

Disturbi del comportamento alimentare



Il Dr. Ernst Charles Lasegue così la descrive:



"Ella prova innanzitutto un disturbo dopo avere mangiato.....né lei né chi assiste vi attribuisce alcun disagio duraturo.....l'indomani la stessa sensazione si ripetee la malata si convince che il miglior rimedio a questo disturbo indefinito consiste nel diminuire l'alimentazione.....l'isterica riduce gradatamente il cibo talvolta con il pretesto del mal di testa talvolta con il timore che si presentino le impressioni dolorose che seguono dopo il pastodopo qualche settimana non si tratta più di ripugnanze da ritenersi passeggere: è un rifiuto dell'alimentazione che si prolungherà indefinitamente.....la malattia è conclamata e seguirà il suo decorso così fatalmente....."

Definizione di *eating disorder*

- Marcata distorsione delle abitudini alimentari del soggetto o di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- Presenza di atteggiamenti di accompagnamento ai disturbi della condotta alimentare come ad esempio sovra-stima della propria immagine corporea e del proprio peso corporeo

ABBUFFATA:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone nelle stesse condizioni mangerebbe in quello stesso tempo
- 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si mangia)



CONDOTTE DI ELIMINAZIONE

Uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi o vomito autoindotto

Classificazione degli *eating disorders*

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating Disorder
- Disturbi alimentari NAS

Anoressia nervosa

Bulimia Nervosa

Distribuzione nel mondo > nelle società occidentali

> nelle società occidentali

Sesso Per lo più donne

Per lo più donne

Età Adolescenti
(alcuni casi in giovani adulti)

Giovani adulti
(in alcuni casi adolescenti)

Classe sociale Prev. in classi sociali più alte

Nessuna predilezione di classe

RISCHI AMBIENTALI

Nella cultura occidentale il problema del peso corporeo ha ricevuto un'attenzione progressivamente crescente :

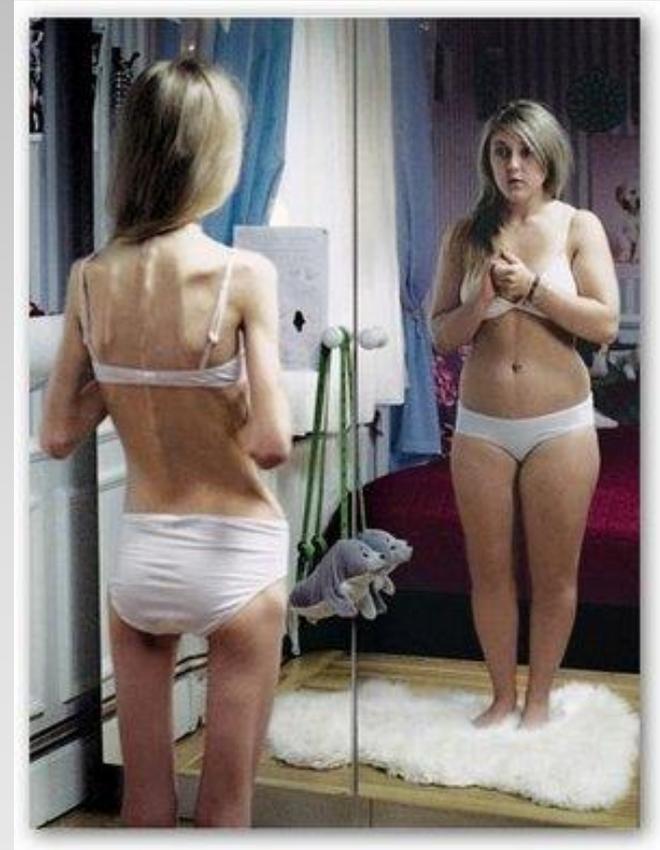
- standard culturali di magrezza = successo, competenza, autocontrollo e attrazione sessuale

Lo stare a dieta è uno dei fattori precipitanti dei DCA:
sia AN che BN sono preceduti da un tentativo apparentemente normale di perdere peso

Anoressia nervosa

DSM V

- A. Restrizione dell'intake calorico in relazione alle richieste specifiche del soggetto, che determina una diminuzione significativa del peso corporeo (cioè inferiore al peso minimo previsto per età e altezza)
- B. Intensa PAURA di acquistare peso o di diventare grassi, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche quando si è sottopeso
- C. ALTERAZIONE del modo in cui il soggetto VIVE IL PESO o la FORMA CORPOREA, ed eccessiva influenza sui livelli di autostima, rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso



- sottotipo restrittivo (la perdita di peso è ottenuta soprattutto con dieta, digiuno o attività fisica eccessiva)
- sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione: in cui sono attuate abbuffate

Bulimia Nervosa

DSM V



- A) Ricorrenti episodi di **ABBUFFATE**
- B) Ricorrenti e inappropriate **CONDOTTE COMPENSATORIE** per prevenire l'aumento di peso
- C) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno 1 volta a settimana per 3 mesi
- D) I livelli di **AUTOSTIMA** sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei

Sottotipi:

- con Condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici enteroclistmi
- senza Condotte di eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto ha presentato altri comportamenti compensatori inappropriati, come **DIGIUNO**, esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente a vomito autoindotto etc

Management

- **Aiutare i pazienti a vedere che hanno bisogno di aiuto e mantenere nel tempo la loro motivazione a guarire.** Questo obiettivo è primario data la loro riluttanza al trattamento.
- **Ripristino del peso corporeo.** Questo obiettivo si pone dalla necessità di contrastare lo stato di malnutrizione e porta solitamente ad un sostanziale miglioramento dello stato generale del paziente
- Il terzo aspetto del management consiste nel **trattare la cattiva valutazione che il paziente ha della propria forma e peso corporeo,** gestire le abitudini alimentari e il loro funzionamento psico-sociale
- Non c'è un solo modo di raggiungere questo obiettivo (antidepressivi, antipsicotici, psicoterapie). Una terapia familiare sembra essere la più utile per i pazienti più giovani ed è pertanto principalmente utilizzata con gli adolescenti