

I disturbi alimentari (DCA disturbi del comportamento alimentare)

Se leggi questa pagina, immagino tu sia interessata o interessato a sapere qualcosa di più sui **disturbi alimentari**.

Forse ti interessa perché riguarda direttamente te o un'amica o un familiare, oppure perché questo tema è legato alla tua professione, o per semplice curiosità. Quale che ne sia il motivo, queste pagine cercheranno di soddisfare le tue esigenze. Troverai informazioni generali, che potrai approfondire a diversi livelli, via via più specifici.

Quindi prenditi un po' di tempo e fatti guidare dalla curiosità.

(Fonte: <https://www.eist.it/>)

Indice

[Cosa sono i disturbi alimentari \(DCA\)?](#)

[Quali sono i disturbi alimentari?](#)

[1. Anoressia](#)

[2. Bulimia Nervosa](#)

[3. Binge Eating Disorder o Disturbo da alimentazione incontrollata](#)

[4. Obesità](#)

[5. Night Eating Syndrome](#)

[6. La Pica e il Disturbo da Ruminazione](#)

[Quali sono le cause dei disturbi alimentari?](#)

[1. Cause biologiche](#)

[2. Cause psicologiche](#)

[3. Cause psicosociali](#)

[4. Cause culturali](#)

[5. Cause derivanti da altri disturbi psichici](#)

[Disturbi alimentari: quali sono i primi sintomi? Come riconoscerli?](#)

[1. I sintomi dell'anoressia](#)

[2. I sintomi della bulimia](#)

[I disturbi alimentari infantili e nei bambini](#)

[1. L'anoressia nel bambino](#)

[2. Il disturbo da comportamento alimentare restrittivo e selettivo](#)

[3. L'obesità infantile](#)

[Disturbi alimentari: come uscirne?](#)

[Il trattamento dei disturbi alimentari: a chi rivolgersi?](#)

[Come curare i disturbi alimentari con la psicoterapia sistematico relazionale?](#)

[EIST è un centro psicoterapeutico specializzato nella cura dei disturbi alimentari](#)

Cosa sono i disturbi alimentari (DCA)?

I disturbi alimentari consistono in modalità di assunzione di cibo che compromettono lo stato di salute fisica o il funzionamento psicosociale di una persona.

Vi sono diverse forme di disturbi alimentari che sono classificate tra i disturbi mentali.

Quali sono i disturbi alimentari?

I principali disturbi alimentari sono:

1. l'**Anoressia Nervosa**
2. la **Bulimia**
3. il **Disturbo da Alimentazione incontrollata**
4. l'**Obesità**
5. la **Night Eating Syndrome**
6. la **Pica e il Disturbo da Ruminazione**

Il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (ultima versione: DSM 5) include anche la **Pica** e il **Disturbo da Ruminazione** che sono assai meno diffusi nella pratica clinica, mentre non comprende l'**obesità**, considerata invece da molti psicologi e psichiatri un disturbo alimentare e di cui parleremo più avanti.

1. Anoressia Nervosa

La forma più nota di disturbo alimentare, la prima identificata come entità nosografica autonoma, è l'**Anoressia**, oggi detta **Nervosa**, un tempo anche **Mentale** per sottolinearne la natura essenzialmente psicologica. L'**Anoressia** è legata primariamente ad un ingiustificato, quanto esasperato, timore di ingrassare e interessa tipicamente il genere femminile.

Se per caso una persona che conosci somiglia alla ragazza nel ritratto di Modigliani qui a sinistra, ma quando si guarda allo specchio dice di vedersi più o meno come uno dei personaggi del quadro di Botero sulla destra, probabilmente ne soffre e farebbe bene a preoccuparsi.

La paura di ingrassare è oggi molto comune, non solo negli adolescenti. I prodotti che promettono di far perdere peso occupano, infatti, uno spazio raggardevole nella pubblicità, come nelle farmacie. Ciò che contraddistingue la condizione anoressica sono però le modalità particolari con cui il timore di ingrassare si manifesta.

Mirna, una quindicenne figlia di un medico, poteva discutere del metabolismo con una competenza superiore a quella del padre e conosceva il contenuto calorico di ogni alimento, nonché il tipo e quantità di attività fisica richiesta per smaltirlo. La focalizzazione su tutto ciò che riguarda il cibo e l'alimentazione, in tutti i suoi aspetti, era pervasiva. Nonostante il termine anoressia significhi '**mancanza di appetito**', in realtà non è così e il termine è improprio anche se ormai si è affermato. Mirna, che in effetti dichiarava di non avere appetito, in realtà combatteva contro il desiderio di mangiare. Un suo timore nascosto si poteva esprimere più o meno con queste parole: se mi lascio andare a mangiare, poi non mi fermo più. Mirna si dilettava di cucina, preparava torte

e dolci che i famigliari (soprattutto il fratellino) erano forzati a nutrirsene in cambio del suo impegno di sforzarsi a mangiare a sua volta un po' di più.

