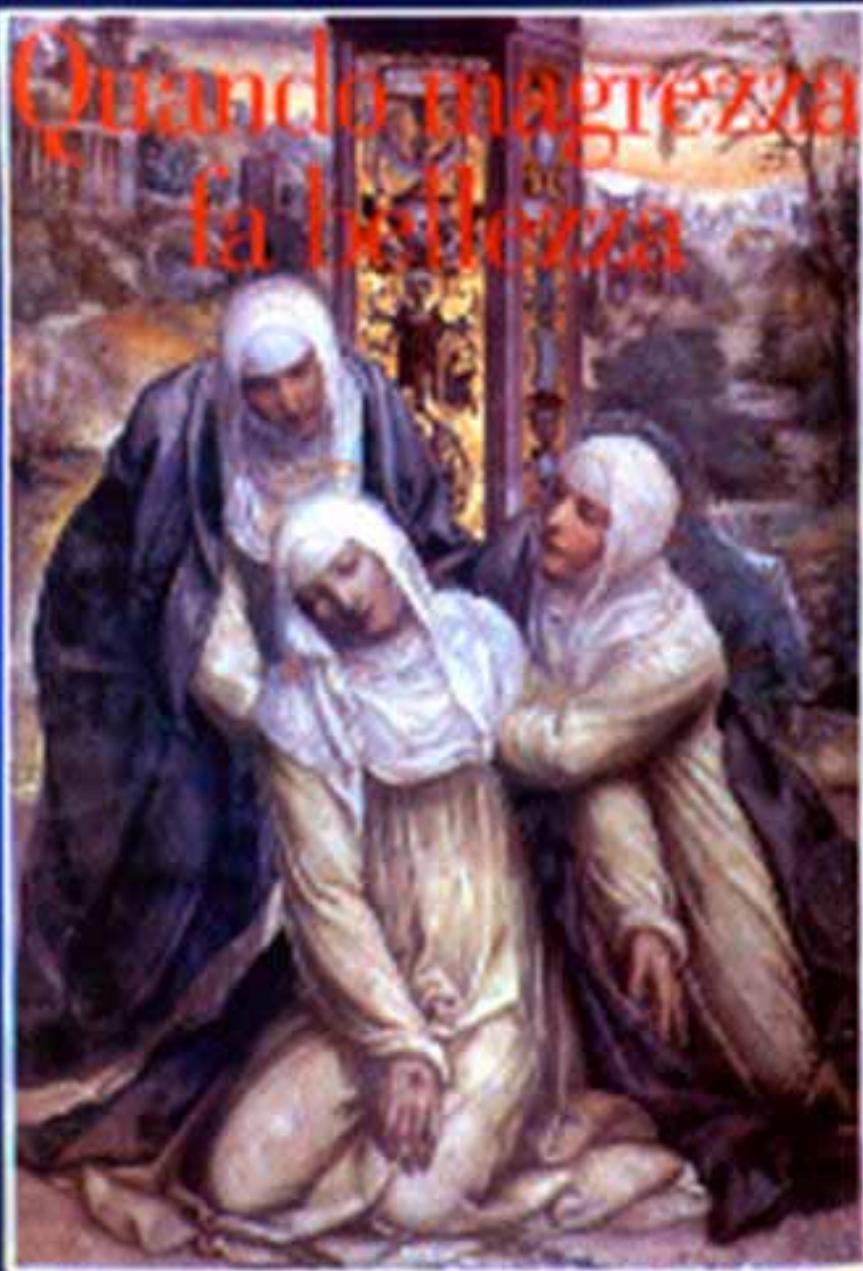


DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

DCA





Nella cultura occidentale le prime descrizioni cliniche di anomalie dell'alimentazione risalgono a più di 2000 anni fa.

Alcune sante cristiane avevano un comportamento simile alle anoressiche.

