Tavolo Tecnico OPL Psicologia dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione

Le Domande dei ragazzi e le Riposte della Psicologia sui disturbi dell'alimentazione

Presidente OPL: Laura Parolin

Referente del Progetto: Cinzia Sacchelli

Tutor del Progetto: Martina Benincasa

Il Gruppo di Lavoro:

Maria Angela Abrami, Dora Aliprandi, Federica Boeris, Valentina Caretta, Alessandro Chinello, Deborah Colson, Chiara Comi, Domenico Cosenza, Pamela Pace, Alessandro Raggi, Carla Sabatti.

Nel marzo 2024 il Tavolo di lavoro sulla Psicologia dei disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, costituito dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia, ha organizzato un evento dedicato alla prevenzione di tali disturbi in occasione della Settimana Lilla. In questa settimana molte associazioni e fondazioni che operano sul territorio lombardo propongono diversi eventi per raggiungere la popolazione e sensibilizzare sul tema dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA). In linea con l'obiettivo della Settimana Lilla, l'evento dal titolo "Le domande dei ragazzi sulle problematiche col cibo. Dialogo tra adolescenti e psicologi esperti del disturbo alimentare" ha visto come protagonisti i componenti del tavolo di lavoro, che hanno incontrato alcuni studenti di due scuole secondarie di secondo grado del territorio lombardo. In tale occasione i ragazzi hanno avuto la possibilità di porre interrogativi e dubbi in un clima aperto e non giudicante, ai quali i professionisti hanno risposto con l'obiettivo di sensibilizzare sul tema dei DNA.

Dopo l'evento, il gruppo di lavoro ha deciso di raccogliere le domande portate dai ragazzi e di rispondervi creando un testo da mettere a disposizione della comunità degli psicologi che operano nel settore: questo documento è il risultato di questo lavoro.

Il Tavolo Tecnico DNA di OPL:

Maria Angela Abrami, ASST Spedali Civili BS
Dora Aliprandi, Associazione Bulimia Anoressia
Federica Boeris, Nutrimente ODV
Valentina Caretta, CIDA
Alessandro Chinello, Fondazione Maria Bianca Corno
Deborah Colson, Foodnet
Chiara Comi, ASST BG Ovest
Domenico Cosenza, Kline
Pamela Pace, Associazione Pollicino
Alessandro Raggi, Ananke
Carla Sabatti, CDCA Gussago, ASST Spedali Civili BS

Martina Benincasa, Associazione Bulimia Anoressia

Cinzia Sacchelli, OPL

INDICE

Gli aspetti clinici 4

La presa in carico e i percorsi di cura 13

Le conseguenze fisiche e l'impatto sulla vita quotidiana 24

Come poter aiutare chi soffre 29

Il ruolo dello psicologo 34

La prevenzione 36

Gli aspetti clinici

Quali sono i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e come si manifestano? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono gravi malattie psichiatriche e colpiscono soprattutto adolescenti e giovani adulti, in particolare di sesso femminile. In queste patologie l'età di esordio è generalmente compresa tra i 15 e i 19 anni ma negli ultimi anni si è abbassata e non è raro trovare DNA anche tra bambini e pre-adolescenti. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i DNA costituiscono la seconda causa di morte per le ragazze nella fascia di età tra i 12 e i 25 anni. La percentuale di italiani che soffrono di questi disturbi è stimata intorno al 5% e il 95,9% dei pazienti sono di sesso femminile. Queste patologie sono caratterizzate da un'alterazione del rapporto con il cibo e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del corpo che compromette il funzionamento psico-sociale e influenza l'autostima.

"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale". DSM V (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, V edizione, edita nel 2013)
Il DSM V, a cura dell'American Psychiatric Association, nella sezione "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" elenca i seguenti (i prime tre afferiscono soprattutto ai disturbi nell'infanzia):

- **Pica:** persistente ingestione, inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo del soggetto, di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, non nutritive (carta, terra, capelli, feci, …);
- **Disturbo di ruminazione (mericismo):** ripetuto rigurgito di cibo deglutito per poi masticarlo e deglutirlo di nuovo o sputarlo, senza che questa condizione sia attribuibile a disturbi gastrointestinali o medici di altra natura;
- **Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (ARFID):** consiste nell'evitamento o in un'importante selettività alimentare così severa da portare con sé una persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate dalla quale ne consegue una significativa perdita di peso;
- **Anoressia nervosa:** restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso, unitamente ad un'intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare mettendo in atto, in modo

persistente, dei comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso, elemento che determina e influenza l'autostima;

- **Bulimia nervosa:** ricorrenti episodi di abbuffata, caratterizzati dalla sensazione di perdere il controllo nel mentre, accompagnati da ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno, esercizio fisico eccessivo) per prevenire l'aumento di peso, elemento che indebitamente determina e influenza i livelli di autostima;
- **Disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder):** ricorrenti episodi di abbuffata, caratterizzati dalla sensazione di perdere il controllo nel mentre e da una sensazione di colpevolezza, angoscia e depressione in seguito, non associati a regolari ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso;
- **Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione:** questa dicitura viene utilizzata quando il quadro clinico del paziente non soddisfa pienamente i criteri dei disturbi sovra esposti e, pertanto, viene inserita una specifica che meglio declini la formazione sintomatica;
- **Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione:** questa dicitura viene utilizzata quando il quadro clinico del paziente non soddisfa pienamente i criteri dei disturbi sovra esposti e non viene inserita una specifica che meglio declini la formazione sintomatica dal momento che non ci sono informazioni sufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Non ci siamo addentrati nello specifico nei criteri diagnostici e di tutte le informazioni cliniche riportate nel DSM V atteso che le seguenti pagine – e lo spirito che anima questo progetto – non vogliono costituire un manuale rivolto ai clinici, ma uno strumento agile, utile, chiaro e fruibile sia da chi soffre di questi disturbi, sia dai loro familiari e da tutti coloro che sono interessati all'argomento per approfondire la natura profonda del disturbo alimentare, ciò che si nasconde sotto la superficie, più che la classificazione nosologica.

Quali sono i sintomi dall'esordio? Quali sono i primi segnali di un disturbo alimentare? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

Ogni storia è a sé, ma possiamo cogliere alcuni segni comuni all'esordio di un Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione:

- **Preoccupazione ossessiva ed eccessiva per il peso e le forme del corpo:** pesarsi costantemente, preoccuparsi eccessivamente per le dimensioni e le forme del proprio corpo, confrontarsi costantemente con gli altri in termini di immagine corporea, specchiarsi….

- **Perdita rapida del peso e/o aumento dell'attività fisica che viene svolta in modo compulsivo**
- **Cambiamento dello stile alimentare:** dieta rigida, passaggio ad abitudini vegetariane/vegane, rifiuto di cibi prima graditi, eliminazione di alcuni alimenti, bere molta acqua, aceto, spezie e cibi piccanti, bere bibite gasate a basso contenuto calorico,
- **Comportamenti alimentari insoliti:** saltare i pasti, fare abbuffate di cibo, vomitare o mettere in atto altre pratiche per controllare il proprio peso
- **Comportamenti anomali a tavola:** separare le pietanze, tagliare in piccoli pezzi, sbriciolare, spostare il cibo da una parte all'altra del piatto, nascondere il cibo durante il pasto
- **Abbigliamento:** utilizzo di **abiti larghi**
- **Cambiamenti dell'umore e del comportamento:** il tono dell'umore diviene instabile, il pianto frequente, intervengono depressione, ansia o facile irritabilità, ritiro dai contatti sociali e dalle occasioni conviviali con amici e familiari, attuazione di comportamenti autolesionistici….
- **Negazione e segretezza:** la persona che soffre di un disturbo alimentare può negare di avere un problema, non riconoscerlo e proteggere il disturbo con forza, cercare di nascondere i propri comportamenti agli altri, ….
- **Altri indicatori:** la tensione familiare cresce e la comunicazione risulta problematica, il riposo notturno è disturbato, si presentano aritmie cardiache o dolori al torace, forti dolori addominali fino alla perdita di coscienza, svenimenti, difficoltà respiratorie, nei casi più gravi, unitamente a stanchezza, gonfiore alle gambe (edemi), sensazioni di formicolio (parestesie), ….

I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie non facilmente riconoscibili, soprattutto nelle prime fasi. Prestare tuttavia attenzione a certi comportamenti ed eventualmente mostrare la propria preoccupazione in modo accogliente e non invasivo, potrebbe aiutare chi ne soffre a prendere coscienza di ciò che sta vivendo e a chiedere aiuto ad un centro specializzato.

Gli interventi precoci, inoltre, sono più efficaci nel risolvere i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e quindi è molto importante che familiari, amici, compagni, colleghi, insegnanti e medici riescano a cogliere i campanelli di allarme che abbiamo appena descritto.

Che cosa può portare a soffrire di DNA? (Comi Chiara)

Un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) può essere causato da diversi fattori come:

- Fattori biologici e genetici: L'anoressia viene considerata un disturbo psichiatrico-metabolico, in quanto le correlazioni individuate riguardano sia

aspetti di ordine psicologico che temperamentale; in particolare bisogna considerare la reazione che l'organismo ha nei confronti della malnutrizione. La struttura genetica dell'anoressia nervosa descrive la sua presentazione clinica, mostrando correlazioni genetiche con disturbi psichiatrici, attività fisica e aspetti metabolici. La disregolazione metabolica può contribuire alle difficoltà che le persone con anoressia nervosa hanno nel mantenere un BMI sano. Ad oggi non ci sono prove concrete per la predisposizione biologica di un disturbo alimentare, ma ci sono degli studi in corso. Il fisico e il peso sono determinati dai geni e non possono essere modificati facilmente.

