

# IL MAL DI CIBO

*Disturbi del comportamento alimentare: i concetti di base, le domande da porre al paziente, i sintomi e i segni nascosti che devono suggerire l'ipotesi diagnostica, le indicazioni per il rinvio allo specialista e per il ricovero*

**S**e ne parla molto e a ragione. I Disturbi del comportamento alimentare (Dca), anoressia e bulimia nervosa, sono da diversi anni al centro di un nutrito interesse dal punto di vista sia clinico sia sociale.

A partire dai primi scarni resoconti scientifici apparsi agli inizi degli anni Sessanta, il numero di articoli concernenti i Dca presenti in letteratura scientifica è venuto via via crescendo fino a diventare un vero e proprio mare nel quale è ormai difficile orientarsi anche per gli specialisti del settore.

L'obiettivo di questo Master sarà pertanto quello di fornire al lettore un *digest* comprensibile dei concetti più importanti riguardanti l'epidemiologia, l'eziologia, la patogenesi, le

complicanze e il trattamento dei Dca. Qual è la differenza tra anoressia e bulimia? Quali sono le domande da porre al paziente per lo screening dei Dca? Quali sono i sintomi e i segni più nascosti che devono suggerire l'ipotesi diagnostica di un Dca? Che cosa è il Bed? I Dca colpiscono anche i soggetti di sesso maschile?

Qual è il modo per determinare un sano peso corporeo individuale? Quali sono i farmaci da usare per la terapia dei Dca? Quali sono le indicazioni per l'invio a consulenza specialistica? E per il ricovero ospedaliero? Quali le più comuni comorbidità psichiatriche di questo tipo di disturbi?

Tutte domande cui cercheremo di rispondere in queste pagine.

## L'epidemiologia

L'impatto epidemiologico sulla popolazione mondiale di questo tipo di patologie è piuttosto allarmante. Mentre i primi studi epidemiologici sembravano suggerire che i Dca fossero una patologia esclusiva dei Paesi occidentali altamente industrializzati, una serie di recenti indagini ha dimostrato chiaramente che essi stanno comparando in maniera crescente in tutta una serie di Paesi precedentemente ritenuti immuni.

Tra questi, la Cina, l'ex Unione Sovietica, l'India, Hong-Kong, e il Sud Africa. Un tempo ritenuti patologie esclusive degli strati socio-economici più elevati della popolazione, i Dca appaiono ormai diffusi uniformemente in tutte le fasce sociali. In Italia gli indici di prevalenza e incidenza dei Dca appaiono praticamente uguali sia nel centro, sia nel Nord, sia nel Sud del Paese.

La diffusione totale dei Dca attualmente stimata in Italia dall'unica indagine ministeriale esistente (Ann. San. Pub. 1998, vol. III, fasc. 1, 2, 3) è di circa l'1,5 per cento nella popolazione femminile compresa nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni (anoressia 0,5; bulimia 1,5 per cento) e l'incidenza annua stimata è di circa 15 casi ogni 100 mila abitanti.

Sulla base di questa stima presuntiva la popolazione affetta da questo tipo di disturbi sarebbe di circa 66 mila persone con un'incidenza di circa 8.500 nuovi casi all'anno equamente distribuiti nelle diverse regioni italiane.

Se consideriamo però nel conto anche le forme miste, le forme subcliniche, e i casi di *Binge eating disorders* (Bed), il disturbo da alimentazione incontrollata, una stima di prevalenza più veritiera si situa probabilmente intorno al 5 per cento. E ancora non consideriamo i Dca che si verificano nei soggetti di sesso maschile, e che risultano in costante crescita. Parliamo dunque di numeri piuttosto preoccupanti.

Se consideriamo infine che, nel caso dell'anoressia nervosa, ci riferiamo alla patologia psichiatrica con più alto indice di mortalità (20 per cento entro 17 anni dalla diagnosi), la questione diviene comprensibilmente allarmante.

di **Fabio Piccini**

*Psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Psicologia clinica e Psicoterapia, Casa di cura "Malatesta Novello", Rimini*

## Alcune definizioni

Sotto la comune denominazione di Disturbi del comportamento alimentare (Dca) si raccolgono due principali quadri clinici che sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.

L'obesità comune non rientra invece tra i Dca, ma è esperienza scientificamente provata che dal 20 al 30 per cento dei pazienti che richiedono una terapia per l'obesità soffre in realtà anche di qualche forma di Dca (più spesso di un Bed).

È importante sottolineare che lo sforzo fatto dai clinici per differenziare tra loro i diversi quadri è di fatto più teorico e didattico che realistico, in quanto è esperienza comune che i comportamenti alimentari di questi tipi di pazienti si distribuiscono lungo un *continuum* che varia nelle diverse epoche della loro storia clinica.

È frequente quindi che un paziente entri ed esca dalle diverse categorie diagnostiche. Un'anoressica che sviluppa un comportamento bulimico ma senza le caratteristiche di frequenza tipiche della bulimia, o una bulimica che attraversi fasi anche lunghe di restrizione alimentare, sono quadri tutt'altro che rari.

