

*A coloro che ogni giorno ritrovo
nelle cose più rare.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
1. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.....	6
1.1 Epidemiologia.....	6
1.2 Eziologia.....	7
1.3 Quadri clinici.....	8
1.4 Criteri diagnostici.....	10
1.5 Psicopatologia.....	14
2. IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.....	19
2.1 Linee guida	19
2.2 Livelli di cura.....	21
2.3 Team multidisciplinare.....	27
2.4 Ruolo della famiglia.....	31
3. IL DIETISTA.....	34
3.1 Profilo professionale.....	34
3.2 Ruolo del dietista nel trattamento dei DAN.....	35
3.2.1 <i>Valutazione dello stato nutrizionale.....</i>	<i>36</i>
3.2.1.1 <i>Il bilancio energetico.....</i>	<i>36</i>
3.2.1.2 <i>La valutazione della composizione corporea.....</i>	<i>38</i>
3.2.1.3 <i>La valutazione della funzionalità corporea.....</i>	<i>40</i>
3.2.2 <i>Riabilitazione nutrizionale.....</i>	<i>41</i>
3.2.2.1 <i>La motivazione al cambiamento.....</i>	<i>42</i>
3.2.2.2 <i>Alimentazione meccanica vs alimentazione psicobiologica.....</i>	<i>44</i>
3.2.2.3 <i>L'approccio nutrizionale.....</i>	<i>46</i>
3.2.2.4 <i>La sindrome da rialimentazione.....</i>	<i>50</i>

4. PROGETTO DI LAVORO.....	53
4.1 Scopo dello studio.....	54
4.2 Materiali e metodi.....	54
4.2.1 <i>Campione</i>	56
4.2.2 <i>Strumenti di valutazione</i>	57
4.3 Risultati.....	60
CONCLUSIONI.....	65
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	67
<i>RINGRAZIAMENTI</i>	71

INTRODUZIONE

In Italia gli studi rilevano una prevalenza dello 0,9% per anoressia nervosa, dell'1,5% per bulimia nervosa e del 3,5% per disturbo da alimentazione incontrollata. In verità, in particolar modo quando si parla dei disturbi del comportamento alimentare, risulta calzante la famosa metafora dell'*iceberg*. Quella visibile ai nostri occhi, agli occhi della scienza che si appresta a compiere studi e casistiche, è soltanto una piccola parte del fenomeno. Ancora oggi, nel ventunesimo secolo, i disturbi del comportamento alimentare sono un tabù. Non si conoscono, non si comprendono, non interessano... finché non ci si imbatte. La scarsa consapevolezza che si ha riguardo al tema, la paura nell'affrontare queste patologie che aleggia anche nei luoghi in cui andrebbero curate, l'abbandono a cui vengono destinati i pazienti e le loro famiglie, mi hanno fatto avvicinare alla questione e successivamente mi hanno spinto a questo lavoro. Nessuna patologia andrebbe trattata come se fosse di "serie B", nemmeno quella più impegnativa e complessa, che spaventa.

Questa tesi vuole affrontare il tema dei disturbi del comportamento alimentare a 360°, esponendo in cosa consistono queste patologie, quali sono le loro caratteristiche e conseguenze sul piano fisico e psicologico della persona, fornendo informazioni sulla grandezza del fenomeno, sull'importanza del coinvolgimento familiare e di un team multiprofessionale, sui livelli di assistenza medica sviluppati per il trattamento interdisciplinare di cui verrà affrontato ogni lato: quello psichiatrico, quello psicologico, quello medico e, con particolare riguardo, quello nutrizionale. Si parlerà del dietista, del suo ruolo nella cura di questi disturbi riconducibile fin dal principio del percorso terapeutico, che passa per la valutazione dello stato nutrizionale prima e per le diverse tecniche di

riabilitazione nutrizionale poi. In particolar modo, scopo della tesi, sarà valorizzare l'utilità del metodo del pasto assistito, verificandone l'efficacia attraverso un'indagine empirica, alla ricerca di risultati che possano dimostrarne il valore terapeutico con la speranza che, un giorno, questa tecnica possa essere maggiormente disponibile e fruibile dai soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare in tutta Italia, perché nessuno possa ritrovarsi dimenticato ed incompreso, in balia del proprio disturbo.

CAPITOLO 1

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) (o Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione: DAN) sono disturbi mentali caratterizzati da alterazioni persistenti della condotta alimentare e comportamenti disfunzionali volti al controllo del corpo che si ripercuotono sulla salute fisica e sulla vita psicosociale del soggetto. Sono disturbi complessi le cui manifestazioni, che possono presentarsi in modo molto differente tra gli individui affetti, sono il sintomo di qualcosa che viene celato nel profondo. Essi comprendono: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disturbo da alimentazione incontrollata (BED: *Binge Eating Disorder*) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati. Nonostante rappresentino un problema reale da millenni, come ci dimostra il possibile parallelismo dei soggetti con i santi anoressici Santa Caterina da Siena o Sant'Antonio [1], compaiono per la prima volta nel 1968 all'interno del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) II e, ancora oggi, possiamo considerarle patologie poco conosciute anche tra i professionisti. Infatti, è da considerarsi appurato il fatto che soltanto una minoranza dei soggetti malati riceve una diagnosi e un trattamento adeguati (sia in termini di qualità che di tempistiche).

1.1 Epidemiologia

Non altrettanto esigua è la diffusione di questi disturbi. Nonostante la difficoltà nell'ottenere una stima condivisa, in Italia gli studi rilevano una prevalenza dello 0,9% per AN, dell'1,5% per BN e del 3,5% per BED [2]. L'incidenza stimata dell'anoressia nervosa è di 8-9 nuovi casi per 100.000

persone in un anno nella popolazione femminile e di 0.02-1.4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno in quella maschile; per la bulimia nervosa invece l'incidenza si aggira intorno ai 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e 0.8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini [3]. Risulta immediatamente evidente che la popolazione femminile è quella più colpita, indipendentemente dalla tipologia di disturbo presa in esame. Considerando un rapporto uomo-donna di 1:9, è comunque doveroso sottolineare che la quota maschile di soggetti affetti sta aumentando, causa l'incremento di disturbi associati allo sport come la vigoressia [4].

L'età di esordio è tendenzialmente compresa tra i 15 e i 19 anni, ad eccezione del BED dove è maggiormente distribuita. L'età adolescenziale è difatti terreno fertile per questi disturbi in quanto contrassegnata da notevoli cambiamenti fisici e psicologici. Recentemente si è notato un abbassamento importante dell'età di esordio con un conseguente aumentato rischio di danni permanenti alla salute [2].

Non è rara la cronicizzazione del disturbo: conoscenza limitata, forme particolarmente silenti, trattamenti inadeguati o insufficienti possono ridurre notevolmente le possibilità di remissione e, al contrario, accrescere il rischio di complicanze e morte (per l'anoressia nervosa, ad esempio, il rischio di morte è 5-10 volte maggiore rispetto ai soggetti sani dello stesso sesso ed età) [2].

1.2 Eziologia

Alla genesi di questi disturbi non è possibile ricercare un'unica ragione. Tanto chiacchierato come responsabile è l'ideale di magrezza sviluppato negli ultimi 50 anni, pubblicizzato dall'industria della moda e ricercato dal mercato delle diete. In realtà, l'eziologia dei DAN è complessa e multifattoriale. Sono infatti numerosi i fattori di rischio, intesi come

condizioni che rendono l'individuo esposto più vulnerabile all'insorgenza del disturbo in questione, ad incidere sulla predisposizione e sul mantenimento della patologia stessa. Fattori genetici (età, sesso, familiarità), ambientali (contesto e dinamiche familiari, perdite, abusi, diete, sport...), socioculturali (modelli ideali di bellezza, accettazione sociale, confronto con i propri simili...), psicologico-individuali (idealizzazione dell'immagine corporea, estrema importanza attribuita al peso e alla forma del corpo, ricerca della perfezione, pensiero dicotomico, comorbidità come ansia e ossessività...) sono soltanto i più riscontrati.

1.3 Quadri clinici

L'anoressia nervosa è una patologia psichiatrica caratterizzata da un'intensa paura di ingrassare, anche se si è in una condizione di sottopeso, e da dispercezione corporea. L'esordio è insidioso, tipicamente definito da una graduale riduzione dell'introito alimentare attraverso una diminuzione delle porzioni, dei pasti e/o l'eliminazione di determinati gruppi di alimenti dalla propria alimentazione. Spesso all'origine troviamo un tentativo di dieta ipocalorica, nella maggior parte dei casi "fai da te" e qualitativamente e/o quantitativamente squilibrata. Durante la prima fase, definita "luna di miele" con il disturbo alimentare, il soggetto, inconsapevole dei rischi a cui si sta avvicinando, prova benessere e soddisfazione, sperimenta per la prima volta il sentimento di onnipotenza nel controllo della fame. Successivamente il soggetto metterà in atto i comportamenti disfunzionali patologici che concorrono al mantenimento del disturbo: condotte anoressizzanti (esercizio fisico estremo, uso di lassativi, clisteri e diuretici, vomito autoindotto), body checking (misurazione frequente del peso, confronto con lo specchio, con le taglie dei vestiti, con le altre persone), controllo smisurato dell'alimentazione (etichette nutrizionali, contenuto calorico, comportamento alimentare delle altre persone), regole dietetiche e rituali alimentari durante il pasto, abuso di

sostanze e autolesionismo. Alta è la percentuale di comorbidità psichiatrica in questi soggetti: disturbi d'ansia, depressione, DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo) e disturbi della personalità sono i più associati. Molti soggetti affetti da anoressia non riconoscono il pericolo a cui sono esposti, ostentando una sorta di immortalità, disinteressandosi alle proposte di trattamento. In particolar modo nell'anoressia il rapporto con i familiari, notevolmente angosciati dai propri figli, risulta essere teso e ostico [2].

La bulimia nervosa è caratterizzata da un'autostima altamente condizionata dalla forma e dal peso del corpo, ricorrenti episodi di abbuffate (mangiare, in un periodo definito di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili, il tutto associato a sensazione di perdita di controllo) seguiti da comportamenti compensatori volti ad evitare l'aumento di peso come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, clisteri e diuretici, il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo. L'esordio può avvenire in seguito al tentativo di una restrizione alimentare o nel caso in cui il soggetto sperimenti grande difficoltà a gestire situazioni particolarmente stressanti. La rottura delle regole dietetiche a cui va incontro il soggetto, lo porta verso uno schema cognitivo del tipo "tutto o nulla" e quindi all'abbuffata. Il compenso può avvenire anche per mezzo di atti autolesionistici. Le comorbidità più frequenti sono depressione, abuso di sostanze, fobia sociale, DOC, attacchi di panico e disturbi della personalità [2].

Il BED è caratterizzato anch'esso da ricorrenti episodi di abbuffate ma, contrariamente alla bulimia, questi non vengono compensati. Per questo motivo, non di rado, i soggetti affetti sviluppano una condizione di obesità. Diversamente da anoressia e bulimia nervosa, il BED insorge ad un'età media più alta (20-30anni) e il divario tra i sessi risulta essere decisamente meno ampio (il 30-40% dei casi è di sesso maschile). La completa perdita di

controllo alimentare che caratterizza le abbuffate questa volta è legata alla difficoltà nel gestire le proprie emozioni ed impulsi. Se infatti in AN e BN fa da padrone il controllo, nel BED a prevalere è il senso di inadeguatezza e impotenza [2].

Nella classe dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati rientrano le forme dei disturbi finora citati, e non solo, non rispondenti a tutti i criteri richiesti alla diagnosi.

1.4 Criteri diagnostici

Essendo i disturbi alimentari riconosciuti come patologie mentali, i criteri diagnostici sono raccolti all'interno del DSM. I disturbi alimentari entrano a far parte gradualmente all'interno del documento: prima fra tutti l'anoressia, poi la bulimia e, infine, nell'ultima edizione (V), compare anche il BED. Obiettivo primario di quest'ultima revisione, eseguita nel 2013, è stato quello di limitare l'inclusione nella categoria dei disturbi non altrimenti specificati così da permettere ai soggetti di avere una diagnosi più accurata. Il DSM-V racchiude per la prima volta, sotto un'unica categoria diagnostica, i disturbi della nutrizione (caratteristici dell'infanzia) e dell'alimentazione apportandone anche una definizione: *“I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”* [5].

Le categorie diagnostiche proposte dal DSM-V sono:

- Pica;
- Disturbo di ruminazione;
- Disturbo di evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo;

- Anoressia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Disturbo da alimentazione incontrollata;
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione;
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione.

Nella quinta edizione del DSM i criteri diagnostici per anoressia nervosa sono:

1. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
2. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso [5].

L'anoressia nervosa viene inoltre distinta in due tipologie:

- Tipo con restrizioni: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi) [5].

Importanti sono stati i cambiamenti dalla precedente revisione come, ad esempio, l'abolizione del criterio amenorrea che escludeva parte della popolazione. In aggiunta, sono stati introdotti criteri per la stadiazione della gravità sulla base dell'IMC (Indice di Massa Corporea: rapporto tra peso e altezza elevata al quadrato): lieve $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$, moderato $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$, grave $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$, estremo $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

I criteri diagnostici richiesti per eseguire diagnosi di bulimia nervosa sono:

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.
4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa [5].

La quinta revisione ha previsto una riduzione della frequenza delle abbuffate settimanali (da due a una volta alla settimana per tre mesi) e l'eliminazione dei sottotipi. Allo stesso modo per l'anoressia, sono stati stilati diversi livelli di gravità sulla base del numero di episodi di condotte compensatorie settimanali: lieve 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana, moderato 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana, grave 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana, estremo 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

Infine, per diagnosticare il disturbo da alimentazione incontrollata (BED), secondo il DSM-V devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 - Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.

3. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
4. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
5. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa [5].

Esattamente in quest'ultima revisione il BED, che nella quarta edizione rientrava nella categoria di disturbi per cui si necessitava ulteriori studi e la cui diagnosi ricadeva nei disturbi alimentari non altrimenti specificati, diventa categoria distinta di disturbo dell'alimentazione. I criteri restano costanti ad eccezione della frequenza delle abbuffate settimanali (da almeno due volte alla settimana per 6 mesi ad almeno una volta alla settimana per 3 mesi). Analogamente all'anoressia e alla bulimia nervosa, sono stati introdotti criteri per classificare la gravità del disturbo, questa volta basati sul numero di abbuffate settimanali: lieve 1-3 crisi bulimiche per settimana, moderato 4-7 crisi bulimiche per settimana, grave 8-13 crisi bulimiche per settimana, estremo 14 o più crisi bulimiche per settimana.

I disturbi del comportamento alimentare vengono citati anche all'interno dell'ICD (*International Classification of Diseases*), una classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati stilata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Nell'undicesima edizione, che dovrebbe entrare in vigore nel 2022, sono previste delle modifiche analoghe a quelle del DSM-V.