- Fattori psicologici e sociali: rivestono una posizione rilevante. Questi si riferiscono all'interiorizzazione acritica, fortificata dai messaggi dei mass-media, da un atteggiamento che pone il perseguimento della magrezza tra i principali valori di riferimento della persona. L'immagine di sé è fortemente legata alla magrezza come segno di valore e di bellezza (magro è bene; grasso è male). L'immagine attuale di una donna di successo non è legata tanto al possesso di particolari capacità quanto piuttosto a modelli di donne attraenti e spesso molto magre. Sono frequenti i consigli per la dieta e il fitness e sembrano trasmettere la sensazione che le persone migliori siano quelle più attente all'alimentazione e che fanno sport. Chi non riesce a rientrare in questi canoni viene definito come pigro e questo porta nei giovani una forte insicurezza e una bassa autostima, ma solo la magrezza sembra la soluzione. Tutto ruota intorno al corpo come fonte di autonomia, di controllo e di sicurezza. Per le ragazze il corpo è un potente mezzo di comunicazione e di relazione, essere magre può diventare il requisito indispensabile per essere e sentirsi accettate.
- Tratti caratteriali della persona possono incidere: in genere, sono presenti tratti di personalità caratterizzati dal perfezionismo. Molte volte si tratta di ragazze ambiziose, con ottimi risultati a scuola e nelle attività che svolgono, mostrando grande impegno e tenacia. Il pensiero di fondo è che si può essere accettati solo a condizione di dare il massimo e di non commettere errori. La paura di deludere e di fallire è grande e diventa il principio alla base della propria vita. Il giudizio altrui diventa ogni volta una sentenza che può confermare o vanificare il proprio valore come persona.
- Fattori legati alle esperienze di vita: sembrerebbe che esperienze traumatiche, gli abusi, la mancanza di modelli positivi in termini di comportamento alimentare ed estetico, il non dare sfogo ai sentimenti negativi e la mancanza di una capacità di gestire i conflitti, possano incidere sullo sviluppo dei disturbi alimentare.

Il modo in cui sei stato abituato a mangiare da piccolo può incidere sull'avere un possibile disturbo della nutrizione e dell'alimentazione in adolescenza? (Pace Pamela)

Hilde Bruch ricorda che il comportamento alimentare, quindi il rapporto con il cibo e con l'atto alimentare, non sono innati, bensì un appreso. Il bambino "impara" gradatamente, a partire dall'esempio degli adulti di riferimento, percepisce lo statuto che il cibo e l'atto alimentare hanno all'interno dell'ambiente familiare. Così come incontra le specifiche modalità educative relative alla tavola. Tuttavia ciò non è sufficiente perché tra l'offerta del cibo e il convivio familiare agisce, cioè interferisce sempre la qualità delle relazioni con l'altro e, come evidenziava Freud, la qualità dell'offerta del cibo, in quanto veicola sempre messaggi relativi al posto che un figlio occupa nell'altro. Sappiamo inoltre quanta importanza viene data all'alimentazione e l'eccessiva centralità di ciò all'interno delle relazioni familiari può fare della tavola la scena privilegiata, il teatro dove rappresentare altro (appelli, dubbi, rabbie, paure, logiche di potere ..). E' quindi importante distinguere presto il piano dei bisogni (fame, sete, sonno), che richiedono la soddisfazione con un oggetto preciso, dal registro della domanda d'amore, di riconoscimento, di rassicurazione che non chiede oggetti, ma una risposta che riguarda appunto la relazione, la fatica e le paure del percorso di crescita. La facilità con cui l'atto alimentare può snaturarsi, implica una particolare attenzione a non utilizzare il cibo per altri scopi che non siano quelli nutrizionali. Anche la mensa scolastica è un'esperienza che incide e può arricchire, confortare o, viceversa, tensire, interferire negativamente nel rapporto del bambino con il cibo. In ultimo non va dimenticata l'importanza della qualità della relazione con il proprio corpo che inizia a tessersi a partire dall'infanzia, all'interno delle relazioni con l'altro.

Come si fa a distinguere una persona che vuole semplicemente mangiare salutare da una persona che soffre di DCA? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

Distinguere tra una persona che segue un'alimentazione sana e una che soffre di un disturbo alimentare non è sempre semplice, in quanto alcuni comportamenti possono essere simili.

- **Dall'eccesso di attenzione** che pone al cibo, all'immagine corporea, alle singole parti del suo corpo (in particolare pancia, gambe e glutei), …
- **Dalla modalità in cui mangia:** la persona che soffre di un disturbo alimentare potrebbe mangiare per ansia, per noia, per riempire un vuoto, ….
- **Restrizioni alimentari rigide:** eliminazione di interi gruppi alimentari dalla dieta o seguire diete restrittive con un apporto calorico insufficiente,

unitamente aduna paura intensa/smodata di ingrassare o di perdere il controllo sul cibo.

- **Bassa autostima e immagine corporea negativa**: l'autostima inizia a basarsi sul peso corporeo e sull'aspetto fisico con un costante paragone a modelli ideali e conseguente senso di inadeguatezza.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione hanno molti punti in comune con comportamenti che possono essere criticabili ma non sono patologici. In generale, si può dire che un comportamento, un pensiero o un atteggiamento sono patologici quando limitano la libertà di scelta e la qualità di vita della persona. Per chi soffre di un Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione tutto ruota intorno al cibo, che diventa un chiodo fisso e influenza tutte i suoi ambiti della vita. Non si esce più ad uscire con gli amici a portare avanti i propri hobby
In altri termini, è patologico ogni comportamento che diventa un'ossessione cui consegue un impoverimento sul pianto della salute, della vita sociale, degli interessi e dei propri progetti.

Come si può capire quando una persona è affetta da un disturbo? E come possiamo riconoscere i sintomi di un DNA? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

I comportamenti tipici di chi soffre di un Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione sono: diete inflessibili, abbuffate, vomito, uso di lassativi e/o diuretici e intensa attività fisica per controllare e perdere peso. A ciò si aggiungono spesso anche: ansia, depressione, irritabilità, sbalzi d'umore e isolamento.
Soffrire di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione sconvolge la vita della persona e della sua famiglia. Per chi ha un problema alimentare tutto ruota attorno al cibo e alla paura di ingrassare, infatti cose che prima sembravano banali sono difficili e motivo di agitazione.

Quando si può parlare di anoressia nervosa, bulimia, binge eating, …? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

Anoressia nervosa
L'anoressia nervosa è un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzato da restrizioni alimentari dovute ad un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee, che si manifestano in una costante e ossessiva paura di ingrassare, da una ricerca della magrezza e da un disturbo dell'immagine corporea. I pensieri sul cibo e sul corpo sono pervasivi e non lasciano spazio ad altro.
Le anoressie non sono tutte uguali, ne esistono di due sottotipi:

- tipo restrittivo: viene diagnosticata quando la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo;
- tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: viene diagnosticata quando sono presenti ricorrenti abbuffate o condotte di eliminazione (vomito, abuso di lassativi o diuretici).

L'anoressia nervosa è presente in tutte le classi sociali occidentali e l'età di insorgenza è compresa tra i 13 e i 25 anni, con un picco fra i 15 e i 18 anni. Negli ultimi anni purtroppo si sta assistendo ad un abbassamento dell'età di esordio che risulta particolarmente problematico perché interferisce in modo rilevante con il processo di sviluppo biologico. L'anoressia si manifesta raramente per la prima volta in età adulta.

La storia tipica di esordio dell'anoressia nervosa è quella di una dieta intrapresa con lo scopo di perdere qualche chilo e/o di migliorare le proprie abitudini alimentari per problemi come l'acne giovanile, le intolleranze alimentari o un lieve sovrappeso.

Pian piano, in concomitanza con la perdita di peso che è vissuta con gratificazione, il controllo sull'alimentazione diventa sempre più ossessivo e vengono eliminati molti cibi perché percepiti come troppo calorici e aumenta l'attività fisica. A questo punto è sempre più difficile riconoscere gli stimoli della fame e della sazietà e la "capacità" di resistere al bisogno di mangiare diventa la fonte principale di autostima. È importante sottolineare che la maggior parte delle persone che soffrono di anoressia nervosa sperimenta una fame intensa e investe tutte le sue energie mentali per riuscire a mantenere il controllo ma nel tempo si assiste frequentemente ad una comparsa di abbuffate o ad un viraggio alla bulimia nervosa conclamata. In alcune ragazze il controllo del peso viene ottenuto soprattutto attraverso un'attività fisica intensa in ambito sportivo e/o domestico (pulizie, riordino..).

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa, come l'anoressia nervosa, si caratterizza da una paura morbosa di ingrassare e da una forte influenza del peso e delle forme del corpo sull'autostima. Nei pazienti con bulimia nervosa ritroviamo tentativi di restrizione alimentare seguiti da un'eccessiva assunzione di cibo, le cosiddette abbuffate, e da episodi di compenso (principalmente vomito e uso di lassativi) per mantenere sottocontrollo il peso.

L'esordio è simile a quello dell'anoressia nervosa (dieta per una forte insoddisfazione corporea) ma il decorso invece è diverso, con un peso abbastanza normale mantenuto alternando tentativi di dimagrire con abbuffate e condotte di compenso (principalmente il vomito indotto).

La bulimia nervosa è presente nell'1-3% della popolazione femminile (anche in questa patologia il genere femminile è più a rischio) tra i 17 e i 25 anni e ha un esordio leggermente più tardivo dell'anoressia nervosa (18-19 anni).
Il comportamento più caratteristico della bulimia nervosa è l'abbuffata, cioè un episodio in cui viene assunta molto rapidamente una grande quantità di cibo ed è forte la sensazione di perdere il controllo. Tutto avviene in tempi brevi e con dei rituali, in genere accompagnati da un forte senso di disagio, di vergogna e di colpa.
Le modalità compensatorie tipiche sono rappresentate da comportamenti di eliminazione o purgativi, ossia il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi o di diuretici. Alcune persone non usano condotte purgative ma alternano le abbuffate al digiuno oppure si impegnano per più ore al giorno in estenuanti attività fisiche.

Binge eating disorder (Disturbo da alimentazione incontrollata)
È caratterizzato da episodi ripetuti in cui in poco tempo si mangiano grandi quantità di cibo (abbuffate), durante e dopo questi episodi, le persone hanno una sensazione di perdita di controllo e angoscia. L'alimentazione incontrollata non è seguita da comportamenti di compenso come il vomito, uso di lassativi o un'intensa attività fisica.
Il BED è spesso associato all'obesità.
Una variante del BED è la night eating syndrome (NES), una mescolanza di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, di un disturbo del sonno e talvolta di un disturbo dell'umore.

Perché si parla meno dei disturbi alimentari nei ragazzi in confronto alle ragazze? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

L'aumento dei disturbi alimentari nei ragazzi è un fenomeno preoccupante, spesso sottovalutato e oscurato da stereotipi di genere e scarsa consapevolezza. Per una diagnosi e un intervento tempestivi, è fondamentale riconoscere i segnali d'esordio specifici che possono manifestarsi nel sesso maschile.
Anche ragazzi e uomini possono avere un Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.
Nel caso dei DNA maschili spesso la richiesta arriva tardivamente perché gli uomini tendono a non chiedere un aiuto tempestivo perché faticano ad ammettere di avere un disturbo tipicamente femminile. Secondo i dati del Ministero della Salute gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa e il 10-15% dei casi di bulimia nervosa (maggiormente a rischio uomini omosessuali e bisessuali) ma le percentuali sono in costante aumento.

