



#### NOTE SULL'AUTORE

##### Davide Serpe

Laureato con lode in specializzazione di Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate nel 2009, è iscritto attualmente al secondo anno magistrale in Scienze della Nutrizione Umana. Ha completato nel 2011 il corso CONI-FIGC e l'anno seguente ha conseguito il patentino UEFA B in ambito calcistico. Docente NonSoloFitness dal maggio del 2012.

[davide.serpe@nonsolofitness.it](mailto:davide.serpe@nonsolofitness.it)



## I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

# ALIMENTARE: ANORESSIA E BULIMIA

di Davide Serpe

I disturbi del comportamento alimentare (dca) sono una problematica tutt'altro che secondaria nella società moderna; ancor di più dal momento in cui anche l'ultima versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) sottolinea come, pur non inserendola ufficialmente nell'elenco delle patologie psichiatriche insieme ad anoressia e bulimia nervosa, vi siano delle forti associazioni tra l'obesità e un certo numero di disturbi mentali (disturbo da binge-eating, disturbo depressivo e disturbo bipolare)<sup>1</sup>. Questo dovrebbe farci capire

una variabile di notevole importanza, e cioè che il modo in cui ci alimentiamo e mangiamo non può più essere disgiunto dalla componente psicologica/psichiatrica. A consolidamento di tale pensiero, ricordo che uno dei centri regolatori dell'alimentazione più importanti si trova nel cervello, più precisamente a livello dell'ipotalamo; anche il tronco dell'encefalo partecipa a questa regolazione, il quale riceve afferenze dal nervo vago, e scambia velocemente informazioni proprio con l'ipotalamo e col reward centres (i centri della ricompensa).





è noto, infatti, come alcuni farmaci anti-obesità (Rimonabant, ad esempio<sup>2</sup>) siano stati rimossi dal mercato europeo proprio perché inducevano nel paziente gravi crisi depressive con tendenze suicide. Se solo una piccola parte degli obesi si trova in questa condizione fisica per un difetto genetico, le motivazioni di tale situazione vanno cercate altrove, in primis nella sfera psicologica del soggetto; anche l'abitudine e la consuetudine a mangiare o bere particolari alimenti determinano nel tempo la nostra composizione corporea, così come l'ambiente nel quale l'essere umano cresce gioca un ruolo non secondario. Non si mangia solo per un bisogno biologico, altrimenti se così fosse saremmo tutti magri; nel cibo l'essere umano ha trovato una modalità di sfogo delle sue turbe mentali, e proprio due patologie che sono agli antipodi per rappresentazione fisica, l'anoressia e l'obesità, trovano un punto d'incontro sul piano psicologico.

È di estrema importanza che i bambini vengano educati fin da piccoli ad un'alimentazione sana ed equilibrata, ma non solo: per abbassare il dato che sottolinea un numero sempre maggiore di bambini italiani in sovrappeso o obesi<sup>2</sup>, l'attività fisica deve tornare ad essere il perno delle giornate dei più piccoli. Va da sé che la sedentarietà e la scarsa attività fisica sono dei fattori di rischio per fortuna modificabili, ed in tal senso anche il ruolo dello specialista in Scienze Motorie può essere determinante nell'iter di recupero da una situazione di sovrappeso importante o obesità. Proprio per i motivi sopra citati, l'approccio verso le persone che soffrono di problematiche alimentari (che sia l'anoressica o l'obeso, i due estremi) dev'essere oramai concepito e attuato in un contesto multidisciplinare; non è pensabile che sia necessario solo il nutrizionista o il dietologo, così come risulta difficile un approccio unicamente psicologico o psichiatrico. Le figure professionali che devono

intervenire sono molteplici, ognuna delle quali può aiutare il paziente col proprio background scientifico ed esperienziale. Il lavoro in team è probabilmente la modalità con la quale aumentare le possibilità di successo - quest'ultimo non da intendersi come il mero raggiungimento dell'obiettivo a breve-medio termine, ma come educazione e stile di vita che il paziente ha appreso durante il percorso clinico.

Il DSM -IV TR distingue l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e i disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS)<sup>3</sup>.