1.5 Psicopatologia

Per poter comprendere un disturbo del comportamento alimentare è necessario fare un rapido *excursus* su cos'è e come viene a crearsi il sintomo

secondo Sigmund Freud (neurologo, psicoanalista e filosofo, padre della psicoanalisi – 1856-1939). Freud sosteneva che il sintomo nasce come sostituto del mancato soddisfacimento pulsionale del soggetto ad opera dell'Io. Le pulsioni nascono dall'interno e proprio per questo non sono risolvibili con il classico meccanismo stimolo-risposta, ma si necessita di un'azione alternativa. L'unica risposta possibile, nel momento in cui l'Io si sente impotente davanti al moto pulsionale, è proprio il sintomo. Essenziale, nella formazione sintomatica, è l'angoscia che, nell'adulto, viene a crearsi quando si ha mancanza dell'"oggetto". La presenza o assenza dell'oggetto viene determinata in modo differente a seconda del tipo di relazione: diretta o dialettica. Nella relazione diretta (soggetto-oggetto-agente, in cui il soggetto è il bambino e l'agente è la mamma) è l'agente a scegliere quando dare o non dare l'oggetto soddisfacendo o meno il bisogno del bambino che nel mentre aspetta di essere appagato; da qui, a seconda che la mamma cibi eccessivamente o limitatamente il bambino, si creeranno eventuali comportamenti alimentari alterati. Nella relazione dialettica, la mamma perde l'aspetto dell'agente diventando una potenza reale, rispondendo a suo piacimento al soddisfacimento del bisogno del bambino. Il rapporto bambino-oggetto-madre non è più altrettanto regolabile e sicuro; è invece caratterizzato da confusione e imprevedibilità. L'oggetto, dunque, oltre a soddisfare il bisogno, diventa il segno che qualcuno ha marcato la sua benevola presenza attraverso il "dono". Considerando l'oggetto cibo, ecco che il sintomo alimentare in cui esso viene accettato o rifiutato, diventa un messaggio rivolto all'altro. Rifiutarlo significa infatti distanziare l'altro (come accade nell'anoressia) mentre, al contrario, la compulsione alimentare significa ricercare un contatto con l'altro (come accade nella bulimia e nel BED). Se non avviene alcun passaggio dal piano del bisogno a quello dell'amore e del desiderio, transazione permessa dal significante fallo, ci sarà uno squilibrio della dinamica relazione sul lato del bisogno, l'oggetto cibo resta reale/orale e non si passa dal dono al debito, quindi dal sentirsi in attesa

di un dono al sentirsi in debito con qualcuno. Come sosteneva Lacan, “Amare è dare ciò che non si ha”, essere dunque in debito [7].

Nella società postmoderna attuale, non è più reso possibile sentirsi debitori ma solo in attesa dell’oggetto dono; il tempo sociale non lascia spazio all’attesa, alle mancanze e all’amore... qualsiasi cosa resta legata al bisogno e al suo soddisfacimento immediato. “Il sintomo alimentare è un mortifero, ma prezioso tentativo, di sfuggire all’angoscia legata al bisogno, che mette il soggetto alla mercé di una dipendenza alla quale disperatamente tenta di sottrarsi” [7]. Il relativismo etico a cui la nostra società è esposta crea inoltre un cortocircuito che spesso viene risolto in modo ascetico, scegliendo di non scegliere cosa mangiare o, per meglio dire, introiettare. Il rifiuto del cibo e la dipendenza diventano perciò una forma di sospensione etica. Mangiare infatti corrisponde all’atto di introiettare il mondo esterno e quindi introdurre degli elementi che possano arricchire il proprio Io. Questo nell’anoressia viene respinto: chiudendo la bocca si rifiuta sia il cibo che gli altri; differentemente nella bulimia c’è un’oscillazione tra rifiuto e dipendenza (conflitto) da ciò che è esterno a noi.

La necessità di avere il controllo in ogni ambito della vita (scuola, lavoro, famiglia...), l’eccessiva importanza attribuita al corpo, al suo peso e alle sue forme, e l’idealizzazione della propria immagine corporea sono i pilastri dei DAN.

Dietro al sintomo alimentare si cela una fame inappagata, una fame di amore e di riconoscimento. I soggetti affetti da DAN diventano eccezionali a corrispondere alle aspettative altrui tanto che “a forza di dover essere, talvolta è proprio l’essere che soccombe” [6]. Il controllo ossessivo che questi individui esercitano sul cibo è il tentativo di non sentirsi persi dopo un insuccesso o una perdita. Il soggetto non riesce ad essere perfetto come vorrebbe, come sente che dovrebbe, e si autopunisce. Attraverso il sintomo il soggetto infatti espia la propria colpa, ricostruisce un ideale andato perso

ed esercita un potere nei confronti del contesto sociale, prima fra tutti nella famiglia. È in grado di proiettare un intenso senso di impotenza sia sui familiari che su amici e terapeuti, che si oppone al senso di onnipotenza che spesso ostenta (negazione megalomantica della morte che si autoalimenta nel vedere angoscia e impotenza negli altri). Oltre ciò, molte volte si assiste ad una tipica deresponsabilizzazione per cui le crisi bulimiche vengono attribuite a condizioni esterne e i fallimenti terapeutici nell'obesità a qualcosa di estraneo dalle proprie azioni [7].

Per immagine corporea si intende la percezione soggettiva, cognitiva ed emozionale del proprio corpo [2]. Nei disturbi alimentari quest'immagine diventa l'unità di misura per definire la propria persona e, cosa più importante, è idealizzata nella sua totalità. Si ha quindi una profonda alterazione della percezione del proprio schema corporeo: l'individuo ha un ideale chiaro, duraturo e imm modificabile della propria immagine, idealizzata, con la quale tenta costantemente di identificarsi. Questo "riesce" nell'anoressia, crea conflitto nella bulimia e frustrazione oltre che insoddisfazione nell'obesità [7].

L'autolesionismo, che è possibile riscontrare nei disturbi del comportamento alimentare, deve essere letto come un tentativo rapido di fissare un'angoscia che altrimenti fluttuerebbe libera nel paziente, oltre che come un tentativo di controllare l'Altro. Quest'ultimo è un gioco a cui spesso vengono sottoposti i familiari che consiste in pratiche perverse per cui angosciando l'altro, aprendo una mancanza nell'altro, il soggetto si accerta che costui continui a partecipare al dono e non lo abbandoni, si garantisce la prova del suo amore.

Erroneamente, soprattutto per l'anoressia, spesso si pensa che la fame sia qualcosa di sconosciuto a questi/e ragazzi/e. In realtà, prima o poi il soggetto arriverà a parlare della fame come qualcosa di incontrollabile, ingestibile,

pervasiva, alienante: questa è al centro dei pensieri, dei discorsi, delle parole e delle percezioni dei soggetti affetti da DAN [7].

Ciò che caratterizza i disturbi del comportamento alimentare e che riduce notevolmente l'adesione alle cure è la tipica egosintonia che i soggetti hanno con il sintomo, vissuto come qualcosa che protegge. Durante la cura, quello a cui si aspira, è portare il soggetto ad accettare una relazione con l'Altro, passare dalla dimensione dell'esigere a quella del chiedere perché soltanto in questo modo si soddisfano le pulsioni.

CAPITOLO 2

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare è necessariamente di tipo integrato, in grado di rispondere alle esigenze mediche, nutrizionali e psicologiche dei pazienti. Se la priorità assoluta viene data alle complicanze fisiche che i soggetti possono presentare, di fondamentale importanza diviene poi la questione psicopatologica: in questo senso, la risoluzione di un disturbo alimentare viene ottenuta risolvendo l'identificazione del soggetto con il proprio sintomo, mettendo in discussione il loro rapporto.

Essendo sindromi complesse non è possibile delineare un protocollo di cura rigido da seguire indistintamente dal caso, ma l'individualità che caratterizza il disturbo in ogni persona deve essere presa necessariamente in considerazione. La scelta del tipo di intervento viene eseguita in base alla tipologia di disturbo, la sua durata e gravità, alle condizioni fisiche, al profilo psicopatologico e personologico del paziente, ad eventuali comorbidità mediche e/o psichiatriche, a trattamenti eseguiti precedentemente, alle dinamiche familiari, al contesto sociale in cui si trova il soggetto e alla sua età [2].

2.1 Linee guida

Le principali linee guida internazionali sul trattamento dei disturbi del comportamento alimentare permettono di avere una base abbastanza solida dalla quale poter strutturare un percorso di cura adattato ad ogni singolo

paziente offrendo delle indicazioni circa il comportamento clinico più idoneo da applicare. Si considerano le linee guida internazionali pubblicate dal NICE (*National Institute for Clinical Excellence* - 2017) [8], dall'APA (*American Psychiatric Association* - 2006) [9], dal gruppo MARSIPAN (*Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa* - 2010) [10] e dal *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (2014) [11]. Ciò che accomuna i documenti appena citati è l'importanza attribuita alla necessità di una cura multidimensionale e pluriprofessionale integrata, realizzata da un'equipe di professionisti sanitari specializzati e sviluppata su diversi livelli di cura in cui sia l'aspetto nutrizionale che psicopatologico vengono affrontati contemporaneamente. Le stesse linee guida raccomandano come opzione terapeutica, complementare alla riabilitazione nutrizionale, l'utilizzo della CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale), della terapia familiare o di quella interpersonale. Viene sconsigliato in maniera assoluta il solo utilizzo di farmaci; quando proposto all'interno di un approccio integrato questo può avere due scopi: il trattamento delle comorbidità psichiatriche e la risoluzione di sintomi specifici dei disturbi alimentari. Gli unici dati solidi ottenuti dagli studi riguardano l'utilizzo degli inibitori della ricaptazione della serotonina nella bulimia, in particolare della fluoxetina, ad oggi unico farmaco approvato. L'uso degli altri farmaci, ad indicazione *off-label*, è sotto intera responsabilità del medico previa informazione del paziente e acquisizione del consenso scritto. Dal momento che i miglioramenti constatati non sono molto rilevanti e l'elevato rischio di avere effetti collaterali a carico della funzione cardiovascolare nei soggetti malnutriti, si resta cauti nel consigliare una terapia farmacologica nei DAN [2]. Contrariamente sostenuto, laddove possibile, è il coinvolgimento delle famiglie nel percorso di cura del soggetto in qualità di importante risorsa, soprattutto in età adolescenziale. Secondo i documenti, le famiglie andrebbero aiutate a comprendere questo tipo di disturbi, così da evitare colpevolizzazioni e angosce ma anche eccessive e possibili interferenze con la terapia.

2.2 Livelli di cura

Per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in Italia vengono previsti cinque livelli di intervento:

- Medico di medicina generale o pediatra;
- Terapia ambulatoriale specialistica (ospedaliera o non ospedaliera);
- Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno;
- Riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica;
- Ricoveri ordinari o d'urgenza [2].

Ogni *setting* di cura è da considerarsi elemento di una vasta rete assistenziale che consente al paziente di avere un'assistenza completa e continua [9]. Idealmente il paziente dovrebbe intraprendere il percorso terapeutico dal livello di cura meno intensivo per poter poi accedere eventualmente, supportato dalle equipe, in base alla gravità del quadro clinico e quindi in funzione delle proprie condizioni fisiche, psicologiche e familiari, ai livelli progressivamente più intensivi. Una scrupolosa gestione da parte delle equipe mediche del passaggio da un livello di cura all'altro permette di diminuire la frequenza del *drop-out* [12].

Il medico di medicina generale o il pediatra hanno, in quest'ambito, un ruolo fondamentale come quello della prevenzione (con l'ampliamento delle conoscenze dei giovani sui DAN e il lavoro sull'accettazione del proprio corpo...), dello screening in casi sospetti (attraverso l'individuazione di comportamenti ambigui insieme ai genitori o la somministrazione di questionari appositi...), della diagnosi, della comunicazione con il paziente e i familiari, della valutazione del rischio fisico, dell'invio ai centri specialistici e del follow-up. Nonostante l'importanza che tutto questo

ricopre però, meno della metà dei casi viene identificato a livello della medicina di base a dimostrazione della scarsa esperienza dei medici di medicina generale e dei pediatri sull'argomento [2].

Il luogo ideale di cura resta l'ambulatorio in quanto consente di agire senza interrompere la vita del paziente. Questo, infatti, permette di non stravolgere eccessivamente l'equilibrio personale del soggetto e allo stesso tempo di operare sul sintomo in un contesto non protetto, in cui le modifiche effettuate risulteranno essere più integrate e durature. I centri che offrono questo servizio devono disporre di un'equipe specializzata composta da professionisti in grado di lavorare in modo integrato seguendo il progetto terapeutico condiviso con lo stesso paziente. La durata del trattamento ambulatoriale è variabile, in funzione della diagnosi, della gravità e di eventuali ricadute. Risulta essere di fondamentale importanza la presenza di un collegamento con il territorio e con le strutture sanitarie specifiche (medico di base, ospedale generale, servizio salute mentale). Gli obiettivi di cura, concordati tra equipe e paziente, vengono distinti dalle linee guida in: a breve, medio e lungo termine. Per l'anoressia nervosa gli obiettivi riconosciuti sono: arresto della perdita di peso (seguito, soltanto successivamente, da un recupero del peso fino alla sua normalizzazione), interruzione della restrizione dietetica calorica e dell'assunzione di liquidi (più tardi convertito alla creazione di un bilancio calorico positivo volto alla normalizzazione della composizione corporea) e interruzione dei comportamenti disfunzionali (per ripristinare poi le percezioni sensoriali di fame e sazietà e quindi eliminare le regole dietetiche autoimposte nell'anoressia). Nella bulimia si cerca fin da subito una regolarizzazione dell'alimentazione e una riduzione della restrizione dietetica cognitiva, così da diminuire la frequenza ed eliminare le abbuffate oltre che le condotte compensatorie, rimuovendo infine anche qui le regole rigide tipicamente autoimposte nei DAN. Anche nel BED ci si pone come obiettivo la

regolarizzazione dell'alimentazione, per ottenere l'interruzione delle abbuffate e trattare infine l'eccesso di peso [12]. Circa il 30% dei soggetti però non risponde a questa tipologia di trattamento e necessita dunque di livelli di cura più intensivi. [2].

Quando non si ottengono risultati con la terapia ambulatoriale convenzionale, è possibile potenziare il trattamento con l'ingresso del soggetto in un centro diurno. Questo approccio, erogato in centri specializzati, ci consente di affrontare soprattutto le difficoltà legate al disturbo come il mancato recupero del peso e i comportamenti disfunzionali patologici. Il soggetto deve frequentare spesso il centro ed è importante che possa sentirsi come a casa, motivo per cui oltre agli ambienti dedicati alla terapia (ambulatori medici e psicoterapici), vengono messi a disposizione anche altri spazi come la cucina, la sala da pranzo (dove avviene l'alimentazione assistita) e la sala ricreativa (dove vengono svolte le attività di gruppo). Il paziente intraprende quindi il proprio percorso terapeutico, fatto di psicoterapia individuale e di gruppo, gruppi psico-educazionali e riabilitazione nutrizionale, in un ambiente semi-protetto. In questo *setting*, infatti, è permesso ai pazienti di passare del tempo a casa (solitamente i weekend) e questo prevede che vengano dati i giusti strumenti, sia ai diretti interessati che alle loro famiglie, per gestire le eventuali situazioni problematiche che possono crearsi. I soggetti, fuori dal centro, vengono esposti a numerosi fattori stressanti e il conflitto che può realizzarsi al momento del pasto non è supervisionato da degli esperti; per questo motivo è importante mantenere i contatti con le famiglie, fornendo supporto e consigli [12]. Al termine del percorso è importante aiutare ogni individuo al pieno reintegro nella vita sociale, spingendolo sempre a portare fuori quello che ha imparato all'interno del centro. Se il passo successivo consiste nella terapia ambulatoriale convenzionale a seguito di un miglioramento, questa

andrebbe effettuata possibilmente con gli stessi terapeuti in modo tale da continuare la relazione [2].

