



I disturbi del comportamento alimentare

*Sabato 14 settembre 2013
8.15 - 14.00*

*Sala Girardi - PJME
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

I disturbi del comportamento alimentare

Sabato 14 settembre 2013 – ore 8.15-14.00

*Sala Girardi – PIME
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

Coordinatori

Dott.ssa Maria Gabriella Gentile

Primario Emerito Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano

Programma

- 8.15-8.45 *Registrazione Partecipanti*
- 8.45-9.00 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato

Moderatori

Dott.ssa Maria Gabriella Gentile

Dott.ssa Maria Grazia Manfredi

MMG a Milano

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

- 9.00-9.45 *Dott.ssa Maria Gabriella Gentile*
L'importanza dell'identificazione precoce
Criteri diagnostici e strategie terapeutiche
Discussione
- 9.45-10.30 *Dott.ssa Maria Enrica Bettinelli*
Responsabile Settore Materno Infantile – Asl di Milano
Il ruolo del pediatra nella prevenzione dei disturbi alimentari
Discussione
- 10.30-11.45 *Prof.ssa Valeria Ugazio*
Docente di Psicoterapia – Università degli Studi di Bergamo
Direttore Scientifico European Institute of Systemic Relational Therapies – Milano
La famiglia nel percorso di cura
Discussione

11.45-12.00

Intervallo

12.00-13.15

Dott.ssa Maria Gabriella Gentile

Dott.ssa Giulia Maria

S.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica

Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano

Presentazione e discussione di casi clinici

13.15-14.00

Discussione e compilazione schede di valutazione e di verifica

L'importanza dell'identificazione precoce Criteri diagnostici e strategie terapeutiche

Dott.ssa Maria Gabriella Gentile

Primario Emerito Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono costituiti da un insieme di patologie sempre più diffuse che è opportuno imparare a conoscere.

Si tratta di malattia che nelle loro diverse forme usano il corpo ed il cibo per esprimere un disagio psicologico. Tali patologie, che fino a 25-30 anni fa erano eccezionalmente riscontrate, sono attualmente divenute una realtà diffusa che pone pesanti problematiche sia in ambito sanitario che sociale.

Gli attuali criteri diagnostici-classificativi accettati a livello della comunità scientifica internazionale sono quelli dell'American Psychiatric Association DSM-IV³ (1) e quelli della Classificazione Internazionale delle Malattie X edizione (ICD-10) (tabella 2).

Nel DSM-IV viene descritto l'atteggiamento di negazione di sintomi e di comportamenti autoindotti per modificare il proprio peso, mentre l'ICD-10 non ne fa menzione.

Nella nostra esperienza spesso il comportamento di tipo purping viene ostinatamente negato fino a quando non si arriva all'inizio della guarigione. Tale atteggiamento di negazione-rimozione andrebbe probabilmente evidenziato in modo maggiore nei criteri diagnostico-classificativi.

Tabella 1. Criteri diagnostici del DSM-IV TR per l'anoressia nervosa

A) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. 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 di crescita lineare, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto al 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 dell'attuale condizione di sottopeso.

D) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Specificare il sottotipo:

- Con Restrizioni: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
- Con Abbuffate/condotte di eliminazione: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Tabella 2. Criteri diagnostici dell'ICD 10 per l'anoressia nervosa

Per una diagnosi di certezza sono richiesti tutti i seguenti aspetti:

1. Un peso corporeo che sia almeno il 15% al di sotto di quello atteso (perso o mai raggiunto), o un indice di massa corporea di Quetelet al di sotto di 17.5. I pazienti in età prepuberale possono non subire il previsto incremento ponderale durante il periodo di accrescimento.

2. Perdita di peso autoindotta mediante l'evitamento dei cibi che fanno ingrassare.

3. Presenza di una distorsione dell'immagine corporea , sotto forma di una specifica psicopatologia per cui il terrore di diventare grasso persiste come un'idea prevalente intrusiva e il paziente si impone un limite di peso molto ridotto.

4. Presenza di una disfunzione endocrina diffusa riguardante l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, che si manifesta nelle donne come amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza (un'eccezione apparente è la persistenza di sanguinamento vaginale in donne con anoressia che seguono una terapia sostitutiva ormonale, in genere sotto forma di pillola contraccettiva). Vi possono anche essere elevati livelli di ormone somatotropo, aumentati livelli di cortisolo, modificazioni del metabolismo periferico dell'ormone tiroideo e anomalie della secrezione insulinica.

Note diagnostiche:

1. Vi è di solito una condizione di iponutrizione di varia gravità con modificazioni endocrino metaboliche secondarie e disturbi delle funzioni corporee. I sintomi includono una scelta dietetica ristretta, un esercizio fisico eccessivo, vomito e purghe autoindotti e l'uso di farmaci anoressizzanti e di diuretici. Tali caratteristiche accreditano la diagnosi ma non sono elementi essenziali.

2. Se l'esordio è prepuberale, la sequenza degli eventi puberali è ritardata, o persino arrestata (l'accrescimento staturale si ferma; nelle ragazze i seni non si sviluppano e vi è amenorrea primaria; nei ragazzi i genitali rimangono infantili). Con la guarigione la pubertà è spesso portata a completamento in maniera normale, ma il menarca è ritardato.

La Bulimia Nervosa come entità clinica è senz'altro di più recente riscontro: la prima segnalazione ufficiale spetta a Russel nel 1979 e subito dopo, nel 1980, è citata dall'American Psychiatric Association. Nel DSM-IV la forma morbosa viene descritta secondo quanto riportato nella tabella 3; la tabella 4 riassume i criteri diagnostici dell'ICD-10 per la Bulimia Nervosa.

Tabella 3 Criteri diagnostici per la bulimia nervosa secondo DSM-IV-TR

- Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti punti:
 - mangiare in un periodo di tempo definito (ad es. un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili; 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).
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di anoressia nervosa.
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclisti o altri farmaci, digiuno esercizio fisico eccessivo.

Tipo purgativo (purging) Gli episodi di abbuffate sono seguiti regolarmente da vomito o da abuso di lassativi, diuretici o clisteri.

Tipo non purgativo (non purging) Gli episodi di abbuffate sono seguiti da altre inappropriate modalità di compenso (digiuni, eccesso di attività fisica) ma non regolarmente da vomito e/o abuso di lassativi, diuretici o clisteri. • Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi.