Il soggetto del quadro di Modigliani è una ragazza perché, come s'è detto, tipicamente anche se non necessariamente, l'anoressia interessa con frequenza nettamente maggiore il sesso femminile. Nelle sue forme tipiche, insorge all'inizio della pubertà o in adolescenza. Più raramente, interessa i maschi (in una proporzione che varia da 1:6 a 1:10 nei diversi studi), i bambini oppure soggetti in età adulta. Descritta per la prima volta in Europa, è oggi diffusa in tutti i paesi occidentali e in Giappone, assieme alla bulimia.

Se volessi approfondire il tema ti consigliamo la lettura di [questo articolo](#).

2. La bulimia nervosa

La **Bulimia Nervosa** come entità nosografica autonoma nasce molto più tardi rispetto all'anoressia, precisamente nel 1980 con la prima edizione del DSM 3, che ovviamente la include nel gruppo dei disturbi del comportamento alimentare. In precedenza, nel XVIII e XIX secolo, era stata raramente menzionata, per lo più come variante associata all'anoressia o ad altri quadri patologici.

In qualche modo, la bulimia rappresenta una 'soluzione' del problema di chi non vuole ingrassare ma non riesce a trattenersi dal mangiare. Se tale soluzione è insoddisfacente per chi la pratica, non lo è per le industrie sia produttrici di prodotti dimagranti che di alimenti ipercalorici: entrambe vengono così remunerate per le somme ingenti che spendono per pubblicizzare i propri prodotti.

Nella bulimia, periodicamente la restrizione alimentare è interrotta da abbuffate pantagrueliche. La persona che soffre di bulimia, una volta procuratosi cibo a sufficienza, si lascia andare e ne ingerisce grandi quantità in poco tempo, per lo più in solitudine. L'abbuffata è seguita da forte disagio psicologico, senso di colpa e spesso dalle c.d. 'condotte di eliminazione' (tipicamente il vomito, ma anche l'uso lassativi o diuretici, iperattività fisica, ecc.). Frequentemente, queste ragazze riescono in questo modo a mantenere un peso e un aspetto normali. La pratica del vomito e le condotte di eliminazione sono spesso associate anche all'anoressia, soprattutto nelle forme croniche.

Beatrice, una trentacinquenne la cui alta statura metteva in risalto l'estrema magrezza, dai 15 anni aveva iniziato a praticare una dieta via via sempre più rigida, per controllare la tendenza al sovrappeso propria della sua famiglia. Con il tempo, la sintomatologia si era modificata. Dopo la morte dei genitori, si era trovata a vivere da sola nella villa rinascimentale sulle colline toscane ricevuta in eredità assieme a un patrimonio appena sufficiente a mantenere sé stessa e la propria costosa abitazione. Poté così dedicarsi in modo quasi esclusivo al controllo della propria alimentazione e del proprio peso. Il vomito, l'uso di lassativi e diuretici erano sapientemente dosati in modo da garantirle la sopravvivenza nonostante le condizioni fisiche non le consentissero più che una limitata attività.

Per approfondire il tema ti consigliamo di leggere [questo articolo](#).

3. Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Nel **Disturbo da Alimentazione Incontrollata** (Binge Eating Disorder) gli eccessi alimentari non sono seguiti da condotte di eliminazione come nella bulimia: l'**obesità** ne costituisce l'inevitabile conseguenza. Mentre nella maggior parte dei casi l'abbuffata bulimica è più o meno accuratamente pianificata, in questo disturbo è spesso una situazione propizia, o la semplice consapevolezza della disponibilità di cibo, a rappresentare una tentazione alla quale non si può resistere.

Fabio, un ragazzo di 13 anni, in occasione di una riunione di famiglia, rimase solo in casa mentre genitori, fratelli e parenti si assentavano per la messa. Recatosi in cucina, si trovò di fronte tredici bistecche, che ingoiò una dopo l'altra, prima del ritorno dei familiari. Costoro, convinti che la sparizione delle bistecche nello stomaco del ragazzo fosse uno scherzo di Fabio, solo a fatica si convinsero che diceva loro la verità. Con il medico che lo vide più tardi, Fabio si giustificò dicendo di non riuscire a trattenersi di fronte al cibo, senza peraltro manifestare particolari emozioni, pur dicendosi convinto di sbagliare comportandosi in quel modo.

4. Obesità

L'**obesità** si caratterizza per un accumulo di grasso corporeo. L'indicatore più utilizzato è l'[indice di massa corporea \(Body Index Mass\)](#): quando è uguale o superiore a 30 si parla di obesità. Questa patologia rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica. Incide infatti sulla qualità e durata della vita perché ha conseguenze importanti sulle condizioni di salute.