L'anoressia è una patologia tipicamente femminile (anche se sono in aumento i casi tra gli uomini), con una prevalenza maggiore nelle fasce di età compresa tra i 15 ed i 19 anni; ciò che la caratterizza e la contraddistingue dalla bulimia è senza dubbio l'eccessiva perdita di peso dovuta ad una restrizione alimentare in alcuni casi al limite della sopravvivenza (BMI <17), alla quale spesso si associa amenorrea e osteoporosi. Una percezione del proprio corpo quanto meno disturbata e molto distante dalla realtà, con complicanze fisiche che vanno dallo squilibrio elettrolitico, ipotermia, ipoglicemia, insufficienza cardiaca, ipotiroidismo, ipotrofia muscolare, cute secca e distrofica, "segno di Russel", gastriti ed esofagiti. Le alterazioni quindi riguardano diversi apparati, organi e tessuti e l'intervento dev'essere in primo luogo medico e psicoterapico, individuale ma con dei momenti dove vi sia la presenza anche dei familiari<sup>5</sup>. L'intervento sull'ambiente del paziente risulta essere determinante se non si vogliono vanificare gli obiettivi raggiunti in terapia: quindi lo psicologo deve dedicare del tempo anche all'aspetto psicoeducazionale della famiglia del paziente, dialogare con loro e renderli consapevoli delle ripercussioni psicologiche che i loro comportamenti e atteggiamenti hanno sul soggetto in cura. Le ragazze che sof-

frono di anoressia, all'interno dell'ambiente domestico, pur di non mangiare adottano i più svariati stratagemmi: sminuzzano il cibo, lo buttano senza farsi vedere dai genitori, inventano scuse per alzarsi prima da tavola, rifiutano ogni condimento e mangiano solo certi cibi, bevono molta acqua e masticano lentamente.

Definirsi a dieta quando oggettivamente non ve n'è la necessità, al netto di un peso corporeo già basso, è segno di un problema che è bene saper cogliere in fretta onde evitare la radicalizzazione ed esacerbazione della situazione. La perdita di peso è vista dalle anoressiche come una vittoria, e la loro capacità di sopprimere la fame come un trionfo che innesca ineluttabilmente un circolo vizioso che può portare nei casi più gravi alla morte; è una patologia multifattoriale, laddove fattori genetici, socio-culturali e familiari intercorrono tra loro a creare il substrato dove può radicarsi l'anoressia. Un contesto sociale, lavorativo o sportivo che percepisce la magrezza come una variabile positiva ed essenziale, può essere senza dubbio un fattore di rischio per soggetti "sensibili" contraddistinti da bassa autostima, disturbi d'ansia o che mostrano tratti ossessivi della loro personalità. Facendo riferimento al DSM 5, si viene a conoscenza di altre caratteristiche talora associate all'anoressia nervosa come la preoccupazione di mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale. Un sotto-

gruppo di individui con anoressia mostra livelli di eccessiva attività fisica che spesso precedono l'esordio del disturbo: estremizzando quest'ultima, il soggetto ha la possibilità di consumare più calorie e quindi di mantenere o abbassare ulteriormente il proprio peso corporeo. In tal senso l'esercizio fisico esasperato viene utilizzato come metodica di compensazione. Anche in quest'ottica appare piuttosto chiaramente il senso di perfezionismo ed un atteggiamento ossessivo che spesso caratterizza chi soffre di anoressia nervosa, che si manifesta soprattutto con un costante controllo del peso; possono essere presenti anche fenomeni di autolesività, ad esempio infliggersi dei tagli, fino a comportamenti autodistruttivi come il suicidio o il tentato suicidio ed è proprio questo gesto estremo la principale causa di morte nell'anoressia<sup>13,14</sup>.

Nel mondo del fitness esiste la vigoressia<sup>11</sup> (più prettamente maschile), ed anche in questo caso vi sono delle grosse ripercussioni sulle condotte alimentari dettate anche e soprattutto da una dispercezione della propria fisicità: se l'anoressica solitamente si vede grassa nonostante un'estrema magrezza, il vigoressico continua a vedersi piccolo a dispetto di una muscolatura estremamente ipertrofica. Le conseguenze dell'anoressia sono sistemiche, tanto più gravi quanto più il soggetto scende di peso con bmi sotto il 17; il ridotto apporto calorico, la malnutrizione ed un peso esiguo spingono l'organismo non solo al catabolismo dei grassi, ma anche delle proteine con riduzio-