Tabella 4. Criteri diagnostici per la bulimia nervosa secondo ICD 10

- Vi sono presenti episodi ricorrenti di iperalimentazione (almeno due volte alla settimana per un periodo di tre mesi), in cui grandi quantità di cibo sono consumate in brevi periodi di tempo.
 - Vi è presente una persistente preoccupazione riguardante l'alimentazione e un forte desiderio o un senso di compulsione a mangiare.
- Il paziente tenta di mitigare gli effetti “ingrassanti” del cibo mediante una o più delle seguenti procedure:
- vomito autoindotto; - purghe autoindotte; - periodi alternati di digiuno; - uso di farmaci come anoressizzanti, estratti di tiroide o diuretici.
- Quando la bulimia si verifica in pazienti diabetici, essi possono decidere di tralasciare il loro trattamento insulinico.
- Vi è la percezione di se stesso come troppo grasso, con un terrore intrusivo della grassezza (che conduce di solito ad un deficit ponderale).

Ai due disturbi più noti e diffusi vanno aggiunte due altre sindromi cliniche delle quali è più difficile delineare i confini. La prima è costituita dal *Binge Eating-Disorder* o *sindrome da alimentazione compulsiva*, caratterizzata dal consumo di ampie quantità di cibo in un breve periodo e seguita da sentimenti di auto denigrazione. E' presente con percentuali variabili dal 30 al 40% nei soggetti obesi. Tale comportamento, pur presentando analogie con la sindrome bulimica, non è seguito da comportamenti purgativi ed è meno presente la preoccupazione per il peso corporeo e l'aspetto fisico. La seconda sindrome, *Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati o DANS*, è costituita da un insieme di disturbi del comportamento alimentare di difficile inquadramento diagnostico, almeno alla luce delle attuali conoscenze.

Le tabelle 5 e 6 riassumono i criteri diagnostici del DSM-IV per il Binge Eating Disorder e per i Disturbi del Comportamento Alimentare Specificati o Subliminali.

Tabella 5 Criteri diagnostici per il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti (entrambi necessari).

1. Mangiare in un periodo di tempo circoscritto (ad esempio nell'arco di due ore) una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.

2. Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di poter controllare cosa o quanto si sta mangiando)

B. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:

– Mangiare molto più rapidamente del normale; – Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di troppo pieno; – Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame; – Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite; – Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.

C. Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.

D. Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni la settimana per almeno sei mesi.

Tabella 6. Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (DSM-IV)

La categoria Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati include quei disturbi che non soddisfano i criteri di alcuno specifico disturbo dell'alimentazione.

Gli esempi includono:

1. Per il sesso femminile, tutti i criteri richiesti per la diagnosi di Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare.

2. Tutti i criteri di Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nella norma.

3. Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a due episodi alla settimana per tre mesi.

4. Soggetti di peso normale che si dedicano regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (per es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).

5. Soggetti che ripetutamente masticano e sputano, senza deglutire, grande quantità di cibo.

6. Disturbo da Alimentazione incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte tipiche della Bulimia Nervosa.

Mentre nei riguardi dei criteri classificatori sono stati compiuti importanti passi in avanti ed è possibile riscontrare un accordo a livello internazionale, almeno a livello scientifico (mentre è ancora rilevante la confusione a livello della pratica clinica quotidiana), i dati relativi alla diffusione delle varie forme di malattia sono ancora pochi e spesso di non facile interpretazione.

La prevalenza media nelle giovani donne è dello 0,3% per l'anoressia nervosa e dell'1% per la bulimia nervosa. L'incidenza è di almeno 8 ogni 100.000 persone/anno per l'anoressia nervosa e di 12 per 100.000 persone/anno per la bulimia nervosa. L'incidenza dell'anoressia nervosa e della bulimia è aumentata negli anni, ma come prima accennato i dati sono di difficile ricostruzione proprio perché in conseguenza delle differenti modalità di classificazione, le varie forme morbose possono essere rimaste o sconosciute o mal classificate.

Le principali caratteristiche delle due maggiori forme di *disturbo del comportamento alimentare* sono riportate nella tabella 7.

Tabella 7. Caratteristiche di anoressia nervosa e bulimia nervosa a confronto

	Anoressia nervosa		Bulimia nervosa	
	Restrittiva	Purgativa	Purgativa	Non purgativa
Peso corporeo	Molto basso	Basso	Normale	Normale o lievemente ↑
Alimentazione	Marcata restrizione	Marcata restrizione con occasionali eccezioni	Abbuffata, vomito e periodi di digiuno	Abbuffata, periodi di digiuno
Abbuffata		Occasionale	Frequente	Frequente
Vomito pratiche purgative	Nessuna o occasionale	Occasionale o frequente	Frequente	Assenti o rare
Paura di ingrassare	Marcata	Marcata	Marcata	Marcata
Attività fisica	Spesso ↑	Spesso ↑	Può essere ↑	↑↑
Ciclo mestruale	Amenorrea solitamente	Amenorrea solitamente	Irregolare o normale	Irregolare o normale

Da MG Gentile *Disturbi del Comportamento Alimentare*. Mattioli Ed. 2010

Il percorso diagnostico per l'identificazione dei DCA deve basarsi fundamentalmente su valutazioni:

- stato di nutrizione per evidenziare l'eventuale presenza di malnutrizione e/o condotte alimentari di tipo restrittivo e/o eliminatorio (abuso di lassativi, diuretici ecc.);
- disagio psichico sottostante all'alterato comportamento alimentare.

I *disturbi del comportamento alimentare* sono patologie a forte caratterizzazione o socioculturale che oramai colpiscono tutti i gruppi socioeconomici del mondo a cultura occidentale. Sono altresì caratterizzati da una forte componente di genere, 9 malati su 10 sono di sesso femminile.

La fascia di età più colpita è quella adolescenziale-giovanile, anche se ormai con una certa frequenza si presentano forme tardive (30-40 anni) e precoci (bambini).

La valutazione della reale diffusione dei DCA è particolarmente difficile, fino al 50% dei casi possono rimanere a lungo misconosciuti, per diversificati motivi:

- 1 I criteri diagnostici da applicare sono complessi, soprattutto per *l'ostinata negazione della patologia da parte dei soggetti che ne sono affetti*;
2. Le forme meno gravi soprattutto di bulimia, *binge eating disorders* o le forme subcliniche, possono rimanere per anni nascoste ai medici curanti e/o agli stessi familiari;
3. La forte caratterizzazione "psichiatrica", riservata all'Anoressia Nervosa e alla Bulimia Nervosa, può causare ulteriori meccanismi di rimozione-negazione da parte dei malati e dei loro genitori. I DCA sono determinati da un insieme di fattori psicologici, interpersonali e biologici a volte di difficile identificazione che possono presentarsi a seconda dei casi con un insieme di variegata combinazioni (tabella 8).