Dai dati raccolti dall'*Italian Obesity Barometer Report*, realizzato in collaborazione con ISTAT e presentato a Roma, nell' aprile 2019 emerge che in Italia il 9,4 delle donne e 11,8 degli uomini sono obesi. In sintesi, un italiano su dieci è obeso.

L'**obesità** non sempre è l'esito del *Binge eating disorder*. Le persone possono diventare obese semplicemente perché regolarmente mangiano troppo e non fanno attività fisica.

Questo tipo di obesità, esito di stili alimentari personali e familiari, può non essere associato a problemi psicologici. Per questa ragione, per altro condivisibile, il DSM 5, come le edizioni precedenti, non include l'**obesità** fra i disturbi mentali.

È tuttavia difficile che l'**obesità** non abbia conseguenze psicologiche nelle nostre società dove magrezza e prestanza fisica sono valorizzati e considerati indicatori di successo e status, sempre più anche per gli uomini. Le richieste di terapie per l'**obesità** sono spesso motivate più dal profondo disagio psicologico creato dalla condizione di obesità che dalle sue conseguenze sulla salute fisica.

5. Night Eating Syndrome

Questo disturbo alimentare è caratterizzato da:

- un pattern pressoché giornaliero di assunzione di cibo che incrementa significativamente la sera e la notte. Il paziente salta per lo più la colazione la mattina perché non ha appetito,

spesso mangia poco a pranzo e poi incrementa progressivamente l'assunzione del cibo durante la sera e la notte

- da episodi in cui il paziente mangia dopo essersi svegliato durante la notte o si sveglia per mangiare.

Affinché si possa parlare di un vero disturbo psichico, questi comportamenti devono essere accompagnati da disagio psicologico e da serie limitazioni nella vita del paziente.

Il DSM cita questa sindrome tra gli altri disturbi alimentari specificati. Si tratta per il DSM di una diagnosi residuale che va formulata quando non sono soddisfatti tutti i criteri per la diagnosi ad esempio di binge eating disorder.

Se la night eating syndrome debba essere considerato un disturbo a sé stante è controverso. Per molti psicologi clinici e psichiatri è soltanto l'espressione del proliferare delle etichette diagnostiche.

Un dato interessante è che questo pattern alimentare, comunque lo si voglia considerare, è molto frequente fra gli obesi. Mentre tra la popolazione con peso nella norma questo pattern non supera l'1,5%, tra le persone gravemente obese è presente tra il 15 e il 25%.

Può comunque essere riscontrato anche nelle anoressie, e soprattutto in fase di remissione.

6. La Pica e il Disturbo da Ruminazione

Sono disturbi alimentari molto meno frequenti e per lo più associati a deficit mentale o altre gravi patologie (ad es. schizofrenia):

- la Pica è caratterizzata dall'ingestione di materie non commestibili (terra, inchiostro, ecc);
- il **Disturbo da ruminazione** che consiste in una prolungata masticazione, a volte seguita da rigurgito del bolo già ingerito, che viene nuovamente masticato in bocca.

Quali sono le cause dei disturbi alimentari?

Oggi la comunità scientifica tende a proporre per i disturbi del comportamento alimentare, come per gran parte degli altri, **modelli multifattoriali di tipo bio-psico-sociale**.

Come per la maggior parte dei disturbi mentali, non è possibile individuare una causa unica ma un insieme di fattori che possono associarsi e interagire in misura e in modo diverso tra loro nel singolo caso, per favorire l'insorgenza e il mantenimento di un disturbo alimentare.

1. Cause biologiche

Un fattore biologico evidentemente coinvolto è costituito dall'appartenenza al genere femminile, ma naturalmente il peso della cultura e degli stereotipi di genere possono essere determinanti.

Tipicamente i DCA, anoressia in particolare, riguardano **giovani donne**, dall'inizio della pubertà e nella **prima giovinezza**, con frequenza nettamente superiore (da 6 a 10 volte) rispetto ai maschi, anche se si registra sia una tendenza all'estensione alle fasce d'età superiore e inferiore, sia a soggetti di sesso maschile.

2. Cause psicologiche

La dimensione psicologica è unanimemente considerata di primaria importanza nei disturbi alimentari più comuni. Anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge eating disorder*) sono associati a determinate caratteristiche psicologiche e la loro stessa definizione implica un atteggiamento psicologico e un disagio legato all'assunzione di cibo e alle sue conseguenze sull'aspetto esteriore. Il fatto di essere molto magri o obesi deve essere associato a un disagio psicologico che ne deriva.