Quando il livello di gravità e comorbidità è elevato, quando si ha un impatto sulla vita del paziente (un ambiente familiare problematico, l'isolamento sociale, l'interruzione della scuola o del lavoro), quando è necessario mettere in atto molti interventi o si è fallito nei *setting* terapeutici di inferiore intensità, si procede al trattamento riabilitativo intensivo. La riabilitazione intensiva viene fatta in reparto specializzato nella cura dei DAN in regime di *day-hospital* o regime ospedaliero. Il reparto deve essere in grado di assistere il paziente nella riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. È importante che si tratti di un'unità aperta, munita di equipe specializzata, così da permettere al soggetto un contatto con l'esterno (esponendolo infatti agli stimoli ambientali, si diminuisce il rischio di avere ricadute post dimissione e si rischia meno l'instaurarsi di un rapporto di dipendenza con la struttura). La durata del trattamento è in relazione al quadro clinico e al tempo impiegato per raggiungere gli scopi prefissati: la normalizzazione dello stato nutrizionale e il miglioramento della psicopatologia. Gli obiettivi vengono distinti dalle linee guida in: a breve, medio e lungo termine, oltre che in nutrizionali e medici. Gli obiettivi medici prevedono un'immediata stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali oltre che la gestione delle comorbidità psichiatriche e, a lungo termine, una stabilizzazione delle condizioni generali. Tra quelli nutrizionali a breve termine invece si ha il ripristino di un comportamento alimentare che porti successivamente il paziente a recuperare il peso naturale, la riduzione dei comportamenti disfunzionali e l'interruzione degli episodi bulimici; in secondo luogo si cerca di consolidare l'autonomia del soggetto nella gestione del pasto, di bloccare i comportamenti disfunzionali per ottenere un recupero del peso fino al normopeso, di far acquisire sia al paziente che alla famiglia delle competenze nutrizionali e di diminuire il conflitto a casa in merito al

cibo. In particolar modo gli obiettivi nutrizionali vengono raggiunti attraverso una riabilitazione caratterizzata da counselling nutrizionale, pianificazione del trattamento nutrizionale, pasti assistiti, esposizione al peso e incontri di gruppo psico-educazionali [12]. Per l'ingresso in queste strutture dedicate si ha generalmente una lista d'attesa da rispettare, nella maggior parte dei casi prolissa; compito delle equipe è di ridurre al minimo l'attesa evitando lo scoraggiamento del paziente e il peggioramento del quadro clinico o, quando non possibile, di trovare dei percorsi terapeutici alternativi temporanei e tamponativi [2]. In particolar modo, come riportato nelle linee di indirizzo nazionali [12], il criterio di accesso al trattamento intensivo, se fatto in strutture extra-ospedaliere, prevede un IMC $>13,5\text{Kg/m}^2$ in presenza di DAN con sottopeso e $<45\text{Kg/m}^2$ nel caso di DAN con obesità; nelle strutture ospedaliere invece si prevede un IMC $<13,5\text{Kg/m}^2$ in caso di DAN con sottopeso e $>45\text{Kg/m}^2$ quando si ha DAN con obesità. È un approccio controindicato quando si ha grave instabilità medica e/o psichiatrica.

Per i pazienti con DAN il ricovero ordinario si può presentare come unica opzione in caso di urgenza, medica o psichiatrica: malnutrizione per difetto grave, complicanze fisiche (problemi cardiovascolari, disidratazione, ipoglicemia, emoconcentrazione, danno d'organo...), elevato rischio suicidario, comorbidità psichiatriche importanti e TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio). Il ricovero ha sede in reparti internistici e in reparti psichiatrici. È bene ricordare che la decisione del ricovero non è semplice da accettare e spesso può essere un trauma sia per il paziente, nella maggior parte dei casi giovane, che per la famiglia. Per questo motivo viene considerato un momento delicato da gestire in modo particolarmente minuzioso in tutti i suoi aspetti. Si deve considerare inoltre che spesso i soggetti affetti da DAN che necessitano di essere ricoverati sono giovani in una condizione psichica gravosa, per cui risulta immediatamente chiara e giustificata l'attenzione che occorre avere per quanto riguarda la qualità

dell'ambiente in cui si sta inserendo il paziente: nei reparti considerati infatti non è raro avere condizioni gravi o terminali, possibilmente da evitare. Nei reparti psichiatrici specialmente, scongiurare queste condizioni non è scontato: sarebbe bene quindi limitare l'inserimento in psichiatria ai casi di estrema gravità o in caso di TSO. Anche nei reparti ospedalieri è importante la presenza di un'equipe specializzata nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, a maggior ragione per l'elevato rischio di *refeeding syndrome* in caso di rialimentazione. Quando è presente una condizione di sottopeso gli obiettivi del ricovero sono quelli di stabilizzare le funzioni vitali e gli esami ematochimici, raggiungendo un IMC (Indice di Massa Corporea) compatibile con il trattamento eseguibile in residenza (livello di cura a più bassa intensità); mentre, se non c'è sottopeso, gli obiettivi sono rivolti alla correzione degli squilibri idro-elettrolitici, di un'eventuale alcalosi metabolica e di tutte le possibili complicanze cliniche [12]. La durata del ricovero deve essere limitata al tempo necessario, assicurandosi di aver raggiunto un livello di stabilizzazione medica/psichica sufficiente. Al termine del ricovero, la decisione di dimissione deve essere presa con particolare attenzione considerando tutte le variabili del caso e non solo l'IMC [8]. Questo è un momento critico e delicato poiché il rischio di una ricaduta è molto elevato.

Ciò che si ottiene nelle prime settimane di trattamento prevede come saranno i risultati nel lungo termine; proprio per questo motivo, se nei primi mesi di cura (indicativamente 12 settimane per la cura ambulatoriale) non si notano delle modifiche positive nel soggetto, è possibile pensare di passare ad un *setting* di cura più intensivo e maggiormente appropriato [2]. La mancata risposta al trattamento, considerando le condizioni cliniche, il rischio psichiatrico e le difficoltà psicosociali, diventa dunque il criterio utilizzato per passare ad un livello di cura più intensivo. Al contrario, quando l'intensità di un *setting* terapeutico non è più appropriata ma eccessiva, il

livello di cura deve essere traslato verso una minore intensità. Si ricorda l'importanza di una scrupolosa gestione del passaggio tra un *setting* e l'altro, eseguito da entrambe le equipe che, oltre a condividere l'intero percorso terapeutico, devono informare il paziente e la famiglia di ogni decisione presa e verso cosa stanno andando incontro.

2.3 Team multidisciplinare

L'approccio interdisciplinare richiesto nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare ha bisogno di un'equipe di professionisti specializzati formata, in modo più o meno variabile, da: medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi), dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, fisioterapisti e tecnici della riabilitazione psichiatrica [12]. Il vantaggio principale da attribuire alla pluralità del team è la presenza di competenze diverse che, se ben associate tra loro, permettono di gestire i quadri clinici complessi caratteristici di questi disturbi. Lo svantaggio viene invece individuato nella possibile non condivisione del quadro clinico, compreso il caso in cui il paziente parli selettivamente con alcuni terapeuti rispetto che con altri; risulta infatti fondamentale che l'equipe si confronti sempre così che ogni membro sia ben informato sulla totalità della situazione. Inoltre, i professionisti devono essere in grado di lavorare insieme dividendo e scandendo bene le competenze, evitando qualsiasi sovrapposizione e confusione circa i ruoli di ogni unità. Questo è essenziale per ottenere un clima lavorativo ideale e per evitare che al paziente arrivino messaggi contraddittori da professionisti differenti. È importante che l'equipe lavori in armonia per far sì che non si creino tensioni, delusioni o angosce negli stessi operatori: più che in altri contesti, nella cura dei DAN è necessaria se non indispensabile la presenza di sanitari motivati e contenti del proprio lavoro. L'equipe deve ricevere una formazione adeguata così da poter condividere lo

stesso modello terapeutico: tutti devono avere la stessa filosofia di pensiero e utilizzare un linguaggio comune. L'equipe inoltre deve mettersi sempre in discussione attraverso delle riunioni e una supervisione periodica [12].

Lo psichiatra o il neuropsichiatra infantile sono le figure che si occupano della valutazione psicopatologica del soggetto ricercando una diagnosi, con eventuali comorbidità. Definiscono, in collaborazione con gli altri professionisti, il percorso di cura e, insieme agli psicologi, svolgono psicoterapia individuale e/o di gruppo. Obiettivi della psicoterapia individuale sono la ricerca di una maggiore consapevolezza del proprio disturbo e l'analisi dei fattori di mantenimento dello stesso. La psicoterapia di gruppo è volta invece alla gestione delle emozioni e dei pensieri verso l'alimentazione, la restrizione dietetica cognitiva, il proprio corpo [2], [12].

Il medico nutrizionista e il dietista sono fondamentali durante tutto l'iter terapeutico (valutazione, psico-educazione e raccomandazioni nutrizionali, supporto alla motivazione al trattamento), soprattutto finché si è in una condizione di malnutrizione. Il medico in particolare valuta e monitora le condizioni mediche del paziente definendo i fabbisogni calorici nutrizionali.

Il dietista realizza il programma di riabilitazione nutrizionale, gestisce il vitto, assiste i pazienti durante i pasti consumati al centro e li aiuta a pianificare i pasti al di fuori rivedendo insieme eventuali difficoltà vissute dal soggetto. L'obiettivo è il raggiungimento di uno stato nutrizionale sano, conseguibile attraverso diverse procedure. È importante che, a prescindere dalla modalità scelta, il soggetto ne capisca l'importanza per evitare ogni possibile complicanza organica e beneficiare il più possibile degli interventi farmacologici e/o psicoterapeutici [2], [12].

Gli educatori si occupano del programma riabilitativo complessivo, del coordinamento e della continuità assistenziale. Possono essere coinvolti nei pasti insieme ai dietisti, aiutando i pazienti nei momenti critici che possono

insorgere [2], [12]. Svolgono attività di gruppo importanti in cui ai soggetti è permesso di parlare liberamente senza censure portando i propri pensieri. Certosino è il loro lavoro sulle regole, intese sia come “norme” da rispettare all’interno della comunità (per garantire una buona convivenza con il gruppo e per limitare le tendenze patologiche), che come “leggi autoimposte” dal disturbo del comportamento alimentare. Se da una parte l’operatore cercherà di portare il soggetto a mettere in discussione le regole di vita del disturbo senza che egli provi profondi sensi di colpa, dall’altra deve evitare che, il paziente meno tollerante alle norme della comunità, le possa leggere come atti di potere, come l’ennesimo tentativo di qualcuno contro la propria persona. L’obiettivo è il rispetto delle regole non perché imposte ma perché stilate da qualcuno di fiducia, l’equipe appunto. Gli educatori infine tentano di non far determinare quel cortocircuito patologico dove il sintomo viene usato per difendersi dal confronto con l’altro come accade a casa: i genitori infatti, completamente inermi ed impotenti di fronte al disturbo, non riescono a dire di no ai propri figli pur di evitare il conflitto che termina con il ricatto sintomatico “allora io non mangio”; contrariamente questo conflitto in comunità lo si lascia creare, lo si cerca, ma lo si gestisce anche e il ricatto sintomatico non arriva [7].

L’infermiere effettua assistenza infermieristica, partecipando alle cure dell’equipe. In setting ospedaliero e semi-residenziale si occupa di gestire l’accoglienza dei pazienti e delle famiglie, di promuovere l’alleanza terapeutica, di osservare e monitorare le esigenze del paziente, le condizioni cliniche e le situazioni caratterizzate da instabilità medica [2], [12].

Il fisioterapista collabora con l’equipe nella gestione dell’attività motoria per la riabilitazione dei disturbi, trattando le conseguenze soprattutto a carico della colonna vertebrale di osteopenia ed osteoporosi [2], [12].

Un concetto importante nella cura dei disturbi del comportamento alimentare è quello della comunità. La presenza di operatori motivati,

desiderosi di svolgere il proprio lavoro in modo coeso e coerente è molto importante. È la presenza di un gruppo unito che consente la creazione di transfert multipli: in questo modo il paziente verrà portato verso l'equipe e questo ci spiega perché il singolo terapeuta spesso fallisce nella cura di casi simili. Il paziente con DAN però ha già un transfert attivo che è quello instaurato con il proprio sintomo; per far accettare un nuovo transfert al paziente, si deve offrire qualcosa in più rispetto alla relazione già esistente. Se l'ingresso in comunità è concomitante ad un momento in cui la relazione con il sintomo non è stabile, il transfert sarà naturale e diretto; in caso contrario, bisognerà provare ogni mezzo per portare il soggetto verso la comunità. Questo transfert non deve avvenire nei confronti del singolo terapeuta, ma è un legame rivolto al gruppo, diluito su ogni membro dell'equipe; il paziente deve innamorarsi della comunità, deve vederla come un qualcosa che sa cosa sta accadendo, a cui può affidarsi e che lo può condurre verso una verità che lo riguarda, attualmente a lui sconosciuta. Collette Soler diceva che "Sempre aperta è la porta dell'accoglienza, che accoglie tutti i lamenti che le vengono portati. [...] La seconda porta invece è per sua natura chiusa [...]. Essa si apre solo a condizione di trovarne il Sesamo, come se ci fosse una parola d'ordine" [13] e la parola d'ordine, in questo caso, è proprio il transfert. La comunità, infatti, diventa luogo di cura solo quando viene prodotto un incontro, che non è una certezza bensì una scommessa [7]. Riguardo a questo è possibile affermare che indispensabile è la creazione di una buona alleanza terapeutica con il soggetto, le cui basi vengono messe già nei primi incontri. L'operatore non deve mai porsi in maniera giudicante, al contrario deve sempre avvicinarsi in modo empatico e coinvolgente, rimanendo costantemente sensibile all'ambivalenza che il soggetto può mostrare nei confronti del trattamento [2]. Incoraggiare e sostenere una buona relazione terapeutica risulta importante quanto il trattamento specifico offerto [8].

2.4 Ruolo della famiglia

Un disturbo del comportamento alimentare colpisce un soggetto e, inevitabilmente, l'intero sistema familiare di cui quest'ultimo fa parte. Le linee guida concordano sul fatto che sia importante se non necessario il coinvolgimento dei familiari. I soggetti con DAN tendono a trascurare la rete dei rapporti sociali andando incontro ad un vero e proprio isolamento, dando la priorità assoluta ai comportamenti patologici a discapito di tutto il resto. In alcuni casi, proprio per non trovare opposizione e svolgere indisturbati le loro azioni disfunzionali, i soggetti si mostrano compiacenti e manipolativi verso la propria famiglia, altre volte invece possono essere molto affettuosi verso di essa interessandosi alle attività familiari o cucinando per i membri che la compongono. Resta il fatto che, per il paziente, la famiglia è luogo di relazioni stabili e significative, pertanto va trattata come una risorsa.

Il ruolo della famiglia e il suo possibile coinvolgimento nella cura dei disturbi del comportamento alimentare è in realtà un argomento che negli anni è stato oggetto di discussione. Essendo patologie per la gran parte rappresentate da giovani ragazze, la famiglia è stata fin da subito vista come *capro espiatorio*. Soltanto successivamente, quando venne alla luce l'aspetto multifattoriale dell'eziologia di questi disturbi, la famiglia ha iniziato ad essere ritenuta anche risorsa terapeutica (oltre che, inevitabilmente, in modo parziale, anche causa e/o fattore di mantenimento). Sfortunatamente, soprattutto attraverso i media, spesso si conclude con una mera imputazione della famiglia non giustificata e questo ha provocato un radicale cambiamento per quanto riguarda l'atteggiamento che i genitori presentano quando chiedono aiuto: un tempo stupefatti ed inetti, oggi profondamente auto-colpevolizzati e in crisi per la propria (in)capacità genitoriale. Compito delle linee guida è quindi quello di alleggerire il peso del senso di colpa delle

figure genitoriali e organizzare i livelli di cura in modo tale da renderli partecipi, alleati degli operatori [2], [7].

