
I disturbi dell'alimentazione

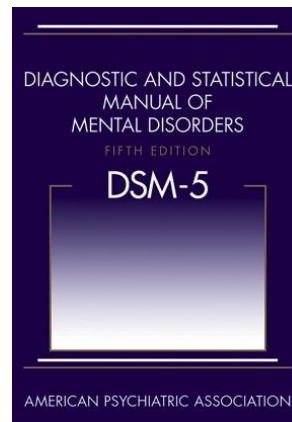
Prof ssa Carmen Barba

Come definiamo il problema

Definizione di disturbo dell'alimentazione

- I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti connessi all'alimentazione che
 - determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo
 - danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale

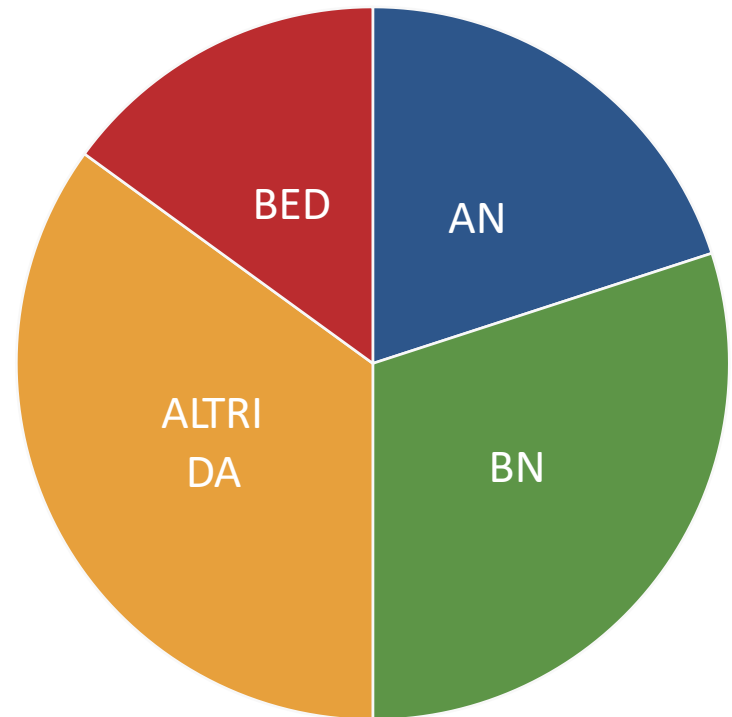
DSM-5 (2014)



Disturbi dell'alimentazione

Classificazione DSM-5

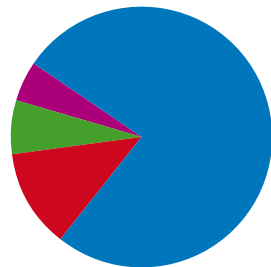
- Pica
- Disturbo di Ruminazione
- Disturbo dell'Alimentazione Evitante/Restrittivo
- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge-Eating Disorder)
- Disturbi con altra specificazione
- Senza Specificazione



Psicopatologia specifica e centrale

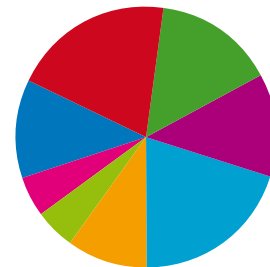
Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione

- Le persone con disturbi dell'alimentazione giudicano se stesse in modo predominante o esclusivo in termini di controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo (spesso tutte e tre le caratteristiche)



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Altro

Persona con DA



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Sport
■ Musica
■ Amici
■ Pittura
■ Altro

Persona senza DA

La dimensione del problema

Anoressia nervosa

Incidenza

5 - 5,4 casi per 100.000 abitanti per anno
(stabile dal 1970)

Picco d'incidenza tra 15-19 anni

Prevalenza lifetime

Donne: da 0,9% a 2,2%

Uomini: da 0,24% a 0,3%

Bulimia nervosa

Incidenza

6,1 – 6,6 casi per 100.000 abitanti per
anno (declinata dal 1990)

Picco d'incidenza tra 16-20 anni

Prevalenza lifetime

Donne: da 1,7% a 2,9% (0,5% negli
uomini)