È anche frequente incontrare pazienti in cui sono presenti quasi tutti i criteri diagnostici di una delle patologie principali meno uno.

Questo riscontro ha portato alla definizione dei cosiddetti disturbi alimentari atipici, detti anche Dca non altrimenti specificati, disturbi che vengono diagnosticati in tutti quei casi in cui non sia possibile far rientrare il quadro clinico in una diagnosi classica di anoressia nervosa o bulimia nervosa.

## Criteri diagnostici delle sindromi principali

Secondo il Dsm IV vi sono quattro criteri diagnostici per l'anoressia nervosa (perdita di peso, rifiuto e paura di aumentare di peso, alterata percezione del peso e delle forme del proprio corpo, amenorrea) e tre per la bulimia nervosa (abbuffate compulsive con elevata frequenza, comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso conseguente alle abbuffate e alterata valutazione di sé,

basata sulle forme e sul peso corporeo). Vengono inoltre specificati due sottotipi di anoressia nervosa (tipo restrittivo e tipo con abbuffate e condotte di eliminazione) e due di bulimia nervosa (con condotte di eliminazione e senza condotte purgative).

Come si può notare da questi criteri, i due quadri hanno in comune la paura delle pazienti di ingrassare e la valutazione di sé data a partire dalle forme e dal peso del corpo, entrambi percepiti in maniera distorta.

Paura, questa, che porta i soggetti che soffrono di Dca a mettere in atto tutta una serie di strategie (digiuno, attività fisica eccessiva, abuso di diuretici e lassativi, vomito autoindotto), volte a limitare l'aumento del peso, anche in presenza di situazioni fisiologiche di grave denutrizione.

Nell'anoressia nervosa balzano di solito all'occhio la perdita di peso con valori di Bmi (indice di massa corporea) inferiori a 17,5 e l'amenorrea.

Nella bulimia nervosa il peso appare invece più spesso normale o leggermente aumentato, mentre sono elemento rilevante le abbuffate di cibo e la loro eliminazione mediante condotte varie, come vomito, abuso di lassativi e diuretici. Possiamo quindi dire, semplificando un po', che la diagnosi differenziale tra anoressia nervosa con condotte di eliminazione, cosiddette di tipo bulimico, e bulimia nervosa, si basi fondamentalmente sulla presenza o meno di sottopeso e amenorrea.

### CHE COS'È UN'ABBUFFATA

Un'abbuffata viene definita come un episodio alimentare con le seguenti caratteristiche:

- la quantità di cibo consumato è oggettivamente superiore a quello che la media degli individui riesce a consumare nello stesso intervallo di tempo e in simili circostanze
- una volta che ha iniziato a mangiare, il paziente ha la sensazione di perdere il controllo di sé, di non riuscire a fermarsi e di non poter decidere quanto e cosa mangiare

Nell'anoressia nervosa di tipo maschile, l'amenorrea appare sostituita dalla perdita della libido e della capacità eiaculatoria, ma questi sono solo criteri diagnostici cosiddetti "di ricerca", e quindi non ancora ufficialmente approvati dalla comunità scientifica internazionale.

## Criteri diagnostici delle sindromi atipiche

Come bisogna valutare il quadro di una paziente che presenti tutti i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa ma che mantenga mestruazioni regolari? E una paziente che presenti tutti i criteri per la bulimia nervosa ma si abbuffa e vomita solo una volta alla settimana? Oppure che presenti tutti i criteri per l'anoressia nervosa ma che mantenga un Bmi superiore a 17,5? Per rispondere a questi quesiti, è stato introdotto il concetto dei disturbi atipici del comportamento alimentare, anche chiamati Nas, non altrimenti specificati.

Utilizzeremo questa categoria diagnostica tutte le volte che ci troviamo di fronte a un quadro clinico che è indiscutibilmente un Dca, ma nel quale sono presenti solo alcuni dei criteri diagnostici necessari per l'identificazione di uno dei due quadri maggiori.

Tra i disturbi atipici del comportamento alimentare, quello che gode di identità nosografica maggiormente definita è certamente il Bed o *Binge eating disorder*, o disturbo da alimentazione incontrollata.

I criteri necessari per diagnosticare un Bed sono stati abbastanza standardizzati e comprendono:

- crisi accessionali di fame compulsiva, con desiderio irresistibile di abbuffarsi, in tutto e per tutto simili a quelli presenti nella bulimia nervosa;
- senso di colpa e di vergogna per l'abbuffata;
- assenza di condotte compensatorie di eliminazione volte a prevenire l'aumento del peso.

Se gli episodi si verificano esclusivamente durante le ore notturne si parla talora di *night eating syndrome*.

È evidente dai criteri diagnostici che

## FATTORI DI RISCHIO PER I DCA

Le condizioni che rendono probabile un disturbo del comportamento alimentare sono le seguenti:

**Sesso:** i disturbi del comportamento alimentare colpiscono un maschio ogni 10 femmine.

**Età:** gli adolescenti sono i più colpiti; il picco di incidenza si ritrova in ragazze di età compresa tra i 15 e i 24 anni, anche se esistono casi in cui la preoccupazione per il peso è descritta già a 8-9 anni.