Tabella 8. Principali determinanti dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Fattori socioculturali	<ul style="list-style-type: none">- Pressioni culturali nei confronti della magrezza vissuta come mito e forma di autorealizzazione- Definizioni rigide e restrittive della bellezza- Valore della persona basata sull'apparenza fisica
Fattori psicologici	<ul style="list-style-type: none">- Bassa autostima- Sentimenti di inadeguatezza o di mancanza di controllo sulla propria vita- Depressione, ansietà, collera, solitudine- Perfezionismo- Distorsione dell'immagine corporea
Fattori interpersonali	<ul style="list-style-type: none">- Relazioni familiari ed interpersonali disturbate- Difficoltà ad esprimere emozioni e sentimenti- Pregresse ridicolizzazioni per il proprio aspetto fisico- Pregressi abusi fisici e sessuali- Eating disorders in parenti di 1° grado

Una serie di eventi e/o esperienze negative (separazione tra i genitori, perdita di una figura cara di riferimento, malattia intercorrente, dieta dimagrante mal seguita e/o mal prescritta) possono determinare nell'adolescente il pensiero che la riduzione del peso possa alleviare l'angoscia e la disforia che lo sta permeando.

Si tratta di capacità emozionali alterate per le interazioni di processi cognitivi angoscianti e dolorosi che impongono l'attivazione per risposta difensiva di comportamenti abnormali, tendenti tutti, però, ad ottenere la perdita di peso che determina una piacevole sensazione di successo, proprio perché essere magri vuol dire essere vincenti, essere in grado di compiere una realizzazione forte.

Il soggetto si sente più auto realizzato quanto più "controlla", cioè osserva sempre più comportamenti rigidi ed ossessivi non solo nel riguardo del cibo, ma anche della fatica. Il prolungarsi della malattia determina un'ulteriore perdita di peso, un isolamento sociale, problemi di interazione familiare; l'alimentazione diviene caotica e i processi cognitivi sempre più distorti e ossessivi.

Gli effetti biologici della malnutrizione proteico-energetica contribuiscono in modo rilevante a mantenere lo stato di malattia.

I principali effetti plurisistemici della malnutrizione proteico-energetica vengono riassunti nella tabella 9.

Tabella 9. Effetti plurisistemici del digiuno e della conseguente malnutrizione proteico-energetica

Atteggiamenti nei confronti del cibo	preoccupazione per il cibo collezione di ricette e libri di cucina inusuali abitudini alimentari ↑ consumo di caffè, tè, spezie occasionale ingestione esagerata di cibo
Modificazioni emotive e sociali	depressione ansia irritabilità e rabbia labilità emotiva episodi psicotici cambiamenti di personalità evidenziati dai test psicologici isolamento sociale
Modificazioni cognitive	↓ capacità di concentrazione ↓ capacità di pensiero astratto apatia
Modificazioni fisiche	disturbi del sonno debolezza disturbi gastrointestinali ipersensibilità al rumore e alla luce edema ipotermia parestesie ↓ del metabolismo basale ↓ dell'interesse sessuale

Si tratta di un insieme rilevante di sintomi e comportamenti che coinvolgono sia organi che apparati, ma anche, è bene sempre tenerlo presente, in modo preciso e pesante la sfera psicologica. Tali effetti sono puntualmente riscontrabili nella malate affette da anoressia nervosa e sono tanto più evidenti e marcati quanto più è grave il quadro clinico e il livello di malnutrizione presentato. Questi sintomi e comportamenti sono reversibili con il trattamento e la regressione della malnutrizione.

Se invece gli epifenomeni della malnutrizione non vengono debitamente riconosciuti e trattati, costituiranno il cardine dei meccanismi perpetuanti dell'anoressia.

Le modificazioni indotte dalla malattia aumentano, cioè, l'autovalutazione del soggetto; L'autostima sarà rinforzata e i comportamenti ossessivi ulteriormente confermati anche a seguito dell'isolamento sociale che il permanere della malattia contribuisce a mantenere. il modello interpretativo della bulimia nervosa si basa sull'analisi di meccanismi messi in atto per aumentare la propria autostima. Anche in questa espressione del disturbo del comportamento le preoccupazioni specifiche e forti per la forma ed il peso del proprio corpo divengono centrali.

Si tenta di raggiungere questo obiettivo prioritario e totalizzante in primo luogo con diete rigide, che risultano impraticabili, e compaiono allora le abbuffate e i meccanismi eliminatori. In un certo crescendo di ansia ed agitazione emotiva, il desiderio impossibile di controllare la fame ed il peso corporeo viene a scontrarsi con l'impulso non controllabile di assumere cibo.

Anche in questi malati modificazioni di pattern biologici specifici, quali aumento della capacità gastrica, aumentato tempo di svuotamento gastrico, diminuita liberazione dell'ormone intestinale dalla sazietà -colecisto-chinina, contribuiscono in modo rilevante al mantenimento della malattia.

Identificazione del grado di rischio medico e valutazione dello stato di nutrizione

I DCA costituiscono un insieme di patologie caratterizzate da rilevanti modificazioni di tipo comportamentale, psicologico e parafisiologico. La mortalità di tali malattie è molto elevata rispetto a quella attesa per popolazioni di simile età; il tasso di mortalità a seconda delle caratteristiche esaminate e della lunghezza del follow-up preso in esame, oscilla fra il 5,9 e l'8,4%; tra le cause di morte è la preponderanza delle complicanze mediche. Le complicanze mediche sono da considerarsi di comune riscontro e strettamente correlate all'entità della restrizione alimentare, alla modalità, alla loro durata e alla compresenza o meno di atteggiamenti di tipo purgativo o eliminatorio.

Si ritiene di sottolineare tale aspetto, perché spesso tali rischi vengono sottovalutati, se non ignorati, da numerosi psichiatri e/o psicoterapeuti non medici che si occupano della terapia di questi malati. Tale fenomeno, descritto in letteratura come particolarmente allarmante, viene purtroppo di frequente riscontrato anche nella nostra esperienza. Vengono qui riportati i dati relativi a 370 pazienti affette da gravi forme di anoressia nervosa necessitanti ricovero e/o DH intensivo giunte al nostro Centro dopo molti mesi di malattia (tabella 10).