La dimensione del problema

Disturbo da alimentazione incontrollata

Prevalenza lifetime

Nella comunità: 3%

- Età più avanzata d'insorgenza dell'AN e della BN
- Presente nel 7-12% delle persone che richiedono un trattamento per l'obesità
- $\frac{1}{4}$ sono maschi
- Frequente nella razza nera
- I pazienti richiedono il trattamento attorno ai 40 anni

Disturbo dell'alimentazione

Aree danneggiate

Salute fisica

- Mortalità (fino al 5% dei casi di anoressia nervosa dopo 10 anni dall'insorgenza)

Funzionamento psicologico

Relazioni interpersonali

Profitto scolastico e lavorativo

In alcuni casi determinano una grave disabilità

Disturbo dell'Alimentazione

Evitante/Restrittivo

- A. Un disturbo nell'alimentazione o nella nutrizione (es. apparente mancanza di interesse nel cibo o nell'alimentazione, evitamento basato su caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione per conseguenze spiacevoli dell'alimentazione) manifestato da mancato rispetto di un appropriato fabbisogno nutritivo e/o energetico associato a uno o più dei seguenti criteri:
 - 1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento del peso e della crescita previsto nei bambini).
 - 2. Significativa carenza nutrizionale.
 - 3. Dipendenza da nutrizione enterale o supporti nutrizionali orali (integratori).
 - 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da mancanza di disponibilità di cibo o da un'associata pratica culturale.
- C. Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente nel corso di Anoressia nervosa o Bulimia Nervosa , e non c'è evidente alterazione nel modo in cui viene vissuto il proprio peso o la forma del proprio corpo.
- D. Il disturbo non è attribuibile a una condizione medica o non meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Se i sintomi si manifestano nel decorso di un altro disturbo o condizione medica sono sufficientemente gravi da superare quelli abitualmente associati alla condizione medica e tali da giustificare di per sé attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri, i criteri stessi non vengono soddisfatti per un lasso di tempo sostenuto.

Anoressia Nervosa

- A. Restrizione nell'apporto energetico rispetto al fabbisogno che porta a un peso corporeo significativamente basso rispetto a quello previsto per età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Peso significativamente basso è definito da un peso inferiore al peso minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiori al peso minimo previsto.
- B. Intensa paura ad aumentare di peso o a diventare grassi, o persistente comportamento che interferisce con il recupero del peso, anche in caso di peso significativamente basso.
- C. Alterazione nel modo in cui viene percepito il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso e della forma del corpo nella valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo.