Analogamente, i fattori familiari entrano in modo vario ma costante nel favorire la comparsa e la persistenza di tali disturbi. Una delle primissime descrizioni della sindrome, nel 1873, si deve a un internista francese, **Ernest-Charles Lasègue**, il quale incluse l'atteggiamento dei familiari come elemento necessario nel processo diagnostico.

Oggi, la psicoterapia familiare o comunque trattamenti che prevedono il coinvolgimento della famiglia sono considerati parte integrante di qualunque programma di trattamento dei disturbi alimentari. Le [linee guida britanniche NICE](#) (National for Health and Care Excellence), molto seguite anche in Italia, raccomandano la terapia familiare come trattamento preferenziale per le anoressie e bulimie infantili, adolescenziali e giovanili e il coinvolgimento della famiglia anche in età adulta.

3. Cause psicosociali

Anche la componente psicosociale gioca un ruolo innegabilmente importante. Il dato epidemiologico è di per sé rivelatore: secondo dati aggiornati a novembre del 2006, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa in Italia sarebbe rispettivamente dello 0.2%-0.8% e dell'1%-5%, in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi europei e non.

Nonostante la carenza di studi epidemiologici nel nostro paese (dal 2006 al 2011 si possono contare solo 2 studi epidemiologici confrontabili con quelli della letteratura internazionale), questi dati sono simili a quelli degli altri paesi occidentali (Europa, USA e Canada, Giappone). Viceversa, nei paesi in via di sviluppo i dati relativi a incidenza e prevalenza dei DCA sono estremamente scarsi anche per la loro scarsa rilevanza in termini quantitativi, ma sembrano indicare che la presenza di tali disturbi è collegata al grado di esposizione all'influenza della cultura occidentale.

4. Cause culturali

I criteri per la diagnosi e diagnosi differenziale non possono evitare di fare riferimento a fattori culturali. Ne sono testimonianza le statuette delle 'veneri preistoriche', come quella nella foto, oggi potenziale candidata a una cura per l'obesità più che a un concorso di bellezza.

5. Cause derivanti da altri disturbi psichici

I DCA sono spesso associati ad altri disturbi psichici:

- la comorbidità più frequente dell'anoressia è con i disturbi d'ansia, soprattutto nelle prime fasi del disturbo
- fenomeni depressivi, o comunque di forte tristezza sono molto frequenti quando l'anoressia comincia a essere superata e la ragazza riacquista peso
- anche l'associazione con i disturbi di personalità è tutt'altro che rara
- la bulimia è a volte associata anche con l'abuso di sostanze.

Disturbi alimentari: quali sono i primi sintomi? Come riconoscerli?

L'esordio di un Disturbo alimentare può essere molto vario in relazione all'età, al genere, oltre che alla sua tipologia.

1. I sintomi dell'anoressia

Nelle forme tipiche di **anoressia**, l'esordio interessa ragazze adolescenti o preadolescenti, talora in coincidenza o poco dopo il menarca, altre volte qualche anno più tardi.

Una dieta iniziata per un sovrappeso - anche lieve o solo presunto - è seguita da una progressiva riduzione degli alimenti, spesso selettiva in modo crescente.

Tipicamente, si tratta di ragazze che non hanno mai dato problemi, con un rendimento scolastico sopra la media.

Quello di Fabiola è un esempio di esordio tipico. Fabiola è una ragazza di 14 anni che frequenta la prima superiore. Figlia di due dirigenti d'azienda nel pieno di una brillante carriera, ha sempre avuto un rendimento scolastico più che brillante: considera ogni voto al di sotto del massimo come una macchia nel suo curriculum di scolara modello. Pratica sport a livello agonistico (ginnastica artistica), dove il suo corpo da bambina prepubere non rappresenta un handicap ma un vantaggio. Da circa un anno ha iniziato a ridurre il cibo, forse sollecitata dalla sua allenatrice, rifiutando prima la carne, poi via via altri alimenti. Apparentemente, nulla è cambiato nella sua vita o in quella della sua famiglia, dove tutti sono da sempre impegnatissimi nel lavoro. Escono la mattina e si ritrovano per la cena, soddisfatti perché ognuno ha fatto il proprio dovere dando il massimo.

