

Siamo quello che mangiamo I disturbi della condotta alimentare

Author : Daniela Troiani

Date : 2 marzo 2014



I disturbi dell'alimentazione sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi Occidentali. I criteri diagnostici per i disturbi dell'alimentazione, elencati nel DSM IV, riguardano l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e i Disturbi Dell'alimentazione Non altrimenti Specificati che comprendono i disturbi dell'alimentazione che non soddisfano tutti i criteri diagnostici di anoressia e bulimia nervose.

Nel DSM V, disponibile nella versione italiana a marzo, l'intera classe dei disturbi alimentari cambierà nome e si chiamerà "*feeding and eating disorders*", per allargare il campo d'azione: accanto alla bulimia ed anoressia nervosa saranno elencati altri disturbi, che sono la Pica (consumo di sostanze non commestibili), il *rumination disorder* (il rigurgito di sostanze ingerite), l'*avoidant/restrictive food intake disorder* (mancanza di interesse per l'ingestione sufficiente di cibo), il *binge eating disorder* (disturbo da alimentazione incontrollata). In un'altra classe verranno inseriti la *night eating syndrome* (alimentazione notturna eccessiva e /o disordinata) e il *purging disorder* (in cui il paziente segue condotte eliminatorie senza abbuffarsi).

La ragione di tutto questo proliferare di diagnosi è data dalla necessità di non sottovalutare i pazienti che non rispondono a tutti i criteri diagnostici dei due disturbi maggiori. Questo non vuol dire che anche questa scelta non presenti i suoi rischi, come quello di patologizzare o, peggio, psichiatrizzare ogni tipo di condotta alimentare disordinata.

I Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) sono caratterizzati da una persistente alterazione della condotta alimentare e dalla presenza di comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo, che possono arrecare danni alla salute fisica e compromettere in maniera significativa il funzionamento psicosociale. Come sopra specificato comprendono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED *binge-eating disorder*) e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS).

In breve l'Anoressia Nervosa si caratterizza per una consistente perdita del peso corporeo, un'intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso, un'alterazione dell'immagine corporea e amenorrea. La Bulimia Nervosa si caratterizza per ricorrenti episodi di abbuffate alimentari, comportamenti compensatori volti ad evitare l'aumento di peso (uso/abuso di lassativi, diuretici, vomito autoindotto, iperattività fisica).

Il BED condivide con la bulimia gli episodi di abbuffate ma non le pratiche di compenso, per cui spesso i soggetti affetti da tale patologia sviluppano obesità e le patologie ad essa correlate. Sia l'Anoressia che la Bulimia Nervosa

presentano sottotipi diagnostici.

I DCA colpiscono soprattutto adolescenti e giovani adulti, interessando prevalentemente il sesso femminile: 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 e il 30-40% dei casi di BED. Ad oggi, solo una minoranza delle persone affette da tali disturbi riceve una diagnosi ed un trattamento adeguati.

Pur essendo primariamente disturbi psichiatrici, i DCA producono spesso complicanze fisiche che possono interessare tutti gli organi e apparati. In particolare, le conseguenze della malnutrizione da difetto, tipica dell'Anoressia Nervosa, riguardano il sistema cardiocircolatorio, emopoietico ed immunitario, endocrino e metabolico, il sistema nervoso, il rene e il sistema osteoscheletrico, il sistema muscolare, la cute e gli annessi, l'apparato gastroenterico, il fegato, il pancreas e il sistema respiratorio. Le conseguenze dei comportamenti di eliminazione interessano per lo più l'apparato gastroenterico, gli elettroliti ed i fluidi corporei, la funzionalità renale, gli apparati osteomuscolare e respiratorio. I danni fisici possono compromettere la qualità della vita delle persone e, in alcuni casi, metterne a rischio la sopravvivenza.

In genere, la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono in diretto rapporto con l'intensità e la durata del DCA e, nella maggior parte dei casi, si risolvono con la stabilizzazione di un buono stato nutrizionale e/o il recupero di un adeguato peso corporeo. Le cause dei DCA non sono ben definite e sono certamente multifattoriali, comprendenti cioè tanto fattori biologici che ambientali: la combinazione di un ambiente obesogenico, che induce ad uno stile di vita sedentario e offre stimoli al consumo ripetuto di alimenti, con un contesto culturale fortemente influenzato dall'industria della dieta e della moda, che idealizza la magrezza e disprezza l'eccesso di peso, può favorirne lo sviluppo.

I canoni dell'aspetto fisico promossi dall'industria della moda e della pubblicità sono difficili (o impossibili) da raggiungere per la maggior parte delle persone. Ciononostante, molte persone intraprendono un controllo della propria alimentazione che diventa col tempo sempre più rigido fino a sfociare, nei casi in cui è presente una vulnerabilità, in un vero e proprio DCA. Così come l'uso di diete fortemente ipocaloriche o che prescrivono di evitare alcuni alimenti sulla base di presunte intolleranze sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di DCA in soggetti predisposti.

Il trattamento dei DCA è multidisciplinare: occorrono intervento e collaborazione di psichiatra, psicologo e dietista e in ogni regione esistono centri di riferimento per la loro diagnosi e la terapia. Ci sono inoltre vari livelli di intervento (medico di medicina generale, terapia ambulatoriale, ricovero..) in relazione alla condizione clinica del paziente.

Esistono segnali di allarme per la presenza o il rischio di insorgenza di un disturbo dell'alimentazione, che generalmente comprendono una grave perdita di peso, una paura irragionevole di ingrassare, una preoccupazione intensa per il peso e la forma corporea, 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, evitare l'esposizione del corpo, e la coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali.

Nonostante la gravità dei DCA e le difficoltà connesse con la loro diagnosi precoce, un intervento terapeutico immediato e integrato ha consistenti possibilità di successo. Tuttavia molte persone affette da disturbi della condotta alimentare non chiedono aiuto, sia perché per lungo tempo non pensano di avere un problema di natura clinica, sia perché ritengono di "potercela fare da sole". Pertanto è di primaria importanza che queste persone siano aiutate a comprendere sia di avere un problema clinico, sia a sviluppare la fiducia nei terapeuti e negli esiti delle cure disponibili.