**Tabella 10. Esperienza del Centro per la Cura dei DCA:
370 pazienti con Anoressia Nervosa (trattamenti precedenti)**

Esordio della Malattia	< 3 anni %	≥ 3 anni %	
Nessun trattamento	38,8	31,4	} 55,7
Trattamento ambulatoriale psicologico e/o medico	31,5	24,3	
Ricovero non specialistico	20,4	26,4	
Ricovero specialistico	9,2	17,8	

Da MG Gentile. *Le sindromi anoressiche long term*. Mattioli Ed. 2009

Nella maggior parte dei casi tali pazienti erano state trattate in terapia ambulatoriale per tempi più o meno lunghi da uno o più specialisti che sottovalutando il rischio di vita non avevano posto indicazione al ricovero.

Le principali alterazioni e sintomi clinici riscontrabili nei soggetti affetti da anoressia nervosa e da bulimia nervosa sono riportate nella tabella 11

Tabella 11. Valutazione dello stato di nutrizione dei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare

	Anoressia Nervosa	Bulimia Nervosa
Marcatori antropometrici		
Peso corporeo	ridotto	normale o ridotto
IMC	ridotto	normale o ridotto
Plica tricipitale	ridotta	normale o ridotta
Circonferenza del braccio	ridotta	normale o ridotta
Area muscolare del braccio	riserva muscolare ridotta	normale o ridotta
Bioimpedenza	H ₂ O totale (TBW) aumentata	normale
Calorimetria indiretta	metabolismo basale ridotto	normale
Urea plasmatica	bilancio azotato negativo	normale
Urea urine 24 h		
Marcatori biochimici		
Albuminemia 2,8-3,5 g/dl compromissione	normale	normale
Stato nutrizionale proteico (v.n. 3,5-5,5)	fasi più avanzate	
Transferrina: >270 mg/dl compromissione		
Stato nutrizionale proteico (v.n. 270-400 mg/dl)	normale	normale
Linfociti totali: <1500 mm ³ patologico	normali/ridotti	normali
Globuli rossi:	normali/ridotti	
Globuli bianchi:	normali/ridotti	normali
Natriemia	normale/ridotta	ridotta/normale
Kaliemia	normale/ridotta	ridotta/normale
Magnesiemia	normale/ridotta	ridotta
Stato vitaminico	ridotto/variabile	normale/variabile
Oligominerali	variabile	variabile
Zinco	ridotto	ridotto

La forma di malnutrizione proteico energetica presentata da soggetti affetti da anoressia nervosa è di tipo marasmatico ed è caratterizzata da:

1. Decremento relativamente lento del peso corporeo;
2. Riduzione progressiva delle riserve adipose;
3. In seconda istanza, utilizzo delle riserve proteiche come substrato per la neoglicogenesi;
4. Messa in atto di meccanismi adattivi metabolico-ormonali, in primo luogo comprendenti la riduzione del metabolismo basale.

La valutazione dello stato di nutrizione deve quindi prevedere:

- Studio della composizione corporea, mediante metodiche antropometriche e strumentali in grado di determinare con il maggior grado di precisione possibile la valutazione delle riserve lipidiche e della massa magra;
- Valutazione metabolico funzionali, per stimare l'entità dei meccanismi di adattamento messi in atto, in particolare a riguardo della riduzione del metabolismo basale;
- Valutazioni biochimiche, per valutare con le conseguenze a livello dei vari metabolismi e organi;
- La malnutrizione di tipo marasmatico costituisce una delle forme più difficili da diagnosticare, poiché anche nelle forme gravi di malnutrizione **gli indicatori biochimici più noti e usuali per la valutazione dello stato di nutrizione possono risultare normali.**

Le principali alterazioni mediche riscontrabili nella bulimia nervosa sono da ascrivere a meccanismi purgativi e/o ad altri comportamenti di tipo "compulsivo" come l'abuso di alcol o di sostanze stupefacenti che possono coesistere.

In queste patologie particolare attenzione va posta al monitoraggio dell'equilibrio idroelettrolitico ad acido basico.

I soggetti bulimici presentano marcate fluttuazioni del peso corporeo, ma non le perdite di peso estreme e pericolose dei pazienti anoressici. I rischi più gravi sono ascrivibili alle complicanze esofago-gastrointestinali fino alla rottura dell'esofago e dello stomaco che si accompagnano ad una elevata mortalità.

Le altre complicanze frequenti e temibili sono dovute agli squilibri idroelettrolitici, dell'equilibrio acido-base conseguenti a vomito e/o all'uso di lassativi e diuretici. Particolarmente pericolose sono quelle conseguenti all'ipokaliemia, la cui patogenesi è spesso multifattoriale (vomito più diuretici più lassativi).

A quanto fin qui descritto vanno aggiunti gli effetti tossici conseguenti all'uso di varie sostanze farmacologiche, lassativi, diuretici e farmaci anoressizzanti.

Terapie multidisciplinari di tipo psiconutrizionale

I soggetti affetti da DCA presentano quadri patologici diversi per estrinsecazione e gravità e quindi le terapie da attuarsi non possono che tenere presenti tali diversificazioni.

Le principali linee-guida internazionali inglesi, statunitensi e australiane indicano tutte, pur con specifiche differenze, percorsi differenziati e multidisciplinari da attuarsi a seconda del quadro di compromissione psicofisico presentato in ambiti differenti dall'ambulatorio, al day hospital, al ricovero 24/h e alla terapia residenziale.

Viene qui riportato l'algoritmo applicato nel nostro Centro, derivato da più di 20 anni di esperienza (tabella 12).

Tab. 12 Algoritmo per la cura DCA



**CENTRO PER LA CURA DEI DCA
AO NIGUARDA**

RISCHIO MEDICO	COLLABORAZIONE PZ	TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE
BASSO: 17.5 < IMC < 20 Ciclo irregolare o assente. NO ovulazione	Buona	Ambulatoriale
MEDIO: 16 < IMC < 17.5 Amenorrea. Perdita massa cellulare da ogni organo	Soddisfacente	Ambulatoriale o Day Hospital
MODERATAMENTE ALTO: 14 < IMC < 16 Compromissione di tutti gli organi ed apparati: ossa, cuore e cervello. ↓ metabolismo	Scarsa	Day Hospital o Ricovero
ALTO: 13 < IMC < 14 Alto rischio di insufficienza d'organo: cuore, midollo osseo, cervello; ↓↓ metabolismo	Scarsa	Ricovero 24/h
MOLTO ALTO: IMC < 13 Rischio di vita		Ricovero e se necessario TSO

M.G. Gentile. Disturbi del Comportamento Alimentare. Mattioli Ed. 2010

Personalizzazione e graduazione degli interventi terapeutici

La terapia psiconutrizionale dei DCA può avvalersi di approcci diversi.

