

# DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: INFORMAZIONI GENERALI

## DEFINIZIONE

I disturbi dell'alimentazione possono essere definiti come *persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.*

## CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI

La classificazione, i criteri diagnostici principali e la distribuzione dei disturbi dell'alimentazione sono riportati nella tabella 1. Accanto ai due disturbi dell'alimentazione principali (*anoressia nervosa e bulimia nervosa*) è presente un'ampia ed eterogenea categoria di *disturbi dell'alimentazione atipici*, cioè disturbi dell'alimentazione clinicamente significativi ma che non soddisfano tutti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa.

Tabella 1	Classificazione e diagnosi dei disturbi dell'alimentazione
<p><b>Definizione di disturbo dell'alimentazione</b> Persistenti disturbi del comportamento alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo, che danneggiano in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.</p> <p><b>Classificazione dei disturbi dell'alimentazione</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anoressia nervosa</li><li>2. Bulimia nervosa</li><li>3. Disturbi dell'alimentazione atipici (o disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati – definizione americana)</li></ol> <p><b>Criteri diagnostici principali</b></p> <p><i>Anoressia nervosa</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mantenimento attivo di basso peso (es. Indice di Massa Corporea o BMI <math>\leq 17,5</math> kg/m<sup>2</sup>)<sup>1</sup></li><li>2. Amenorrea nelle donne che hanno già mestruato o assunzione di estroprogestinici (il valore dell'amenorrea è in discussione perché la maggior parte delle persone che soddisfano gli altri due criteri è amenorroica e perché le persone che hanno gli altri due criteri ma mestruano sono simili a quelle con amenorrea)</li><li>3. Valutazione di sé basata in modo predominante od esclusivo su alimentazione, peso, forme corporee e sul loro controllo</li></ol> <p><i>Bulimia nervosa</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Abbuffate ricorrenti (assunzione di grandi quantità di cibo con perdita di controllo ricorrenti)</li><li>2. Comportamenti di controllo del peso estremi (es. dieta ferrea, vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici, esercizio fisico eccessivo)</li><li>3. Valutazione di sé basata in modo predominante od esclusivo su alimentazione, peso, forme corporee e sul loro controllo</li><li>4. Non soddisfacimento dei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa</li></ol> <p><i>Disturbi dell'alimentazione atipici</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disturbi dell'alimentazione di severità clinica che soddisfano la definizione di disturbo dell'alimentazione ma non i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa</li></ol>	

Adattata da Fairburn C.G. e Harrison P.J., (2003). *Lancet. Eating Disorders.* 361, 407-416

## DISTRIBUZIONE

Nella tabella 2 è riportata la distribuzione dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, perché poco si sa sulla reale distribuzione dei disturbi dell'alimentazione atipici. Tre recenti studi hanno, comunque, evidenziato che circa il 50% dei pazienti che richiedono un trattamento specialistico soddisfano la diagnosi di disturbo dell'alimentazione atipico.

Tabella 2	Distribuzione dei disturbi dell'alimentazione	
	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Età	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
Sesso	90% femmine	Femmine in modo predominante
Prevalenza	0,3% nelle adolescenti	1% nelle donne tra 16 e 35 anni
Incidenza (n° nuovi casi anno per 100.000 abitanti)	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi

Da Faiburn C.G. et al (2003). *Eating Disorders. THE LANCET* - Vol 361 - February 1, 2003

## CARATTERISTICHE CLINICHE GENERALI

L'eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo è considerata la psicopatologia centrale sia dell'anoressia nervosa sia della bulimia nervosa.

La caratteristica più tipica dell'*anoressia nervosa* è la severa perdita di peso ed il raggiungimento di peso corporeo molto basso, che può determinare dei gravi rischi per la salute. La perdita di peso è principalmente dovuta alla dieta ferrea e fortemente ipocalorica. Alcuni pazienti per perdere peso eseguono un'attività fisica strenua ed eccessiva portata avanti per molte ore al giorno. Altri per dimagrire si auto-inducono il vomito od usano altre forme non salutari di controllo del peso, come ad esempio l'uso inappropriato di lassativi o di diuretici. Un sottogruppo di pazienti perde il controllo dell'alimentazione e va incontro a delle abbuffate. Sintomi comuni, che peggiorano con la perdita di peso e spesso scompaiono con la normalizzazione ponderale, sono la depressione, il deficit di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale, l'ossessività e l'isolamento sociale.