Anche gli attacchi di fame e di voracità insaziabile sono presenti nella letteratura greca ed ebraica



Tra le prime descrizioni scientifiche che ci sono giunte su questo disturbo, c'è quella del Dr. Ernst Charles Lasegue

“De l'anorexie hysterique”

(Archives generales de Medicine, 1873)

“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 passeggiere: è un rifiuto dell'alimentazione che si prolungherà indefinitamente.....la malattia è conclamata e seguirà il suo decorso così fatalmente.....”

GLOSSARIO

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, enteroclismi o vomito autoindotto



DSM IV TR: ANORESSIA NERVOSA (AN)

- A) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura (al di sotto dell'85%)
- 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 CORPOREA, ed eccessiva influenza sui livelli di autostima, rifiuto di ammettere la gravità della condizione di sottopeso
- D) Nelle femmine dopo il menarca AMENORREA (3 cicli)



- 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

DSM IV TR: BULIMIA NERVOSA (BN)

- A) Ricorrenti 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 2 volte 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 enteroclismi
- 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

L'obesità continua a non comparire nella classificazione dei DCA,

Tuttavia tra i DCA NAS
è stato individuato il

BED = BINGE EATING DISORDER

= disturbo da alimentazione incontrollata, caratterizzato da mancato controllo sull'alimentazione assieme all'assenza di condotte di eliminazione



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

- standard culturali di magrezza = successo, competenza, autocontrollo e attrazione sessuale
- il peso corporeo eccessivo è un fattore di rischio

Aspetti genetici: pare che i DCA siano geneticamente determinati: pare che ci sia una debolezza nei meccanismi ipotalamici di omeostasi che assicurano un recupero del corretto peso corporeo dopo un calo ponderale



I DCA sono aumentati negli ultimi 20 anni nelle donne tra i 15 e i 25 anni

Sono prevalenti nei paesi sviluppati e industrializzati, mentre sono poco comuni al di fuori del mondo occidentale e nelle regioni meno ricche

Essere a dieta comporta la sostituzione di un'attività alimentare regolata da segnali interni (senso di fame) con un'alimentazione o una restrizione cognitivamente determinata. Chi segue un'alimentazione restrittiva è costretto ad ignorare i segnali di fame e di sazietà

Ignorare tali segnali può portare ad una disregolazione del metabolismo soprattutto se la dieta viene perseguita cronicamente



CONTROREGOLAZIONE: chi è sempre a dieta non mette in atto il meccanismo di compenso secondo il quale se ad un pasto si introduce un elevato contenuto calorico, al pasto successivo mangia meno → controregolazione → al pasto successivo si ha una disinibizione verso il cibo e si mangia ancor di più

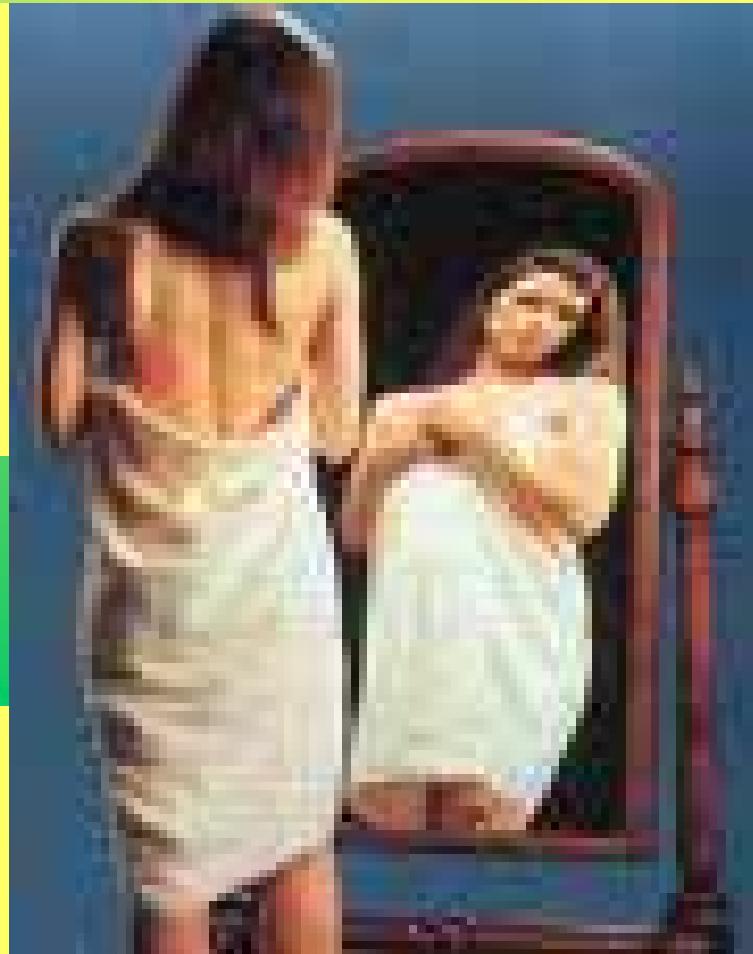
Lo stare a dieta è uno dei fattori precipitanti dei DCA: sia AN che BN sono preceduti da un tentativo apparentemente normale di perdere peso