I DNA nei maschi, includono le seguenti caratteristiche:

- preoccupazioni relative all'immagine corporea;
- maggiore desiderio di essere muscolosi/tonici (meno centralità data alla magrezza);
- eccessivo esercizio fisico come manifestazione comportamentale principale

Qual è la correlazione tra disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e dismorfia corporea? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

Esiste una forte correlazione tra disturbi alimentari e dismorfia corporea. Quest'ultima è un disturbo mentale caratterizzato da una preoccupazione ossessiva, ovvero eccessiva, per un difetto percepito nell'aspetto fisico. Questo difetto, che le altre persone ritengono minimo o impercettibile, può causare significativa sofferenza e disagio.
La clinica ci mostra come le persone che soffrono di un disturbo alimentare siano affette anche da dismorfismo dell'immagine corporea. Spesso i due disturbi spesso si presentano insieme.
Disturbi alimentari e dismorfofobia sono caratterizzati da:

- Distorsione/dispercezione dell'immagine corporea
- Pensieri ricorsivi e ossessivi sull'aspetto fisico
- Comportamenti compulsivi volti a controllare l'aspetto o il peso
- Ansia, depressione, senso di colpa e vergogna

La presa in carico e i percorsi di cura

Come si curano i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione? (Carretta Valentina, Comi Chiara)

I disturbi alimentari si curano, anzitutto, chiedendo aiuto, riconoscendo che vi è un "problema". Il trattamento in equipe multidisciplinare (psicoterapeuta, psichiatra, nutrizionista, medico internista, endocrinologo, …) è fondamentale in quanto si tratta di patologie molto complesse e con risvolti sia fisici sia psichici, quindi il trattamento deve essere integrato.
Come identificato dalle linee di indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità, il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione deve includere gli aspetti psicologici, psicopatologici e psichiatrici, quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, e quelli socio-ambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico DNA del quale il paziente è affetto, del differente decorso, della gravità e complessità del quadro clinico e delle varie fasi del percorso. L'intervento deve essere sempre effettuato da un'equipe multidisciplinare specializzata in DNA e composta almeno da psichiatra – neuropsichiatra infantile, psicologo psicoterapeuta, dietista e se necessario medico internista o pediatra.
Il trattamento dei DNA può essere strutturato, a seconda delle situazioni, a diversi livelli di intensità: ambulatorio, regime residenziale (comunità) semi-residenziale (day-hospital e centro diurno) e ricovero ospedaliero. È buona prassi iniziare, salvo specifiche controindicazioni, dal trattamento meno intensivo perché è quello che interferisce in minor misura sulla vita dei giovani pazienti e sulle famiglie. Il trattamento ambulatoriale è quindi il trattamento di prima scelta: la maggioranza dei soggetti sofferenti di DNA ha dimostrato di rispondere efficacemente alle diverse tipologie di trattamento ambulatoriale. Solo nelle situazioni di acuzie, di grave deperimento organico, di assenza di motivazione al trattamento o in casi in cui il trattamento ambulatoriale non ha funzionato dovrà essere preso in considerazione uno più intensivo, come il day-hospital o il percorso comunitario. Questi livelli non slegati e rappresentano ciascuno la risposta più appropriata sulla base delle specifiche caratteristiche del paziente e delle fasi di malattia.
Gli interventi psicologici si pongono come principali obiettivi: favorire la consapevolezza di malattia e della motivazione al cambiamento; intervenire sulle difficoltà socio-relazionali e sui nuclei psicopatologici tipici del DNA; modificare le dinamiche familiari disfunzionali che fungono da fattori di mantenimento del disturbo.

Le tappe fondamentali del trattamento nei disturbi dell'alimentazione sono ben riassunte dalle linee guida dell'American Psychiatric Association (APA, 2012):

- diagnosticare e trattare le complicanze mediche
- aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento
- aumentare il peso corporeo (nell'anoressia)
- ristabilire un'alimentazione adeguata
- affrontare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività)
- correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso
- curare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione
- cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- aumentare il livello di autostima
- prevenire le ricadute

Il coinvolgimento della famiglia risulta essenziale nel trattamento durante tutta l'età evolutiva e frequentemente anche in adolescenza ed età adulta.
L'intero percorso è rivolto alla recovery psico-sociale, per cui tra gli obiettivi vi sono anche il reinserimento sociale e il mantenimento/ripresa di un'attività di studio/lavorativa.

Quali medici si occupano delle persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione? Esiste un medico che si occupa solo di DNA? (Sabatti Carla)

I disturbi alimentari richiedono un trattamento che abbia un approccio **multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato** (Ministero della Salute, *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*, 2013), data la loro natura complessa, che coinvolge sia la mente, sia il corpo.
A tal fine, è necessario integrare una **riabilitazione medico-nutrizionale** (che si occupa della salute fisica della persona e della gestione dei comportamenti disfunzionali correlati all'alimentazione) alla **terapia psichiatrica-psicologica**, che affronta il disagio psichico profondo sottostante il disturbo.
Trattamento in **équipe multidisciplinare** significa che la terapia richiede diverse competenze professionali che ciascun membro dell'équipe apporta in base alla propria specializzazione. A tal proposito, quindi, sono coinvolte diverse professionalità (psichiatri, neuropsichiatri infantili, medici internisti, psicologi-psicoterapeuti, educatori/Terp, infermieri…) affinché possano essere affrontati tutti i fattori psicopatologici coinvolti (psicologici, psichiatrici, nutrizionali, metabolici e fisici, socio-relazionali…), ognuno dei quali necessita di un

trattamento specialistico e professionalmente qualificato e richiede compiti che sarebbero incompatibili se svolti da un unico terapeuta.
Per lavorare bene in équipe è necessario che vi sia una proficua collaborazione tra gli specialisti, che devono integrare le loro competenze e i loro saperi, condividendo con i colleghi **un linguaggio e un approccio comune**.
E' fondamentale che i professionisti che lavorano nell'ambito dei disturbi alimentari abbiano una **formazione specifica e un aggiornamento continuo**, affinché possano offrire risposte qualificate e operare in modo integrato con gli altri professionisti coinvolti nella cura.

Ci sono diverse strutture per i diversi DNA e quali caratteristiche spingono i medici a ricoverare una persona che soffre di DNA? (Sabatti Carla)

Nella cura dei disturbi alimentari sono presenti in Italia **5 diversi livelli di intervento**, di intensità assistenziale progressivamente crescente:

- **Medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS)** è spesso il primo riferimento che la famiglia e la persona che manifesta segnali di malessere incontrano
- **Terapia ambulatoriale specialistica (ospedaliera e non)**: contesto d'elezione, nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica in cui il soggetto segue un programma di riabilitazione psiconutrizionale, mantenendo inalterata la propria quotidianità. Prevede controlli medico-nutrizionali, colloqui di psicoterapia individuale e familiare per quei soggetti la cui sintomatologia, fisica e psicologica, appare sufficientemente stabile e che presentano una buona motivazione alla terapia
- **Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale**: attuata in un centro ambulatoriale specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione per quei soggetti che non rispondono al percorso psico-nutrizionale ambulatoriale convenzionale, le cui condizioni generali non sono gravi da prevedere un ricovero, ma richiedono un lavoro riabilitativo più intenso. Prevede una precisa strutturazione della giornata del paziente (coinvolto in diverse attività riabilitative individuali, di gruppo e familiari) in un percorso scandito da diverse fasi di trattamento
- **Riabilitazione intensiva residenziale (ricovero specialistico/comunità riabilitativa)**: prevede la degenza in un ambiente protetto caratterizzato da un'alta intensità assistenziale; è indicata per quei soggetti che non rispondono a trattamenti meno intensivi o che presentano rischi fisici/psichiatrici o difficoltà psicosociali tali da richiedere un intervento intensivo e un monitoraggio costante.
- **Ricoveri (ordinari e d'urgenza)**: trattandosi di patologie complesse che hanno fortemente a che fare con il corpo, è possibile che in alcuni casi si renda

necessario il ricovero ospedaliero in reparti internistici per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave, o in reparti psichiatrici per la gestione di altre problematiche psichiatriche che possono accompagnare il disturbo alimentare.
La scelta ideale sarebbe cominciare con il percorso terapeutico meno intensivo (trattamento ambulatoriale) per poi salire nel caso in cui non ci siano miglioramenti; tuttavia, la definizione del **progetto terapeutico individualizzato**, cioè specifico e "su misura" per ogni persona, è frutto di un complesso processo diagnostico multidisciplinare, in cui diversi professionisti (medico, psichiatra, psicologo-psicoterapeuta, dietista..), attraverso visite specialistiche, colloqui clinici e strumenti valutativi, raccolgono molteplici aspetti clinici, fisici e psicologici, individuali e relazionali, che consentono di definire il percorso terapeutico più utile a quella persona, tenuto conto non solo della patologia che "ha", ma anche della persona che "è" e del contesto a cui appartiene.
L'équipe valuta la necessità di una riabilitazione intensiva in regime di ricovero **quando il livello di gravità e comorbidità** (presenza di altre patologie fisiche/psichiche**)** del disturbo alimentare è elevato e determina un **forte impatto sulla qualità di vita** della persona; in tali situazioni, gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato, laddove precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Come funziona il processo per la diagnosi di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione? (Sabatti Carla)

La diagnosi di un disturbo alimentare è un processo complesso e continuativo che prevede una **valutazione clinica multidimensionale** effettuata da diverse figure professionali (psichiatra, medico internista, dietista, psicologo-psicoterapeuta) ognuna delle quali si concentra, in base al proprio ambito di competenza, su specifici parametri. L'inquadramento diagnostico si attua a livello ambulatoriale e prevede che il paziente venga valutato a livello clinico-nutrizionale, fisico-metabolico e psicologico-psichiatrico.
Il processo diagnostico è un momento particolarmente delicato in cui sono molteplici gli aspetti da prendere in esame. Una diagnosi appropriata, approfondita e accurata consente di strutturare un **trattamento adeguato e personalizzato** sulla condizione clinica di quella specifica persona. Se eseguita correttamente la diagnosi consente di **escludere altre patologie**, organiche e/o psichiatriche, che possono avere effetti secondari sulla relazione con il cibo e il corpo.