Nella *bulimia nervosa* i tentativi di perdita di peso sono interrotti da frequenti episodi di abbuffate e ciò spiega perché il peso rimanga generalmente nella norma o lievemente al di sopra o al di sotto della norma. Nella maggior parte dei casi le abbuffate sono seguite da comportamenti eliminativi, come ad esempio il vomito auto-indotto, l'uso inappropriato di lassativi, l'uso inappropriato di diuretici, ma un sottogruppo compensa le abbuffate con comportamenti non eliminativi, come ad esempio il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo. Nei casi tipici sono spesso presenti sintomi di depressione ed ansia e, come nell'anoressia nervosa, un sottogruppo di pazienti abusa di sostanze ed ha comportamenti autolesionistici (sovrarappresentato nel campione che frequenta centri specialistici).

I disturbi dell'alimentazione atipici in genere ricalcano le caratteristiche cliniche o dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, ma non soddisfano tutti i criteri diagnostici richiesti.

In tutti e tre i disturbi dell'alimentazione sono presenti alcuni comportamenti specifici, come ad esempio il body checking (controllare di continuo il peso e le forme corree) e gli evitamenti dell'esposizione del corpo, e la sensazione di essere grassi. Nella tabella 3 sono riportate le principali caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione. Come si può notare la maggior parte di esse è condivisa da tutti e tre i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici).

## CAUSE

I dati derivati dalla ricerca sui fattori di rischio indicano che i disturbi dell'alimentazione derivino da una predisposizione genetica e da fattori di rischio ambientali.

La predisposizione genetica è suggerita dall'osservazione che i disturbi dell'alimentazione e certi tratti di personalità "corrono nelle famiglie" e che sono più prevalenti nei gemelli monozigoti rispetto a quelli eterozigoti. La predisposizione genetica è anche supportata da alcuni studi preliminari di genetica molecolare.

Il ruolo dei fattori di rischio ambientali deriva da numerose ricerche eseguite negli ultimi anni. I vari fattori di rischio ambientali osservati sembrano variare in natura e in specificità. Alcuni sono esperienze avverse occorse prima dell'insorgenza del disturbo dell'alimentazione e osservabili anche in altri disturbi mentali (es. abuso sessuale, problemi relazionali con i genitori). Altri, specialmente per la bulimia nervosa sono specifici ed unici per i disturbi dell'alimentazione (es. obesità nell'infanzia, obesità nei genitori, alcolismo nei genitori, ed altri fattori sociali che sensibilizzano l'individuo nei confronti del suo peso e forme corporee ed incoraggiano la dieta e la ricerca della magrezza). Altri fattori di rischio, infine, includono peculiari tratti di personalità (es. bassa autostima o perfezionismo).

La tabella 4 riporta un elenco dei potenziali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione studiati negli ultimi anni dalla ricerca.

<b>Tabella 3</b>	<b>Distribuzione dei disturbi dell'alimentazione</b>	
	<b>Anoressia nervosa</b>	<b>Bulimia nervosa</b>
<i>Distribuzione mondiale</i>	Società occidentali in modo predominante	Società occidentali in modo predominante
<i>Età</i>	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
<i>Sesso</i>	90% femmine	Femmine in modo predominante (proporzione incerta)
<i>Classe sociale</i>	Possibile maggior prevalenza nelle classi sociali elevate	Distribuita in tutte le classi
<i>Prevalenza</i>	0,3% (nelle adolescenti)	1% (nelle femmine tra 16-35 anni)
<i>Incidenza (per 100.000 abitanti/anno)</i>	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi
<i>Modificazioni secolari</i>	Possibile incremento	Incremento

Adattata da Fairburn C.G. e Harrison P.J., (2003). *Lancet. Eating Disorders.* 361, 407-416