ANORESSIA NERVOSA: QUADRO CLINICO

Caratteristiche premorbose: bambine o adolescenti timide, remissive, ubbidienti, perfezioniste e competitive, coscenziouse e tese ad ottenere il massimo in ogni prestazione, rendimento scolastico assai superiore alla media

A volte ci sono caratteristiche comportamentali di
> estroversione con comportamento oppositivo

E' oscuro il passaggio dall'aderenza ad un normale regime dimagrante alla disprsonsone dell'immagine corporea che assume un contenuto a volte delirante



L'esordio è spesso graduale e insidioso

Spesso le pazienti riferiscono di aver cominciato a polarizzarsi sul peso in seguito a qualche commento scherzoso su qualche parte del loro corpo

Altre volte la riduzione dell'introduzione di cibo avviene adducendo come pretesto una serie di difficoltà digestive o di lamentele ipocondriache o di un inspiegabile perdita di appetito

Ancora a volte le pazienti si mascherano rispetto ai familiari facendo sparire il cibo che avrebbero dovuto ingerire

Più raramente l'esordio è acuto e reattivo ad eventi significativi di separazione, o insuccessi scolastici o affettivi

La restrizione alimentare riguarda prevalentemente i cibi ricchi di lipidi e i carboidrati, che vengono eliminati progressivamente dalla dieta e sostituiti con frutta e verdura o fibre e integratori vitaminici nella convinzione di voler dimagrire mantenendosi in buone condizioni di salute



Spesso le pazienti iniziano a controllare e a sovraintendere chi cucina per la paura che ci siano eccessivi condimenti o che non vengano rispettate le quantità prescritte e rapidamente arrivano a rifiutare qualsiasi cosa che non sia preparata da loro stesse.

Il pasto comincia a diventare motivo di ansia e iniziano a procrastinare il momento di sedersi a tavola fino a sovertire completamente l'orario dei pasti

Se costretta a mangiare riduce il cibo in elementi piccolissimi e li sparpaglia nel piatto, giocherellandoci anche per ore

Alla restrizione alimentare le pazienti associano attività fisica aerobica di cui iniziano ad incrementare frequenza e durata, assumendo caratteristiche compulsive e iniziano a ragionare per:

crediti = ad una determinata attività fisica corrisponde la possibilità di concedersi del cibo

debiti = ad un intemperanza alimentare deve corrispondere una determinata quantità di esercizio

L'esercizio fisico è motivato a volte più che dal desiderio di dimagrire, dalla sensazione di essere flaccide e di dover rassodare i muscoli



La preoccupazione per il peso assume caratteristiche ossessive, di idea prevalente o addirittura di convinzione delirante: anche la dieta prescritta dallo specialista sembra troppo ricca di calorie



La > parte delle pazienti riferisce di aver avuto molta fame nelle fasi iniziali della malattia ma di non essersi concessa l'ingestione di cibo per la paura di aumentare di peso

Il poco cibo assunto varia da paziente a paziente ma tende ad essere lo stesso per tipo e quantità e la paziente si attiene rigidamente a tale schema