Secondo molti autori la più efficace sembra essere la terapia cognitiva associata a quella comportamentale e a quella medico-nutrizionale.

Il trattamento cognitivo-comportamentale pone come primaria l'esperienza conscia e pone particolare enfasi sui pensieri disfunzionali ed auto condizionati e sui comportamenti mal adattivi.

Gli approcci sia individuali che di gruppo sono orientati a superare la fase acuta di rischio o comunque le ritualità ossessive, le componenti ansio-depressive dipendenti dallo stato di denutrizione.

Coinvolgimento dei familiari del percorso terapeutico

Molti autori considerano rilevante il coinvolgimento dei genitori nel percorso di cura di questi malati, soprattutto se si tratta di adolescenti o giovani ancora inseriti nell'ambito familiare. Le forme di coinvolgimento possono essere varie: terapie di gruppo per genitori, terapia familiare sistemica, incontri individuali; ciò che accomuna tutti gli approcci familiari è la ricerca di un miglioramento delle condizioni del malato a partire o insieme ad interventi sui genitori o con i genitori.

Modalità e luoghi di cura

Alla luce di quanto si è cercato fino ad ora di delineare, i protocolli terapeutici da utilizzare vanno individuati e personalizzati a partire dalle condizioni del singolo malato/a (sottogruppo di appartenenza, grado di rischio biologico e presenza o meno di una sufficiente alleanza terapeutica del soggetto e/o dei familiari).

Una prima valutazione di potenziale rischio va posta nei soggetti con indice di massa corporea $< 16 \text{ kg/m}^2$; per ogni soggetto vanno valutati:

- ° lo stato di nutrizione utilizzando quanto citato in precedenza;
- ° l'eventuale presenza di complicanze d'organo o metaboliche;
- ° la reale volontà di collaborazione del soggetto e/o dei suoi familiari.

La prima importante riflessione riguarda i luoghi di cura. Se il trattamento viene praticato in reparti o Centri non specialistici, siano essi di pertinenza internistica o psichiatrica, le probabilità di successo sono nettamente ridotte.

L'equipe, non sufficientemente preparata e motivata alla cura di tali difficili pazienti, e soprattutto se non è dotata delle diverse competenze disciplinari, tende a colpevolizzare i malati, che cercano a loro volta di manipolare e dividere l'equipe curante e con estrema facilità vanificano gli sforzi terapeutici. Strutture dedicate alla cura in regime di ricovero (o day hospital) o ambulatori dovrebbero potersi avvalere di team multidisciplinari ed essere in grado di lavorare in modo competente e motivato, conoscere molto bene le tecniche terapeutiche da attuare, saper attendere i tempi delle malate e capire le loro sofferenze.

Qualche breve nota sulle modalità di intervento nutrizionale da utilizzare nelle diverse situazioni di rischio:

1. L'alimentazione per os non va mai sospesa; anche una dose modestissima di cibo va considerata terapeutica, quasi un primo punto su cui far leva per ricostruire un comportamento alimentare adeguato;
2. Il percorso di rieducazione alimentare va personalizzato sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. E' noto come la denutrizione si accompagni ad un importante riduzione del metabolismo basale.

La rialimentazione di soggetti gravemente malnutriti presenta difficoltà specifiche e rischi elevati, che vanno conosciuti e prevenuti. Rialimentazioni eccessive (che superino il metabolismo basale misurato più del 10-15%) possono indurre la sindrome da refeeding o rialimentazione.

Bibliografia consigliata

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) 4th Edition Washington, DC: APA, 1994.

IDC-10. Classificazione delle Sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Milano: Masson, 1996

Gentile MG Epidemiologia del fenomeno: il mito della magrezza. In: Aggiornamenti in Nutrizione Clinica. Volume 12. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004; 3-19.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A metaanalysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011;68:724-31.

Gentile MG. Le sindromi anoressiche long-term. I rischi dell'attesa. In Gentile MG, ed. Obesità, anoressia e bulimia nervosa, malnutrizione ospedaliera. Aggiornamenti in nutrizione clinica e patologie correlate, vol. 17. Fidenza: Mattioli 1885 editore, 2009; 159-74.

NICE Eating Disorders. Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence, NICE Clinical Guideline no. 9, London, 2004; www. Nice.org.uk

Gentile MG. I disturbi del comportamento Alimentare. Curare la mente curare il corpo. Fidenza Mattioli 1885 editore, 2010.

Gentile Mg, Manna GM, Ciceri R, Rodeschini E. Efficacy of treatment in severely malnourished anorexia nervosa patients. Eat Weight Disord 2008; 13(4):191-7.

Gentile MG, Pastorelli P, Ciceri R, Manna GM, Collimedaglia S. Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. Clin Nutr 2010; 29:627-32.

Il ruolo del pediatra nella prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Dott.ssa Maria Enrica Bettinelli

Responsabile Settore Materno Infantile – Asl di Milano

Premessa

I Disturbi del comportamento alimentare (DCA) in bambini, adolescenti e giovani adulti rappresentano un grave problema di salute mentale. Questi disturbi sono associati a condizioni patologiche organiche e hanno un effetto devastante sullo sviluppo psicosociale del bambino, delle dinamiche familiari ed educative. I DCA presentano aspetti un po' diversi nei bambini e negli adolescenti: il digiuno e la disidratazione ad esempio conducono a complicanze più rapidamente nei bambini e negli adolescenti che negli adulti.

Gli studi epidemiologici indicano che il numero dei bambini e degli adolescenti con DCA è aumentato in modo costante a partire dagli anni '50^{1,2,3}. Allo stesso modo si è assistito ad un aumento drammatico della prevalenza dell'obesità, che ha portato ad un'enfasi sulla dieta e sulla necessità della perdita di peso tra bambini e adolescenti.

L'epidemiologia dei DCA è negli anni gradualmente cambiata: si segnala un' aumento della prevalenza nei maschi, nelle minoranze etniche e in alcuni paesi in cui non erano così frequenti. Di particolare preoccupazione è l'incremento dei DCA in età progressivamente più basse⁴. Parallelamente sono aumentati anche i ricoveri per DCA in bambini e in preadolescenti.