La valutazione dell'ambiente familiare è quindi una priorità. L'equipe deve informarsi sulla conoscenza che la famiglia ha riguardo queste malattie, sulle eventuali interpretazioni sbagliate del disturbo o sulle possibili reazioni non adeguate ad esso, sulla presenza in casa di stimoli che promuovano i comportamenti patologici. Successivamente compito degli operatori è quello di educare la famiglia su quali siano le cause dei DAN, facendo capire che i comportamenti patologici sono la conseguenza di una malattia mentale i cui tempi di guarigione sono variabili e che non si tratta di una questione di volontà; altrettanto importante è far capire i meccanismi di mantenimento del disturbo e renderli consapevoli se involontariamente ne rappresentano uno, spiegare loro come possono essere d'aiuto e instillare speranza per la guarigione del figlio [12].

La psicoterapia familiare è risultata essere efficace nei soggetti anoressici più giovani (aventi meno di 3 anni di malattia) permettendo di avere remissione nel 50% dei casi [2]. Indipendentemente dalla messa in atto di una terapia familiare, il percorso terapeutico dovrebbe comunque prendere in considerazione i rapporti familiari. Escluderli potrebbe determinare sfiducia e aggressività nei confronti dell'equipe e aumentare il rischio di abbandono da parte del soggetto. L'approccio più utilizzato nei confronti delle famiglie è di tipo psicoeducativo, con l'obiettivo di offrire tutte le informazioni necessarie alla comprensione della malattia. Gli incontri con i familiari vengono generalmente effettuati separatamente dai pazienti, riservando uno spazio apposito. La comunità deve diventare un punto di riferimento anche per la famiglia: se questa non si fida dell'equipe, difficilmente si riuscirà nella cura del disturbo del paziente.

Uno dei momenti dove è più richiesto l'aiuto della famiglia è quello del pasto. A tavola il soggetto sente di essere sotto osservazione e difficilmente

riesce a tollerare il peso delle aspettative che gli altri hanno su di lui; questo porta alla creazione di un conflitto che spesso modifica le abitudini familiari, riducendo notevolmente l'abitudine di sedersi a tavola tutti insieme. Secondo diversi studi i pasti in famiglia hanno un ruolo decisivo nello sviluppo emotivo e comportamentale degli adolescenti, contribuendo alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento di abitudini alimentari non sane. Mangiare insieme non solo permette ai genitori di fungere come esempio svolgendo un'azione educativa, ma concede loro il privilegio di imparare il funzionamento degli adolescenti, così da individuare precocemente quando qualcosa non va come dovrebbe. Uno studio in particolare [14] ha tentato di capire quanto la frequenza dei pasti consumati in famiglia possa incidere sullo sviluppo di un DAN. La ricerca ha evidenziato che effettivamente tra i soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare la frequenza dei pasti in famiglia era ridotta rispetto ai soggetti sani; in particolar modo questo si evidenziava nei soggetti con bulimia nervosa e con disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati. Questo può suggerire che consumare pasti in famiglia può avere funzione protettiva nell'attuare comportamenti patologici.

Quando il paziente è sufficientemente ingaggiato e motivato, il coinvolgimento dei familiari nella spesa, nella preparazione del cibo, nel momento del pasto è sicuramente utile. Difficile ma necessario è educare la famiglia a gestire lo stesso momento (del pasto) che fino a quel punto ha rappresentato un vero e proprio "ring di combattimento" in cui essa si arrendeva ogni volta per non ritrovarsi di fronte al conflitto. Per ottenere questo, deve essere spiegato loro che i pensieri disfunzionali non devono venire criticati, che è necessaria la creazione di un'atmosfera positiva, in cui possono e devono dissuadere dolcemente il figlio dai propri rituali, incoraggiandolo a mangiare e gestendo i momenti più critici, fornendo supporto con empatia e comprensione [12].

CAPITOLO 3

IL DIETISTA

3.1 Profilo professionale

Il Decreto Ministeriale n.744 del 14 settembre 1994 [15] definisce la figura professionale del dietista come quell'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione, compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente. Nello specifico le competenze del dietista sono:

- Organizzare e coordinare le attività relative all'alimentazione in generale e alla dietetica in particolare;
- Collaborare con gli organi preposti alla tutela dell'aspetto igienico sanitario del servizio di alimentazione;
- Elaborare, formulare ed attuare le diete prescritte dal medico oltre che controllarne l'accettabilità da parte del paziente;
- *Collaborare con le altre figure professionali coinvolte nel trattamento multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare;*
- Studiare ed elaborare la composizione di razioni alimentari volte a soddisfare i bisogni nutrizionali di gruppi di popolazione e pianificare l'organizzazione dei servizi di alimentazione di comunità di sani e malati;
- Svolgere attività didattico-educativa e di informazione con l'obiettivo di diffondere principi di alimentazione corretta così da consentire il

recupero e il mantenimento di un buono stato di salute del singolo, della collettività e dei gruppi di popolazione.

È consentito al dietista di svolgere la propria attività in strutture sia pubbliche che private, in regime di dipendenza o libero-professionale.

Come sostenuto dal codice deontologico della professione [16], il dietista deve porre sé stesso al servizio del genere umano e il suo atteggiamento deve essere mosso dal rispetto per le persone e dal desiderio di promuovere la salute. È doveroso che il dietista, ricevuta l'opportuna formazione, operi ponendo al centro dell'intervento terapeutico il paziente, rendendosi disponibile a collaborare con gli altri operatori coinvolti e mettendosi in discussione, valutando costantemente l'efficacia della prestazione fornita. Il dietista ha il dovere di svolgere la propria professione applicando i principi della Medicina Basata sull'Evidenza e le indicazioni riportate all'interno delle linee guida nazionali ed internazionali [17].

3.2 Ruolo del dietista nel trattamento dei DAN

La necessità della presenza di un intervento nutrizionale attuato da personale esperto nel processo di cura dei disturbi del comportamento alimentare è cosa ormai assodata e sostenuta, oltre che promossa, da molti. L'ADA (*American Dietetic Association*) [18] ha pubblicamente dichiarato la propria posizione a favore dell'intervento nutrizionale da parte di un dietista specializzato in quanto componente essenziale del trattamento di pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione. La DAA (*Dietitians Association of Australia*) [19] e l'ANDID (Associazione Nazionale Dietisti) [17] si sono espresse entrambe per delineare la figura del dietista all'interno dell'equipe multidisciplinare impegnata nella cura dei DAN come membro integrato ed indispensabile. Compiti del dietista sono quelli di partecipare alla definizione del livello di cura e del programma

terapeutico più appropriato al paziente, valutare il suo stato nutrizionale ed elaborare un piano di riabilitazione alimentare personalizzato. Il dietista deve essere in grado di raccogliere gli elementi riguardanti il quadro clinico e leggere gli esami bioumorali, riconoscere segni e sintomi di un eventuale danno d'organo, identificare i pensieri disfunzionali del soggetto, concordare gli obiettivi di cura insieme all'assistito tenendo sempre in considerazione le sue capacità e la sua motivazione al trattamento, valutare l'andamento del caso e l'adesione alla terapia, instaurare una relazione terapeutica solida con il paziente e la famiglia dello stesso.

3.2.1 Valutazione dello stato nutrizionale

La valutazione dello stato nutrizionale rappresenta la prima fase di lavoro del dietista; essa comprende l'analisi del bilancio energetico, della composizione e della funzionalità corporea del soggetto. La valutazione nutrizionale è utile per identificare pazienti malnutriti o a rischio malnutrizione e pazienti con complicanze fisiche secondarie a carenze nutrizionali o a rischio di svilupparle, nonché per decidere il tipo di intervento maggiormente appropriato e valutarne, successivamente, l'efficacia [2].

3.2.1.1 Il bilancio energetico

Il bilancio energetico è definibile come la differenza tra gli ingressi e le uscite di energia riguardanti un organismo. Per determinare l'introito di energia e nutrienti, il dietista esegue l'anamnesi alimentare: momento di grande importanza perché, oltre a consentire una raccolta esaustiva di informazioni sulle abitudini alimentari del soggetto (aspetti qualitativi e quantitativi), consente all'operatore di indagare sull'ambiente socio-familiare e di porre le basi per instaurare la relazione terapeutica. Fondamentale sarà coniugare durante il colloquio gli aspetti biologici e psico-sociali. Per conoscere le consuetudini alimentari del paziente, il dietista può ricorrere al recall delle 24h (ripercorrendo la precedente giornata

alimentare, identificando la quantità e qualità degli alimenti ingeriti) o, nella maggior parte dei casi, al diario alimentare. Questo è uno strumento molto valido in caso di DAN da consegnare al paziente stesso fornendo semplici istruzioni di compilazione; il soggetto deve procedere quindi nell'appuntare ad ogni pasto cosa mangia, descrivendo il contesto, le emozioni e le sensazioni provate prima, durante e dopo il pasto per 3-7 giorni. Il diario alimentare potrebbe risultare utile per l'operatore per avere informazioni maggiormente approfondite ed attendibili rispetto a quelle ricavabili da un *recall* delle 24h [2], [12]. Durante l'anamnesi è molto importante ricercare e valutare i sintomi e i comportamenti disfunzionali dei DAN quali la restrizione alimentare, le abbuffate, le preoccupazioni riguardo il peso e le forme del corpo, i segnali di fame e sazietà, le eventuali correlazioni tra stati emotivi e consumo di cibo, l'amenorrea, i rituali alimentari, le condotte eliminatorie e l'esercizio fisico [17], [18].

Per restrizione alimentare si intende una limitazione volontaria dell'introito nutrizionale con lo scopo di diminuire l'apporto energetico e ottenere un calo ponderale e/o il controllo del peso. Può avere entità variabile e portare il soggetto fino ad assumere un massimo di 300-600Kcal/die. Le modalità con cui viene raggiunta sono molteplici: riduzione dei pasti fino al digiuno, selezione di alimenti a bassa densità energetica, eliminazione di alimenti/gruppi di alimenti (più spesso quelli ricchi di grassi e carboidrati), riduzione della varietà alimentare, largo utilizzo di spezie, grandi introiti di cibi sazianti e bevande calde, evitamento dei pasti consumati in compagnia e l'alimentazione vicaria ovvero "mangiare attraverso gli altri osservandoli".

I rituali alimentari durante il pasto hanno invece lo scopo di ridurre l'ansia e aumentare la sensazione di controllo; spezzettare il cibo, spargerlo nel piatto, mangiare a bocconi piccoli con estrema lentezza sono azioni per illudere ed illudersi di aver consumato una grande quantità di cibo.

Infine, altro importante aspetto è la distinzione tra abbuffata “oggettiva”, per cui si intende mangiare in un periodo definito di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili, il tutto accompagnato da una sensazione di perdita di controllo, e “soggettiva”, in cui c’è la perdita di controllo ma non associata all’assunzione di una quantità di cibo oggettivamente elevata. Tendenzialmente gli alimenti assunti durante le abbuffate sono quelli evitati durante i periodi di restrizione, ad alta densità energetica, ricchi di zuccheri e grassi [12].

Per determinare il dispendio energetico è invece necessario calcolare il metabolismo basale attraverso l’utilizzo della calorimetria indiretta o effettuando una stima per mezzo delle equazioni di predizione (in base all’età, al sesso, al peso e alla statura). In entrambi i casi devono essere applicati fattori di correzione per il livello di attività fisica e/o in caso di patologie acute.

3.2.1.2 La valutazione della composizione corporea

La valutazione della composizione corporea permette di avere un indicatore a lungo termine dello stato nutrizionale di un individuo mediante la determinazione della disponibilità delle masse. Conoscere la composizione corporea consente di avere una maggiore specificità nei confronti della malnutrizione rispetto alla sola rilevazione del peso e al calcolo dell’IMC (Indice di Massa Corporea) [2]. Tecnica di riferimento per eseguire un esame della composizione corporea è l’antropometria: la misurazione del peso corporeo, della statura e della circonferenza vita (antropometria di primo livello), ma anche la misurazione della circonferenza del braccio e delle pliche tricipitale e sottoscapolare (antropometria di secondo livello, molto utile quando la rilevazione del peso può essere eccessivamente ansiogena per il paziente). Senza alcun dubbio questo approccio ha un costo limitato, è ripetibile, rapido e può essere tranquillamente eseguito sul campo; va

comunque ricordato che è caratterizzato da una grande variabilità intra- e inter-operatore, mancano valori di riferimento e necessariamente bisogna fare ricorso a equazioni di predizione con errore implicito [17]. Le tecniche strumentali proposte a tale scopo sono la BIA (bioimpedenziometria) e la DEXA (densitometria a doppio raggio X). La BIA è un esame non invasivo, rapido, ripetibile e a basso costo che ci consente, attraverso l'applicazione di elettrodi, di misurare l'impedenza (somma di resistenza e reattanza) del corpo umano al passaggio di una corrente elettrica; con un'equazione specifica dello strumento, si ottengono i seguenti dati:

- Resistenza (ohm): capacità del corpo di opporsi al passaggio della corrente; è in funzione della grandezza del conduttore e dell'acqua contenuta. Minore è il conduttore, minore è la massa magra e quindi l'acqua contenuta, maggiore sarà la conduttività e minore la resistenza.
- Reattanza (ohm): capacità delle cellule di immagazzinare momentaneamente l'energia; la quantità di energia trattenuta da una cellula è in funzione dello stato della membrana cellulare e, conseguentemente, la reattanza sarà maggiore quando una cellula è sana.
- Angolo di fase (°): rapporto tra resistenza e reattanza; indice di integrità cellulare e quindi di benessere metabolico. Normalmente compreso tra 5.8-7, può essere influenzato da diversi fattori e risultare alterato in alcune patologie. Un angolo di fase elevato indica accrescimento di massa muscolare; un angolo di fase ridotto (riscontrabile nell'anoressia) indica decremento della massa muscolare, infiammazione, ritenzione idrica e, nel caso dei disturbi alimentari, malnutrizione o rischio di svilupparla.

Da queste misurazioni vengono ottenute le quantità di massa magra, massa grassa e acqua totale (intra- ed extra-cellulare). Finalità primaria di questo strumento è la rilevazione della composizione corporea ma, in particolar modo nell'ambito dei disturbi alimentari, la BIA può essere utilizzata come strumento motivazionale in grado di distaccare il paziente dall'importanza emotiva che egli attribuisce al concetto di peso. Mostrando al soggetto che il corpo umano è un insieme di elementi biologici, lo rendiamo consapevole che è necessario andare oltre il semplice numero rappresentato in bilancia. La DEXA, esame *gold standard* per la diagnosi di osteoporosi, può essere anch'essa utilizzata per la misurazione della composizione corporea (distinguendo osso, massa grassa e massa magra); la tecnica è basata sulla diversa capacità che le varie componenti del corpo umano hanno di assorbire i raggi X. Rispetto alla BIA, questo esame non risulta influenzato dallo stato di idratazione del soggetto.

3.2.1.3 La valutazione della funzionalità corporea

La valutazione della funzionalità corporea ci consente di individuare comportamenti alimentari precedentemente assunti errati stimando i livelli di nutrienti introdotti. Le proteine plasmatiche (albumina, prealbumina, transferrina), l'assetto lipidemico, gli elettroliti (potassio, sodio, magnesio, fosforo, cloro, ferro e calcio), la glicemia, la colesterolemia, la funzionalità epatica e tiroidea... sono alcuni dei possibili indici da misurare in base al tipo di malnutrizione (per difetto o per eccesso). Altre possibili valutazioni comprendono l'esame dell'immunocompetenza, la rilevazione della funzione motoria attraverso il dinamometro, della forza per mezzo dell'*handgrip test*, dell'attività svolta con l'Holter motorio metabolico e il test di adattamento all'oscurità per individuare una possibile carenza di vitamina A [2], [12].