<b>Tabella 4</b>	<b>Principali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione evidenziati dalla ricerca</b>
<p><b>Fattori di rischio generali</b>  Sesso femminile  Adolescenza e prima età adulta  Vivere in una società occidentale</p> <p><b>Fattori di rischio specifici-individuali</b>  <i>Storia familiare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi dell'alimentazione</li> <li>• Depressione</li> <li>• Alcolismo (bulimia nervosa)</li> <li>• Obesità (bulimia nervosa)</li> </ul> <p><i>Esperienze premorbore</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemi con i genitori (specialmente basso contatto, alte aspettative, dispute genitoriali)</li> <li>• Abusi sessuali</li> <li>• Diete tra i familiari</li> <li>• Commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o altri</li> <li>• Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza</li> <li>• Esposizione ad immagini di persone magre nei media</li> </ul> <p><i>Caratteristiche premorbore</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bassa auto-stima</li> <li>• Perfezionismo (anoressia nervosa e in misura minore bulimia nervosa)</li> <li>• Interiorizzazione dell'ideale di magrezza</li> <li>• Ansia e disturbi d'ansia</li> <li>• Obesità (bulimia nervosa)</li> </ul>	

Adattata da Fairburn CG e Harrison PJ, (2003). *Lancet. Eating Disorders.* 361, 407-416

## DECORSO

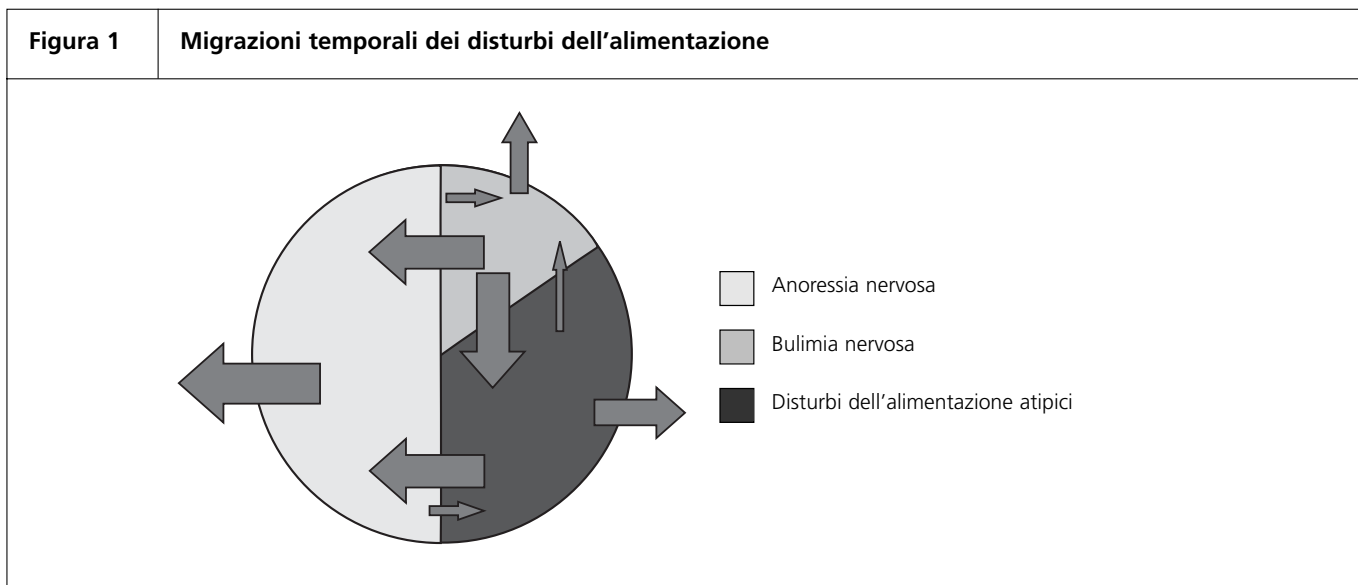
In alcuni casi di anoressia nervosa il disturbo si auto-limita e richiede un breve intervento (soprattutto nei più giovani con una malattia di breve durata). In altri casi il disturbo diventa stabile e richiede un trattamento intensivo. Nel 10-20% dei soggetti il disturbo è intrattabile e diventa cronico. Le abbuffate si sviluppano frequentemente e in circa la metà dei casi c'è un passaggio verso la bulimia nervosa. La mortalità è del 5,6% per decade ed è generalmente dovuta alle complicanze della denutrizione o al suicidio.