L'eziologia dei DCA è multifattoriale e aumentano gli studi in cui risulta che sia l'anoressia nervosa (AN) che la bulimia nervosa (BN) abbiano una componente fortemente genetica. A questa predisposizione genetica si associano disturbi di tipo comportamentale quali rigidità, perfezionismo, atteggiamento iperprotettivo da parte dei genitori (componente ambientale). Altri fattori di rischio sono il fatto di essere messo a dieta e presentare anomalie neuroendocrine che stimolano l'iperattività (leptina, iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene).

La restrizione calorica associata a un stress ambientale produce la situazione del binge eating, cosa che suggerisce come siano importanti i circuiti di ricompensa piuttosto che la soddisfazione di bisogni nutrizionali.

E' molto probabile che l'intersezione tra la predisposizione genetica, i trigger ambientali e l'esperienza personale sia alla base dello sviluppo dei DCA.

Per il rapporto peculiare che il pediatra ha con il bambino e la sua famiglia, il pediatra ha un ruolo fondamentale sia nella precoce individuazione dei DCA come pure nella prevenzione⁵.

Precoce identificazione dei DCA da parte del pediatra: strategia e barriere

Dato l'aumento dell'incidenza e della prevalenza di AN, BN, e di altri DCA nei bambini e negli adolescenti è importante che il pediatra sappia individuare precocemente questi disturbi e sia formato nella sua gestione. La diagnosi precoce dei DCA migliora infatti gli esiti e riduce le complicanze come il ritardo di crescita, l'alterazione della crescita ossea, i disturbi cognitivi, l'alterazione dello sviluppo puberale, l'infertilità, la depressione, l'ansia e in ultima analisi anche i casi con esito infausto⁶.

Il pediatra è in una posizione unica per scoprire l'inizio del DCA e per interrompere la sua progressione⁷. Il pediatra dovrebbe fare uno screening dei DCA durante le visite annuali o durante la visita per l'idoneità sportiva monitorando il peso e l'altezza in modo longitudinale e ponendo particolare attenzione ai segni e sintomi potenziali dei DCA. E' necessario porre delle domande di screening a tutti i preadolescenti e agli adolescenti (ad es. il questionario SCOFF validato per gli adulti può essere una buona traccia). Peso, altezza, BMI devono essere registrati regolarmente sui percentili in modo da identificare rapidamente eventuali deviazioni patologiche.

Ogni preoccupazione riguardo peso eccessivo, dieta inappropriata, riduzione di peso, amenorrea primaria o secondaria, scarsa crescita richiede una particolare attenzione.

In questi casi è utile pianificare controlli ravvicinati (ogni 1-2 settimane) finché la situazione non si è chiarita.

Le adolescenti che cercano un contatto con il medico per peso, forma corporea o sono preoccupate per l'alimentazione, sono a rischio di DCA. Molti bambini e adolescenti sono preoccupati di essere in sovrappeso ma mangiano in modo inappropriato:

la maggior parte di loro non ha un DCA. E' noto che i pazienti con DCA negano il loro problema e quindi è utile ottenere informazioni dai genitori, che possono aiutare ad identificare attitudini o comportamenti anormali, sebbene all'inizio i genitori possono, talvolta, non essere consapevoli del problema o addirittura negarlo.

Quando un adolescente è inviato ad un pediatra dai genitori, amici o dal personale scolastico per un sospetto di DCA, è molto probabile che sia presente un DCA.

I pediatri non si devono cullare in un falso senso di sicurezza se l'adolescente nega tutti i sintomi.

E' necessario che il pediatra apprenda come fare le domande e come evidenziare all'esame obiettivo i segni compatibili con un DCA, inoltre deve essere in grado di escludere altre situazioni patologiche che devono essere considerate in diagnosi differenziale con i DCA.

Una volta sospettato il DCA, il pediatra deve valutare se sono presenti già complicanze mediche o nutrizionali e riferire il bambino o l'adolescente ai centri di riferimento, di cui dovrebbe conoscere le modalità di approccio in modo da facilitarne l'accesso da parte del bambino o dell'adolescente e della famiglia.

E' molto importante capire però quali possono essere le barriere alla precoce individuazione dei DCA durante i periodici controlli nell'ambulatorio del pediatra di famiglia.

La prima barriera è quella di un uso non sistematico di domande mirate a sospettare la presenza di un DCA. Il fatto che l'ambulatorio è spesso affollato di visite, che gli adolescenti spesso non vanno dal pediatra o che i preadolescenti evitano di fornire informazioni che possono far sospettare un DCA, spesso ne allontana il sospetto diagnostico da parte del pediatra. I segni clinici alla visita come la bradicardia o la presenza nell'anamnesi di sincope possono talvolta ritardare la diagnosi. Mentre è facile per un pediatra identificare un bambino o ragazzo emaciato come affetto da AN, nei primi stadi della AN o della BN, i ragazzi risultano in un buono stato di salute, e inoltre essendo i successivi appuntamenti programmati a distanza di tempo, spesso non è possibile fare una diagnosi precoce. Quindi a meno che non vengano fatte specifiche domande relative all' AN o alla BN durante la visita periodica, i bambini e i ragazzi con DCA possono sfuggire ad una precoce identificazione.

Analizzando in modo retrospettivo storie di DCA, i bambini e i genitori spesso descrivono l'inizio del DCA segnato da un cambiamento nelle abitudini alimentari e nel rapporto con il proprio corpo. Di solito la scelta del ragazzo, più spesso di sesso femminile, è quella di adottare un stile salutare alimentare e di essere più in forma, scelte che spesso sia i medici sia i genitori incoraggiano. Anche i genitori che sono attenti spesso si accorgono tardi della riduzione del peso e talvolta solo per caso (ad es. quando vedono i propri figli in mutande o in costume).

La vita familiare densa di impegni di molti bambini in età scolare e adolescenziale porta anche a minori possibilità di sedersi intorno a mangiare tutti assieme a tavola, opportunità che permette anche ai genitori di notare i cambiamenti di abitudini alimentari dei ragazzi.

Un'altra sfida alla diagnosi precoce dei DCA è legata al fatto che talora i genitori sono poco affidabili nel riferire preoccupazioni relative ai cambiamenti delle abitudini alimentari dei propri figli in quanto i ragazzi e gli adolescenti a rischio per i DCA spesso hanno familiari con DCA o condividono con i figli ansietà e preoccupazione rispetto all'alimentazione e al peso corporeo.

