede che siano presenti tutti e 5 i seguenti criteri diagnostici:

- A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti elementi:
 - 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbero nello stesso tempo ed in circostanze simili;
 - 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, di diuretici, di enteroclistmi o di altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa (AN).

Specificare il sottotipo:

- Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa (BN) il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi.
- Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito auto-indotto o all'uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi.

3) *Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (DANAS)*

Questa categoria riguarda, come già detto, quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo dell'Alimentazione. Gli esempi includono:

- 1) Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa (AN) in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- 2) Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa (AN) sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.
- 3) Tutti i criteri della Bulimia Nervosa (BN) risultano soddisfatti tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.
- 4) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).
- 5) Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo.
- 6) *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)*: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa (BN).

Per il *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI)*, o in inglese *Binge Eating Disorder (BED)*, nell'appendice B del DSM IV TR sono stati proposti i seguenti criteri:

- A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
 - 1) mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;
 - 2) sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
 - 1) mangiare molto più rapidamente del normale
 - 2) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
 - 3) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
 - 4) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
 - 5) sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.
- C. E' presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.
- D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.
- E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Psicopatologia specifica e centrale dei DCA

Al di là dei criteri diagnostici descritti, la psicopatologia specifica e centrale dei DCA è *l'eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo nella valutazione di sé*.

Tale caratteristica è osservata solo nei disturbi dell'alimentazione - per tale motivo è chiamata specifica -, è presente nella maggior parte delle persone affette da questi disturbi e spiega le principali caratteristiche cliniche osservate nell'Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (DANAS) - per tale motivo è chiamata centrale.

Infatti, mentre la maggior parte delle persone si valuta sulla base delle prestazioni che percepisce di eseguire in vari domini della sua vita (ad esempio, la qualità delle relazioni, della prestazione al lavoro, dei risultati sportivi), quelle con disturbi dell'alimentazione giudicano il loro valore largamente, e in alcuni casi esclusivamente, in termini di alimentazione, peso, forma del corpo e loro controllo.

L'espressione più caratteristica è *l'estrema preoccupazione per il peso*. Le persone con disturbi dell'alimentazione si pesano frequentemente e di conseguenza sono preoccupate per le minime variazioni di peso; altre invece evitano totalmente di pesarsi e mantengono la paura nei confronti del peso.

Un'altra espressione è la *preoccupazione per la forma del corpo* che spiega i continui comportamenti di check del corpo, come ad esempio scrutinare parti del corpo allo specchio, prendere in mano le pieghe del grasso, misurare parti del corpo, confrontare il proprio corpo con quello di altre persone.

A volte la psicopatologia specifica si manifesta con un vero disprezzo nei confronti del proprio corpo che si esprime attraverso *l'evitare di guardare il proprio corpo o di esporre parti del corpo alla vista degli altri*.

Altre espressioni della psicopatologia specifica sono il *sentirsi grasso, gonfio e pieno*, la continua *ricerca della magrezza* e la *paura di ingrassare* che non si mitiga con la perdita di peso.

La psicopatologia specifica spiega anche i comportamenti finalizzati a modificare il bilancio energetico adottati dalle persone con disturbi dell'alimentazione come, ad esempio, le *regole dietetiche estreme e rigide, l'attività fisica eccessiva e compulsiva, il vomito auto-indotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici*. Il successo nel seguire le regole dietetiche estreme e rigide produce una situazione di *restrizione dietetica calorica* e di *sottopeso* che si associa alla comparsa di caratteristici sintomi da denutrizione. Spesso, però, le regole dietetiche, proprio perché sono estreme e rigide, vengono rotte e si verificano gli *episodi bulimici* che, anche se sono seguiti da comportamenti di compenso, ad esempio il vomito auto-indotto, mantengono una situazione di bilancio energetico in pareggio. Questa situazione, chiamata *restrizione dietetica cognitiva*, ma non calorica, è tipica delle persone con disturbi dell'alimentazione non sottopeso.

Come si sviluppano e si mantengono i DCA

Oggi il mondo scientifico è concorde nel ritenere che i DCA siano determinati da una concomitanza di fattori, che possono interagire variamente e diversamente, e che si distinguono in fattori predisponenti o di rischio, fattori scatenanti o precipitanti e fattori perpetuanti o mantenenti la malattia.