La bulimia nervosa ha un esordio un po' più tardivo rispetto all'anoressia nervosa. Il disturbo è auto-perpetuante e, mediamente, i pazienti ricevono la prima cura cinque anni dopo l'esordio. Cinque e dieci anni più tardi il 30-50% dei pazienti ha ancora un disturbo dell'alimentazione (a volte nella forma atipica).

Poco si sa sul decorso dei disturbi dell'alimentazione atipici; uno studio ha, comunque, evidenziato che il disturbo dopo tre anni persiste nella maggior parte dei casi e che nella metà dei casi evolve in anoressia nervosa o bulimia nervosa.

Se si studia l'andamento temporale dei disturbi dell'alimentazione si osserva di frequente il passaggio da un disturbo all'altro. Gli studi degli ultimi anni hanno evidenziato che nei pazienti che non guariscono dall'anoressia nervosa il passaggio alla bulimia nervosa è frequente con il risultato che circa un quarto dei pazienti con bulimia nervosa ha una storia pregressa di anoressia nervosa. Lo stesso si può dire per i disturbi dell'alimentazione atipici. Questi, infatti, sono l'esito comune dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, che a sua volta tipicamente inizia come anoressia nervosa o disturbo dell'alimentazione atipico.

La figura 1 mostra le migrazioni temporali dei disturbi dell'alimentazione.



## COMPLICANZE MEDICHE

Le complicazioni mediche osservate nell'anoressia nervosa sono per la maggior parte secondarie all'uso di comportamento non salutari di controllo del peso e al basso peso (vedi tabella 5).

Le complicanze fisiche osservate nella bulimia nervosa sono in genere di minore entità; se però il vomito autoindotto o l'abuso di lassativo o diuretici sono molto frequenti si possono verificare gravi alterazioni elettrolitiche ed importanti complicanze cardiache (aritmie) e renali.

## TRATTAMENTO

Negli ultimi anni il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è notevolmente migliorato e oggi disponiamo di varie terapie ambulatoriali la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi controllati.

Nella bulimia nervosa più di 30 ricerche controllate hanno dimostrato che i pazienti trattati con la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) raggiungono una guarigione completa nel 50% dei casi ed un miglioramento significativo dei loro sintomi nell'80% dei casi. Due studi controllati hanno evidenziato che la Terapia Interpersonale (IPT), sebbene non sia così rapida come la CBT nel determinare il miglioramento dei sintomi, a distanza di un anno dal suo termine raggiunge un'efficacia sovrapponibile. Oltre alle psicoterapie, numerose ricerche hanno evidenziato che una classe di psicofarmaci, gli antidepressivi, è in grado di determinare l'interruzione delle abbuffate e dei comportamenti di compenso nel 20% dei pazienti trattati. Purtroppo, l'efficacia degli antidepressivi non sembra durare nel tempo e la maggior parte dei pazienti ricade dopo 4-5 mesi di trattamento.

Nell'anoressia nervosa gli studi controllati sono poco numerosi e hanno prodotto risultati inconsistenti. La scelta del tipo di trattamento dipende in larga parte ancora dalle preferenze del terapeuta e dalle risorse disponibili nel territorio. Esistono, ad ogni modo, delle evidenze che una forma di terapia familiare, messa a punto da un gruppo di ricercatori del Moudsley Hospital di Londra, sia più efficace rispetto alla psicoterapia individuale psicodinamica, nei

pazienti di età inferiore ai 18. Numerosi resoconti di casi clinici ed esperienze cliniche indicano, inoltre, che la CBT allargata, forma di cura che affronta oltre ai fattori di mantenimento specifici del disturbo anche problematiche come la bassa autostima, la regolazione delle emozioni i problemi interpersonali e familiari, sia efficace in numerosi pazienti ambulatoriali.