3.2.2 Riabilitazione nutrizionale

Una valutazione nutrizionale accurata e un lavoro d'equipe sono indispensabili per programmare in maniera ottimale il processo di riabilitazione nutrizionale, il quale può essere attuato mediante diverse tipologie di intervento erogate singolarmente o in combinazione tra loro. Da preferire in ogni caso, quando possibile, è l'alimentazione orale con cibi naturali in quanto, oltre ad essere maggiormente educativa, risulta meno associata a complicanze mediche come la *refeeding syndrome* e le infezioni, a differenza della nutrizione artificiale (enterale e parenterale). Indipendentemente dalla modalità scelta, è essenziale che il paziente comprenda l'importanza del recupero di uno stato nutrizionale adeguato per non avere complicanze organiche e poter beneficiare al meglio dei trattamenti farmacologici e/o psicoterapeutici [2].

La riabilitazione nutrizionale si pone come obiettivi:

- Affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso;
- Affrontare la restrizione dietetica cognitiva;
- Correggere le complicanze fisiche della malnutrizione per difetto;
- Correggere le conseguenze psicosociali della malnutrizione;
- Raggiungere una condizione di normopeso; l'obiettivo di peso deve essere raggiunto gradualmente, attraverso degli step discussi e concordati con il paziente stesso. Il dietista deve sempre tenere in conto dell'effetto ansiogeno che questo può avere sul soggetto, pertanto, inizialmente, può essere sufficiente il blocco del calo ponderale;
- Normalizzare il comportamento alimentare;
- Ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà [12].

L'ADA prevede che l'intervento nutrizionale venga espletato secondo i principi della terapia cognitivo-comportamentale. Essa si è dimostrata efficace nel ridurre gli episodi convulsivi e gli atti compensatori nei soggetti bulimici e nel migliorare le risposte alla cura dei soggetti anoressici. Le metodologie d'approccio fondate sulla terapia cognitivo-comportamentale come il counseling nutrizionale, il pasto assistito, i gruppi psico-educazionali e gli strumenti di automonitoraggio come il diario alimentare, promuovono la compliance al trattamento [2], [17]. La riabilitazione nutrizionale deve favorire l'adozione di un modello alimentare sano ma, soprattutto, deve promuovere la modifica dei comportamenti patologici nei confronti del cibo. Il dietista deve svolgere educazione nutrizionale e, nel caso dei DAN, un approccio puramente prescrittivo viene sconsigliato [17].

3.2.2.1 La motivazione al cambiamento

Il punto di partenza per intraprendere il processo di riabilitazione nutrizionale è una buona motivazione al cambiamento del paziente, che non dovrebbe mai essere forzato in questo. I soggetti affetti da DAN presentano spesso un'ambivalenza nei confronti del trattamento e il compito del professionista è gestire questa situazione facendo arrivare la persona almeno all'ingresso della ruota del cambiamento. Questa, ideata da Di Clemente e Prochaska [20], prevede che il cambiamento venga raggiunto attraverso cinque fasi: la precontemplazione, la contemplazione, la determinazione, l'azione e il mantenimento. La scelta della figura circolare della ruota non è casuale: questa indica dinamicità, sostenendo che è possibile ripercorrere il processo più volte prima di uscirne definitivamente. La ricaduta pertanto è parte del cambiamento e questa prospettiva aiuta ad evitare un eventuale scoraggiamento. La fase della precontemplazione precede l'ingresso nella ruota: il soggetto non ha consapevolezza del proprio problema e di conseguenza non chiede aiuto, a meno che non portato a farlo da un'altra persona. La fase della contemplazione è la fase dell'ambivalenza per

eccellenza: il soggetto inizia ad avere consapevolezza del proprio problema ma rifiuta di affrontarlo per paura, oscilla tra i pro e i contro del cambiamento. Il ruolo dell'operatore è motivare il soggetto, mettendolo davanti ai vantaggi e agli svantaggi che il cambiamento apporterebbe (potrebbe essere utile presentarlo come un esperimento dal quale si può sempre tornare indietro). Quando il soggetto è consapevole della propria ambivalenza, quando i benefici superano i costi, questo passerà alla fase della determinazione, in cui si assisterà ad un'apertura nei confronti degli operatori con una richiesta di aiuto. In questa fase il professionista deve sostenere il paziente nella scelta, aiutando a confermare e giustificare la decisione presa. La fase d'azione è quella in cui si passa dalla teoria alla pratica e si inizia a lavorare per raggiungere gli obiettivi prefissati insieme. In questo momento è molto utile che il paziente riceva dei *feedback* per mantenere costante la motivazione. L'ultima fase, quella del mantenimento, non è una certezza: il paziente potrebbe avere una ricaduta. L'operatore in questo caso deve evitare che il paziente viva la cosa come un fallimento scoraggiandosi, al contrario deve cercare di riportare il soggetto in un nuovo giro sulla ruota del cambiamento. Se il paziente riesce a mantenere i progressi fatti, uscirà definitivamente dalla ruota e il problema non si ripresenterà.

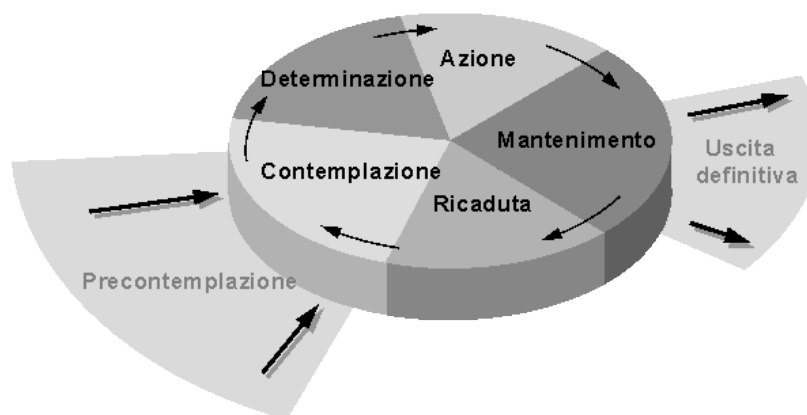


Figura 1: Modello Trans Teoretico del cambiamento di Di Clemente e Prochaska (1983).

La motivazione è dunque un requisito essenziale per far sì che il soggetto possa intraprendere una contrattazione delle modalità con cui avverrà il trattamento. I pazienti più resistenti alla cura ed in difficoltà nell'aderire alla terapia non devono essere abbandonati: l'operatore deve trovare il modo di ingaggiare il soggetto. Le tecniche di counseling, basate sull'utilizzo della relazione consapevole e strutturata, ne sono un esempio: esse pongono come obiettivo l'implementazione di autoconsapevolezza nel paziente delle proprie risorse (*empowerment*), facendo sì che egli possa mettere in atto i cambiamenti che lo porteranno all'obiettivo sia in ambito psicosociale che nutrizionale. In merito a questo il clinico non deve mai mostrarsi intimidatorio o giudicante, ma sempre sensibile all'ambivalenza del paziente, comprensivo e speranzoso che egli colga l'opportunità di costruirsi una nuova vita. È altresì importante rendere consapevole il paziente dei rischi che sta correndo a causa della malnutrizione (complicanze ossee e cardiovascolari soprattutto), spiegando che molti sintomi sperimentati sono la conseguenza di questa condizione (compresi umore deflesso, irritabilità, indifferenza sociale, ossessività...) [12].

3.2.2.2 Alimentazione meccanica vs alimentazione psicobiologica

L'oralità, l'atto del nutrirsi e del lasciarsi nutrire, rimandano alle prime relazioni che il neonato intrattiene con il mondo e con il proprio *care giver*. Il cibo non è pertanto mai un "oggetto neutro", in quanto rimanda alle prime relazioni di scambio e contatto con gli altri. Quando il neonato piange, il *care giver* interpreta questo "grido" come domanda di essere nutrito, per cui offre il seno, il nutrimento. Il bambino, però, deve in qualche modo dire "sì" a questa offerta, alla richiesta di "lasciarsi nutrire", entrando così in una dialettica di relazione e scambio con l'altro. I DAN mostrano in filigrana, attraverso le condotte sintomatologiche che pongono al centro il cibo, una perturbazione di questa dialettica, di questa dinamica di scambio e di richiesta che proviene dall'altro e che viene posta all'altro.

Nei pazienti maggiormente collaboranti, che hanno pronunciato il “sì”, è possibile utilizzare metodiche di riabilitazione nutrizionale di tipo "psicobiologico", le quali prevedono un approccio collaborativo e psicoeducativo, orientato all'*empowerment* dell'individuo, in cui il terapeuta ha il compito di accompagnare il paziente con lo scopo di aiutarlo a recuperare una percezione reale dei propri bisogni. Durante il processo di cura, quando il paziente si trova ad affrontare il cibo, inevitabilmente in esso si libera una grande quantità di pensieri disfunzionali, paure, angosce e pulsioni. Avere un approccio psicobiologico permette di spostare l'attenzione su altro. I processi biologici coinvolti nell'assunzione di cibo sono numerosi e diversi, e tra questi abbiamo le sensazioni di fame e sazietà. I soggetti affetti da DAN, attraverso i loro comportamenti patologici, hanno un'introduzione caotica di nutrienti che innesca una risposta fisiologica anomala, caratterizzata da disorganizzazione dei processi fisiologici sopracitati. Riorganizzando questo sistema, riappropriandosi delle sensazioni di fame e di sazietà, il soggetto riesce a raggiungere l'obiettivo. L'alimentazione psicobiologica si differenzia dalla meccanica in quanto il soggetto è consapevole del proprio percorso terapeutico e affronta il proprio disturbo attraverso la conoscenza e la sperimentazione. Il cibo, originariamente oggetto del godimento, diventa lo strumento attraverso cui conseguire il proprio scopo.

Nei casi di DAN molto gravi, dove risulta perturbato il “sì” pronunciato nei confronti dell'altro, non è possibile ingaggiare subito il soggetto in una tecnica di alimentazione psicobiologica ma, almeno in una prima fase, risulta necessario utilizzare una alimentazione di tipo meccanico. Alimentare meccanicamente significa cercare di privare il momento del pasto da ogni valore libidico, sterilizzare il cibo, renderlo un farmaco, utilizzarlo come vera e propria terapia (si tratta in realtà di un'illusione in quanto il cibo avrà sempre valore libidico per tutti, compresi i soggetti sani). Il sondino

nasogastrico incarna perfettamente il concetto di alimentazione meccanica: attraverso questa modalità si bypassa del tutto la dialettica tra il soggetto e l'altro e il nutrimento viene fornito in modo continuo e non correlato ai ritmi biologici della fame-sazietà ed alla percezione di questi.

3.2.2.3 L'approccio nutrizionale

L'obiettivo di peso per questi pazienti è il raggiungimento di un peso salutare, che non funga da fattore di mantenimento del disturbo e che non sia associato a complicazioni della malnutrizione. Il peso da raggiungere deve essere conservato senza restrizione calorica, non deve essere associato a sintomi della malnutrizione e deve permettere una vita sociale. In linea del tutto generale, per un individuo adulto, si aspira indicativamente ad un IMC di 19Kg/m^2 [12]. Le linee guida internazionali raccomandano che, nei pazienti in trattamento ambulatoriale, il recupero del peso avvenga attraverso l'assunzione di 0,5-1Kg alla settimana mentre, in setting ospedaliero, la velocità di recupero può essere aumentata a 1-1,5Kg alla settimana. Per ottenere questo, il surplus calorico deve essere di circa 500Kcal al giorno [8]. Se i pazienti non sono ad alto rischio di sviluppare la sindrome da rialimentazione, il piano alimentare può apportare 1200-1500Kcal al giorno (30-40Kcal/Kg/die) [12]. I possibili approcci nutrizionali comprendono il pasto assistito, i supplementi nutrizionali orali e la nutrizione artificiale.

Il pasto assistito rientra necessariamente all'interno di un programma di riabilitazione integrato psico-nutrizionale. Questa tecnica prevede che il paziente venga assistito durante il pasto da un operatore (in genere il dietista) per superare le eventuali difficoltà a cui può andare incontro che gli impediscono di proseguire nell'assunzione del pasto. Attraverso l'educazione nutrizionale, il supporto, la distrazione e il decentramento dalle preoccupazioni, l'operatore porta il soggetto a non farsi condizionare dalle emozioni, dalle preoccupazioni e dalle sensazioni fisiche che prova. L'operatore deve anche dissuadere il soggetto da eventuali riti alimentari che

possono essere utilizzati da quest'ultimo per limitare l'assunzione di cibo. Fondamentale è che l'assistenza non sia di tipo "poliziesco" e che venga creato un ambiente più sereno possibile, dove regna il dialogo e la fiducia. L'operatore deve quindi mostrare un vero interesse e rispetto per il paziente e per le sue scelte, comprendere e aggirare le resistenze e le difficoltà, mostrarsi incuriosito dai pensieri del paziente [2]. Viene sconsigliata la presenza a tavola dei professionisti che lavorano sul fantasma patologico del disturbo (psicoterapeuti), viceversa è favorita l'assistenza degli operatori che si occupano della vita reale (dietisti, educatori...). Il pasto assistito è indicato in quei pazienti che non riescono ad avere un comportamento alimentare tale da favorire il superamento del disturbo. Gli obiettivi sono quelli di riattribuire al cibo e ai pasti la loro funzione di nutrimento, normalizzare il comportamento alimentare in termini di frequenza, quantità e qualità dei pasti, promuovere l'incremento ponderale o il mantenimento del peso, attenuare ansia e paura nei confronti del cibo, imparare a focalizzarsi sul valore biologico e sociale dell'atto di nutrirsi e raggiungere gli obiettivi caso-specifici. Il pasto assistito viene normalmente eseguito in gruppo ma, nel caso di pazienti particolarmente gravi, può avvenire anche in setting separato. Questo, oltre ad affievolire la carica pulsionale del paziente durante il pasto, evita la formazione di angosce nel gruppo. Il pasto assistito è il momento attraverso il quale si tenta di lavorare sul rapporto problematico che il soggetto intrattiene con il cibo, occorre ovvero:

- Sostituire i rituali ossessivi e disfunzionali inerenti al cibo con altri rituali non patologici (come il passaggio dell'olio ad inizio pasto, gli orari e la routine del centro terapeutico);
- Utilizzare e promuovere il dialogo che rompe il silenzio, attraverso un'operazione che tenta di "fonetizzare" il cibo: riempire la bocca di qualcosa che risulta essere maggiormente rassicurante del cibo fobico, cioè la parola;

- L'operatore deve inoltre utilizzare il suo sguardo non solo al fine di monitorare i comportamenti disfunzionali ma, soprattutto, per sostenere lo sguardo dei pazienti e distogliere l'attenzione del soggetto dal cibo e dal piatto (il cibo emerge spesso come una sorta di elemento disturbatore che irrompe sulla scena e provoca angoscia). All'interno del setting semiresidenziale l'oggetto sguardo viene gestito per mezzo della prevedibilità (il soggetto sa cosa lo attende, non c'è l'imprevisto), dell'assenza di cibo fobico (il soggetto sceglie cosa mangiare e vengono resi disponibili cibi "in bianco", poco conditi), dei gruppi sensoriali e di cucina. L'obiettivo è fare in modo che il paziente veda senza guardare, senza focalizzarsi eccessivamente sul cibo posto nel piatto, proprio e degli altri soggetti che dividono il pasto con lui. L'operatore deve utilizzare allo stesso modo lo sguardo durante il pasto: vede che il soggetto non sta mangiando, ma fa in modo che questo non diventi oggetto di sguardo critico, di giudizio.