E' poco probabile che i bambini e gli adolescenti nelle prime fasi del DCA chiedano ai loro genitori o al medico se esiste un rischio secondario a restrizione dietetica, purghe o attività motoria compensatoria. Di solito nascondono agli adulti il DCA ed evitano o deviano domande troppo precise sull'argomento. Quindi le domande generiche che si utilizzano in una normale visita di routine non sono sufficienti ad indagare il DCA: ad es. una risposta alla domanda relativa allo sport o al peso può far deviare il pensiero del medico allo screening dell'obesità, mentre la preoccupazione dell'assenza di mestruazioni può far convergere il pensiero sulla sessualità dell'adolescente o ad un'ipotetica gravidanza.

Prevenzione dei DCA da parte del pediatra: strategia e barriere

La prevenzione dei DCA può avvenire sia nella pratica ambulatoriale sia a livello di scuola o ambienti sportivi. Il pediatra può aiutare la famiglia e i bambini ad applicare fin dalle prime epoche della vita i principi di una corretta alimentazione e di un'adeguata attività fisica, evitando di porre enfasi sul peso e sull'essere a dieta.

Per quanto riguarda l'alimentazione del bambino il pediatra dovrebbe essere un promotore convinto dell'allattamento materno, fornendo alle madri un sostegno competente e informazioni su chi riferirsi in caso di problemi. Le principali agenzie internazionali, come OMS e UNICEF, l'Accademia Americana di Pediatria⁸ e anche importanti istituzioni nazionali come il Ministero della Salute raccomandano l'allattamento materno esclusivo fino ai sei mesi compiuti, poi il proseguimento dell'allattamento fino ai due anni e oltre, se desiderato da mamma e bambino, introducendo dopo il sesto mese compiuto alimenti solidi e semisolidi appropriati.

Studi recenti hanno evidenziato come l'essere allattato al seno porti il bambino ad essere capace di autoregolarsi nell'assunzione del cibo e ad orientarsi verso i cibi più salutari.

I bambini allattati al seno mantengono questa capacità nel tempo e quindi sono a minor rischio di obesità. Inoltre le madri che allattano al seno sono madri che agiscono un basso controllo sull'alimentazione del proprio figlio, nel senso che non sono preoccupate per il peso del bambino e non esercitano pressioni perché mangi⁹⁻¹².

La relazione precoce mamma e bambino relativamente al cibo può impattare in modo negativo sul peso e sullo stile alimentare del bambino^{13,14}. Inoltre i bambini che possono approcciare ad uno svezzamento dal seno autonomo, quando sono pronti (self weaning o autosvezzamento) sono in grado di manifestare meno disturbi alimentari e naturalmente scelgono cibi più salutari e si autoregolano nell'assunzione del cibo⁹⁻¹².

Il pediatra quindi può agire in modo preventivo osservando come si instaura la relazione mamma e bambino in allattamento, se c'è una normale lettura delle richieste del bambino, che non sempre sono legate alla fame, e capire in particolare nelle età successive se il cibo è utilizzato come ricompensa, in particolare se in famiglia ci sono già persone con un rapporto alterato con il cibo (obesità, DCA, ...) ^{13,14}.

Il pediatra inoltre deve essere in grado di non facilitare inconsapevolmente l'inizio di un DCA cercando di evitare delle affermazioni che possono sembrare innocue ma non lo sono (ad es. *“dovresti perdere un po' di peso”*) che spesso, come riferito dai genitori hanno innescato l'inizio del DCA.

A livello di società va cambiato l'approccio al peso, l'essere a dieta e all'immagine corporea, un approccio che è particolarmente sfidante stante il drammatico aumento dell'obesità. Attualmente infatti molti si interrogano se si deve lavorare simultaneamente nella prevenzione dei DCA e dell'obesità.

Il pediatra quando effettua il counseling per l'obesità dovrebbe focalizzarsi più su come mangiare sano e cercare di aumentare l'autostima del bambino e dell'adolescente quando parla di problemi di peso. Un'attenzione particolare va posta a non enfatizzare inavvertitamente eccessivamente la restrizione dietetica, un'attività motoria compulsiva o altre strategie per perdere peso che sono potenzialmente dannose.

Un'altra barriera alla prevenzione dei DCA a livello pediatrico è la scarsa disponibilità sul territorio di servizi che attuino un approccio multiprofessionale ai DCA in grado di offrire una presa in carico di tutta la famiglia.

Conclusioni

La prevenzione e la diagnosi precoce dei DCA sono essenziali per ridurre l'incidenza dei DCA e le complicanze che causano disabilità durante la fase della crescita ossea e dello sviluppo.

Il pediatra, opportunamente formato, può svolgere un ruolo fondamentale nell'equipe multiprofessionale e può accompagnare la famiglia nell'affrontare questi complessi quadri patologici.

Bibliografia di riferimento

1. Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 2009;43(14):1125-32.
2. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(10):895-9.
3. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open.* 2013; 28;3(5).
4. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Med J Aust.* 2009 Apr 20;190(8):410-4.
5. Stein RE, Horwitz SM, Storfer-Isser A, Heneghan A, Olson L, Hoagwood KE. Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. *Ambul Pediatr.* 2008;8(1):11-7.
6. DerMarderosian D, Hall A. Early identification of eating disorders in primary care pediatrics. *Med Health R I.* 2011;94(7):197-9.

7. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6):1240-53.
8. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
9. Brown A, Lee M. Maternal child-feeding style during the weaning period: association with infant weight and maternal eating style. *Eat Behav*. 2011 ;12(2):108-11.
10. Brown A, Lee M. Breastfeeding is associated with a maternal feeding style low in control from birth. *PLoS One*. 2013;8(1):e54229.
11. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013;9(2):233-43.
12. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period:differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health J*. 2011;15(8):1265-71.
13. Tan S, Yilmaz AE, Karabel M, Kara S, Aldemir S, Karabel D. Children with food refusal: an assessment of parental eating attitudes and their styles of coping with stress. *J Chin Med Assoc*. 2012;75(5):209-15.
14. Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, Cortina-Borja M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2006;189:324-9.

La famiglia nel percorso di cura

Prof.ssa Valeria Ugazio

Docente di Psicoterapia – Università degli Studi di Bergamo
Direttore Scientifico European Institute of Systemic Relational
Therapies – Milano

I disturbi alimentari sono una delle patologie d'elezione dei terapeuti della famiglia.

La stessa psicoterapia della famiglia è nata e si è inizialmente sviluppata in gran parte proprio attraverso la cura dei disturbi alimentari.

Le principali autorità in campo internazionale - come Mara Selvini Palazzoli (1963, 1981; Selvini Palazzoli e Viaro, 1988) e Salvador Minuchin (Minuchin *et al.*, 1978) - sono terapeuti della famiglia o hanno dedicato un'attenzione particolare alle dinamiche familiari, come Hilde Bruch (1973; 1978).