In particolare, la **valutazione medico-nutrizionale**, effettuata da medico e dietista, raccoglie l'anamnesi del paziente (familiare, fisiologica, patologica, nutrizionale) e valuta il suo stato di salute fisica e nutrizionale, attraverso l'esame obiettivo e gli indici rilevati da esami bioumorali e strumentali, oltre alla valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'indice di massa corporea (uno degli indicatori utili a valutare lo stato di salute dell'individuo).
Ad essa si deve integrare una **valutazione psichiatrica-psicologica**, che raccolga non solo aspetti specifici propri del disturbo alimentare, che consentono di valutarne entità, durata e gravità (comportamenti sintomatici quali restrizione e/o comportamenti di compenso, atteggiamenti e pensieri riguardanti il peso, il corpo e l'alimentazione,), ma anche altre aree che possono essere influenzate dalla psicopatologia del disturbo alimentare (tono dell'umore, funzionamento cognitivo, interpersonale, emotivo, scolastico/professionale). Accanto alla raccolta di parametri associati al disturbo alimentare, una diagnosi completa dovrebbe comprendere una valutazione che accoglie la persona, la sua storia unica, il senso che il rapporto con il cibo e con il corpo ha per quell'individuo. Il principale strumento di accoglienza e valutazione è il **colloquio psicologico** con il paziente e i suoi familiari; a questo si può affiancare **l'utilizzo di test, scale e questionari**, con l'obiettivo di inquadrare, valutare la gravità, oggettivare e monitorare la sintomatologia alimentare ma anche il profilo di personalità del paziente, la motivazione e le aspettative di cura, la coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche, la storia di trattamenti precedenti, le dinamiche familiari e la situazione socio ambientale.
La valutazione psicodiagnostica consente, quindi, di identificare la presenza di indicatori somatici e psichici di gravità, definire il grado di compromissione e le risorse del paziente, elementi necessari per la successiva indicazione al trattamento. Essa, inoltre, mira a accogliere e conoscere la persona nella sua complessità, attraverso l'incontro e la relazione terapeutica, all'interno della quale sia possibile ricostruire un significato psicologico al disturbo alimentare, in un clima di fiducia e collaborazione. L'intervento immediato secondo un approccio specialistico integrato risulta cruciale, dato che quanto più un **intervento è tempestivo**, tanto più aumentano le possibilità di una guarigione piena, soprattutto in età evolutiva.

Come si svolge la diagnosi? (Aliprandi Dora)

La diagnosi di un disturbo del comportamento alimentare coinvolge una valutazione multidisciplinare. Lo psicologo esegue un colloquio clinico approfondito per comprendere non soltanto i sintomi attuali, i comportamenti alimentari e il loro impatto sulla vita quotidiana, m anche la storia del paziente,

la presenza di traumi e lutti, il suo vissuto e il contesto relazionale. Possono essere utilizzati questionari e test diagnostici.

Come si svolge un ricovero? (Aliprandi Dora)

Nel corso del trattamento, se valutato necessario dall'equipe, può essere pensato alla necessità di un ricovero in strutture specializzate per la cura e il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il ricovero è volto a risolvere non solo problemi concreti, rispondere a bisogni fisici, ma è importante rientri in un progetto terapeutico generale finalizzato non solo al miglioramento della sintomatologia, ma alla trasformazione e disvelamento complessivo del paziente, che tenga conto del lavoro precedente e successivo al tempo in struttura. A tal fine, durante un ricovero, oltre alla presa in carico corporea vengono proposte molte attività terapeutiche, educative e di elaborazione.

Si può ricadere in un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione dopo essere guariti completamente? (Colson Deborah)

Gli studi epidemiologici internazionali evidenziano infatti un continuo aumento di nuovi casi di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). In molti casi sono problematiche alimentari transitorie e non rilevanti, in altri, invece, sfociano in manifestazioni patologiche severe, che richiederanno ricoveri e terapie lunghe e complesse.
Gli stessi studi rilevano che, quanto più si riesce a intervenire precocemente, da un DCA si può guarire, con risultati positivi a lungo termine.
Certamente, la possibilità di ricadute è un fenomeno che riguarda queste patologie, ma una buona terapia avrà preparato i pazienti a questa eventualità, insegnando loro che il manifestarsi di una ricaduta non significa affatto che tutto è perduto, o che si è "tornati indietro": nella maggior parte dei casi infatti nei DCA la ricaduta è un passaggio – critico ma non catastrofico – che indica la presenza di un momento difficile e che mette il paziente di fronte alla possibilità di affrontare il sintomo con gli strumenti e la consapevolezza acquisiti durante il lavoro terapeutico precedente. Molto spesso, il superamento di una ricaduta rappresenta il vero segnale di "guarimento" da un DCA.

Se una persona ha già sofferto di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e ne è guarita, se dovesse ritornare a soffrirne si ricorrerebbe allo stesso percorso terapeutico o si intraprenderebbe un'altra strada? (Sabatti Carla)

Il percorso di cura di un disturbo alimentare non è lineare né un processo tutto-nulla, ma un **progressivo cambiamento** che presuppone un **tempo soggettivo**,

non definibile a priori, perché dipende da molteplici fattori, quali le caratteristiche e le complicanze della patologia alimentare, l'adesione al trattamento, il tempo trascorso prima della richiesta di aiuto, il supporto e il coinvolgimento dei familiari. All'interno di questo processo di cambiamento è possibile che la persona vada incontro a ricadute, momenti di maggiore difficoltà in cui possono riemergere nuovamente comportamenti disfunzionali, pensieri e vissuti emotivi tipici del disturbo alimentare. In tal caso è bene rivolgersi a professionisti che possono **supportare e rivalutare insieme** la possibilità di intraprendere un nuovo percorso riabilitativo, affine o meno a quello precedente. Ogni **fase della malattia**, infatti, prevede **bisogni, motivazione, rischi, consapevolezza e risorse diverse** ed è sulla valutazione di questi molteplici parametrici che si fonda la scelta del trattamento più indicato per quella persona, in quello specifico momento, in quella definita fase della sua patologia. Nell'ambito dei disturbi alimentari è importante garantire **la continuità delle cure**, cioè la possibilità di un passaggio da un livello di trattamento a un altro a seconda dell'evoluzione della patologia. É opportuno che questa transizione tra un livello e l'altra sia gestita dall'equipe dei curanti e concordata con la famiglia e il paziente, rassicurando tutti sul fatto che il cambiamento del progetto terapeutico non è necessariamente negativo, ma può costituire un altro gradino verso la guarigione. Una ricaduta non significa cancellare quel che è stato prima, né tornare identici al punto di partenza. La vita, e di conseguenza la cura, non seguono mai un percorso lineare.

Come intervenite per supportare la famiglia del ragazzo/a che soffre di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione? (Sabatti Carla)

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione quando colpiscono una persona, coinvolgono inevitabilmente anche il suo intero sistema familiare, che necessita di essere sostenuto, direzionato e ben informato. Qualunque sia il modello alla base dello specifico approccio terapeutico, tutte le commissioni tecniche che negli ultimi anni si sono occupate di redigere Linee Guida per il trattamento dei DNA sono concordi nel sostenere la necessità di adottare approcci di natura integrata in cui la presa in carico della famiglia si affianchi alla psicoterapia e alla terapia nutrizionale, offrendo **supporto** alle famiglie e promuovendo **informazione** durante tutte le fasi del trattamento. Il coinvolgimento della famiglia nella presa in carico del paziente con DNA è, quindi, essenziale, sia nella convinzione che da un lato anche i genitori stessi abbiano **bisogno di sostegno e aiuto**, sia nell'ottica che, se adeguatamente coinvolti, possano costituire validi **alleati a svolgere un'importante azione co-terapeutica**, attraverso una proficua e attiva collaborazione con l'équipe multidisciplinare.

I genitori possono aiutare il figlio, innanzitutto, a rendersi conto di soffrire di un disturbo alimentare, sostenendolo nel difficile **processo di riconoscimento di tale problematica** e della necessità di intraprendere un percorso riabilitativo, **accompagnandolo nella richiesta di cura** a specialisti competenti. Un lavoro con i familiari può considerarsi, in tal senso, un trattamento preliminare, oltre che parallelo, atto a sostenere l'emergere di una richiesta di aiuto del figlio sofferente, spesso inizialmente restio alla terapia. L'approccio più utilizzato è quello **psicoeducativo**, il cui scopo principale è fornire ai familiari le informazioni più importanti sul disturbo alimentare, sui suoi sintomi, sulle caratteristiche dell'evoluzione a breve e lungo termine, sulle indicazioni e sui livelli più o meno intensivi del trattamento, informazioni necessarie a conoscere e riconoscere la malattia, altrimenti temuta come un nemico invisibile e spesso incomprensibile. I programmi psicoeducativi per i familiari sembrano in grado di diminuire il carico familiare e, con esso, l'eccessivo coinvolgimento emotivo e gli atteggiamenti critici nei confronti del paziente. Offrire ai familiari gli strumenti per poter comprendere la complessità e la profondità della sofferenza che affligge i figli è un aspetto fondamentale del percorso di sostegno. I familiari di pazienti con disturbi alimentari sono spesso attraversati da una gamma di vissuti emotivi potenti, contraddittori e potenzialmente disarmanti: paura, colpa, rabbia, scoramento, vergogna per le parole e i giudizi che la malattia muove all'interno della rete relazionale. É per questo motivo che, a livello clinico, viene proposta **una presa in carico della sofferenza genitoriale**, attraverso colloqui familiari che possano offrire contenimento, espressione e rielaborazione di tali vissuti. Non vanno dimenticati **fratelli e sorelle**: non sono in una posizione di responsabilità come i genitori, ma le forti conseguenze della patologia coinvolgono anche loro, sollecitando domande, preoccupazioni e vissuti che necessitano di ascolto e accoglienza. A seconda dell'età, fratelli e sorelle possono partecipare agli incontri familiari, affinché possano condividere la propria lettura nella narrazione familiare, esprimere il proprio disagio, ricevere e offrire aiuto.

Sono numerosi, e certamente ancora da incentivare, gli interventi promossi a favore dei familiari, sia nell'ambito di una **psicoterapia familiare** che coinvolga tutto il nucleo familiare, sia attraverso **colloqui con i genitori paralleli alla terapia individuale** del figlio con disturbo alimentare, sia nel **contesto di gruppo**, siano essi gruppi di informazione e psicoeducazione, di sostegno, psicoterapeutici o di mutuo-auto aiuto.