Inoltre, il pasto assistito porta il paziente a porre una domanda all'altro. Il cibo, ad un certo punto, viene infatti esposto e ad ogni utente viene data la possibilità di farsi il piatto in modo diretto, sotto lo sguardo benevolo dell'operatore. Prendere il cibo è quel gesto che implica la domanda da porre all'altro; in questo modo il soggetto ripercorre una tappa che da bambino è saltata: chiedere. Particolare attenzione deve essere data all'ora successiva al pasto; quest'arco temporale è decisamente critico da gestire perché caratterizzato da ansia, disagio fisico, preoccupazioni e tentativi compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici, esercizio fisico e autolesionismo). È pertanto opportuno che ci sia un attento monitoraggio dei pazienti attraverso il loro coinvolgimento in attività preordinate. Non di rado, nell'ora successiva al pasto, l'accesso ai bagni non viene consentito. Durante il percorso di cura il paziente verrà sempre più spinto a consumare i pasti con un minor grado di assistenza, aumentando la propria autonomia. Il

pasto assistito ha già dimostrato di contribuire alla riduzione della durata dei ricoveri e della necessità di ricorrere a metodi di rialimentazione più invasivi [12]. Infine, mangiare insieme ai propri pazienti permette agli operatori, tra cui il dietista, di osservare i loro comportamenti e progressi, cogliendo anche argomenti su cui lavorare durante i colloqui individuali (generalmente fatti con cadenza settimanale o al bisogno) [7]. Durante questi colloqui il dietista, oltre a valutare l'andamento del peso e dello stato nutrizionale, può lavorare, insieme al paziente, su quanto emerso durante i pasti dentro e fuori dal centro (difficoltà, domande, dubbi). Sia in questo contesto che durante i gruppi nutrizionali i pazienti sono liberi di dare voce ai propri pensieri senza censure, condividendo con gli altri ospiti le proprie esperienze; in questo modo si ottiene un'educazione trasversale anche tra gli stessi individui.

I supplementi nutrizionali orali (SNO) possono essere utilizzati in caso di alimentazione carente in toto o per specifici nutrienti. Le linee guida li considerano strumento per prevenire e trattare la malnutrizione per difetto. Esistono diverse formulazioni, nutrizionalmente complete o incomplete, con densità energetica e composizione bromatologica differenti. In base ad essa, è possibile distinguerle in standard (componenti in forma polimerica, composizione: 15% proteine, 55% carboidrati e 30% grassi, apporto energetico di 1Kcal/ml) o con composizione adattata per la gestione dietetica di una patologia. Le miscele incomplete si caratterizzano per un contenuto selettivo di macro e micronutrienti e pertanto non rappresentano una fonte nutrizionale completa ma vengono utilizzate per integrazioni mirate. Generalmente liquidi (in formati da 200-300ml), i supplementi nutrizionali orali possono presentarsi anche sottoforma di polveri da ricostituire, barrette o budini. Sono indicati per fornire il surplus energetico necessario senza che il paziente debba ricorrere ad un eccessivo uso di alimenti ordinari [2], [12].

La nutrizione artificiale è da ritenersi un intervento medico che prevede il consenso informato del paziente o di un suo delegato. Viene attuata

somministrando delle miscele nutrizionali per via enterale o per via parenterale. Viene proposta nel paziente con DAN gravemente malnutrito per ripristinare la massa magra, preservare o ripristinare un'immunocompetenza adeguata, contrastare o prevenire le complicanze metaboliche, attenuare il danno cellulare ottenendo una migliore modulazione della risposta metabolica a stress e fame e, infine, prevenire l'insufficienza cardiaca e/o respiratoria. Deve essere proposta con prudenza in quanto oltre a poter provocare sintomi gastroenterici importanti e modificare il peso corporeo in un modo non facilmente accettabile dal paziente, può provocare la sindrome da rialimentazione. Anche quando la nutrizione artificiale è eseguita in seguito a TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) come intervento salvavita, deve essere opportunamente valutata causa l'aumentato rischio di compromettere il rapporto paziente-equipe. La nutrizione enterale con sondino nasogastrico è la prima scelta. Il paziente deve essere educato alla gestione dei dispositivi e al programma di graduale rialimentazione orale. Per prevenire effetti collaterali e complicanze vengono utilizzati sondini sottili ed infusione tramite nutripompa; il paziente deve mantenere il tronco sollevato di almeno 30° durante l'infusione e controllare il corretto posizionamento del sondino prima di ogni somministrazione. Solitamente si preferisce limitare l'infusione nelle ore diurne per consentire un migliore riposo e per permettere un maggior controllo da parte del personale medico. La formula scelta dipende dal paziente e dal suo stato nutrizionale. La nutrizione parenterale va assolutamente limitata ai casi in cui l'enterale è controindicata: sindrome dell'arteria mesenterica superiore, occlusione o subocclusione intestinale e ileo paralitico [2], [12].

3.2.2.4 *La sindrome da rialimentazione*

La sindrome da rialimentazione (*refeeding syndrome*) è una complicanza potenzialmente fatale della rialimentazione nei soggetti malnutriti, descritta per la prima volta nei reduci dei campi di concentramento dopo la Seconda

Guerra Mondiale. È principalmente una complicanza della nutrizione artificiale anche se può manifestarsi in seguito ad alimentazione orale. Si manifesta in caso di una rialimentazione troppo rapida in soggetti malnutriti con un brusco viraggio dell'assetto metabolico dal catabolismo all'anabolismo. L'aumentato introito di energia e nutrienti, in particolar modo carboidrati, causa un rapido aumento dell'insulina che a sua volta aumenta il fabbisogno cellulare di fosfato (necessario per la fosforilazione del glucosio) e ne favorisce il passaggio intracellulare. L'ipofosfatemia che ne consegue è il principale marker della sindrome. Si possono associare anche ipopotassiemia e ipomagnesiemia, originati da meccanismi analoghi. Il fosfato è un componente essenziale delle membrane cellulari, ha un ruolo essenziale nella glicolisi e nella fosforilazione ossidativa, nella sintesi dei nucleotidi e dell'ATP; per questo, molte manifestazioni dell'ipofosfatemia sono dovute a deficit energetici cellulari legati alla carenza di ATP. Essendo inoltre necessario anche per la sintesi del 2,3 difosfoglicerato, una carenza di fosfato sposta a sinistra la curva di dissociazione dell'emoglobina con conseguente ridotto rilascio di ossigeno ai tessuti. Potassio e magnesio sono invece coinvolti nella trasmissione degli impulsi elettrici e nella regolazione dell'eccitabilità cardiaca e neuromuscolare, pertanto una loro carenza può determinare aritmie gravi, torsioni di punta e morte improvvisa. La carenza di potassio causa debolezza muscolare, fino alla paralisi, ileo paralitico e danno tubulare renale; la carenza di magnesio causa fascicolazioni, tetania, convulsioni e ipopotassiemia refrattaria. Possibili sintomi precoci della sindrome sono gli edemi e la ritenzione idrosalina, causati dagli effetti sodioritentivi dell'insulina e dagli aumentati livelli di renina, angiotensina e aldosterone. Le complicanze della sindrome da rialimentazione si manifestano quando la fosfatemia scende sotto a 0,3-0,5 mmol/L. Sintomi associabili sono l'encefalopatia di Wernicke e la carenza di tiamina (unica vitamina per cui le riserve si esauriscono in 14-18giorni). Per evitare lo sviluppo della sindrome da rialimentazione è necessario valutare il livello di

rischio del paziente (correlato alla gravità della malnutrizione e in funzione di complicanze e comorbidità), iniziare la rialimentazione con bassi apporti calorici per poi aumentare gradualmente, limitare l'apporto di sodio (apporto dietetico e soluzioni saline endovena), supplementare tiamina (200-300mg al giorno in 4 dosi), monitorare e correggere le alterazioni elettrolitiche. Potassio, magnesio e fosfato possono essere corretti per via endovenosa somministrati lentamente; in caso di ipopotassiemia refrattaria, è opportuno correggere prima l'ipomagnesemia che la sostiene. Sono da considerarsi ad alto rischio di *refeeding syndrome* i soggetti con BMI <12Kg/m², digiuni o introiti trascurabili da più di 10 giorni, bassi livelli di fosfato o altri elettroliti, insufficienza cardiaca, bradicardia <40bpm, QTc>450ms, insufficienza renale e/o multiorgano o comorbidità attive. Sono da considerarsi a rischio i soggetti con BMI <16Kg/m² o con introiti alimentari trascurabili da più di 5 giorni. Risulta quindi necessaria, se non indispensabile, un'attenta valutazione clinica, biumorale e strumentale [12]. Le linee guida MARSIPAN [10] raccomandano di iniziare la rialimentazione con 15-20kcal/kg/die nelle prime 24h, con successivo graduale incremento ogni 2-3 giorni sulla base dell'andamento degli elettroliti e delle condizioni cliniche. L'apporto scende a 5-10kcal/kg/die nelle prime 24h con incrementi ogni 12 ore in modo da raggiungere in due giorni 20kcal/kg/die se il paziente è ritenuto ad alto rischio. L'apporto calorico iniziale non dovrebbe mai essere inferiore all'introito dei giorni precedenti al ricovero. Il piano nutrizionale deve essere sempre adattato in base al quadro clinico del paziente. Durante le prime 2-3 settimane è necessario misurare quotidianamente più volte al giorno nei casi gravi i parametri vitali: frequenza cardiaca, pressione arteriosa e frequenza respiratoria. Nei primi 7-10 giorni è opportuno eseguire il dosaggio degli elettroliti plasmatici e, soltanto se i livelli si mantengono stabili, i controlli possono essere fatti 1-2 volte alla settimana [12].

CAPITOLO 4

PROGETTO DI LAVORO

L'analisi della letteratura riguardante i disturbi del comportamento alimentare mette in evidenza come la maggior parte delle persone affette da queste patologie non riceva una diagnosi e un trattamento adeguati. Nonostante i progressi ottenuti per mezzo dello sviluppo delle psicoterapie la cui efficacia è ampiamente dimostrata da degli studi, causa una scarsa preparazione, conoscenza e/o organizzazione sulla questione, spesso questi percorsi di cura non vengono opportunamente applicati o vengono riservati ai pazienti da una minoranza di centri specialistici. Altra criticità è rappresentata dalla disomogeneità sul territorio nazionale dei servizi offerti oltre che dalla scarsa presenza di studi di ricerca randomizzati e controllati sul trattamento nutrizionale di questi disturbi che porta, inevitabilmente, a lavorare attraverso raccomandazioni basate su standard universali di “*best practice*”, sviluppate da professionisti ed esperti [2], [12].

Il pasto assistito ha la peculiarità di svolgersi in una dimensione grupppale in cui ai pazienti è reso possibile sperimentarsi all'interno di un contesto familiare diverso da quello di casa, riproponendo però le stesse dinamiche con gli operatori e gli altri individui nel centro. È un percorso caratterizzato da quotidianità, nonostante sia da essa estraneo. Nel gruppo, il giudizio, la conflittualità, l'isolamento, le aspettative, le angosce... vengono inibite in un contesto semi-protetto e questo permette al soggetto di lavorare per poi riportare quanto imparato all'esterno. Il pasto assistito deve essere inteso dunque come un'attività di gruppo come le altre, parte del processo di cura, funzionale sia per i pazienti che per gli operatori: uno studio del 2018 ha infatti dimostrato che esistono rapporti causali/reciproci tra i pensieri

disfunzionali durante il pasto e i successivi comportamenti patologici che permettono di poter indirizzare gli interventi in modo tale da interrompere l'eventuale associazione riscontrata agendo in modo specifico [21].

4.1 Scopo dello studio

La tesi si offre di verificare l'efficacia di una tecnica di riabilitazione nutrizionale utilizzata in molti centri specializzati nella cura dei disturbi del comportamento alimentare come il pasto assistito, con la finalità di evidenziare come, attraverso un sostegno emotivo competente durante il critico momento del pasto, si possa aiutare realmente il soggetto a riattribuire il giusto valore al cibo. Il progetto di lavoro, attuato presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Area Vasta 4 di Fermo (ASUR Marche), si propone di valutare come il metodo del pasto assistito, minuziosamente rettificato negli anni in base alle esperienze degli operatori del centro, possa influire positivamente nell'approccio integrato e multidisciplinare contribuendo al miglioramento del quadro clinico del paziente. A tal fine sono stati utilizzati diversi strumenti che hanno permesso di osservare se il pasto assistito, effettuato secondo la metodica dell'Ambulatorio, possa essere considerata un'importante opportunità terapeutica da valorizzare nel trattamento di questi disturbi.

4.2 Materiali e metodi

Il Centro in cui è stato svolto il progetto offre un servizio semiresidenziale accogliendo, nel corso della settimana dalle 10.00 alle 16.00, un gruppo di ragazzi/e selezionati/e. Durante la giornata, i pazienti svolgono diverse attività pianificate (laboratori artistici, musicali, di scrittura, fisioterapia, gruppi nutrizionali...), sedute di psicoterapia e pasti assistiti (lo spuntino della mattina, il pranzo e la merenda del pomeriggio).

Il pasto assistito avviene per mezzo di momenti accuratamente strutturati e ruoli ben definiti. In un tempo preliminare al pranzo, i pazienti scelgono, su una griglia settimanale, cosa vogliono mangiare giornalmente tra le varie proposte che il menù offre. Questo ha un duplice scopo: organizzativo per il dietista, che deve quotidianamente ordinare i generi alimentari, e “palliativo” per i pazienti e le loro paure, perché li rende consapevoli di cosa troveranno al pasto. I ragazzi in cura sono responsabili della preparazione prima, e della pulizia poi, della tavola. Ogni individuo, compresi gli operatori che consumano il pasto, dispone di un segnaposto che è stato realizzato dagli stessi pazienti durante il laboratorio d’arte e che, ogni giorno, viene posizionato preferibilmente in un posto diverso del tavolo così da favorire la conoscenza tra i soggetti da un lato ed evitare la creazione di meccanismi competitori dall’altro. Una volta arrivato il cibo, il dietista, eventualmente aiutato da altri operatori, porziona le pietanze, sulla base delle scelte precedentemente effettuate e del piano dietetico personale di ogni soggetto. Posizionati i piatti in tavola, i pazienti possono accomodarsi e, insieme a loro, siedono anche gli operatori: il dietista, l’educatore e/o l’infermiere. Considerevole è l’orizzontalità con cui quest’ultimi si pongono, posizionandosi sullo stesso piano dei pazienti. Il primo step da affrontare riguarda il “rituale dell’olio” in cui ogni persona presente a tavola condisce il proprio piatto con olio e, eventualmente, sale e spezie. Passarsi l’olio è un gesto simbolico col fine di normalizzare un alimento spesso ansiogeno per i pazienti che, se eseguito in modo collettivo, può diventare un rituale in grado di sostituirsi ad altri rituali patologici, in quanto non condotto in modo isolato-autistico. Terminato il giro, è possibile iniziare a pranzare. Il compito degli operatori è quello di mantenere viva la discussione, portando sempre nuovi argomenti con cui coinvolgere i pazienti così da distrarli dai loro pensieri e far attribuire loro un nuovo valore al cibo: biologico e sociale. Conversare ad ogni costo diventa necessario ed indispensabile: creare un brusio di sottofondo come una radio infatti elimina il silenzio, spazio in cui

emerge la voce del Super-Io, la voce pulsionale. Inoltre, se qualche paziente riscontra delle difficoltà durante il pasto, è compito dell'operatore quello di rassicurarlo e fare in modo che l'ostacolo venga superato; se necessario, a fine pasto o nell'immediato qualora servisse, il paziente può allontanarsi con l'operatore per parlarne. Nel caso in cui un soggetto metta in atto qualche comportamento patologico (ad esempio: ridurre il cibo in pezzetti, mangiare estremamente piano, giocare con le pietanze...) deve essere richiamato dall'operatore e motivato a proseguire nel pasto senza utilizzare un atteggiamento ingiuntivo. Il pranzo ha una durata limitata di circa un'ora, al termine della quale i pazienti devono aver tutti terminato; questo permette di creare delle sane abitudini nei soggetti e limitare la loro tendenza a dilungarsi durante i pasti. Ogni giorno, dopo aver pulito la sala pranzo, il pasto è seguito da un altro "rituale", quello del caffè, in cui la conversazione nel gruppo procede. Per quanto riguarda gli spuntini, durante la mattina e nel pomeriggio, si procede analogamente; i pazienti sanno cosa devono mangiare dal loro piano dietetico personale e, questa volta, sono direttamente loro a prendere gli alimenti.