Specificare se: *Sottotipo restrittivo*

Sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione

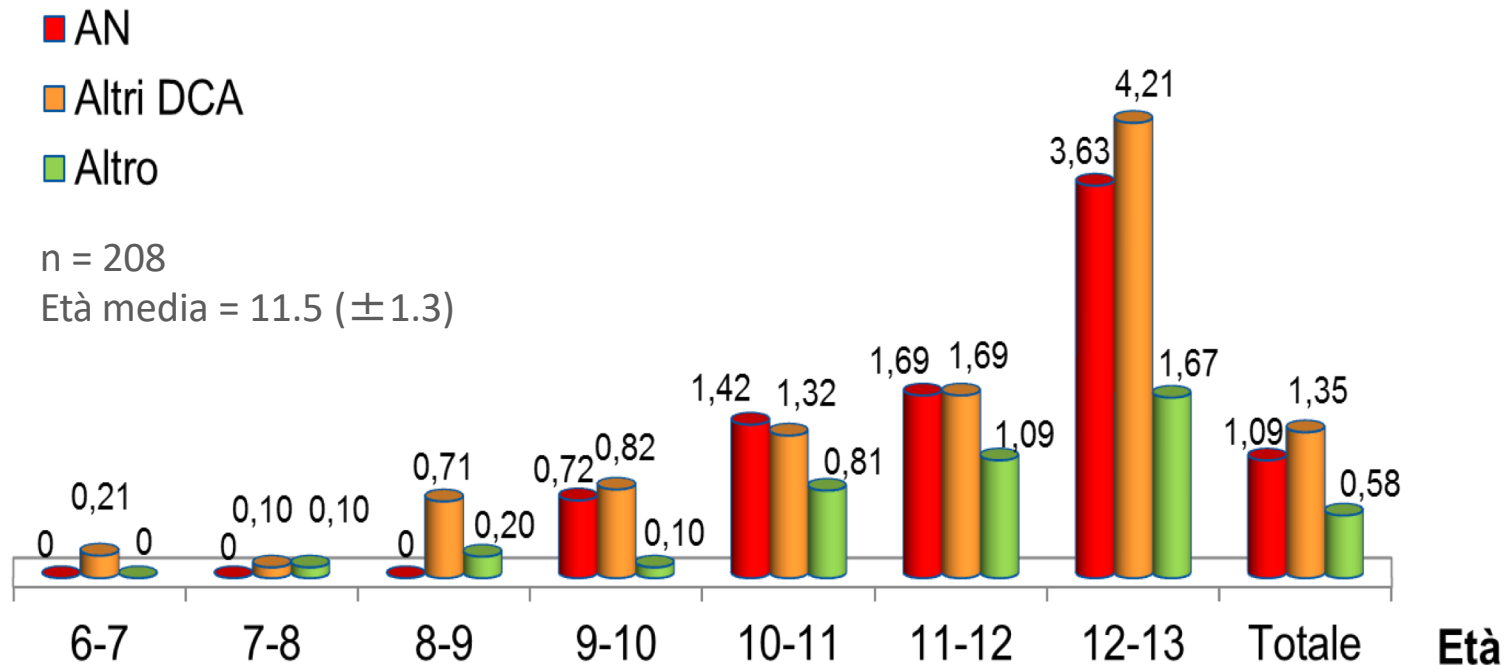
Bulimia Nervosa

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è definito dalle seguenti caratteristiche:
 - 1. Introduzione in un definito periodo di tempo (per esempio di due ore) di una quantità di cibo che è decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze.
 - 2. Sensazione di perdita del controllo su quello che si mangia durante l'episodio (per esempio la sensazione di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa e quanto si mangia)
- B. Ricorrenti comportamenti di compenso inappropriati allo scopo di prevenire l'aumento del peso, come il vomito autoindotto, l'uso inappropriato di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci; il digiuno o l'eccessivo esercizio fisico.
- C. Le abbuffate e i comportamenti di compenso inappropriati avvengono entrambi, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- D. La stima di sé è eccessivamente influenzata dal peso e dalla forma del corpo.
- E. Il disturbo non si presenta esclusivamente durante episodi di Anoressia Nervosa