A tal proposito, negli ultimi anni si è evidenziata sempre di più la funzione di risorsa che i familiari possono rappresentare grazie al lavoro sinergico tra Servizi e **Associazioni dei familiari**, preziose realtà che svolgono molteplici funzioni: intercettano le domande di cura, consentono le cure ambulatoriali, promuovono importanti iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione e

offrono uno spazio di incontro che contrasti isolamento e stigmatizzazione, favorendo appartenenza, condivisione e rispecchiamento.

Il modo in cui viene trattato il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, cambia a seconda dell'età del paziente o rimane invariato? (Sabatti Carla)

Il percorso di cura nell'ambito dei disturbi alimentari deve essere **individualizzato**, costruito, cioè, 'su misura' per la specifica persona. Il progetto terapeutico deve incontrare l'altro nella sua unicità, proponendo un percorso di cura non standardizzato **basato sui bisogni e punti di forza del paziente e del suo contesto di vita**, nonché sulle evidenze scientifiche. Il criterio che deve orientare il trattamento, quindi, non riguarda esclusivamente l'età, ma la specificità dell'individuo; la terapia, multidisciplinare e integrata varia in base all'individuo, pur all'interno di un modello strutturato, con obiettivi e modalità terapeutiche precise. Un paziente in **età evolutiva** (si intende dagli 0 ai 18 anni) richiede, tuttavia, qualche considerazione in più e necessita di interventi diagnostici e terapeutici differenziati in base all'età. Il soggetto, infatti, si trova in un momento di vita peculiare, caratterizzato da importanti cambiamenti e compiti evolutivi, che influenzeranno la traiettoria di sviluppo. Nonostante l'assenza di sufficienti evidenze per affermare in modo definitivo la superiorità di un approccio psicoterapeutico rispetto ad altri, la terapia basata sulla famiglia (FBT) ha mostrato la propria efficacia nel trattamento di pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa. Nel caso di pazienti minorenni, il lavoro con la famiglia è sempre necessario e rappresenta un nucleo fondamentale dell'intervento, non solo in una fase diagnostica iniziale di raccolta della storia personale e familiare, ma lungo tutto il percorso di cura.

Quando è necessario rivolgersi a uno specialista? (Aliprandi Dora)

È importante cercare aiuto quando si avverte una sensazione di smarrimento, dubbio e preoccupazione rendendosi conto che i pensieri legati alla forma corporea e al cibo iniziano a diventare intrusivi e impattano sulla qualità della vita quotidiana, causando sofferenza psicologica o fisica. Non si tratta soltanto di comportamenti agiti ma anche attenzione e pensiero eccessivamente focalizzati sul tema corpo/cibo/peso. Chiedere aiuto o anche chiedere semplicemente consiglio per una situazione che può essere dubbia e confusa a degli specialisti è un atto d'amore verso di sé o verso la persona cara: questo infatti vale sia per la persona direttamente coinvolta che per i suoi famigliari. Segnali d'allarme includono: perdita o aumento di peso significativo, ritiro sociale, ossessione per il cibo, l'immagine corporea o l'esercizio fisico, abbuffate o digiuni frequenti, e sintomi come ansia o depressione associati alla forma corporea o

all'alimentazione. Un intervento precoce è fondamentale per migliorare la prognosi.

Come accorgersi di star vivendo un disturbo alimentare? (Aliprandi Dora)

È importante cercare aiuto quando si avverte una sensazione di smarrimento, dubbio e preoccupazione rendendosi conto che i pensieri legati alla forma corporea e al cibo iniziano a diventare intrusivi e impattano sulla qualità della vita quotidiana, causando sofferenza psicologica o fisica. Non si tratta soltanto di comportamenti agiti ma anche attenzione e pensiero eccessivamente focalizzati sul tema corpo/cibo/peso. Segnali d'allarme includono: perdita o aumento di peso significativo, ritiro sociale, ossessione per il cibo, l'immagine corporea o l'esercizio fisico, abbuffate o digiuni frequenti, e sintomi come ansia o depressione associati alla forma corporea o all'alimentazione.

Qual è il limite entro il quale ci si deve rivolgere a un professionista? (Aliprandi Dora)

Chiedere aiuto o anche chiedere semplicemente consiglio per una situazione che può essere dubbia e confusa a degli specialisti è un atto d'amore verso di sé o verso la persona cara: questo infatti vale sia per la persona direttamente coinvolta che per i suoi famigliari. Un intervento precoce è fondamentale per migliorare la prognosi.

È possibile guarire dai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione da soli? (Sabatti Carla)

Dai disturbi alimentari **si può guarire**. Questo è il messaggio fondamentale che tutti i professionisti del settore intendono trasmettere e che, anche noi, ci proponiamo di diffondere con questo lavoro. Tuttavia, non si può guarire da soli con la sola forza di volontà. Il sostegno di **un'équipe specialistica e multidisciplinare, in stretta collaborazione con la famiglia**, è determinante. **L'intervento precoce** è decisivo per minimizzare i tempi di guarigione e la sofferenza del soggetto e dei suoi familiari e amici, oltre che ridurre conseguenze fisiche e psichiche. **Formulare una richiesta di aiuto** è, quindi, un primo importante passo verso la guarigione: dal **riconoscimento del problema alla costruzione di una solida rete di supporto**, ogni azione intrapresa è preziosa. Attualmente la scienza e la ricerca continuano a fornire importanti approfondimenti per migliorare strategie di trattamento, la pratica clinica si specializza e denota chiaramente una possibilità di guarigione. La guarigione non implica meramente il recupero di una condizione di normopeso o la scomparsa dei comportamenti alimentari disfunzionali; questi elementi sono da

integrare all'interno di una cornice più ampia, che includa la persona, le sue relazioni significative e il suo contesto di vita.

Si può guarire da un disturbo del comportamento alimentare? (Aliprandi Dora)

La guarigione è possibile. Il trattamento richiede un'equipe multidisciplinare che si prenda cura della persona e del suo contesto. A seconda del livello di assistenza richiesto, l'equipe è composta da psicoterapeuti, educatori, nutrizionisti, medici e psichiatri. E' importante sottolineare come la guarigione passi attraverso la realizzazione di un 'vestito cucito su misura': bisogna ricevere un'accoglienza alla persona, alla sua storia, al suo contesto che elabori un progetto terapeutico specifico. Essenziale è anche il coinvolgimento della famiglia, e non solo in caso di minori.

Le conseguenze fisiche e l'impatto sulla vita quotidiana

Solo l'anoressia o anche altri disturbi possono portare alla perdita del ciclo mestruale? (Chinello Alessandro)

La perdita del ciclo mestruale (o amenorrea) è un sintomo presente nei casi di anoressia nervosa, soprattutto laddove si assiste ad un medio-grave deperimento e dimagrimento corporeo. Tuttavia, tale sintomo non costituisce un criterio obbligatoriamente presente nel paziente per una diagnosi di anoressia nervosa.

L'amenorrea compare anche in altre condizioni naturali del ciclo di sviluppo dell'essere umano, per esempio prima della pubertà, in stato di gravidanza o di allattamento, oppure nella menopausa. Alcune condizioni mediche di tipo prevalentemente genetico-ormonale possono determinare questo sintomo. Infatti, l'amenorrea può essere associata ad un malfunzionamento del sistema ormonale (ipotalamo, ipofisi e ovaie) o della funzionalità tiroidea. Ne sono alcuni esempi, la sindrome dell'ovaio policistico e l'ipotalamo ipogonadico. Anche alcuni disturbi genetici possono determinarla come avviene nella sindrome di Turner o nella sindrome di Kallmann.

Alternativamente, alcune condizioni che interessano la struttura dell'utero, della cervice o della vagina possono ostacolare la mestruazione, come la presenza di cicatrici all'interno dell'utero (sindrome di Asherman) oppure un restringimento della cervice (stenosi cervicale). Infine, alcune tipologie di farmaco possono inibire la mestruazione, tra questi la pillola anticoncezionale (contraccettivi orali), gli antidepressivi, i chemioterapici o i farmaci antipsicotici.

Oltre al cambiamento di peso, ci sono altri mutamenti a livello fisico? Quali sono le possibili complicazioni a lungo termine associate ai disturbi alimentari? (Comi Chiara):

I DNA (disturbi della nutrizione e dell'alimentazione) oltre al cambiamento di peso possono incidere anche a livello organico. Le complicanze mediche dei DNA colpiscono tutti gli apparati e la compromissione dipendono dalla gravità e dalla durata della malattia. Le complicanze mediche sono:

- Cardiovascolari: alterazioni del ritmo cardiaco e modifiche della normale autonomia del cuore;
- Endocrine: un'alterazione della secrezione ormale dovuta dalla deprivazione calorica e dalla malnutrizione. Inoltre, il DNA incide sull'asse

ipotalamo-ipofisi-surrene che risulta essere molto stimolato e sembrerebbe che questo sia una risposta allo stress dato dalla deprivazione nutrizionale cronica;

- Gastrointestinali: l'apparato digerente potrebbe essere colpito da diverse patologie sia a causa della restrizione alimentare che delle pratiche compensatorie come il vomito e l'uso non corretto dei lassativi. Si possono manifestare disturbi sia a livello del cavo orale (denti, ghiandole salivari), sia a livello dello stomaco con gastriti e alterazioni del senso di fame e sazietà. A livello dell'intestino vi sono alterazioni della motilità intestinale con dolore, gonfiore, alterazioni motorie e la restrizione calorica presente nell'anoressia nervosa provoca la stipsi. Inoltre, l'assunzione di lassativi crea un danno alla flora batterica che viene alterata e provoca una perdita di acque ed elettroliti;
- Polmonari: la malnutrizione porta a un indebolimento dei muscoli respiratori e a un'alterazione del tessuto polmonare. Si potrebbero verificare casi di pneumotorace spontaneo e il vomito sostenuto potrebbe esporre il soggetto al rischio di sviluppare la polmonite "ab ingestis" a causa dell'inalazione di materiale gastrico. Inoltre, i soggetti con disturbi alimentari hanno più probabilità di sviluppare infezioni polmonari;
- Renali: il vomito autoindotto, la denutrizione, l'assunzione non corretta dei lassativi e diuretici possono causare la perdita di liquidi ed elettroliti che comportano una grave disidratazione e un'alterazione nel sangue di potassio, cloro e sodio. Queste condizioni possono incidere sia sui reni che sull'apparato cardiocircolatorio;
- Ematologiche: nei soggetti con disturbi alimentari è molto frequente l'anemia, dovuta a una carenza di ferro, vitamina B12 e folati che non vengono assunti nella dieta. Inoltre, anche il midollo osseo potrebbe presentare dei danni;
- Dermatologiche: già nelle prime fasi della malattia è possibile osservare dei danni cutanei. Questi possono essere: secchezza cutanea, peluria sottile e morbida in tutto il corpo, perdita dei capelli che risultano essere fragili, fini e con una crescita molto lenta e un'alterazione delle unghie. Infine, nei pazienti con bulimia e anoressia con vomito presentano calli o lesioni sulle nocche o sul dorso delle mani;
- Scheletriche: l'esordio in genere avviene in adolescenza, periodo di accrescimento osseo e del raggiungimento massimo del picco osseo. La perdita di densità minerale ossea è molto rapida e spesso avviene nei primi 6 mesi dall'esordio della malattia.
- Neurologiche: in genere i pazienti presentano una perdita del volume cerebrale sia a livello della sostanza grigia che della sostanza bianca. Anche il sistema nervoso periferico può subire dei danni.