Fabiola e il fratello minore dopo la scuola pranzano a casa di una zia materna, dove rimangono nel pomeriggio anche per i compiti. Anche quando la perdita di peso di Fabiola diventa evidente, la ragazza nega qualunque problema dichiarando di sentirsi benissimo; è molto attiva anche sul piano fisico e le sue lamentele riguardano l'insistenza crescente dei familiari perché riprenda un'alimentazione normale. Tali pressioni dei familiari, diventate secondo lei eccessive, sortiscono solo l'effetto di indurre in lei crisi di pianto. Nemmeno la decisione di ridurre al minimo gli allenamenti, comunicata alla famiglia dai dirigenti della squadra, modifica la sua posizione, che la porta a rifiutare ogni proposta di trattamento. Indotta a mangiare un po' di più con vari espedienti, promesse e minacce, Fabiola ha escogitato una specie di ginnastica da praticare sotto le coperte circa per un paio d'ore dopo essersi coricata, come confiderà poi alla madre. Contrae i muscoli che la riduzione degli allenamenti ha reso meno attivi, allo scopo di non diminuire il consumo

calorico. Alla fine, finisce per accettare una terapia familiare, pur senza ammettere di essere portatrice di un problema: ‘accetto perché tutti in famiglia dobbiamo fare un passo avanti. Non raramente però la situazione familiare presentata è ben lontana da un quadro anche solo apparentemente idilliaco. Tuttavia, anche quando nulla sembra turbare l’immagine di famiglia ‘normale’, un’indagine accurata del periodo precedente l’inizio dei sintomi può mettere in evidenza cambiamenti nel contesto familiare. Spesso si tratta di eventi non chiaramente traumatici e che possono non riguardare direttamente la futura anoressica.

2. I sintomi della bulimia

Se la perdita di peso, oltre a un certo limite, non può passare inosservata, non altrettanto accade nei casi di **bulimia nervosa**, soprattutto se il peso è nella norma. Le abbuffate vengono tipicamente pianificate in modo da passare inosservate e il solo comportamento rivelatore può essere rappresentato dal ritirarsi nel bagno per vomitare dopo i pasti. Questo segnale può però essere ignorato in molti casi, data la frequenza crescente con cui, per motivi diversi, i membri di molte famiglie oggi consumano i pasti in tempi o luoghi diversi.

Moira, una bella ragazza di 21 anni, studentessa universitaria, poteva vantare molti corteggiatori e una linea invidiabile, che le permetteva di affrontare senza timori anche la prova costume. Nonostante questo, si lasciava andare con regolarità a vere e proprie orgie alimentari, secondo un preciso rituale. In primo luogo, doveva individuare un luogo o un momento che garantissero l’isolamento, cosa non semplice data la convivenza con altre studentesse. L’orgia alimentare richiedeva infatti la garanzia della solitudine. Il secondo problema riguardava la scelta del tipo di alimenti da acquistare in grande quantità, che non necessariamente dovevano esserle graditi. Poteva ora scegliere dolciumi, ora ortaggi da consumarsi crudi. In ogni caso, una volta iniziato a mangiare non si fermava se non dopo aver raggiunto il limite massimo per lei, al quale seguiva l’autoinduzione del vomito. Le abbuffate la lasciavano stremata e sopraffatta dal senso di colpa e dal disgusto verso se stessa. A tali eccessi seguivano alcuni giorni di digiuno ed estenuanti sedute in palestra. Non appena poté, Moira lasciò l’appartamento con le altre studentesse per trasferirsi in un monolocale, ufficialmente per poter studiare di più, in realtà per dedicarsi indisturbata alle proprie abbuffate. Poiché la bulimia si rivelava decisamente costosa in termini economici, approfittò di questo cambiamento per farsi aumentare dai genitori il mensile per il proprio mantenimento. Privata dei vincoli sociali, perse ben presto il controllo sulla propria alimentazione e, spaventata, chiese una terapia individuale.

Come Moira, molti soggetti bulimici riescono a mantenere un peso normale. Non raramente il loro disturbo in famiglia passa inosservato anche per parecchio tempo. Come si è già detto non sono poche le famose star di Hollywood, modelle e qualche principessa che hanno confessato di aver sofferto di questo disturbo. In libri o tramite i social media, hanno raccontato la propria dolorosa esperienza raccomandando alle giovani di non seguire il loro esempio.

Una differenza rimarchevole tra le ragazze bulimiche e le anoressiche riguarda la **vita sentimentale e sessuale**. Anche se le pazienti anoressiche spesso si accompagnano ad un partner, comunque gli concedono ben poco in termini di passione amorosa.