L'amenorrea compare precocemente

All'inizio del dimagrimento appare una condizione di euforia, di > estroversione e viene rinforzata positivamente dalle risposte dell'ambiente → maggior accettazione, estroversione, disinvolta con gli altri

Quando dimagrendo diventa emaciata, riceve critiche e pressioni da parte dell'ambiente che l'anoressica ignora, consuma i pasti in solitudine e si rafforza nei suoi propositi di digiuno e tende ad isolarsi socialmente

Peso e cibo sono idee prevalenti che condizionano la vita della paziente

La fame negata riemerge sotto forma di crisi bulimiche o come presenza di pensieri costanti rispetto al cibo (collezionano ricette, cucinano cose elaborate che poi non mangiano e pretendono che vengano mangiate dai familiari)

A volte si costituiscono riserve segrete di cibo nella loro stanza

Se c'è iperattività fisica ciò contrasta con il deperimento fisico: fanno esercizi aerobici per diverse ore al giorno (marcia nuoto bicicletta danza palestra) con un'attitudine compulsiva per bruciare calorie

A volte non studiano sedute per timore che tale inattività possa portare ad un aumento ponderale

A volte riducono le ore di sonno in quanto sono un periodo di ridotto consumo energetico

Con il progredire alimentazione, condotte di controllo del peso corporeo e abitudini di vita diventano sempre più rigide e stereotipate.

Nonostante i grave deperimento fisico restano immutabili

Il terrore di ingrassare

La convinzione di essere sovrappeso nonostante l'aspetto emaciato

La tendenza a creare una distanza di sicurezza tra il peso raggiunto e quello temuto

Il rifiuto di trattamenti farmacologici ritenuti pericolosi per l'incremento ponderale



Monitorano attentamente il peso, più volte al giorno (rituali ripetitivi e obbligati) vissuti con angoscia in attesa del verdetto della bilancia da cui dipende la stima di se

All'esame obiettivo sono gravemente emaciati, lamentano stipsi e algie addominali, cute secca, con tipica colorazione gialla, alopecia. ECG ed EEG modificati, ipotensione bradicardia, gravi alterazioni della crasi ematica, e della funzione epatica renale

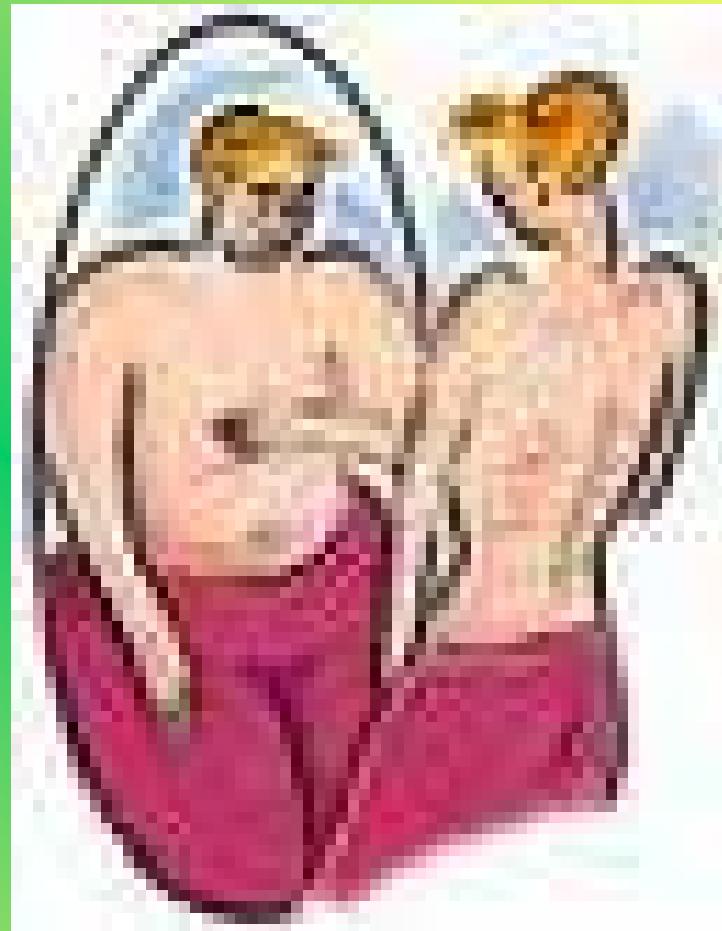
Quando le condizioni diventano ancora più gravi l'iperattività scompare e la paziente diventa apatica, l'umore diventa depresso-disforico fino ad una depressione maggiore (verosimilmente secondaria a digiuno ed emaciazione)