Quali effetti hanno questi disturbi sul corpo dei pazienti? E sulla mente? (Boeris Federica)

I DNA sono disturbi estremamente insidiosi che possono provocare danni al corpo e alla mente dei pazienti. Purtroppo, alcuni degli effetti collaterali sul corpo non sono immediatamente riscontrabili nei pazienti dal momento che si verificano come conseguenze a lungo termine. Questo incide negativamente sulla motivazione al trattamento dei pazienti che, a parte il significativo dimagrimento, non riscontrano effetti collaterali invalidanti e, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, attraversano quella che viene comunemente chiamata la fase luna di miele.
Tra i principali sintomi fisici vi è il calo ponderale
La malnutrizione che colpisce i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è correlata alla restrizione calorica estrema e prolungata e ha come sintomo principale il calo ponderale che se non corretto può determinare gravi complicanze mediche, in particolare cardiache e ossee, e in alcuni casi può` portare alla morte.
Inoltre, in risposta alla grave restrizione energetica, si verificano alterazioni in molti assi endocrini, in primis l'amenorrea che provoca infertilità. Altre alterazioni ormonali contribuiscono all'insorgere di una bassa densità ossea e a comorbilità neuropsichiatriche.
Altre complicanze mediche sono quelle di tipo cardiaco. Spesso i pazienti affetti da AN sono bradicardici e i pazienti che soffrono di BN -a causa dei comportamenti eliminativi compensatori che mettono in atto- preesentano ipopotassiemia responsabile dello sviluppo di aritmie cardiache, una delle principali cause di morte nei disturbi dell'alimentazione.
Tra i principali effetti comportamentali, psicologici, sociali vi sono.

- Modificazione del modo di pensare
- Preoccupazioni nei confronti del cibo e dell'alimentazione
- Danneggiamento della concentrazione
- Pensiero inflessibile
- Difficoltà nel prendere decisioni
- Procrastinazioni
- Modificazioni emotive (sbalzi del tono dell'umore, depressione, irritabilità)
- Aumento dell'ossessività (necessità di prevedibilità, di seguire una routine e di tenere le cose in ordine e di accumulare le cose)
- Rituali alimentari (tagliare il cibo in piccoli pezzi o in forme geometriche, mangiare lentamente)

Soffrire di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione incide anche nelle esperienze di vita quotidiana? (Boeris Federica)

I pazienti che soffrono di DNA a causa dei sintomi psicologici sopra descritti sono molto condizionati nelle loro esperienze di vita quotidiana. La rigidità del pensiero unita all'estrema preoccupazione per il cibo provocano un progressivo e marcato ritiro sociale e evitamento di tutte quelle situazioni quotidiane che possono alterare il controllo sul cibo. I pazienti affetti da DNA trascorrono buona parte delle loro giornate a pensare al cibo

In cosa influiscono i DNA sulla vita quotidiana? (Carretta Valentina)

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione influiscono profondamente sulla vita personale, scolastica e sociale quotidiana del soggetto la cui vita inizia a ruotare tutta intorno al cibo e alle dinamiche compensatorie. Queste persone tendono progressivamente a chiudersi sempre di più, ad isolarsi e ad escludere gli altri dalla propria vita.

Gli effetti più evidenti nella quotidianità di chi soffre di un DNA che possiamo osservare sono: problemi di salute fisica, difficoltà scolastiche, scarsa concentrazione, calo delle prestazioni scolastiche e accademiche, dispercezione dell'immagine corporea, distorsione della percezione di sé, ossessione per il peso e l'aspetto fisico, scarsa autostima, ansia, depressione, irritabilità, sentimenti di vergogna e colpa quando ci si rapporta al cibo, sbalzi d'umore, evitamento di situazioni sociali che coinvolgono il cibo (come pranzi, cene e aperitivi), riduzione dei contatti sociali, difficoltà a interagire con i coetanei, aumento dei conflitti in famiglia a causa di comportamenti alimentari rigidi, eccessivo controllo del cibo, rituali alimentari severi, conteggio ossessivo delle calorie e controllo ossessivo del peso, peggioramento delle prestazioni sportive, sviluppo di comportamenti autolesionistici, progressiva perdita di interesse per hobby e passioni, comportamenti disonesti come mentire riguardo all'assunzione di cibo, e così via … Purtroppo i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione influiscono profondamente sulla vita della persona che ne soffre e di chi le sta accanto. Dai DNA è però possibile guarire.

Quanto si abbassa la fertilità di una donna che soffre di anoressia? (Boeris Federica)

L'amenorrea nell'AN provoca infertilità che in genere si inverte con un ripristino stabile del peso. Nelle donne con una storia di AN c'è un aumento del rischio di aborti spontanei, ritardi di crescita intrauterina del feto, parti cesarei, nascite

premature e letalità perinatale, indicando la necessità di un attento monitoraggio di queste donne durante la gravidanza e della loro prole dopo il parto

Quali sono i rischi che si corrono a livello fisico con il vomito autoindotto ogni volta che si mangia? (Boeris Federica)

Spesso le abbuffate -oggettiva o soggettiva- possono essere seguite da comportamenti di compenso per eliminare le calorie assunte in eccesso. I comportamenti di compenso possono essere divisi in eliminativi (per es. vomito autoindotto uso improprio di lassativi o diuretici, enteroclismi) e non eliminativi (per es. restrizione dietetica, esercizio fisico). Tra le principali conseguenze legate a questi comportamenti eliminativi vi sono,

- Ipopotassiemia e ipomagnesiemia – da segnalare che l'ipopotassiemia è responsabile dello sviluppo di aritmie cardiache, tra le principali cause di morte nei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.
- Reflusso gastroesofageo; esofagite; ematemesi
- Erosione della faccia interna della superficie dei denti - perimolisi

Come poter aiutare chi soffre

Come si può stare vicino a qualcuno che soffre di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza essere troppo invadente? (Pace Pamela)

La discrezione e trattarla come una persona, dunque non solo una malata, sono atteggiamenti consigliabili. L'ambito alimentare è suggeribile non venga interrogato e/o messo al centro della relazione.

Come ci si deve comportare nel momento in cui si inizia a sospettare che qualcuno stia iniziando a soffrire di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione? Cosa possiamo fare noi nel nostro piccolo per aiutare quella persona? (Pace Pamela)

Gli amici sono spesso figure importanti nel cogliere la sofferenza e come questa possa incidere nella vita della persona sofferente di un disturbo alimentare. In questa prospettiva accompagnare l'amica a portare la sua sofferenza ad un professionista, può rappresentare un aiuto.

Come si fa a dire quello che sta succedendo (situazione di bulimia/anoressia…) ai propri genitori quando non si vuole far sì che risulti un problema in più o una spesa? (Pace Pamela)

Non credo ci sia una risposta universale. Ogni soggetto è una storia unica, così come la qualità della relazione con i genitori.

Come si può aiutare un amico o un'amica che soffre di disturbi alimentari? (Pace Pamela)

L'amicizia è un bene prezioso e sovente, soprattutto per chi soffre, un aiuto a rendere la vita più vivibile. Non cessare di essere presenti, nemmeno di fronte alla possibile chiusura dell'amica sofferente, è un contributo importante.

Cosa dovrebbe fare un genitore per aiutare il proprio figlio senza opprimerlo? (Abrami Maria Angela)

Nel contesto dei DNA il ruolo dei genitori è di fondamentale importanza e deve essere gestito con molta sensibilità nella relazione con il proprio figlio per prevenire comportamenti potenzialmente disfunzionali e che potrebbero contribuire all'insorgenza o al mantenimento del disturbo, nonostante la

convinzione dei genitori di esprimere attraverso il loro comportamento sentimenti di un profondo legame affettivo.
È importante che i genitori riconoscano il valore non solo dei comportamenti manifestati dal figlio con problematiche di DNA, ma che prestino attenzione alla relazione, cercando di comprendere le dinamiche emotive e relazionali sottostanti a tali comportamenti, oltre a riconoscere i segnali di disagio spesso non esplicitamente manifesti che precedono l'esordio della sintomatologia dei DNA. Prestare attenzione al legame genitore-figlio significa lavorare per sviluppare una funzione di ascolto emotivo e di sostegno rispettoso nei confronti della sofferenza del figlio che permetta di individuare e comprendere i segnali che vengono costantemente espressi dal ragazzo nell'ambito dei rapporti intrafamiliari, ma non sempre osservati e riconosciuti come indicatori di un disagio più profondo.
Spesso i genitori manifestano difficoltà a cogliere i segnali di disagio del figlio perché non sempre la loro sofferenza viene "urlata", bensì manifestata attraverso comportamenti in apparenza senza alcuna correlazione evidente con i DNA. Tali difficoltà rischiano di generare scarsa attenzione da parte dei familiari e aspettative come: "passerà con il tempo", sottostimando, invece, aspetti comportamentali e relazionali che potrebbero evolvere in condizioni di maggiore criticità emotiva.
Assumere una posizione di ascolto non giudicante e di non minimizzazione nei confronti delle preoccupazioni dei figli rappresenta il primo passo per creare uno spazio sicuro entro il quale l'adolescente si senta accolto e compreso nella propria condizione, all'interno di un clima familiare attento anziché "respingente".
La comunicazione non solo verbale, ma in particolare non verbale (ovvero tutto ciò che i genitori comunicano attraverso il loro comportamento che non passa dal canale verbale, come il tono della voce, la postura, gli sguardi) rappresenta un canale significativo a cui prestare attenzione nella relazione genitore-figlio. Ad esempio, quando un genitore esprime preoccupazione è utile che il figlio non percepisca il messaggio come una forma di accusa o rimprovero normativo, ma che questo sia espresso in forma di autentico sentimento e condivisione di ciò che il genitore sta vivendo. Si potrebbe pertanto utilizzare dichiarazioni in prima persona ("io") piuttosto che in seconda persona ("tu"), ad esempio: "Sono preoccupato per te", anziché "Devi mangiare di più". È fondamentale ricordare il valore dell'ascolto nella relazione genitori-figli e le sue implicazioni nel favorire un clima di fiducia emotiva reciproca.
Quando un genitore reagisce alle comunicazioni del figlio come se i suoi comportamenti e le sue parole non avessero un valore emotivo, le parole "muoiono", ovvero perdono il loro significato di strumento attraverso il quale esprimere i propri stati emotivi interni. Secondo alcuni autori, infatti, alla base della psicopatologia del comportamento alimentare risiederebbero proprio