Gioia, una tipica bellezza meridionale di 24 anni, aveva sofferto in adolescenza di anoressia restrittiva, poi risoltasi con l'aiuto di una terapia individuale. Gioia frequentava Davide da oltre un anno, presentandolo come il suo ragazzo, quando chiese una seconda *tranche* di trattamento. Il suo rapporto con Davide era basato su una premessa condivisa: doveva essere un'esperienza unica, totalmente esente dalla banalità che caratterizzava le coppie dei loro compagni di università. Il loro rapporto doveva mantenersi su un piano totalmente spirituale. Il fine comune doveva consistere nel motivarsi reciprocamente ad elevarsi intellettualmente e spiritualmente, in primo luogo attraverso lo studio e l'approfondimento di testi adatti a questo fine. L'intimità doveva essere totale e quindi puramente spirituale, alimentata dal successo nel reprimere il desiderio. Gioia si sentiva completamente soggiogata dal fascino intellettuale di Davide, che la ricambiava attribuendo a lei la propria incapacità a progredire lungo la via intrapresa, soprattutto negli studi. Per questo, aveva preso con il tempo ad umiliarla e trattarla in malo modo, anche in pubblico. Al contrario di Gioia Alice, da anni una bulimica a peso normale, accettava volentieri le attenzioni non platoniche dei suoi corteggiatori, usando una strategia che indicava con il termine di 'riconversione': selezionava ragazzi che potevano esserle di utilità per qualche suo scopo e, una volta resili 'dipendenti' usando le armi della seduzione femminile, se ne serviva per uno scopo contingente, per poi ritirarsi dal rapporto. Rapporto che però mai veniva interrotto del tutto. L'amante veniva 'riconvertito' in amico, ponendolo in una 'riserva' pronto per essere usato come compagnia in caso dei ricorrenti penosi momenti di vuoto o solitudine, confidente o compagno di viaggio.

Non raramente, come nel caso di Alice, le candidate alla bulimia hanno subito esperienze di abuso sessuale all'interno della famiglia.

I disturbi alimentari infantili e nei bambini

I disturbi più diffusi nei bambini sono:

1. **anoressia**
2. **disturbo da comportamento alimentare restrittivo e selettivo**
3. **obesità infantile**

1. L'anoressia nel bambino

Si differenzia dall'anoressia dell'adolescente per le ragioni psicologiche che ne sono all'origine. Il ridotto apporto alimentare non è legato a un timore esagerato di ingrassare ma ad una paura diversa. Spesso tale timore è conseguente a un episodio traumatico o vissuto come tale - il caso più frequente è la **paura del soffocamento da cibo**.

Katia, a dieci anni, durante un picnic aveva ingoiato un boccone troppo grosso per poter essere deglutito ma anche espulso. La conseguente difficoltà a respirazione era aumentata dal suo spavento. Nonni e genitori, non meno agitati della bambina, non riuscendo a risolvere la situazione, si erano precipitati al Pronto Soccorso dell’Ospedale, fortunatamente non lontano, dove la situazione era stata felicemente risolta. L’episodio tuttavia aveva lasciato un forte timore in Katia e nel resto della famiglia. Da quel giorno la bambina aveva eliminato gradualmente vari alimenti che temeva avrebbero potuto provocarle un nuovo episodio. La restrizione alimentare perdurava a distanza di un anno e Katia era decisamente sottopeso. Se prolungato nel tempo, questo disturbo può arrivare infatti anche a compromettere la crescita.

2. Il disturbo da comportamento alimentare restrittivo e selettivo

Il disturbo da comportamento selettivo nell’assunzione di cibo è assai diffuso. Si tratta di bambini che mangiano solo alcune tipologie di cibi. Ad esempio cibi semisolidi come frullati o pappineFino ai 4 anni è abbastanza comune fra i bambini la ritrosia verso i cibi nuovi e una buona dose di selettività nei cibi che assumono.

Tuttavia se le restrizioni diventano troppo numerose e se si verificano carenze nutrizionali si entra nel cosiddetto **disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione del cibo** anche se il peso del bambino risulta del tutto normale.

3. L’obesità infantile

E’ particolarmente diffusa nel nostro Paese. I dati Istat del 2019 ci dicono che nel biennio 2017-2018 il 25,2 % della popolazione dai 3 ai 17 anni risultava in eccesso di peso. Le differenze di genere sono notevoli (27,8 dei maschi versus 22,4 delle femmine) così come quelle fra Nord e Sud (Nord Ovest 18,8 versus 32.7 Sud).

Inoltre quasi il 10% dei bambini risulta obeso.

A differenza dell’adulto non basta l’indice di massa corporea (BMI Body Index Mass) a definire se siamo di fronte a un bambino obeso e di quale entità sia il problema, ma occorre utilizzare delle apposite tabelle di riferimento.

Come per gli adulti, anche per i bambini, essere obesi non significa necessariamente avere un disturbo del comportamento alimentare. Tuttavia l’obesità infantile non deve essere considerata solo il frutto di cattiva alimentazione, scarsa attività fisica o predisposizione genetica.

L’obesità infantile è spesso la conseguenza di un **emotional eating**. Ovvero il bambino cerca di “tenere a bada” alcuni stati emotivi mangiando. Si può andare dal saltuario o continuo piluccamento alle abbuffate compulsive con perdita di controllo. Tali comportamenti sono di norma tenuti nascosti e negati, non solo per la paura delle conseguenze (rimproveri da parte dei genitori) ma anche per il senso di vergogna che spesso accompagna l’iperalimentazione. I bambini obesi tuttavia, lasciano spesso tracce delle loro “mangiate”: carte nascoste nei meandri di casa, briciole sparse qua e là, frigoriferi e dispense saccheggiati.