Nel sesso maschile le caratteristiche premorbose sono simili, come le modalità di esordio (spesso i ragazzi si mettono a dieta perché realmente sovrappeso)

Spesso persiste una marcata polarizzazione sulla funzione intestinale e sulle dimensioni dell'addome che assume connotazioni francamente ossessive

La frequenza delle abbuffate e delle condotte di eliminazione appare poco superiore



DECORSO

Variabile

La guarigione va dallo 0 al 30% e nel 50% dei casi restano dei sintomi residui o sequele psicopatologiche (sintomi depressivi 30-45%) tratti ossesivocompulsivi



**INFLUENZA DELLA DISTORTA
IMMAGINE DI SE sull'AUTOSTIMA**

**INCAPACITA' DI VALUTARE
CORRETTAMENTE LE DIMENSIONI**

CORPOREE: ipervalutano la dimensione della larghezza rispetto alla lunghezza rispetto alla percezione del se

Il disturbo dell'immagine corporea è l'aspetto psicopatologico nucleare più resistente ad ogni tentativo di confutazione fino al delirio



LA BULIMIA NERVOSA BN esordisce di solito a seguito di una dieta dimagrante per rimediare ad un modesto sovrappeso, che ben presto diventa restrittiva (di solito è preceduta da una fase di anoressia di durata variabile

Il terreno comune su cui BN e AN si sviluppano è quello di reiterati tentativi di restringere l'alimentazione, ma nella BN al tentativo iniziale di una dieta ipocalorica fa seguito quasi immediatamente la comparsa di abbuffate, compensate a loro volta da maggior restrizione o da esercizio fisico

C'è un alternanza tra semidigiuni o digiuni completi ed abbuffate, che la paziente tenta e spesso riesce a tenere segreto per molti anni

Alcune pz per evitare di ingerire masticano il cibo proibito e poi lo sputano, ma la modalità più frequente è l'autoinduzione del vomito



L'aumento progressivo del numero delle abbuffate, e la difficoltà a compensarle porta al terrore di perdere il controllo sul peso corporeo → lassativi, emesi autoindotta, anche in occasione di abbuffate coi cibi proibiti

L'episodio bulimico è spesso preceduto da stati d'animo spiacevoli, sentimenti di solitudine, noia, tristezza ansia collera, irritazione, mentre altre volte sono scatenati dalla vista dei cibi proibiti

L'ingestione è vorace, caotica, compulsiva, con scarsa attenzione per il gusto ed il sapore, accompagnata dalla sensazione di perdita di controllo

Per evitare la crisi bulimica alcune pazienti riferiscono di ricorrere a farmaci stimolanti, anoressizzanti, o ad alcool e ansiolitici.

Alla crisi fanno seguito senso di colpa, vergogna, autodisprezzo, depressione e disgusto di se. → vomito autoindotto, fugace sollievo per riduzione della distensione addominale e dell'ansia connessa alla paura di ingrassare

Alcune pazienti ricorrono all'abuso di lassativi dopo la crisi che provoca disidratazione e danno la sensazione di dimagrire

Le pazienti diabetiche evitano di assumere insulina

In alcuni casi i sentimenti di autosvalutazione successivi alla crisi portano ad atteggiamenti autolesionistici: talgiarsi, graffiarsi, mordersi, picchiersi, bruciarsi o distruzione dell'ambiente