queste difficoltà relazionali, sorte già nelle prime fasi dello sviluppo psicoemotivo del figlio.
Un ulteriore aspetto significativo nella relazione genitore-figlio è la funzione di supporto che il genitore è chiamato ad esercitare, piuttosto che adottare comportamenti di controllo impositivo. Tali comportamenti, spesso osservati come prima reazione da parte dei genitori "spaventati" dai cambiamenti alimentari e di stile di vita del figlio, possono generare una catena di reazioni difensive reciproche fino alla rottura del legame. Qualora ciò avvenga, è opportuno che il genitore recuperi un clima familiare accogliente, anche a fronte di reazioni oppositive e manifestazioni di rabbia da parte del figlio, espressione di un malessere che l'adolescente è in grado di manifestare solo attraverso queste modalità.
Le pressioni esterne vissute nel contesto familiare rischiano di intensificare lo stato d'ansia e la resistenza emotiva del giovane anche nei confronti del trattamento psicologico, se in corso. I genitori, dunque, dovrebbero favorire un ambiente familiare positivo, promuovendo attraverso il proprio esempio e stile di vita abitudini alimentari e comportamenti salutari. Un clima familiare positivo permetterebbe ai figli di identificarsi con modelli genitoriali funzionali, evitando proiezioni di aspettative irrealistiche legate a canoni di perfezione e bellezza propri della cultura dominante. L'ambiente familiare dovrebbe riflettere uno stile di vita equilibrato e attento ai valori affettivi della relazione, integrando i pasti e le attività alimentari nella vita quotidiana anziché focalizzarsi su standard estetici ritenuti determinanti per la costruzione dell'autostima e del valore del Sé.
Nell'ambito del percorso terapeutico dei DNA la collaborazione attiva dei genitori con i professionisti risulta essenziale per favorire la presa in carico dell'intero nucleo familiare. Tale coinvolgimento è necessario alla comprensione dei comportamenti disfunzionali e delle resistenze al trattamento che inevitabilmente vengono messe in atto anche dai genitori. Instaurare un'alleanza terapeutica tra genitori e professionisti significa lavorare insieme per comprendere i significati sottesi alla sofferenza del figlio e della famiglia stessa, nonché individuare strategie di trattamento mirate ad affrontare le dinamiche individuali e familiari proprie di quel contesto. Gli interventi terapeutici, infatti, sono specifici e individualizzati, orientati sia all'individuo che alla famiglia.
Appare importante che i genitori considerino l'opportunità di intraprendere, qualora indicato, un percorso terapeutico che li possa aiutare ad affrontare i propri limiti nella complessa gestione del rapporto con i figli affetti da DNA. Essere genitori di un figlio che soffre di disturbi alimentari implica vivere sentimenti intensi e profondamente ambivalenti, fonte di significativa sofferenza. Tali sentimenti possono essere adeguatamente elaborati accettando di ripercorrere la propria storia personale e genitoriale in un percorso di aiuto terapeutico in grado di rimettere in gioco le risorse dell'intero nucleo familiare.

I familiari e gli amici possono aiutare la persona che soffre o potrebbero peggiorare la situazione? (Abrami Maria Angela)

Nel contesto dei DNA il ruolo dei familiari e della rete amicale può essere cruciale sia nel supporto sia nel potenziale aggravamento della situazione clinica: le modalità di interazione delle persone vicine a coloro che hanno un DNA possono influenzare profondamente il processo di recupero.
La famiglia come matrice relazionale primaria gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo dei DNA, spesso in maniera inconsapevole poiché direttamente coinvolta nella dinamica relazionale e con una importante tendenza all'evitamento del conflitto. Per queste ragioni gli interventi terapeutici volti ad assistere le persone affette da DNA prevedono il coinvolgimento della famiglia che assume un ruolo determinante nel ripristinare le connessioni emotive e relazionali interrotte dalla sofferenza espressa dal figlio.
Gli interventi di psicoeducazione rivolti ai familiari forniscono strumenti utili per meglio comprendere la natura dei DNA e il ruolo dei comportamenti disfunzionali assunti dai genitori nel mantenere il disturbo stesso. Gli interventi offerti permettono ai familiari di maturare maggior consapevolezza verso le loro aspettative, spesso idealizzate, nei confronti del figlio e sono incoraggiati a stabilire una comunicazione esplicita e autentica. Si promuove l'evitamento di comportamenti iperprotettivi, non funzionali allo sviluppo della fiducia di sé e dell'autonomia del figlio per favorire il distacco da un legame che potrebbe ostacolare il percorso di recupero.
Il gruppo dei pari rappresenta un importante riferimento affettivo e una risorsa significativa per l'adolescente affetto da DNA, in quanto capace di fornire un supporto emotivo attraverso la disponibilità ad un ascolto empatico e non giudicante, necessario a creare le condizioni affinché il ragazzo sperimenti la possibilità di uscire dal proprio isolamento e condividere aspetti di sé spesso all'origine di sentimenti di vergogna e colpa. Il gruppo amicale può così incoraggiare l'adolescente alla socializzazione e incrementare il senso di appartenenza, facendolo sentire "uno di loro". È proprio questo senso di accoglienza e appartenenza al gruppo che può alimentare il valore di sé e la fiducia di base necessarie per intraprendere un processo di accettazione del Sé e di recupero sul versante del disturbo alimentare.
Il gruppo, tuttavia, può rappresentare anche una fonte di confronto sociale negativo qualora l'adolescente percepisca un senso di svalutazione derivante dal confronto con altri modelli presenti all'interno del gruppo. Potrebbe, infatti, sperimentare sentimenti profondamente negativi nei quali pregressi vissuti di inferiorità, ansia sociale e inadeguatezza vengono amplificati, inducendolo ad un

progressivo ritiro e isolamento a scopo protettivo, per evitare ogni esposizione emotiva all'interno del gruppo percepito come minaccioso.
A fronte di tali comportamenti, il gruppo dei pari sperimenta sentimenti di confusione e impotenza, percependosi come inadeguato a sostenere un amico in difficoltà. I tentativi maldestri di aiuto, come l'insistenza affinché la persona si alimenti o la minimizzazione dei suoi vissuti emotivi, risultano poco efficaci e compromettono la fiducia necessaria per il recupero, determinando un progressivo distanziamento relazionale da entrambe le parti.
Le dinamiche descritte evidenziano la complessità del legame tra l'adolescente con DNA, la sua famiglia e il gruppo dei pari e come non esistono comportamenti "giusti" o "sbagliati" degli uni e degli altri. Emerge, piuttosto, la necessità di comprendere i significati sottesi alla sofferenza, la cui mancata elaborazione può impedire ogni possibilità di sviluppo emotivo e relazionale.

Come intervenire da genitore se il proprio figlio presenta un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione? (Pace Pamela)

Non penso esista una risposta universale: della famiglia e del disturbo alimentare se ne può parlare solo al singolare. Tuttavia, data la particolare costellazione emotiva che accompagna l'incontro dei genitori con un disturbo alimentare, rivolgersi ad un professionista, può essere utile innanzitutto per ridurre il disorientamento, sentire accolta la preoccupazione e, talvolta l'angoscia, che il sintomo alimentare suscita. Ecco l'importanza che padre e madre si sentano accolti senza pregiudizi e/o sguardi e parole colpevolizzanti e giudicanti. Dedicare loro uno spazio e un tempo affinché possano comprendere, chiarirsi, riduce il senso di impotenza, la solitudine e facilita la possibilità di una loro presenza più attiva e incisiva. In generale è bene che un genitore possa restituire al figlio la comprensione di una sofferenza, più che mettere l'accento sull'inadeguatezza del comportamento alimentare, sul peso etc. tale comprensione e vicinanza possono essere più accettate rispetto ad altre tipologie di intervento più centrate sul corpo e sul cibo.

Il ruolo dello psicologo

Gli psicologi possono confrontarsi su un paziente? (Colson Deborah)

Non soltanto "possono", ma si potrebbe dire "devono": per poter trattare al meglio un/a paziente con problematiche legate all'alimentazione, i professionisti devono saper fare squadra.
I disturbi dell'alimentazione sono patologie estremamente complesse, che richiedono l'intervento di diverse figure professionali, in grado di affrontare le moltissime difficoltà e complicanze spesso implicate.
I membri dell'équipe multidisciplinare [psicologi clinici, psicoterapeuti, psichiatri, nutrizionisti, educatori, fisioterapisti, medici internisti/endocrinologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri] si confrontano su ogni singolo caso in riunioni di équipe regolari, per impostare e portare avanti un lavoro sinergico tra le varie figure professionali coinvolte, al fine di perseguire l'obiettivo terapeutico comune.
Qualora siano coinvolte figure professionali esterne all'équipe, come per esempio psicologi di altri enti, sarà cura del terapeuta che ha in carico il paziente dare avvio a un confronto aperto e collaborativo con il collega esterno, mirato a fornire un supporto quanto più integrato e utile per il paziente.

Uno psicologo può rifiutarsi di seguire un paziente? (Pace Pamela)

Certamente un professionista può, per svariati motivi, decidere di non volersi o potersi assumere la responsabilità della presa in carico di un paziente. Ad esempio: può ritenere di non avere sufficiente competenza/formazione rispetto ad una persona che presenta un quadro clinico grave. Inoltre il codice deontologico aiuta sempre nel fornire indicazioni preziose anche riguardo tale questione.

Un paziente minorenne può rifiutarsi di essere seguito da uno specialista? (Pace Pamela)

Sì, anche se minorenne, è sempre un soggetto. Tuttavia sovente incontrare i genitori può funzionare da lavoro preliminare, affinché nel minore possa emergere una domanda di cura, o anche una maggiore disponibilità ad incontrare un professionista.