Tra i *fattori predisponenti o di rischio* sono compresi tutti quei fattori di tipo individuale, familiare e culturale che aumentano il rischio e quindi la probabilità di sviluppare un DCA.

I fattori di rischio *individuali* per i DCA sono il genere (femminile), l'età (adolescenza e prima giovinezza), essere stati in sovrappeso nell'infanzia e avere fatto diete dimagranti.

Fattori individuali sono anche alcune caratteristiche psicologiche, come i tratti ossessivi di personalità, la bassa autostima nucleare e il perfezionismo patologico; il rifiuto del corpo adulto e della sessualità; la cattiva relazione con l'adulto di riferimento; la distorsione dell'immagine corporea e un cattivo rapporto con il cibo, appreso fin dall'infanzia.

Si ammette la probabile influenza di un clima *familiare* in cui esiste una particolare attenzione per la cura dell'aspetto fisico e dell'alimentazione. Inoltre è stata rilevata una relazione

significativa tra l'insoddisfazione del proprio aspetto fisico di uno dei due genitori e la presenza di un atteggiamento analogo nelle figlie femmine. Un altro rilievo è quello della presenza di atteggiamenti ipercritici e ossessivi nelle famiglie di ragazze anoressiche.

Sulle caratteristiche individuali e familiari intervengono, poi, i valori *socioculturali* tipici del mondo occidentale, come la competitività, la richiesta di prestazioni straordinarie e l'esaltazione della magrezza.

Fattori scatenanti o precipitanti sono i diversi eventi della vita che possono favorire l'inizio della malattia. Si è visto che l'esperienza di una dieta dimagrante, nei soggetti predisposti, rappresenta un fattore scatenante di grande importanza.

Gli altri eventi chiamati in gioco non risultano molto diversi da quelli riportati per l'inizio di altre malattie psichiatriche e questo dato mette in risalto l'importanza dei fattori predisponenti per la comparsa del sintomo alimentare. Nella maggior parte dei casi gli eventi stressanti sono rappresentati da: separazioni e lutti, alterazioni dell'equilibrio familiare, esperienze sessuali, una malattia fisica acuta o un trauma accidentale.

Un evento comunque spesso presente è l'esperienza dei cambiamenti puberali vissuti in modo traumatico.

I *fattori perpetuanti o di mantenimento* sono rappresentati da tutti quegli eventi che influiscono sul rafforzamento e sul perpetuarsi della patologia, una volta che questa si sia instaurata. E' molto importante tenere in debita considerazione questi aspetti, poiché gli interventi vanno indirizzati proprio alla riduzione di questi fattori.

Essi sono rappresentati da tutti quei pensieri, preoccupazioni o vere e proprie convinzioni, emozioni e comportamenti, che si possono definire disfunzionali, in quanto contribuiscono a mantenere attivo lo schema di autavalutazione disfunzionale di sé, che è la psicopatologia specifica e centrale dei DCA, ovvero l'eccessiva importanza attribuita al cibo, al peso e alle forme corporee e al controllo di essi nella valutazione di sé.

Tra questi rivestono particolare importanza *pensieri, preoccupazioni e convinzioni disfunzionali* del tipo "E' importante essere magri", "Se sono grasso, non sarò mai amato", "Devo fare di tutto per essere magro" ecc, *comportamenti* come le abbuffate, la dieta ferrea, i comportamenti di compenso, i comportamenti di controllo del cibo (es. controllare le etichette dei cibi o contare le calorie), i comportamenti di controllo e di evitamento legati al corpo (es. pizzicarsi varie parti del corpo per misurare il grasso o evitare di guardarsi allo specchio) e le sensazioni di essere pieno o grasso.

Fattore di mantenimento del DCA è anche la *tendenza ad isolarsi*, che è conseguenza della difficoltà di condividere con gli altri le proprie preoccupazioni relative all'aspetto fisico e le occasioni di incontro, caratterizzate dall'andare a mangiare qualcosa insieme, che diventano, per questo tipo di soggetti, fonte di eccessiva ansia.

Un ulteriore fattore di mantenimento comune ai DCA è costituito dalla *risposta familiare al problema*, che può portare al perpetuarsi della condizione. Infatti una maggiore attenzione e protezione da parte dei familiari non può produrre altro che il mantenimento della sintomatologia.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington, DC: The American Psychiatric Association (Trad. it., DSM IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2002).

Dalla Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo-comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.

Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G, Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*. Behaviour Research and Therapy, 41 (5), 509-528.