Giovanni, un bimbo di 8 anni, obeso ormai da due anni, negava, fino a farsi venire crisi di pianto inconsolabile, di aver portato in camera propria e divorato interi pacchi di biscotti, merendine e patatine di cui puntualmente lasciava gli involucri vuoti e le briciole sotto il letto. I genitori di Giovanni erano disperati per motivi diversi: il padre, anche lui obeso, si sentiva in colpa per ogni etto in più del figlio dando la colpa alla maledetta genetica, la mamma, una donna atletica non si capacitava di non essere riuscita ad insegnare al figlio l'autodisciplina.

Negli ultimi anni sono state condotte diverse campagne di sensibilizzazione volte a mettere in guardia la popolazione sui rischi legati all'obesità infantile. Ecco i due principali:

- **rischio sulla salute.** Un terzo dei bambini e la metà degli adolescenti sovrappeso e obesi manterranno e peggioreranno la loro condizione in età adulta con inevitabili conseguenze sullo stato di salute.
- **rischio per l'insorgenza di un disturbo alimentare restrittivo in età adolescenziale.**

Nonostante queste evidenze l'obesità infantile è spesso sottovalutata. La credenza prevalente è che un bimbo paffuto è bello e in buona salute. Anche chi è più accorto pensa spesso che con la crescita il problema svanirà. L'ipotesi che l'obesità del proprio bambino possa essere la conseguenza di abbuffate compulsive o di emotional eating, quindi l'effetto di un disturbo dell'alimentazione, viene spesso ignorata dai familiari. A volte, i curanti, prescrivendo regimi alimentari puntualmente disattesi, aggravano le sensazioni di fallimento e la conseguente convinzione nel bambino stesso, oltre che nei suoi familiari, di essere un caso perso.

Anna, Eleonora e Lorenzo: 11, 10 e 9 anni partecipavano a un gruppo psicologico con i loro genitori all'interno di un percorso di day hospital per bambini obesi. Nonostante la loro giovane età, avevano elencato, con dovizia di particolari, almeno cinque o sei percorsi intrapresi per perdere peso. Tutti e tre condividevano la medesima sensazione di essere incapaci e tutti e tre avevano paura dei camici bianchi che li pesavano e puntualmente li rimproveravano più o meno benevolmente. I genitori sentivano il peso di non riuscire a insegnare ai propri figli una corretta alimentazione ed uno stile di vita adeguato. Allargando tuttavia lo sguardo ai significati che il cibo e la forma fisica assumevano in queste tre famiglie e focalizzandosi sui periodi in cui vi era stata l'insorgenza di un comportamento alimentare disfunzionale con conseguente aumento di peso dei figli e loro, i genitori si erano stupiti di quanto loro stessi fossero caduti nella trappola di pensare che il problema proprio e dei figli fosse semplicemente l'incapacità di seguire una dieta e di dedicarsi ad un'attività fisica adeguata.

Generalmente di fronte a un problema di obesità infantile occorrerebbe quindi prima di tutto distinguere quando ci si trova di fronte a una famiglia vittima di cattive abitudini alimentari oppure di fronte a dinamiche più complesse che solo se comprese e cambiate possono favorire la risoluzione del sintomo.

Disturbi alimentari: come uscirne?

Le persone che hanno un disturbo alimentare psicogeno generalmente evitano di ricorrere ad aiuti esterni. Se si tratta di bambini o adolescenti, i genitori esitano a ricercare soluzioni al problema alimentare all'esterno della famiglia nella convinzione di riuscire ad aiutare la figlia o il figlio a superare il problema. I giovani adulti o gli adulti frequentemente nascondono a lungo agli stessi familiari vomito, uso massiccio di lassativi, e altri sintomi o comportamenti inappropriati.

Ricorrono invece compulsivamente a diete che puntualmente falliscono.

La decisione dei genitori o del paziente di rivolgersi a specialisti è quindi un grande passo avanti verso la soluzione del problema. Più presto viene presa questa decisione tanto maggiore è la probabilità di guarigione. Come in altre psicopatologie, la cronicità più che la gravità del disturbo è un indicatore prognostico negativo. Quanto più a lungo si è vissuti con il disturbo alimentare tanto più sarà difficile superarlo. Va tuttavia tenuto conto che si può guarire anche da gravi cronicità. I disturbi alimentari psicogeni anche gravi e cronici possono essere superati.

