

DISTURBI ALIMENTARI

I disturbi del comportamento alimentare sono caratterizzati da comportamenti patologici finalizzati alla perdita di peso, da anomali atteggiamenti verso peso e forme corporee (con valutazione di sé eccessivamente incentrata su peso e aspetto) e da gravi complicanze fisiche e psichiche.

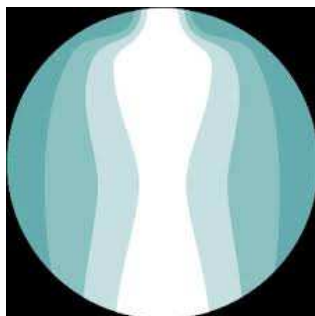
Incidenza e prevalenza di questi disturbi sono stazionarie negli ultimi vent'anni, ma invece sono in numero crescente le persone che richiedono un intervento allo specialista, ed essendo inoltre migliorata la diffusione delle conoscenze sui criteri diagnostici. Sono comunque in aumento i casi di anoressia precoce (prepubere) e tardiva (in età adulta), inoltre sono in aumento i soggetti maschi che si presentano all'osservazione clinica e vengono diagnosticati.

Nel DSM-5 i disturbi alimentari sono definiti **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione** e comprendono, anche disturbi solitamente diagnosticati durante l'infanzia, la fanciullezza e l'adolescenza.

Essi si suddividono in:

- **Bulimia nervosa**
- **Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo**
- **Anoressia nervosa**
- **Disturbo da binge-eating**
- **Night Eating Syndrome (Stunkard)**

Il trattamento di questi disturbi richiede un **approccio multidisciplinare integrato** sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale, sia per trattamenti intensivi di ospedalizzazione parziale (day hospital) o totale.



- **Bulimia nervosa**: è un disturbo alimentare caratterizzato da **episodi di abbuffate incontrollate con sensazioni di perdita di controllo** che solitamente portano a **comportamenti compensatori** come il vomito autoindotto. Nel momento delle abbuffate si consumano abbondanti quantità di cibo, spesso ad elevato contenuto calorico, questo fatto avviene generalmente di nascosto e precede una serie di atti, che come già detto possono essere il vomito ma non solo, altri strumenti utilizzati sono diuretici e lassativi, digiuno e attività fisica eccessiva. Tutti comportamenti volti a generare nella persona un **finto controllo della situazione**, per annullare gli effetti dell'eccesso di calorie assunte. In questa maniera le persone con questo disturbo cercano di eliminare il conseguente senso di colpa e riappropriarsi della capacità di controllo su proprio metodo alimentare. Ma questo sistema non funziona e il comportamento compensatorio, eliminando l'abbuffata, aumenta la possibilità che questa in futuro accada nuovamente. È evidente come i meccanismi di abbuffate e le compensazioni vengono utilizzati per **gestire le emozioni negative** che non si sanno contenere. L'abbuffata può emergere come un comportamento difensivo nei confronti dell'angoscia abbandonica, confermando la difficoltà nella gestione della separazione e della separatezza come fattore eziopatogenetico della bulimia nervosa. Il **“confine” del proprio corpo stabilisce l'identità e la forza di chi lo fa valere**. Il rapporto con se stessi è esercitato come potere e genera inadeguatezza e insicurezza. La bulimia è **un gioco di forza col cibo**, dove il valore che percepisce la persona di sé, sta tutto nel suo modo di rapportarsi al cibo. Allora si passa da un estremo controllo ad un estremo vuoto di controllo, non sentendosi più, sentendo che si è in balia di altro, estraneo a sé. L'intervento non può essere mirato al sintomo ma ad una maggiore consapevolezza dei più profondi funzionamenti, per poi modificarli, ridargli l'equilibrio di cui hanno bisogno. In terapia bisogna recuperare, riattraversandole, quelle esperienze che riguardano le **Sensazioni** del nostro corpo, per recuperare una corretta immagine corporea, bisogna lavorare sulla **Negatività**, sul **Controllo** eccessivo, sulla progettualità e sull'**Essere amati**: funzionamenti di fondo che si alterano spesso in questi disturbi, ma l'intervento deve essere comunque calibrato e progettato sulla persona e in virtù della sua storia.

Il modello multifattoriale

Il modello più accreditato dalla comunità scientifica e che meglio può definire le cause di disturbi dell'alimentazione è il modello multifattoriale, secondo il quale i disturbi dell'alimentazione sarebbero dovuti all'interazione di fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento, entrambi di tipo biologico ed ambientale. Secondo il modello multifattoriale, diffuso a partire dagli anni Ottanta, prevede che fattori predisponenti (individuali, familiari, socioculturali) con cui interagiscono in momenti particolari della vita (generalmente durante l'adolescenza) fattori scatenanti o precipitanti, eventi stressanti o vissuti tali da portare a precipitare verso un disturbo alimentare una persona biologicamente e psicologicamente predisposta. Una volta instauratasi la patologia, possono insorgere fattori di mantenimento (anch'essi biologici e psicologici) che fanno sì che una persona rimanga invischiata nella malattia senza uscirne.

- **Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo:** caratterizzato da persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato ad un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione.

- **Anoressia nervosa**, caratterizzata da:

- persistente restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità che porta ad un peso corporeo significativamente basso,
- intensa paura di aumentare di peso e di diventare grassi oppure un persistente comportamento che interferisce con l'aumento di peso,
- una significativa alterazione della percezione di sé relativa a peso e forma del corpo,
- percezione e significato attribuiti al peso e alla forma del corpo sono distorti ed influenzano notevolmente i livelli di autostima.

Nell'anoressia **la persona si forza ad una restrizione alimentare volontaria molto importante**. Nelle sue forme più acute la malnutrizione porta ad uno stadio così pericoloso da richiedere un ricovero in struttura per gestire l'urgenza. In una forma più comune e meno evidente sono moltissime le adolescenti o le giovani donne colpite da questo disturbo, che negli ultimi anni non risparmia neanche gli adolescenti maschi. Questo disturbo insorge spesso in soggetti che chiedono molto a loro stessi e che sono sempre insoddisfatti delle loro prestazioni, in genere presentano una bassa autostima.

Molto spesso anoressia e bulimia si presentano contemporaneamente, anche perché le persone con questo disturbo non hanno eliminato lo stimolo della fame, ma giocano con esso un continuo braccio di ferro che le porta ad un logoramento, fisico e psicologico.

- **Disturbo da binge-eating**, caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffata, accompagnati da marcato disagio.

- **Night Eating Syndrome (Stunkard)** caratterizzata da:

- assenza di appetito al mattino,
- iperfagia durante la notte,
- insonnia.

I soggetti affetti da questa patologia presentano un'alterazione del normale ritmo circadiano di secrezione di alcuni ormoni (tra cui melatonina e leptina), depressione, bassa autostima, rapporto diretto fra depressione, fame, risvegli notturni.

Distinte costellazioni di personalità possono favorire sviluppo e decorso dei disturbi dell'alimentazione, per questo occorre fare un **progetto terapeutico personalizzato ed integrato** che sia specifico per la persona. Bisogna cercare di **ristabilire un equilibrio e un funzionamento il più possibile integrato dell'organismo**, lavorando sui funzionamenti psicocorporei alterati, per abbandonare il gioco di forza che si instaura col cibo, relazione in cui ci si sente estremamente forti ed estremamente vittime; si lavora sui funzionamenti più profondi sia sulle emozioni ad essi legate.