Disponiamo inoltre di numerose evidenze empiriche che dimostrano l'efficacia della terapia familiare con i disordini alimentari: quanto meno per l'anoressia nella preadolescenza e nell'adolescenza, la terapia familiare risulta più efficace di tutti gli altri trattamenti (Eisler *et al.*, 2000; Dare *et al.*, 2001) tanto che le linee guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2004) ne raccomandano l'utilizzo. Più recenti ricerche confermano questi risultati (Carr, 2009; Eisler, 2005) ¹.

Il coinvolgimento della famiglia, sebbene si riveli quanto mai efficace, non è sempre facile da ottenere come sanno non solo gli psicoterapeuti ma anche i medici e tutti coloro che a vario titolo sono in contatto con queste famiglie. Molte famiglie non sono disponibili a un trattamento terapeutico congiunto, i drop out non sono infrequenti, l'alleanza terapeutica è difficile da raggiungere non solo con la paziente ma anche con genitori e fratelli.

Come mai la collaborazione con le famiglie con i disturbi alimentari si rivela così efficace e nello stesso tempo è spesso tanto difficile da raggiungere?

E come è possibile superare (o quanto meno arginare) le difficoltà che ostacolano la collaborazione di questi nuclei con i curanti?

¹ Si veda anche il numero speciale del *Journal of Family Therapy* su "Innovations in the Treatment of Adolescent Eating Disorders" apparso recentemente (vol. 35, issue 51, April 2013).

La relazione proporrà alcune risposte a questi interrogativi. La “semantica del potere”, che come Ugazio (1998; 2012; 2013) ha argomentato sul piano clinico e come è stato dimostrato empiricamente (Ugazio et al. 2009; Castiglioni et al. 2003, 2013), domina la conversazione in questi nuclei aiuta a capire la dinamica relazionale che rende a volte problematica la relazione curanti- famiglia.

“Quando la semantica del potere domina la conversazione, il terapeuta è raramente sentito come una persona intenta a trovare una via d’uscita insieme al paziente e alla sua famiglia. Difficilmente i membri di queste famiglie vedono il terapeuta come impegnato a trasformare insieme a loro i vincoli in risorse, a promuovere nuovi modi di leggere la loro storia che facilitino la risoluzione dei conflitti che li devastano.

Non si tratta di un problema di diffidenza. L’ostacolo è rappresentato dall’asimmetria che caratterizza la relazione paziente-terapeuta, che viene letta attraverso la metafora del potere. La relazione terapeutica è conseguentemente sentita come umiliante.”

(Ugazio, 2012, p.309).

Né cambia di molto la situazione quando il curante è il medico o il nutrizionista.

Il fatto stesso di rivolgersi a queste figure professionali equivale ad un’umiliazione: chiedere aiuto è sempre vissuto con disagio entro la semantica del potere, ma lo è tanto più se il problema riguarda aree, come l’alimentazione, non problematiche per la maggioranza delle persone. Il curante è quindi percepito come un antagonista con il quale la famiglia deve collaborare ma di cui farebbe volentieri a meno. Si può quindi far affidamento sulla collaborazione dei genitori solo quando la patologia della paziente è grave (LoTempio *et al.*, 2013).

“Non appena il paziente abbandona il sintomo, i genitori di regola mettono fine alla terapia, spesso festeggiando la fine di un’esperienza, avvertita come pesante”

(Ugazio, 2012, p.314).

Fortunatamente laddove domina la semantica del potere si apre per i curanti anche la posizione più promettente di alleato. Il paziente e anche altri membri della famiglia, pur di conquistare un alleato, possono essere disposti ad accettare una relazione tutto sommato sgradita, in quanto asimmetrica.

Purtroppo “*si tratta di un’alleanza molto diversa da quella che ricerca il terapeuta perché è un’alleanza contro qualcun altro.* La terapia della famiglia è spesso l’unico trattamento che il paziente cresciuto nella semantica del potere è disposto ad accettare proprio perché responsabilizza del problema tutta la famiglia.

Il coinvolgimento di tutti, coerentemente con la semantica di questi nuclei, è visto dal paziente come un riconoscimento che i genitori e gli altri membri della famiglia sono quanto meno corresponsabili del problema.” (Ugazio, 2012, p.313).

Ma proprio per questo i genitori vivono il terapeuta come un adulto giudicante o addirittura competitivo che li destituisce di autorevolezza e li prevarica sostituendosi a loro nella guida dei figli e proponendosi come modello alternativo.

La relazione, prendendo spunto dalle specifiche strategie terapeutiche elaborate per superare le difficoltà con queste famiglie, offrirà suggerimenti e specifiche modalità di comportamento che consentono ai curanti di superare le difficoltà relazionali più frequenti con questi pazienti e con le loro famiglie.

Bibliografia

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia and the person within*. New York, NY: Basic Books. [trad. it. *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli, Milano, 1982].
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. New York, NY: Vintage [trad. it. *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1989].
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-74.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-113.
- Castiglioni, M., Contino, L., & Golzio, P. (2003). La semantica dell'obesità: un contributo empirico. *Terapia Familiare*, 72, 63-83.
- Castiglioni, M., Faccio, E., Veronese, G., & Bell, R. C. (2013). The semantics of power among people with eating disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 26, 62-76.
- Dare, C., Eisler, I., Russel, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of out-patients treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 2, 104-131.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russel, G., Dodge, L., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- LoTempio, E., Forsberg, S., Bryson, S. W., Fitzpatrick, K. K., Le Grange, D., & Lock, J. (2013). Patients' characteristics and the quality of the therapeutic alliance in family-based treatment and individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 35, 29-52.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press. [trad. it. *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma, 1980].
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Retrieved April, 27 from <http://publications.nice.org.uk/eating-disorders-cg9>
- Selvini Palazzoli, M. (1963, 1981). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli; seconda edizione rivista 1981.

- Selvini Palazzoli, M., & Viaro, M.(1988).The Anoretic Process in the Family. A Six Stage Model as a Guide for the Individual Therapy. *Family Process*, 27, 129-48.
- Ugazio, V. (1998, 2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri. Pima edizione 1998; seconda edizione ampliata, aggiornata e rivista 2012.
- Ugazio, V. (2013). *Semantic polarities in the family: Permitted and forbidden stories*. New York: Routledge.
- Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2011). *Significato e psicopatologia: la semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari e depressivi*.Quaderni di Psicologia Clinica, 2, 69-100.

APPUNTI

APPUNTI