

Disturbi Alimentari

Definizione

e

criteri

diagnostico-classificativi

Marina Balbo

Edizione 2020

I disturbi alimentari ai tempi del Covid

L'emergenza Covid-19 ha investito un quinto del mondo, costringendo milioni di persone a cambiare lo stile di vita a cui erano abituati. Fino a pochi mesi fa, la pandemia e tutto quello che porta con sé, non erano che un lontano miraggio e nessuno si sarebbe mai aspettato la serie di tristi e sconvolgenti eventi che ha coinvolto, non solo la nostra nazione, ma l'intero globo. Per limitare l'espandersi del pericoloso virus, i governi hanno attuato delle forti limitazioni alla libertà personale, creando non poco disagio ai loro cittadini. L'isolamento sociale, la paura del contagio, il rischio di infezione e lo "stare a casa" rappresentano nel loro insieme una situazione difficile da gestire per tutti, ma sicuramente ancora di più per chi soffre di disturbi alimentari, già da tempo in lotta quotidianamente con le proprie fragilità.

Le preoccupazioni per i rischi interconnessi tra la attuale pandemia e i disturbi della alimentazione possono aggravare il pericolo di ricaduta o peggioramento dei sintomi del disturbo alimentare.

Chi soffre di anoressia o bulimia, ad esempio, potrebbe compensare la sensazione di perdita del controllo, nata a seguito della paura del contagio, aumentando ancor di più le sue restrizioni alimentari, mentre, l'isolamento sociale e l'eccessivo rifornimento di cibo potrebbe scatenare episodi più frequenti di alimentazione incontrollata tra coloro che soffrono di *binge eating disorder*.

Nelle prossime pagine conosceremo meglio le patologie citate legate al disturbo alimentare e i criteri diagnostici per individuarle secondo il DSM 5. Attraverso la conoscenza dei criteri e delle caratteristiche del disturbo avremo sicuramente una maggiore consapevolezza delle problematiche quotidiane che la persona che soffre di DCA si ritrova ad affrontare ai tempi dell'emergenza coronavirus.

Introduzione

Il cibo assume per gli uomini significati che vanno ben oltre la semplice funzione nutritiva. Il rito del pasto nelle varie culture ed epoche storiche ha rivestito infatti funzioni diversificate, tra cui quella di socializzare, di rinforzare l'appartenenza ad un gruppo e di far rispettare le gerarchie sociali. Per la nostra specie, dunque, il bisogno primario di nutrirsi si è trasformato in un'occasione di scambio e relazione.

Per molte persone il rapporto con il cibo è tuttavia tanto problematico da rendere necessaria una classificazione dei "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione". Si tratta di disturbi mentali che colpiscono un'ampia quota di adolescenti e di giovani adulti, sono associati a problemi fisici e psicosociali rilevanti e non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta. Tali patologie sono da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte della comunità scientifica e degli operatori socio-sanitari in virtù sia della diffusione tra le fasce più giovani della popolazione, sia della loro eziologia multifattoriale complessa. A determinare l'insorgenza dei disturbi alimentari concorrono infatti fattori biologici, familiari, socioculturali e psicologici. Soffrire di un disturbo alimentare significa utilizzare il cibo per esprimere un dolore di tipo emotivo, risalente ai primi anni di vita. I disturbi alimentari vanno considerati come potenti meccanismi che aiutano i pazienti ad affrontare quegli eventi di vita che portano con sé un carico di emozioni troppo difficile da sopportare. Il circuito patologico che avvolge coloro che ne soffrono fa sì che essi considerino il proprio disturbo come una specie di supporto, anche se ciò si accompagna all'amara consapevolezza del fatto che i sintomi mantengono e perpetuano la patologia.