**Personalità:** l'anoressia è più frequente in soggetti ipersensibili alla critica, con scarsa autostima, e tendenze ossessive. La bulimia è più frequente in

soggetti con tendenze isteriche, affettivamente instabili e impulsivi.

**Famiglia:** più frequenti ove vi sia un'anamnesi familiare positiva per disturbi depressivi, obesità, Dca.

**Gruppo di appartenenza:** più frequente in ballerine, atlete professioniste, ginnaste, nuotatrici, modelle, fantini, indossatori, maschi omosessuali.

**Dieta:** in presenza dei suddetti fattori di rischio, le persone che seguono regolarmente diete sono sei volte più a rischio di sviluppare un Dca di coloro che non ne fanno. Le diete ferree paiono essere il principale fattore scatenante i Dca.

questo disturbo porta inevitabilmente i pazienti che ne soffrono a sviluppare gradi variabili di obesità. È stato riscontrato che il Bed è il disturbo più spesso diagnosticato negli obesi gravi e la sua percentuale di incidenza aumenta con l'aumentare del livello di gravità dell'obesità.

### L'eziopatogenesi dei Dca

I Dca sono disturbi fortemente legati alla cultura di appartenenza del soggetto tanto da venire spesso citati nei trattati di etno-psichiatria come esempio di sindromi culturalmente trasmesse.

L'eziopatogenesi dei Dca pare centrata sul fatto che una persona che presenti determinate caratteristiche di personalità, se inserita in un contesto culturale che enfatizzi la magrezza e il controllo del peso come valori socialmente positivi, può "scegliere inconsciamente" la via di un Dca come mezzo per compensare le proprie frustrazioni esistenziali.

Le caratteristiche di personalità che sono più spesso associate allo sviluppo di Dca sono:

- scarsa autostima;
- forte auto-criticismo;
- incapacità a riconoscere e differenziare le proprie emozioni;
- modalità di pensiero del tipo "tutto o nulla".

Nei casi di anoressia nervosa troviamo più spesso rappresentate strutture di personalità con tratti ossessivo-compulsivi mentre nei casi di bulimia nervosa si riscontrano per lo più personalità con tratti impulsivi.

Si è visto che nei pazienti affetti da Dca vi è una percentuale variabile di comorbilità psichiatrica per disturbi affettivi, disturbi di personalità e disturbi da abuso di sostanze di circa il 40-45 per cento. Tale comorbilità è spesso presente anche nelle famiglie di origine.

Il principale fattore scatenante dei Dca appaiono essere i comportamenti dietetici incongrui, i quali, se messi in atto da una persona con i suddetti indici di rischio, possono agire da *trigger* per lo sviluppo di una malattia.

I fattori di mantenimento della patologia alimentare sono invece da ricercarsi nel permanere dei fattori predisponenti e nell'instaurarsi di circuiti di *feedback* positivo che generano circoli viziosi patologici.

### La prognosi

Abbiamo già detto del tasso di mortalità dell'anoressia nervosa non trattata. Ma quali sono gli esiti del trattamento di queste patologie?

Un recente studio svedese che ha condotto una meta-analisi di tutti gli studi di esito presenti in letteratura sui Dca,

ha evidenziato che l'anoressia nervosa trattata guarisce completamente nel 40 per cento circa dei casi, con difetto, per la permanenza di comportamenti alimentari disfunzionali, nel 35 per cento dei casi ed evolve verso una cronicità inguaribile nel 25.

La bulimia nervosa invece pare avere una prognosi decisamente migliore. Anche se non esistono studi controllati di esito, trattandosi di patologia di recente definizione, si è visto che quasi un 65 per cento dei casi trattati guarisce senza residui mentre solo un 35 guarisce con difetti di entità variabile. Questi ultimi sono però quei casi in cui abbiamo visto essere dimostrabile una comorbilità psichiatrica significativa.

### BIBLIOGRAFIA

- American psychiatric association (1996). *Dsm-IV Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali*. Masson S.p.A., Milano, 1996.
- Fairburn C. (1984). *Come vincere le abbuffate*. Positive Press, Verona 1986.
- Garner D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa, *Lancet*, 341:1631-5.
- Gordon R. A. (1990). *I disturbi del comportamento alimentare: anatomia di un'epidemia sociale*. Cortina, Milano, 1997.
- Ministero della Sanità. *Relazione della commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa*. Annali della sanità pubblica 1998, Vol III, fasc. 1, 2, 3.
- Morton R. (1689). *Phtisiologia, seu exercitationes de phtisi*. Smith & Walford, London.
- Nasser M. (1997). *Culture and weight consciousness*. Routledge, London.
- Oms (1996). *Icd 10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Masson S.p.A., Milano, 1996.
- Russel G. F. M., (1997). *The history of bulimia nervosa*. In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford, New York.
- Silverman J.A. (1997). *Anorexia nervosa: historical perspective on treatment*. In Garner D.M., Garfinkel P. E. (eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford, New York.
- Walsh T. B., Garner D. M. (1997). *Diagnostic issues*. In Garner D. M., Garfinkel P. E. (eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford, New York. ■