L'autonomia che i ragazzi hanno durante questi momenti non resta costante, ma aumenta gradualmente nel corso del processo di cura. Infatti, quando il paziente è prossimo alla dimissione dal semiresidenziale, si inizia una sorta di svezzamento in cui è lui, in prima persona, a porzionare il proprio piatto senza l'ausilio della bilancia, utilizzando altri metodi di misura (come il mestolo e altro). Questo è di fondamentale importanza per far sì che egli sia pronto, anche a casa, a gestire la propria alimentazione.

4.2.1 Campione

Il campione in studio è composto da 17 ragazzi, 15 di sesso femminile e 2 di sesso maschile, frequentanti regolarmente il centro semiresidenziale. I pazienti, con età compresa tra i 14 e i 30 anni, presentano anoressia (nella maggior parte) e bulimia nervosa. L'IMC (Indice di Massa Corporea) non

rappresenta un criterio di inclusione e/o esclusione dal trattamento semiresidenziale. Sono esclusi dallo studio i soggetti che hanno eventuali altri tipi di dipendenze.

4.2.2 Strumenti di valutazione

Il progetto nasce con l'obiettivo di valutare l'efficacia del pasto assistito nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Tale processo di cura è necessariamente multidisciplinare ed integrato, pertanto, i risultati ottenuti sono frutto di operati diversi e complementari. Per valutare quanto possa influire l'utilizzo di tale tecnica di riabilitazione nutrizionale nel percorso terapeutico si sono utilizzati i seguenti strumenti:

- Scala SUDs (*Subjective Units of Distress Scale*)
- Analisi delle scelte alimentari
- Progressi dell'IMC (Indice di Massa Corporea)

La SUDs (*Subjective Units of Distress Scale*) è una scala preposta alla misurazione del livello di ansia/stress in un individuo. Attraverso un'autovalutazione il soggetto deve attribuire una stima, corrispondente ai valori della scala (da 0 a 10 o da 0 a 100), per misurare l'intensità soggettiva dell'angoscia vissuta in un determinato momento. Sviluppata da Joseph Wolpe nel 1969, rappresenta un valido strumento per valutare i progressi ottenuti nel trattamento. Trattandosi di un test soggettivo, esiste la possibilità che il paziente riporti dei progressi non oggettivamente presenti perché volenteroso di vederli. La precisione della misurazione però non risulta essere fondamentale in quanto la scala SUD deve essere considerata una guida per il terapeuta, per avere un'idea di cosa il paziente stia vivendo. La SUDs, che può essere fornita con o senza definizione dei valori, ha il vantaggio di essere estremamente semplice e di permettere al soggetto di esprimere, senza difficoltà e in modo diretto, la gravità delle proprie emozioni [22].

La scala è stata somministrata anonimamente ai pazienti due volte nel momento precedente il pasto a distanza di sei mesi. Tradotta in italiano, la scala è stata resa di più semplice comprensione e più facile applicazione al contesto. Durante la prima esposizione è stato spiegato al paziente come procedere con la compilazione del foglio, sottolineando l'importanza di ascoltare le proprie sensazioni-emozioni.

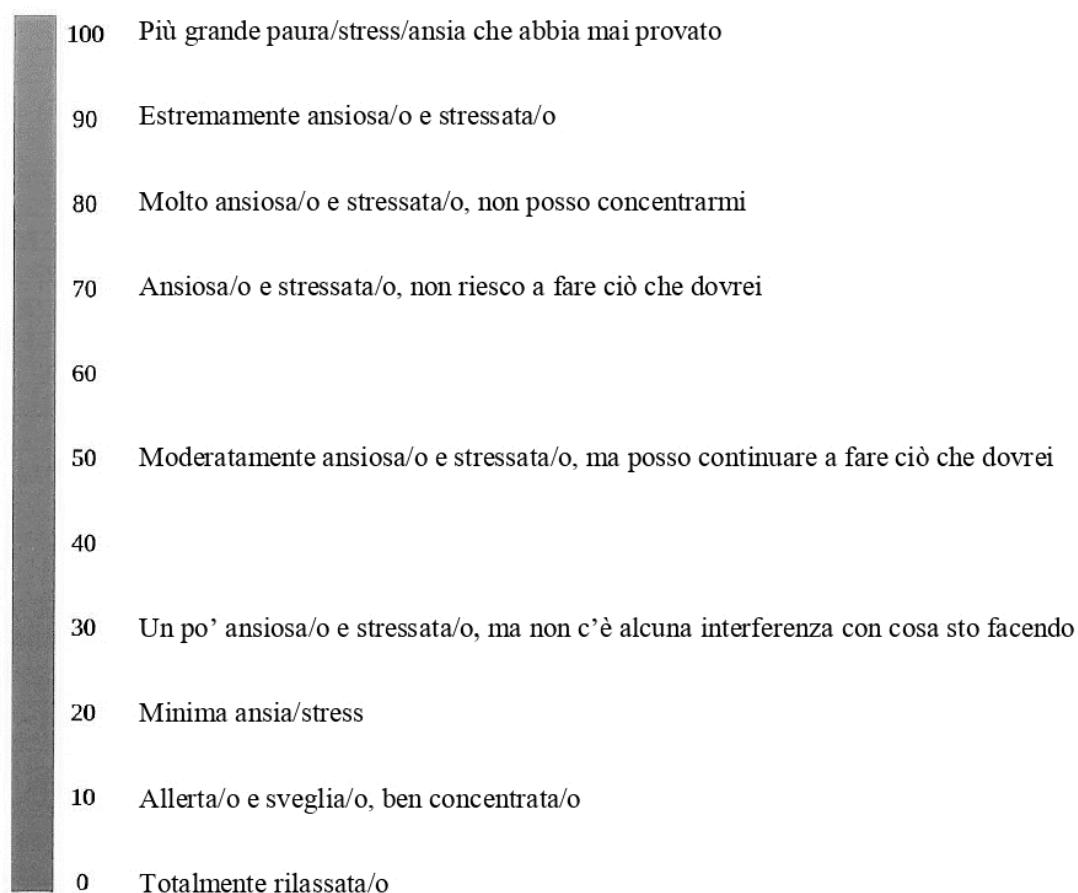


Figura 2: Subjective Units of Distress Scale

L'analisi delle scelte alimentari effettuate dai pazienti invece, è stata eseguita esaminando le tabelle settimanali proposte e compilate dagli stessi durante il tempo di indagine. Il menù del centro è strutturato in modo tale da consentire una scelta tra:

- Tre tipologie di primo: pasta in bianco, riso in bianco e pasta condita (al pomodoro, al ragù, al tonno);
- Tre tipologie di secondo: alternate tra carne, pesce, uova, legumi e formaggio;
- Due tipologie di contorno: insalata e verdure cotte.

<i>LUNEDI'</i>		<i>MARTEDI'</i>		<i>MERCOLEDI'</i>		<i>GIOVEDI'</i>		<i>VENERDI'</i>	
Pasta in bianco	<i>n</i> <i>o</i>	Pasta in bianco		Pasta in bianco		Pasta in bianco		Pasta in bianco	
Pasta al pomodoro	<i>m</i> <i>i</i>	Pasta al ragù		Pasta al pomodoro		Pasta al ragù		Pasta con tonno	
Riso in bianco		Riso in bianco		Riso in bianco		Riso in bianco		Riso in bianco	
Legumi		Pesce al forno		Arista ai ferri		Pollo allo spiedo		Pesce lesso	
Fettina ai ferri		Polpette		Prosciutto cotto		Formaggio		Formaggio	
Formaggio		Uova sode		Polpette		Legumi		Prosciutto cotto	
Insalata		Insalata		Insalata		Insalata		Insalata	
Verdura cotta		Verdura cotta		Verdura cotta		Verdura cotta		Verdura cotta	

Tabella 1: Esempio di menù settimanale del Centro DCA di Fermo

Consentire di scegliere cosa mangiare al paziente e rispettare la sua volontà risulta essere di fondamentale importanza in quanto, sapere cosa lo attende a tavola, permette sicuramente di avere maggiore tranquillità; per lo stesso motivo, in caso di eventuale cambio (ad esempio per un problema organizzativo della cucina) è opportuno informare il paziente preventivamente e trovare una soluzione in comune accordo. Analizzare le scelte alimentari dei soggetti ci consente di determinare se, nel corso del processo di cura, essi riescano ad avvicinarsi sempre di più ad un'alimentazione varia, includente anche quei cibi inizialmente fobici. In questo tipo di disturbi è infatti solito riscontrare una tendenza alla scarsa varietà dei cibi consumati, con una predilezione per pietanze poco condite ed elaborate, monocromatiche.

Analizzare i progressi dell'IMC consente invece di avere un effettivo riscontro dei progressi clinici raggiunti anche attraverso il trattamento nutrizionale. Per mezzo della rilevazione dell'altezza e del peso, quest'ultimo misurato periodicamente, si procede con il calcolo dell'IMC utilizzando il seguente rapporto:

$$\text{IMC} \left(\frac{\text{Kg}}{\text{m}^2} \right) = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{altezza (m)}^2}$$

4.3 Risultati

Analizzando i dati ottenuti dalla somministrazione della scala SUD nei due tempi (t0 e t6), è possibile notare che la maggior parte dei dati ad inizio indagine sono rappresentati da valori elevati, i quali rispecchiano importanti sensazioni di ansia e paura nell'affrontare il momento del pasto imminente, seguiti, a distanza di sei mesi, da valori visibilmente inferiori. Ciò nonostante, è presente una piccola frazione (pazienti numero 8 e 16) che fin dalla prima esposizione alla scala, indica valori decisamente minori rispetto ai compagni: questo può derivare da una storia di malattia particolarmente lunga che matura nel soggetto un certo grado di consapevolezza o può avvalorare quanto detto precedentemente sulla scala SUD, vale a dire la possibilità che alcuni soggetti “sottostimino” le proprie sensazioni per creare una sorta di illusione riguardo la loro condizione patologica. Anche se è possibile riscontrare uno stallo come per il

<i>PAZIENTI</i>	<i>SUDs t0</i>	<i>SUDs t6</i>
1	90	60
2	100	30
3	90	30
4	80	20
5	90	20
6	70	40
7	90	30
8	50	5
9	70	10
10	100	60
11	90	65
12	90	30
13	80	50
14	90	50
15	80	50
16	20	10
17	50	50

Tabella 2: Punteggi scala SUD dei pazienti a t0 e t6

paziente numero 17, ciò che è possibile constatare è l'importante calo della sensazione soggettiva di ansia/stress in tutti i pazienti, di entità variabile ma comunque assiduo: mediamente pari al 42,36%.

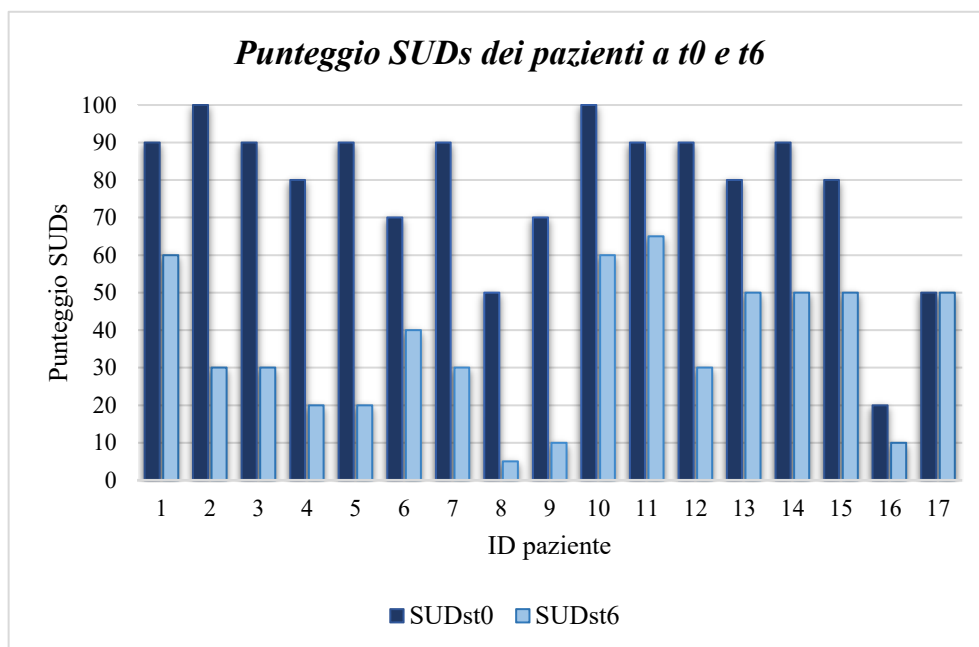


Figura 3: Punteggi scala SUD dei pazienti a t0 e t6

Nella tabella 3 sono riportate le scelte alimentari eseguite dai pazienti nel corso dei sei mesi presi in esame. Da una prima analisi dei dati è riscontrabile una differenza sostanziale: mentre le scelte riguardanti i primi piatti subiscono un notevole cambiamento nel corso dei sei mesi, quelle rispettive le pietanze che seguono il primo piatto restano abbastanza costanti nel tempo. Questo evidenzia quanto i carboidrati siano fobici per questi soggetti rispetto agli alimenti proteici, dimostrando la loro difficoltà ad approcciarsi con questa tipologia di nutrienti. Tale questione mette luce sulla motivazione per cui per analizzare i progressi che i pazienti compiono nel periodo d'esame, si sono considerati esclusivamente i dati relativi ai primi piatti, tralasciando quelli dei secondi. Esaminando le informazioni raccolte risulta chiaro come il riso in bianco sia in assoluto l'alimento meno fobico, maggiormente scelto dai soggetti (soprattutto ad inizio percorso): monocromatico, scarsamente elaborato e di piccola pezzatura, rispecchia appieno le caratteristiche

dell'alimento rassicurante. Ciò che si vuole sottolineare in particolar modo, non è la differenza tra il consumo di riso e quello della pasta (considerato che l'opzione pasta in bianco resta praticamente costante nel corso dei sei mesi), ma come la pasta condita aumenti in modo significativo, diventando la prima scelta dei pazienti al t6 (dal 23% al 53%), superando anche l'inizialmente impareggiabile riso in bianco (dal 71% al 44%).