Purtroppo, un ampio sottogruppo di pazienti (circa il 50%) non risponde al trattamento ambulatoriale e necessita di cure più intensive come, ad esempio, trattamento riabilitativo in day-hospital o in regime di ricovero in reparti specializzati. In queste strutture si riesce a normalizzare il peso e a interrompere la maggior parte dei sintomi specifici dei disturbi dell'alimentazione (es. dieta, abbuffate, vomito autoindotto, ecc.) nell'85% dei pazienti. Il trattamento riabilitativo deve essere seguito da un programma ambulatoriale di almeno un anno per evitare la ricaduta.

Tabella 5	Principali complicanze mediche dell'anoressia nervosa
<p><b>Sintomi fisici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccessiva sensibilità al freddo</li> <li>• Sintomi gastrointestinali ( es. stipsi, pienezza dopo aver mangiato, digestione lunga e difficile)</li> <li>• Capogiri e sincope</li> <li>• Sonno disturbato e risvegli precoci mattutini</li> </ul> <p><b>Segni fisici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emaciazione, blocco della crescita e mancato sviluppo delle mammelle (se insorgenza prepuberale)</li> <li>• Pelle secca, peluria fine (languo) sulla schiena, avambracci e lati della faccia; nei pazienti con iperacroteneemia, colore arancione dei palmi delle mani e dei piedi</li> <li>• Ingrossamento delle parotidi e delle ghiandole salivari (specialmente in quelli che si abbuffano e si inducono il vomito)</li> <li>• Erosioni della superficie posteriore dei denti (perimolisi) in quelli che vomitano frequentemente</li> <li>• Mani e piedi freddi, ipotermia</li> <li>• Bradicardia; ipotensione ortostatica; aritmie cardiache (specialmente in quelli sottopeso e con disturbi elettrolitici)</li> <li>• Edema (che complica la valutazione del peso)</li> <li>• Debolezza dei muscoli prossimali (difficoltà dall'alzarsi da una posizione di accovacciamento)</li> </ul> <p><b>Anomalie evidenziate da esami bioumorali e strumentali</b></p> <p><i>Endocrine</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bassa concentrazione degli ormoni LH, FSH ed estradiolo</li> <li>• Bassi livelli di T3, T4 e TSH nel range della normalità (sindrome da basso T3)</li> <li>• Incremento modesto del cortisolo plasmatico</li> <li>• Aumentata concentrazione del GH</li> <li>• Severa ipoglicemia (rara)</li> <li>• Bassi livelli di leptina (ma forse più alti di quelli attesi per il peso)</li> </ul> <p><i>Cardiovascolari</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalie all'elettrocardiogramma (specialmente in quelli con anomalie elettrolitiche); difetti di conduzione, specialmente prolungamento del tratto Q-T</li> </ul> <p><i>Gastrointestinali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritardato svuotamento gastrico</li> <li>• Diminuita motilità del colon (secondaria all'abuso di lassativi)</li> <li>• Dilatazione gastrica acuta (rara, secondaria ad abbuffate)</li> <li>• Erosioni esofagee (da vomito autoindotto ripetuto)</li> </ul> <p><i>Ematologiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia normocitica normocromica moderata</li> <li>• Leucopenia moderata e linfocitosi relativa</li> <li>• Piattinopenia</li> </ul> <p><i>Altre anomalie metaboliche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ipercolesterolemia</li> <li>• Aumento del carotene serico</li> <li>• Ipofosfatemia (specialmente dopo rialimentazione parenterale)</li> <li>• Disidratazione</li> <li>• Disturbi elettrolitici (in quelli che vomitano o abusano di lassativi e/o diuretici frequentemente): alcalosi metabolica e ipopotassiemia (da vomito autoindotto); acidosi metabolica, iponatriemia e ipopotassiemia (da abuso di lassativi)</li> </ul> <p><i>Altre anomalie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteopenia ed osteoporosi (con aumento del rischio di fratture)</li> <li>• Allargamento dei ventricoli cerebrali e degli spazi del liquido cefalorachidiano (pseudotrofia)</li> </ul>	