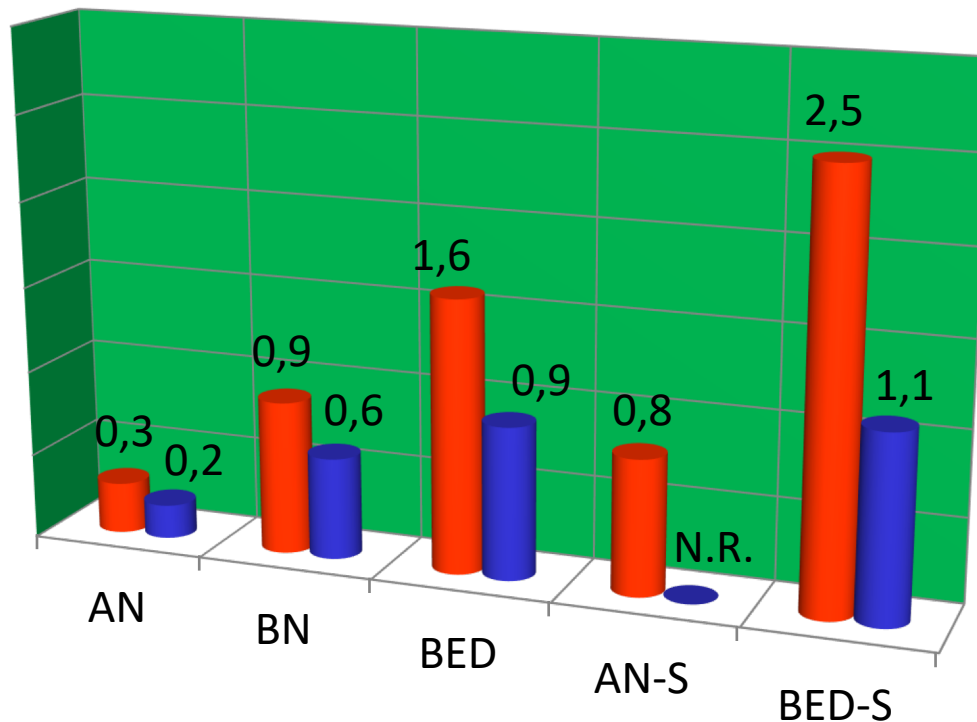
Disturbo da Alimentazione Incontrollata

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è definito dalle seguenti caratteristiche:
 - 1. Introduzione in un definito periodo di tempo (per esempio di due ore) di una quantità di cibo che è decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze.
 - 2. Sensazione di perdita del controllo su quello che si mangia durante l'episodio (per esempio la sensazione di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa e quanto si mangia).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti criteri:
 - 1. Mangiare più rapidamente del normale
 - 2. Mangiare fino a che non ci si sente spiacevolmente pieni
 - 3. Mangiare una quantità di cibo notevolmente maggiore rispetto alla sensazione fisica di fame
 - 4. Mangiare da solo a causa di sentimenti di imbarazzo per come si sta mangiando
 - 5. Sentirsi disgustato da se stesso, depresso o in colpa dopo l'abbuffata
- C. È presente marcato disagio riguardo gli episodi di abbuffata.
- D. Gli episodi di abbuffata si verificano mediamente almeno una volta a settimana nell'arco di tre mesi.
- E. Le abbuffate non sono associate con un regolare uso dei comportamenti compensatori inappropriati come nella Bulimia Nervosa e non si manifestano esclusivamente nel corso di Bulimia Nervosa o Anoressia Nervosa.

Incidenza dei DCA in età evolutiva



Prevalenza DCA in Adolescenza (%)