Indipendentemente dall'approccio terapeutico adottato, gli psicoterapeuti che si occupano di tali disturbi sono concordi nel ritenere che le psicopatologie alimentari sono tra le più complesse e impegnative da trattare proprio perché i sintomi sono legati all'impatto delle esperienze più dolorose della vita. L'approccio proposto dal protocollo EMDR guida lo psicoterapeuta nell'utilizzo di un modello anamnestic, finalizzato ad indagare quali avvenimenti nel passato del paziente abbiano contribuito allo sviluppo della sintomatologia, quali fattori nel presente provochino il disturbo e quali comportamenti e capacità sono necessari al fine di

adottare comportamenti più adattivi in futuro. L'utilizzo dell'EMDR sui tre versanti (passato, presente e futuro) consente al terapeuta di mettere a punto un piano terapeutico che permetta al paziente di riorganizzare le memorie traumatiche e di attivare il coping adeguato per gestire il sintomo e prevenire le ricadute.

Marina Balbo

Premessa

I disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Si tratta di patologie in cui il rapporto con il cibo e con il corpo esprime un disagio rilevante. Un'ampia quota di persone che soffrono di tali patologie sviluppa forme di malattia gravi e persistenti, associate alla resistenza al trattamento e ad un'elevata mortalità. Divenuti ormai una realtà problematica diffusa sia in ambito sanitario che sociale, i disturbi alimentari hanno una forte caratterizzazione socioculturale, essendo legati alle culture tipiche dei paesi più agiati ed industrializzati, ed una rilevante componente di genere, in quanto 9 malati su 10 sono di sesso femminile.

*Respinta, si nasconde Eco nei boschi, coprendosi di foglie
per la vergogna il volto, e da allora vive in antri sperduti.
Ma l'amore è confitto in lei e cresce col dolore del rifiuto:
un tormento incessante la estenua sino alla pietà il corpo,
la magrezza le raggrinza la pelle e tutti gli umori del corpo
si dissolvono nell'aria. Non restano che voce e ossa:
la voce esiste ancora; le ossa, dicono, si mutarono in pietre.
E da allora sta celata nei boschi, mai più è apparsa sui monti;
ma dovunque puoi sentirla: è il suono, che vive in lei.*

"Metamorfosi"
Ovidio

Definizione e criteri diagnostico-classificativi

Dagli anni Novanta abbiamo le prime complete classificazioni delle sindromi.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER LA PICA

- A.** Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, per un periodo di almeno 1 mese;
- B.** L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo;
- C.** Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata;
- D.** Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Rispetto al DSM IV-TR, nel DSM 5 tale disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia ma nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER IL DISTURBO DA RUMINAZIONE

- A.** Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato;
- B.** Il rigurgito ripetuto non è attribuibile ad una condizione gastrointestinale associata o ad un'altra condizione medica;
- C.** Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
- D.** Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Rispetto al DSM IV-TR, nel DSM 5 tale disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia ma nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER IL DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato ad uno almeno dei seguenti sintomi:

- I. Significativa perdita di peso;
- II. Significativo deficit nutrizionale;
- III. Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali;
- IV. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita;

C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo;

D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile ad una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata alla condizione o al disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Rispetto alle precedenti edizioni i disordini alimentari nell'infanzia o nella prima infanzia sono stati rinominati in «disordine alimentare di tipo evitante/restrittivo», con un ampliamento dei criteri diagnostici necessari, rendendo così questa categoria sufficientemente ampia per abbracciare un'ampia gamma di comportamenti alimentari, come la preferenza per alimenti di un certo gusto o consistenza durante il periodo dello sviluppo infantile che non richiedono nessun tipo di intervento.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER L'ANORESSIA NERVOSA

A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alla necessità, che porta ad un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto;

B. Intensa paura di aumentare di peso o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso;

C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare il sottotipo:

- Tipo con restrizioni: Utilizzare quando una persona non fa riferimento a ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione durante gli ultimi 3 mesi. In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva;
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Utilizzare quando una persona fa riferimento a ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione durante gli ultimi 3 mesi.

Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, i criteri sono sostanzialmente invariati rispetto alla precedente edizione ad eccezione del fatto che l'amenorrea da almeno 6 mesi non è più un criterio diagnostico. Inoltre, nel criterio B è stato inserito un concetto più ampio di «timore di aumento di peso», includendo anche i comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento di peso.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER LA BULIMIA NERVOSA

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato dai seguenti aspetti:

1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva;

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi;

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo;

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Rispetto al DSM IV-TR nei criteri per la Bulimia Nervosa è stata ridotta la frequenza media minima di abbuffate e condotte di compenso inappropriate a 1 volta a settimana.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER IL DISTURBO DA BINGE EATING

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio in un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. E' presente marcato disagio riguardo alle abbuffate;

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi;

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa;

Rispetto al DSM IV-TR, nel DSM 5 si è verificato il cambiamento della frequenza media minima di abbuffate (prima indicata in appendice) in 1 volta alla settimana negli ultimi 3 mesi.

CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM 5 PER IL DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Tale categoria è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.

Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura "con altra specificazione" sono:

- **Anoressia Nervosa Atipica:** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.

- **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- **Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- **Disturbo da condotta di eliminazione:** Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi diuretici, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- **Sindrome da alimentazione notturna:** Ricorrenti episodi di alimentazione notturna che si manifestano dopo il risveglio dal sonno oppure con l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

	Anoressia Nervosa		Bulimia Nervosa
	Restrittiva	Purgativa	
Peso corporeo	Molto basso	Basso	Normale
Alimentazione	Marcata restrizione	Marcata restrizione con occasionali eccezioni	Periodo di digiuni, binge e vomito
Binge eating	---	Occasionale	Frequente
Vomito/ pratiche purgative	Nessuna o occasionale	Occasionale o frequente	Frequente
Paura di ingrassare	Marcata	Marcata	Marcata
Ciclo mestruale	Amenorrea solitamente	Amenorrea solitamente	Irregolare o normale

DISTURBO DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La categoria è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non* specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es. in contesti di pronto soccorso).

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE DUE MAGGIORI FORME DI DISTURBI ALIMENTARI

PRINCIPALI COMPLICANZE DELLA BULIMIA NERVOSA		
Orali	Cheliosi, Sialoadenosi, Iperamilasemia di origine salivare, Perimolisi	Carie dentale
Mediastiniche	Pneumomediastino	
Cardiovascolari	Aritmie Prolasso della valvola mitralica	Ipotensione
Gastro-esofagee	Esofago di Barrett Dispepsia, Disfagia, Esofagite, Gastrite, Stenosi, Ulcera, Rottura esofagea, Rottura Gastrica, Ernia iatrale	Ematemesi
Gastrointestinali	Colon catartico Diarrea	Stipsi Pancreatite
Polmonari	Polmonite ab ingestis	
Endocrine	Alcalosi metabolica Ipokalemia Iponatremia Ipoglicemia Iperaldosteronismo secondario	Ipocloremia Ipomagnesemia Disidratazione Iperamilasemia Nefropatia ipokaliemica

SEGNI, SINTOMI E COMPLICANZE DELL'ANORESSIA NERVOSA		
Immunologici	Ridotta attività battericida dei granulociti Compromessa immunità cellulo- mediata	Leucopenia con linfocitopenia
Ematologici	Anemia Trombocitopenia Piastrinopenia (rara)	Ipocalcemia Ipomagnesiemia
Metabolici	Ipokaliemia Ipercolesterolemia Iposfosforemia	Ipocalcemia Ipomagnesiemia
Endocrini	Amenorrea/Ipogonadismo Diabete insipido Ipoglicemia Disfunzione dell'asse ipotalamico- Ipofisario-surrenale	Sensibilità al freddo "Euthyroid sick syndrome" Osteopenia
Dermatologici	Peluria lanuginosa del viso Caduta dei capelli Fragilità delle unghie	Ipercarotenodermia
Gastrointestinali	Dolori addominali Ridotta motilità intestinale Ritardato svuotamento gastrico Dilatazione duodenale	Stipsi Epatopatia Senso di sazietà precoce Pancreopatia

Cardiovascolari	Aritmia Anomalie dell'ECG Disfunzione ventricolare sinistra Irregolarità del movimento della valvola mitrale Miocardiopatia da rialimentazione	Bradycardia Ipotensione
------------------------	---	----------------------------

Associazione per l'EMDR in Italia

Member of EMDR Europe Association