Se una persona non riesce a guarire da un DNA, le persone che lo hanno seguito, reputano il loro lavoro un fallimento? (Carretta Valentina)

I clinici non sono onnipotenti e non dispongono di una bacchetta magica che possa aiutare il soggetto a guarire senza che questi si ingaggi in prima persona nel trattamento. La guarigione da un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione è un lavoro di squadra, d'equipe, di cui fanno parte i clinici, i genitori, gli amici, gli educatori, ma soprattutto il soggetto portatore del sintomo. In ambito terapeutico, la mancata guarigione non è considerata un fallimento personale da parte dei professionisti che seguono il paziente perché non dipende solo dai clinici il buon esito del trattamento. Sicuramente provoca dispiacere nell'equipe curante il fatto che un soggetto non riesca a guarire, questo sì. Gli psicoterapeuti, gli psicoanalisti, i medici, i nutrizionisti e gli altri specialisti coinvolti nella cura sanno bene che i disturbi alimentari sono condizioni molto complesse, spesso radicate in dinamiche emotive, psicologiche e sociali profonde che non coinvolgono solamente chi ne soffre, ma anche la famiglia. Fra l'altro, la guarigione dai disturbi alimentari non è mai un percorso lineare e può includere momenti di remissione del sintomo alternati a momenti di ricaduta. Gli specialisti sono quindi ben consapevoli che la cura richiede tempo, pazienza e una continua rielaborazione delle strategie terapeutiche. La cosa più importante è non perdere mai la speranza che la persona possa tornare a stare meglio e quindi guardare sempre avanti nonostante i momenti faticosi che vi sono nel trattamento di patologie così complesse.

La prevenzione

Esiste un modo per prevenire i DNA? (Colson Deborah)

Gli interventi preventivi, in medicina e psicologia, sono suddivisi in 3 livelli diversi, connessi alle tempistiche e agli obiettivi degli interventi:

- La *Prevenzione primaria,* o *universale*, prevede interventi finalizzati a ostacolare l'insorgenza di una patologia nella popolazione generale (dunque, non solo sui soggetti a rischio), combattendo le cause e i fattori predisponenti e favorendo l'adozione di comportamenti in grado di ridurre i fattori di rischio. La prevenzione primaria comprende, quindi, l'insieme di attività di stampo psicologico o sociale che si prefiggono di intervenire su tutta la popolazione, *prima* che i sintomi di una patologia siano conclamati.

Per quanto riguarda i DCA, si tratta di interventi psiconutrizionali nelle scuole primarie (per bambini, insegnanti e genitori), interventi di sensibilizzazione e informazione per la popolazione generale con mezzi di comunicazione diversi (per esempio social, campagne di comunicazione, convegni, concerti, ecc., con il fine di promuovere informazioni e messaggi positivi su cibo e corpo).

- La *Prevenzione secondaria,* o *selettiva*, si rivolge a soggetti che presentano un elevato rischio di sviluppare la patologia o già ammalati, al fine di ridurre la probabilità di insorgenza o la progressione del disturbo. Il focus sull'importanza di effettuare diagnosi precoci per poter intervenire al più presto sulle varie forme patologiche rientra, dunque, nelle azioni di prevenzione secondaria.

Per quanto riguarda I DCA, sono considerate azioni di prevenzione secondaria gli interventi nei contesti considerati maggiormente a rischio (come per esempio le scuole superiori), le azioni di sensibilizzazione per adolescenti, sportivi (soprattutto nell'agonismo) e fashion model, ma anche gli interventi di formazione rivolta a insegnanti e coach sportivi x riconoscere l'esordio, così come la formazione destinata a medici di medicina generale e pediatri, per favorire il riconoscimento precoce dei sintomi in modo da velocizzare l'inizio dei trattamenti.

- La *Prevenzione terziaria*, o *indicata*, ha infine l'obiettivo di ridurre la gravità di una patologia ormai conclamata, per favorire un miglior adattamento e un potenziamento della qualità di vita nei soggetti già affetti da tale disturbo.

Per quanto riguarda I DCA, sono per esempio i gruppi di sostegno per pazienti e familiari, oppure i gruppi AMA (gruppi di Auto e Mutuo Aiuto), o anche le attività e i laboratori per i pazienti con DCA e i loro familiari.

Perché è stato scelto il fiocchetto lilla come simbolo? (Colson Deborah)

La Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla è stata istituita ufficialmente in Italia con decreto ministeriale nel 2018, a seguito della richiesta promossa da Stefano Tavilla – allora presidente dell'associazione *Mi Nutro Di Vita* e in seguito fondatore della *Fondazione Fiocchetto Lilla* – padre di Giulia, morta a diciassette anni il 15 marzo 2011, per complicanze legate alla bulimia di cui soffriva, mentre era in lista di attesa per essere ricoverata in un centro specializzato.
Il Fiocchetto Lilla ha origine in America, dove simboleggia da più di 30 anni la lotta contro i Disturbi del Comportamento Alimentare. In Italia le Associazioni a sostegno della lotta ai DCA organizzano interventi e azioni di diffusione di informazioni dal 15 Marzo 2012, l'anno seguente della morte di Giulia.
La scelta del lilla non è casuale: questo colore, che unisce il calmo blu al vibrante rosso, rappresenta la dualità dei DCA, che celano una profonda sofferenza interiore dietro al tentativo di trasmettere un'apparente immagine di tranquillità e benessere. Può dunque essere considerato un richiamo alla complessità e poliedricità di questi disturbi, e un invito a trattamenti multidisciplinari.

Cosa ne pensate dell'incremento della percentuale dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione negli adolescenti e anche nei preadolescenti? Quale potrebbe essere la causa di tale aumento? Trovate che la situazione sia grave? Potrebbe aumentare ulteriormente? (Colson Deborah)

Studi epidemiologici internazionali evidenziano un continuo aumento di nuovi casi di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): nei paesi occidentali, compresa l'Italia, il numero dei casi di Anoressia Nervosa si attesta intorno allo 0.2-0.8%, al 3% per i casi di Bulimia Nervosa e al 10% per i casi di Obesità.
I recenti dati epidemiologici sulla diffusione dei DCA post-pandemia sono allarmanti: basti pensare ai risultati emersi dalla interessante ricerca pubblicata su Jama Pediatrics[1] a febbraio 2023, da cui emerge che:

- nel mondo più di un giovane su 5 soffre di un DCA;
- l'Italia si posiziona oltre la media internazionale, con 1 giovane su 3;
- il 30% degli ammalati ha tra i 12 e i 17 anni.

La situazione è certamente molto grave: molti autori l'hanno definita una vera e propria epidemia sociale. La spiegazione più condivisa è che le diverse, e protratte, misure contenitive verso la pandemia da covid-19 abbiano sottoposto la popolazione più giovane a forme di isolamento – e dunque alla rinuncia al contatto e al confronto con i propri pari, elemento cruciale e fondamentale di una sana ed equilibrata crescita evolutiva – che ha comportato numerose e variegate manifestazioni di disagio, tra cui spiccano i DCA.

In relazione alla diffusione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, quanto influiscono al giorno d'oggi i social? (Colson Deborah)

Certamente non si può negare che l'uso – e abuso! – dei social media abbia un impatto sulla diffusione dei DCA, ma più come effetto che come causa primaria.
L'avvento dei social media ha certamente sdoganato la possibilità di mostrare sul proprio profilo, come in una vetrina virtuale, immagini costruite e spesso poco verosimili. L'insoddisfazione per le caratteristiche del proprio corpo è un vissuto estremamente diffuso in una società che, con input quotidiani, influenza e orienta l'adozione di canoni di immagine e bellezza spesso impossibili da raggiungere. L'uso dei social media risulta infatti maggiore tra adolescenti e adulti che sperimentano situazioni di insicurezza e vulnerabilità psicologica, con confronto costante con il gruppo dei pari e tendenza all'autosvalutazione. Va da sé che in soggetti già inclini a sentimenti di insoddisfazione corporea, il non riuscire a raggiungere i canoni trasmessi da tali vetrine possa provocare una conferma alla propria insicurezza, con mantenimento di un eventuale DCA preesistente.

Ci sono differenze, per quanto riguarda questi disturbi, nei diversi paesi del mondo? (terapie, come viene accettato il disturbo dal soggetto e dalle famiglie, se viene accettato; quanto possa incidere la pressione della società, ...) (Colson Deborah)

I Disturbi del comportamento alimentare coinvolgono oltre 55 milioni di persone nel mondo, di cui 3 milioni in Italia: l'8-10% delle femmine e l'1% dei maschi (questo dato, in particolare, è in aumento).
Tipicamente riscontrati e diagnosticati soprattutto nei paesi occidentali, i disturbi alimentari sono negli Stati Uniti la prima causa di morte tra le malattie mentali. Tra i paesi non occidentali, il Giappone registra una significativa incidenza dei DCA, con prevalenze simili a quelle statunitensi.
In tutto il mondo è riconosciuto che, quando la diagnosi è precoce e il trattamento specialistico e multidisciplinare, chi è affetto da DCA ha buone probabilità di recupero.
Lo stigma verso la grassezza è ormai riconosciuto a livello internazionale, e le terapie per trattare le varie forme di DCA sono pressoché le stesse nei vari paesi.

Perché nelle scuole non sono frequenti incontri di questo genere? (Colson Deborah)

Attuare interventi di prevenzione primaria (con alunni di età inferiore ai 12 anni) e di prevenzione secondaria (nelle scuole medie e superiori) permetterebbe certamente di ostacolare e limitare la manifestazione dei DCA e agevolare l'intero

iter di cura, favorendo al contempo un aumento degli esiti favorevoli delle terapie e una considerevole riduzione dei costi della spesa sanitaria nazionale. Purtroppo in Italia gli interventi di prevenzione dei DCA non sono adottati a livello istituzionale, ma spesso portati avanti da associazioni ed enti indipendenti… e questo rende meno capillare la diffusione di tali preziosissime azioni volte al contrasto delle patologie alimentari.

8. I DCA sono patologie tipiche dell'adolescenza?

Tipicamente l'esordio dei DCA avviene nella fascia di età compresa tra i 12 e 25 anni, ma negli ultimi anni si è assistito alla progressiva anticipazione di queste problematiche. La fascia d'insorgenza dei DCA si sta infatti allargando con un preoccupante abbassamento fino all'età pediatrica: si parla di "baby anoressia" nel 3% della popolazione tra gli 8 e gli 11 anni.

In molti casi si tratta di problematiche alimentari transitorie e non rilevanti, in altri, invece, tali manifestazioni rappresentano indicatori importanti per favorire l'identificazione precoce di quello che potrebbe sfociare in un DCA conclamato, e che un riconoscimento tempestivo potrebbe efficacemente prevenire.