n = 10123

Età = 13-18 anni

■ Nell'arco di vita

■ Negli ultimi 12 mesi

DSM5



Complessa interazione

Tratti genetici

Attivazione
specifici
circuiti
neuronali

Impatto
ambiente

- Esperienze esterne
- Eventi psicologici

Ereditarietà

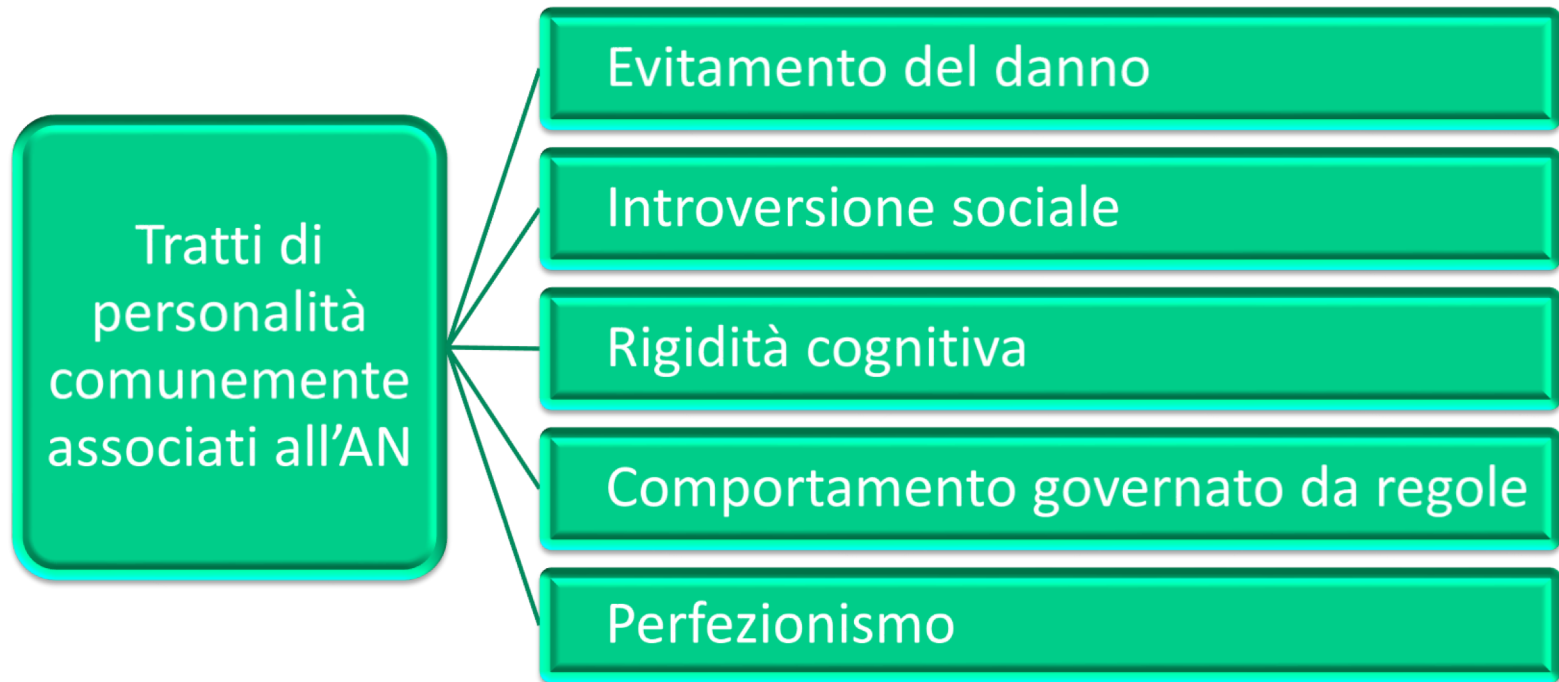
Ereditarietà

- tra 58% e 75%

Rischio di anoressia nervosa

- *11.3 volte maggiore* in famiglie con membri affetti da anoressia nervosa o con sintomi sotto-soglia di AN

Tratti di personalità



Stima di ereditarietà: tra 27% e 71%

DIFFERENZE GENETICHE

e

CARATTERISTICHE NEUROPSICOLOGICHE

contribuiscono alla vulnerabilità all'AN

ma

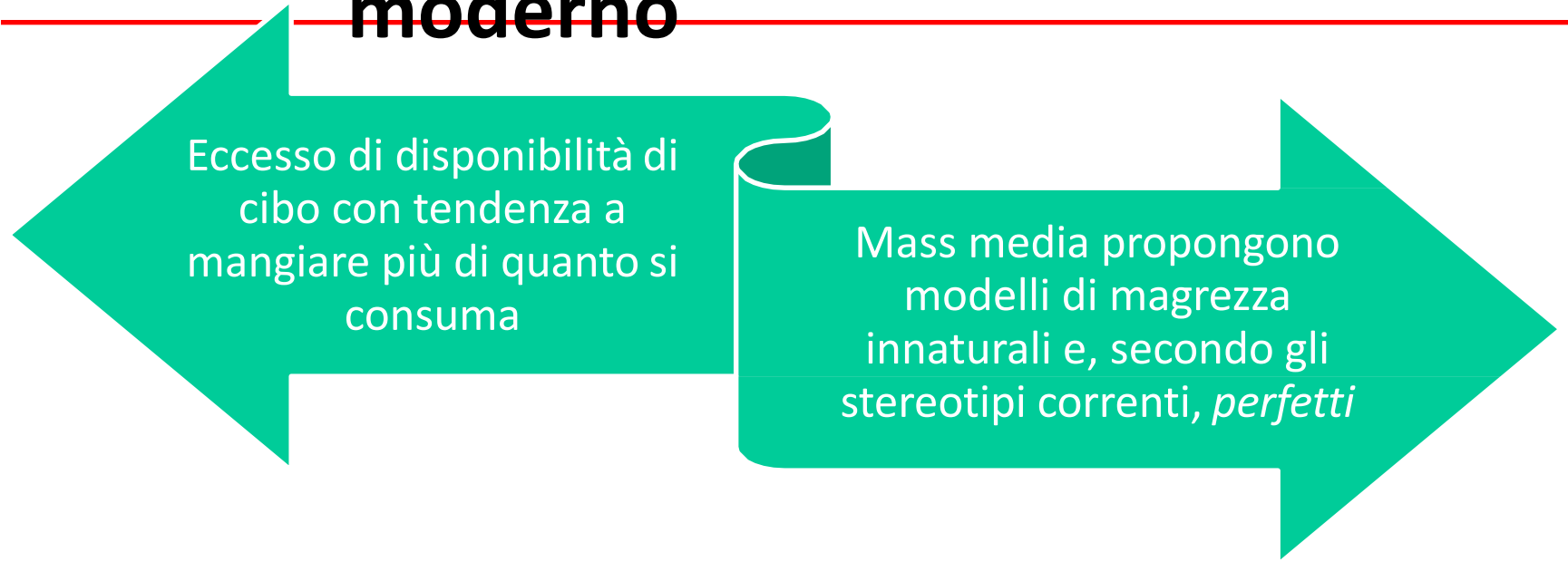
non sono sufficienti a innescare l'espressione dei sintomi