## ALIMENTAZIONE E PREVENZIONE

ne del volume e della funzione cellulare e atrofia a livello del cuore, fegato, intestino, cervello, reni ed ovviamente muscoli e osso<sup>6</sup>. Il metabolismo a riposo tende inevitabilmente a scendere e in alcuni soggetti è possibile assistere alla presenza del lanugo, che è una peluria fine e morbida; la nota positiva è che nella maggior parte dei casi sono conseguenze reversibili con la ripresa del peso e di un'alimentazione normocalorica; le situazioni più gravi e che rischiano di diventare croniche sono correlate con la durata della patologia e il ritardo nell'intervento terapeutico. In ambito sportivo, purtroppo, l'anoressia è piuttosto diffusa soprattutto nelle discipline sportive dove il peso è una variabile discriminante come la ginnastica artistica, danza e l'atletica leggera: l'associazione di amenorrea, osteoporosi e disturbi del comportamento alimentare in letteratura è indicata come "triade della donna atleta"<sup>7</sup>, che si presenta come il risultato di un introito calorico ben al di sotto del necessario, creando quindi quel ricercato squilibrio che consente il mantenimento (o perdita ulteriore) del peso. L'amenorrea secondaria all'esercizio è la conseguenza di più variabili negative sommate tra loro: scarsa alimentazione, perdita di peso corporeo e bassa percentuale di massa grassa tendono a diminuire la sintesi di estrogeni dal grasso periferico, che abbinati a stress psico-fisico e modificazioni ormonali indotte proprio dall'allenamento, creano una disfunzione ipotalamica-ipofisaria che sfocia in ultima analisi nel quadro clinico dell'amenorrea<sup>9</sup>.

Dal punto di vista fenomenologico, l'anoressia nervosa e l'anoressia atletica vanno tenute distinte; nella prima tende a prevalere un disturbo dell'immagine corporea per cui i soggetti, con digiuni, vomito o altre pratiche eliminatorie, mirano al raggiungimento dell'ideale rappresentato dal corpo magro. Nell'anoressia atletica, invece, la riduzione della massa corporea e (o) la perdita di massa grassa hanno come fine principale il miglioramento della propria performance<sup>8</sup>. In questi casi, la figura dell'Allenatore è di fondamentale importanza: le sue parole e richieste potrebbero avere un impatto devastante sull'atleta e sulla sua condotta alimentare; la prevenzione primaria dovrebbe essere attuata proprio dalle figure centrali che orbitano nell'ambito dello sport e della scuola. Per ciò che concerne un altro grande gruppo legato ai dca, la bulimia nervosa, vale quanto detto all'inizio dell'articolo: il trattamento deve necessariamente prendere in considerazione più figure professionali, ed è anche l'*American Dietetic Asso-*



ciation a sottolineare l'importanza di un lavoro interdisciplinare sul paziente bulimico<sup>12</sup>. La bulimia nervosa (facendo sempre fede al DSM 5) si basa su tre variabili fondamentali: ricorrenti episodi di abbuffata, ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, livelli di autostima indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo. Per abbuffate si intende l'assunzione di una quantità di cibo, in genere in un range temporale inferiore alle due ore, significativamente maggiore rispetto ad un altro individuo non bulimico; le abbuffate e le conseguenti condotte compensatorie si verificano in media una volta alla settimana per tre mesi, e queste ultime di solito sono caratterizzate dal vomito autoindotto, dal digiuno o dall'eccessiva attività fisica successiva all'abbuffata. In alcuni soggetti la paura di ingrassare, così come la volontà di perdere peso e l'insoddisfazione per il proprio corpo tende ad avvicinarli ai pazienti anoressici; questo giustifica, in alcuni casi, la migrazione trans-diagnostica del bulimico in anoressico. L'abbuffata (che avviene in solitudine per non farsi vedere) è caratterizzata dalla totale perdita di controllo sul cibo, dall'incapacità di smettere di mangiare fino a che non si arriva a sentirsi dolorosamente pieni e con una sensazione di straniamento dalla realtà circostante. I livelli di gravità della patologia si basano sul numero di condotte compensatorie settimanali: si va da lieve (1-3 condotte compensatorie la settimana), moderata (4-7), grave (8-13), estrema (14 o più a settimana). Un'altra caratteristica che avvicina la bulimia all'anoressia nervosa è il perfezionismo, sia in ambito corporeo-alimentare che nella vita di tutti i giorni, ed un obiettivo non raggiunto può essere interpretato come un vero e proprio fallimento con delle ripercussioni negative sul livello già basso dell'autostima. La bulimia nervosa spesso è associata ad altri disturbi psichici come la depressione, l'abuso di sostanze, i disturbi d'ansia (in particolare fobia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo di panico) e i disturbi di personalità. Non è infrequente la presenza di comportamenti autoaggressivi come tentativi di suicidio o atti autolesionistici<sup>16</sup>. È una patologia anch'essa multifattoriale laddove variabili temperamental, ambientali, genetici e fisiologici possono creare i presupposti per la comparsa della problematica; in tal senso il disturbo d'ansia sociale e quello iperansioso dell'infanzia sono associati ad un maggior rischio di sviluppare bulimia nervosa<sup>17</sup>. I farmaci che vengono somministrati durante la cura, qualora ovviamente ve ne fosse la necessità, sono antidepressivi appartenenti alla categoria degli inibitori selettivi

ti della ricaptazione della serotonina (SSRI). L'uso dei farmaci antidepressivi nella cura della bulimia è dimostrato essere efficace per tre principali motivi:

- permette una riduzione media del 50-60% nella frequenza delle abbuffate nel giro di qualche settimana;
- permette una riduzione equivalente nella frequenza del vomito, un miglioramento dell'umore e del senso di controllo sull'alimentazione e una diminuzione della preoccupazione per il cibo;
- l'effetto antidepressivo del farmaco si verifica sia nei soggetti depressi che non depressi.

Tuttavia è necessario sottolineare che recenti ricerche indicano che in molti soggetti il farmaco risulta non avere efficacia a lungo termine. Sembra infatti che, sebbene il farmaco antidepressivo riesca a ridurre le abbuffate, non possa eliminare alcuni fattori specifici che contribuiscono al mantenimento della bulimia nervosa, come ad esempio la dieta ferrea<sup>17</sup>. Per combattere con successo l'anoressia e la bulimia nervosa, al momento, nessun approccio scientifico si è dimostrato nettamente migliore di un altro, probabilmente perché ancora non sono ben compresi i meccanismi biologici e psicosociali che ne stanno alla base, così come da migliorare sono le strategie di intervento precoce in soggetti subclinici<sup>4</sup>. Partendo da questo presupposto, conditio sine qua non è l'approccio multidisciplinare che comprenda figure quali lo psicologo/psicoterapeuta, endocrinologo, nutrizionista, dietologo, infermieri; l'intervento deve considerare anche gli esponenti di riferimento per i soggetti in cura, perché senza l'assistenza ed il supporto della famiglia, le percentuali di risoluzione al problema si riducono drasticamente. ■



## BIBLIOGRAFIA

- 1) American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5 quinta edizione. Raffaello Cortina Editore
- 2) EMEA. Press Release, London, 23 October 2008
- 3) V. Andreoli, G. B. Cassano, R. Rossi (2007). DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali
- 4) Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015 Dec;2(12):1099-111. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9. Epub 2015 Oct 27.
- 5) Hartman D. Anorexia nervosa—diagnosis, aetiology, and treatment. *Postgrad Med J*. 1995 Dec;71(842):712-6.
- 6) Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. *J Eat Disord*. 2015 Mar 31;3:11. doi: 10.1186/s40337-015-0040-8. eCollection 2015.
- 7) Golden NH. A review of the female athlete triad (amenorrhea, osteoporosis and disordered eating). *Int J Adolesc Med Health*. 2002 Jan-Mar;14(1):9-17.
- 9) William D. Mc Ardle, Frank I. Katch, Victor L. Katch (2009). Alimentazione nello sport. Casa Editrice Ambrosiana
- 11) vigoressia, De Pascalis
- 12) American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006 Dec;106(12):2073-82.
- 13) Patton GC. Mortality in eating disorders. *Psychol Med*. 1988 Nov;18(4):947-51.
- 14) Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2000 Jul;28(1):20-6.
- 17) Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2215-21.

## ABSTRACT

The following article looks at two main eating disorders, anorexia and bulimia nervosa; getting reference to scientific literature and to the DSM-5 we gonna to consider the main differences and features of both. We have to remember that on this kind of field the psychological and mental aspect are important as the food issues and the intervention with this kind of patients have to be multidisciplinary; in this situation the professionals needed during the treatment are various (psychologist, psychiatrist, endocrinologist, nutritionist, nurse), each one can help the patients to reach the final goal. In this sense it's crucial the psycho-educational process supported at the beginning by family to avoid the patient can fall again in the same disorders. At the same time is very important try to anticipate any symptoms of these diseases especially in some field favorable to establishment of anorexia and bulimia such in fashion and dance.

## SITOGRAFIA

- 2) [www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/)
- 8) <http://www.fidadisturbialimentari.com/disturbi-alimentari/nas-disturbi-non-altrimenti-specificati/anoressia-atletica/>
- 16) <http://psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/la-bulimia-nervosa/caratteristiche-psicologiche/>
- 17) <http://www.ipsico.it/sintomi-cura/bulimia-nervosa/>