Il trattamento dei disturbi alimentari: a chi rivolgersi?

resa la decisione di farsi curare si aprono due possibilità:

- ricorrere a **centri specialistici multiprofessionali** sui disturbi alimentari, spesso inseriti in strutture ospedaliere, con ambulatorio, day hospital e possibilità di ricovero;
- ricorrere a **centri specializzati nella psicoterapia** dei disturbi alimentari

Il nostro consiglio è di ricorrere a centri specializzati nella psicoterapia dei disturbi alimentari per due ragioni:

- perché nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di un **disturbo psicologico**, quindi risulta inutile e inutilmente stressante fare una quantità di esami. Inoltre sono gli stessi psicoterapeuti a suggerire al paziente e alla sua famiglia esami specifici qualora si rivelino necessari;
- perché il percorso nei centri psicoterapeutici specializzati è **personalizzato e costruito su misura** a differenza di quanto accade nei centri specialistici multiprofessionali con ambulatorio, day hospital e possibilità di ricovero dove vengono seguiti protocolli standardizzati. Proprio grazie alla personalizzazione e alla maggiore flessibilità, il trattamento nei centri specializzati di psicoterapia è molto più facilmente accettato di buon grado dal paziente e dai familiari e conseguentemente ridotti sono i drop out.

In presenza di complicanze mediche o quando il peso raggiunge livelli allarmanti può rendersi necessario, soprattutto per le anoressie, il ricovero in ospedale, di solito in reparti di medicina. Durante il ricovero i curanti possono ricorrere alla nutrizione tramite sondino naso-gastrico o a volte per via parenterale. Questi ricoveri, generalmente brevi, servono a scongiurare il pericolo di gravi complicanze o ad affrontarle, ma di regola non risolvono il problema, nemmeno quello del peso corporeo. Nelle anoressie gran parte del peso acquisito con l'alimentazione forzata viene spesso rapidamente perso.

Diverso è il caso delle gravi obesità per le quali la chirurgia bariatrica può portare a risultati positivi soprattutto nel breve e medio termine. Nel lungo termine (almeno 10 anni) i risultati sono molto meno soddisfacenti. Inoltre questi interventi possono avere complicatezze durante l'intervento e a breve e lungo termine.

Come curare i disturbi alimentari con la psicoterapia sistematico relazionale?

Le forme di intervento psicoterapeutico sono di diverso tipo anche in rapporto all'età del paziente e al tipo di disturbo alimentare. E' l'intervento di elezione per i disturbi alimentari nei bambini, nei preadolescenti e negli adolescenti. Le [linee guida britanniche NICE](#) (National for Health and Care Excellence), molto seguite anche in Italia, raccomandano la psicoterapia familiare come trattamento preferenziale per le anoressie e bulimie infantili, adolescenziali e giovanili e il coinvolgimento della famiglia anche in età adulta.

1. Percorsi psicoterapeutici con il coinvolgimento della famiglia

Con gli adolescenti e con i giovani adulti sono a volte preferibili questi percorsi alla psicoterapia familiare classica. Sono stati elaborati vari tipi di format terapeutici che prevedono un percorso individuale con coinvolgimento della famiglia a livelli diversi.

2. Psicoterapia sistemica multifamiliare

Nata per il trattamento delle famiglie multiproblematiche, la Terapia sistemica multifamiliare è anche utilizzata nel contesto pubblico per le famiglie in cui più membri soffrono di disturbi alimentari. Il lavoro clinico con queste famiglie si attua in uno specifico setting diurno multifamiliare, con sei-otto famiglie che partecipano contemporaneamente per intere giornate e settimane. A parte alcune esperienze pionieristiche negli anni Sessanta, questa forma di terapia è stata sviluppata, a partire dagli anni Settanta da Alan Cooklin e dal suo staff, presso il Marlborough Family Service di Londra per poi diffondersi in Europa. Anche in Italia alcuni centri pubblici offrono questo tipo di esperienza terapeutica.

3. Percorsi di terapia individuale

E' l'intervento più utilizzato con anoressiche e bulimiche adulte croniche. Anche con bulimiche a peso ideale questo format è spesso utilizzato con buoni risultati. Naturalmente vengono proposte psicoterapie individuali con vario orientamento clinico. Le più diffuse e che hanno sviluppato forme di intervento atte la specificità dei disturbi alimentare sono

- le psicoterapie sistemiche individuali. Già nel 1988 Selvini Palazzoli e Viaro avevano fornito linee guida per il lavoro con queste pazienti.
- la terapia cognitivo-comportamentale

4. Psicoterapia di gruppo

E' un intervento particolarmente utilizzato soprattutto con l'obesità. Anche con persone con problemi di sovrappeso che hanno tentato vanamente tante diete questo tipo di psicoterapia viene consigliata.

5. Psicoterapia di coppia

E' un intervento preso in considerazione per anoressie, bulimie, binge eating e obesità negli adulti.