Studi che supportano la teoria di una transazione genetica-ambiente (studi sui gemelli, sulle famiglie, ricerche di laboratorio) suggeriscono la possibilità di

“POTENZIATORI” AMBIENTALI ED ESPERIENZIALI

dell'espressione dei sintomi

Paradosso mondo moderno



The diagram consists of two large, teal-colored arrows pointing in opposite directions, one to the left and one to the right, connected by a central white space. A horizontal red line is positioned above the arrows. The left arrow contains the text 'Eccesso di disponibilità di cibo con tendenza a mangiare più di quanto si consuma'. The right arrow contains the text 'Mass media propongono modelli di magrezza innaturali e, secondo gli stereotipi correnti, *perfetti*'. Below the arrows, a black text block asks: 'Perché una porzione della popolazione generale diventa obesa e una più ridotta sviluppa comportamenti alimentari abnormi?'.

Eccesso di disponibilità di cibo con tendenza a mangiare più di quanto si consuma

Mass media propongono modelli di magrezza innaturali e, secondo gli stereotipi correnti, *perfetti*

Perché una porzione della popolazione generale diventa obesa e una più ridotta sviluppa comportamenti alimentari abnormi?

Interventi di prevenzione

Interventi di prevenzione per l'AN

devono formare

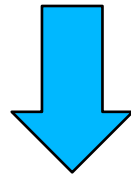
- personale sanitario
- insegnanti
- allenatori
- genitori

nel riconoscimento di tratti fenotipici e fattori di rischio precedenti l'esordio dei sintomi.

Screening e diagnosi precoce

Segnali di allarme

- Perdita di peso
- Paura irragionevole di ingrassare
- Preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo
- Check e evitamento del corpo
- Adozione di regole dietetiche estreme e rigide



- Spesso associati a cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali

Screening e diagnosi precoce

Gruppi ad alto rischio

Adolescenti (< 16 anni)

- IMC basso o elevato
- preoccupazioni per il peso e la forma del corpo
- disturbi mestruali o amenorrea
- sintomi dispeptici e problemi psicologici

Questionario di screening (SCOFF)

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;
- ▶ **3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);**
- ▶ 4. Riabilitazione intensiva residenziale;
- ▶ **5. Ricoveri ordinari e di emergenza.**

Screening e diagnosi precoce

- Meno della metà dei casi clinici di disturbo dell'alimentazione sono identificati dal pediatra di libera scelta o dal medico di famiglia
- Il ritardo diagnostico può avere serie ripercussioni sulla storia naturale del disturbo: il trattamento precoce aumenta le possibilità di successo

Ruolo pediatra e MMG: Invio ai centri specialistici

Intervento motivazionale ed educativo

- Il colloquio motivazionale deve essere affiancato da un intervento educativo che informi in modo scientifico e non terroristico il paziente dei rischi medici e psicologici del suo disturbo, delle opzioni terapeutiche disponibili e dei risultati che può ottenere
- Intervento strutturato in modo idoneo al contesto della pediatria o della medicina generale (incontri brevi e frequenti e forte rapporto di fiducia)

Ruolo pediatra e MMG

Invio a centri di cura specialistici

Supporto al paziente nella scelta del centro

- Necessità di disporre di un sistema a rete che abbia la possibilità di un intervento a passi successivi (ambulatoriale – ambulatoriale intensivo – ricovero)
- Scelta di un centro che garantisca le competenze e l'organizzazione per curare i disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza e che applichi terapie basate sull'evidenza
 - Terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica (CBT-E)
 - Trattamento basato sulla famiglia con i pasti assistiti (FBT)
- Accordo con i professionisti del centro su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente (accordo da condividere anche con il paziente e i suoi familiari)

Gestione durante il trattamento specialistico e nel follow-up

- Rinforzare il paziente e la famiglia a perseverare nel seguire il programma specialistico intrapreso
- Stabilire un contatto con lo specialista qualora si verificano crisi nell'adesione al trattamento
- Dopo la remissione e la conclusione della terapia specialistica
 - Monitorare il buon andamento dei comportamenti del paziente, rassicurandolo e consigliandolo a perseverare nell'attuazione del percorso prescritto e a diffidare dei pensieri disfunzionali circa il peso e la forma del corpo che dovessero riaffiorare