APRILE				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	1	4	10	5	3	2	2	4	2
2	1	4	15	5	2	7	2	4	3
3	1	4	10	6	3	7	1	0	3
4	1	4	14	9	2	6	2	1	3
MAGGIO				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	1	3	10	7	1	6	2	1	2
2	1	4	10	8	1	4	2	1	2
3	4	4	15	10	2	5	3	5	4
4	4	5	16	13	2	7	2	2	4
GIUGNO				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	3	8	7	10	3	6	3	1	0
2	1	11	9	10	2	4	1	3	1
3	0	10	9	8	3	3	2	2	1
4	1	10	9	7	4	4	2	2	1
LUGLIO				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	2	15	11	9	6	4	2	1	1
2	2	16	12	9	6	4	3	2	1
3	2	15	12	9	6	4	3	2	1
4	1	16	18	11	7	4	3	3	1
AGOSTO				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	1	16	18	12	7	4	3	3	1
2	CHIUSURA DEL CENTRO								
3	1	16	18	12	7	4	3	3	1
4	0	8	12	5	3	2	3	2	1
SETTEMBRE				ALIMENTI					
SETTIMANA	Pasta bianca	Pasta condita	Riso bianco	Carne	Pesce	Formaggio	Uova	Legumi	Prosciutto
1	1	15	14	8	5	3	2	5	2
2	1	15	14	9	6	3	4	6	2
3	1	14	10	8	4	2	3	5	2
4	1	14	10	9	4	2	3	4	1

Tabella 3: Scelte alimentari dei pazienti dal mese di aprile al mese di settembre

ALIMENTO	t0	%t0	t6	%t6
Pasta bianca	4	6%	4	4%
Riso bianco	49	71%	48	44%
Pasta condita	16	23%	58	53%
Totale	69	100%	110	100%

Tabella 4: Scelte alimentari dei pazienti relative ai primi piatti a t0 e t6

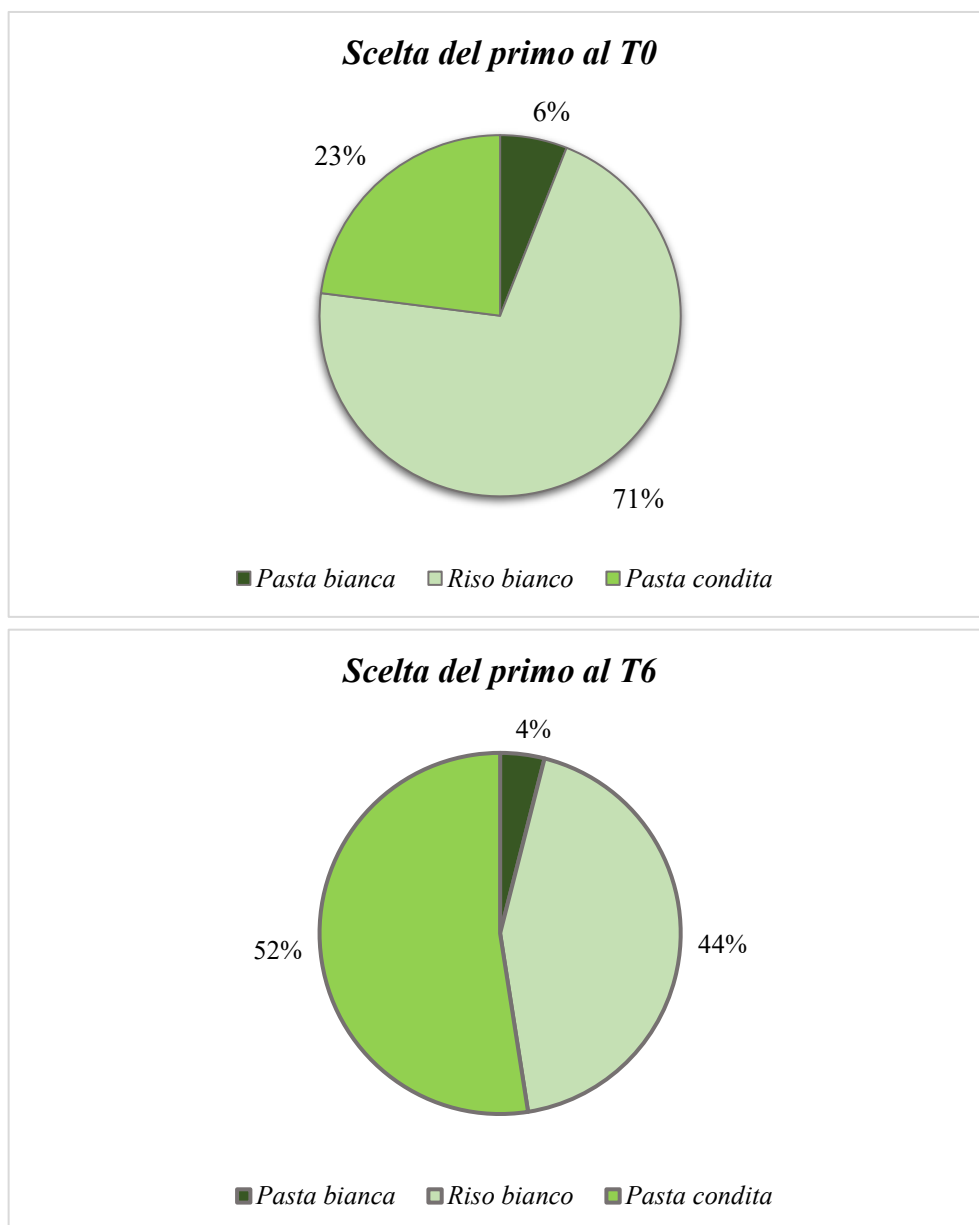


Figura 4: Scelte alimentari dei pazienti relative ai primi piatti a t0 e t6

Analizzando l'IMC, indicatore dello stato di peso forma, è doveroso considerare che i soggetti partecipanti, a prescindere dal disturbo di cui sono affetti, possono presentare IMC variabili, non necessariamente appartenenti alla categoria del sottopeso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$); pertanto viene considerato l'IMC medio di partenza, pari a 18 Kg/m^2 . L'IMC è quindi calcolato all'inizio e al termine dello studio: t_0 e t_6 (a sei mesi). Dall'analisi dei dati si riscontra un suo aumento di 1,7 punti IMC che, considerando un'altezza media di 1,64 m, ci suggerisce un incremento di peso medio pari a 4,6 Kg circa.

PAZIENTI	IMC t_0	IMC t_6
1	16,3	17,6
2	17,6	19,6
3	16,4	17,5
4	21,7	21,3
5	19,4	18,6
6	31,4	31,8
7	16,8	21,5
8	15,9	16,8
9	17	20,2
10	16,1	21,5
11	17,3	18
12	15,6	15,5
13	19,7	19,9
14	16,3	17,9
15	19,1	19,3
16	14,9	19,9
17	14,5	17,7

Tabella 5: IMC dei pazienti a t_0 e t_6

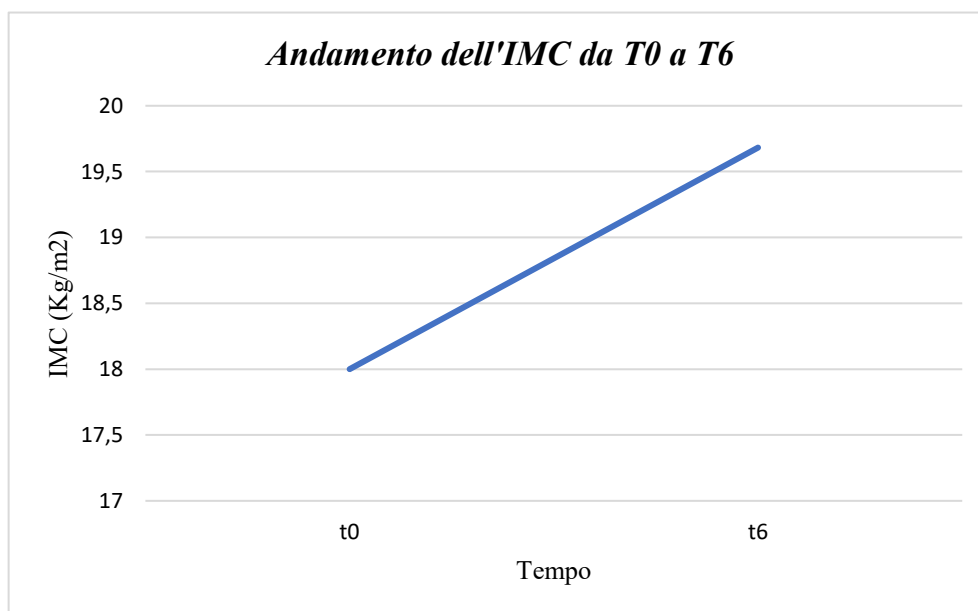


Figura 5: incremento dell'IMC dei pazienti da t_0 a t_6

CONCLUSIONI

Lo scopo di questa tesi è valorizzare la tecnica di riabilitazione nutrizionale del pasto assistito nel trattamento integrato e multidisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare, promuovendo il sostegno emotivo e il clima di convivialità che questo metodo apporta come sue principali peculiarità nel setting terapeutico intensivo.

Consci della presenza di un limite all'origine dello studio relativo al fatto che non è possibile ricollegare i risultati ottenuti esclusivamente alla tecnica nutrizionale in studio, ma è anzi imprescindibile la considerazione degli operati condotti dagli altri professionisti coinvolti, si è cercato di raggiungere comunque l'obiettivo prefissato attraverso la somministrazione della scala SUD (*Subjective Units of Distress*), l'analisi delle scelte alimentari dei pazienti e i loro progressi in termini di IMC (Indice di Massa Corporea). I risultati ottenuti, dopo un tempo di sei mesi, mostrano un miglioramento generale delle condizioni dei soggetti presi in esame, sia sul versante psicopatologico che clinico. La SUDs ha infatti dimostrato una riduzione del 42,36% dei livelli di ansia e stress relativi agli attimi che precedono il pasto, suggerendo come la metodica del pasto assistito possa aiutare il soggetto affetto da disturbi del comportamento alimentare ad approcciarsi ad un momento così delicato, imparando a gestire le proprie sensazioni. L'analisi delle scelte alimentari ha invece messo l'accento sulla capacità che i soggetti acquisiscono, attraverso il medesimo percorso di cura, nell'apportare variabilità alla propria alimentazione, convertendo cibi considerati inizialmente fobici in pasti di routine. A tal riguardo è possibile pensare che un approccio supportivo come quello del pasto assistito, permetta una più semplice ed efficace compliance alimentare dove il paziente riesce a sperimentarsi, in termini di incremento calorico e di mutevolezza degli

alimenti consumati, più serenamente perché in ambiente protetto. Infine, esaminando i dati relativi all'IMC dei soggetti, lo studio, attraverso la rilevazione di un incremento pari a 1,7 punti IMC, ci suggerisce un riscontro positivo anche nell'ambito medico-clinico dei pazienti: un incremento medio di 4,6 Kg.

Quello che questa tesi vuole sottolineare è l'importanza di un setting intensivo che preveda un approccio olistico al soggetto con disturbo del comportamento alimentare, caratterizzato anche da un adeguato supporto in quello che possiamo definire il momento più critico e delicato nella quotidianità di un paziente affetto da anoressia o bulimia nervosa quale il pasto, nella speranza che si ampli la conoscenza sul trattamento più adeguato di queste patologie e la consapevolezza sulla scarsa assistenza sanitaria che molto spesso viene riservata a queste persone.

Lo studio è stato eseguito su un campione ristretto, causa il minor numero di presenze consentite al servizio semiresidenziale all'interno del Centro DCA di Fermo dai distanziamenti imposti per il Covid-19, e in un periodo piuttosto limitato (sei mesi); pertanto risulterebbe certamente interessante continuare a studiare questa tecnica ampliando le dimensioni del progetto, con l'obiettivo di riuscire ad appuntare una tecnica di riabilitazione nutrizionale specifica e ben delineata che possa essere utilizzata su tutto il territorio italiano.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Bell R. M., “*La santa anoressia*”, Laterza, Roma-Bari 1998, p.135.
2. Bevere F. et al., “*Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell’alimentazione*”, Ministero della Salute, Roma 2013. (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22).
3. “*Disturbi dell’alimentazione*”, Ministero della Salute in: <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=Salute+donna&menu=patologie>, 2021.
4. “*Progetto di studio multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale*”, Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di fisiologia clinica: Sezione di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, in: <https://www.epid.ifc.cnr.it/project/disturbi-dell-alimentazione/>.
5. APA (American Psychiatric Association), “*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali*”, V edizione, DSM5, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
6. Marzano M.: “*Fame di amore e di riconoscimento*” prefazione in Mendolicchio L., “*Bisogna pur mangiare*”, Lindau, Torino 2017, p.7-11.

7. Mendolicchio L., “*Bisogna pur mangiare*”, Lindau, Torino 2017.
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE), “*Eating disorders: recognition and treatment*” NG69, 2017.
9. APA (American Psychiatric Association), “*Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*”, III edition, American Journal of Psychiatry, 2006.
10. MARSIPAN Working group, “*Management of really sick patients with anorexia nervosa*”, II edition, Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians, 2014.
11. Hay P. et al., “*Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders*”, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2014.
12. Ruocco G. et al., “*Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione*”, Ministero della Salute, Roma 2017. (Quaderni del Ministero della Salute, n.29).
13. Soler C., “*Concludere i preliminari. Come iniziano le analisi*”, Scuola Europea di Psicoanalisi, Roma 1995, p.71.
14. Elran-Barak R. et al., “*Family meal frequency among children and adolescents with eating disorders*”, in Journal of Adolescent Health, 2014.

15. Ministro della Sanità, “*Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del dietista*”, Decreto Ministeriale n. 744, Roma 1994.
16. ANDID (Associazione Nazionale Dietisti), “*Codice deontologico*”, Bologna 2012.
17. ANDID (Associazione Nazionale Dietisti) gruppo di lavoro, “*Ruolo del dietista nella gestione nutrizionale del paziente affetto da disturbo alimentare*”, 2016.
18. ADA (American Dietetic Association), “*Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of eating disorders*”, Journal of the American Dietetic Association, 2011.
19. DAA (Dietitians Association of Australia), “*Role statement for accredited practising dietitians practising in the area of eating disorders*”, 2013.
20. Prochaska J.O., Di Clemente C.C., “*Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change*”, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983.
21. C. A. Levinson et al., “*Meal and snack-time eating disorder cognitions predict eating disorder behaviors and vice versa in a treatment seeking sample: a mobile technology based ecological momentary assessment study*” in Behaviour Research and Therapy, 2018.

22. “*Subjective units of distress scale*”, Wikipedia, in:
https://en.wikipedia.org/wiki/Subjective_units_of_distress_scale,
2021.

Ringraziamenti

Vorrei rivolgere il mio primo ringraziamento alla mia relatrice, la dott.ssa Monica Emanuelli, e al Centro dei Disturbi Alimentari di Fermo: al dott. Giuli, alla dott.ssa Iacopini e agli altri professionisti, per avermi permesso di svolgere questo progetto supportata dalla loro competenza, in un clima sereno, colmo di esperienza professionale e passione che ho cercato ogni giorno di assorbire il più possibile per arricchire il bagaglio delle mie conoscenze e la mia persona. Un grazie speciale lo riservo a tutte le ragazze e i ragazzi che ho avuto il piacere e la fortuna di conoscere in questi mesi, a cui auguro di rinascere presto ed iniziare la loro nuova vita.

Vorrei ringraziare di cuore...

La mia famiglia, senza la quale niente di tutto questo sarebbe stato possibile. Grazie per avermi lasciato libera di scegliere sempre, per avermi supportato e sopportato, per non aver mai messo in dubbio le mie capacità e per aver festeggiato insieme a me ogni traguardo, piccolo o grande che sia stato.

Le mie coinquiline, la mia seconda casa, per sempre. Grazie Francesca, Lucrezia e Beatrice per tutto quello che abbiamo vissuto in questi tre anni, brevi ma intensi (anzi, molto intensi!). So per certo che una parte del mio cuore resterà lì, in quella casa, ed è solo per merito vostro.

Le mie amiche, colonne portanti. Emi, Lucia, Letizia, Giada ed Elisa... mai come in questi anni mi sono sentita fortunata di avervi al mio fianco.

I miei amici, quelli di una vita (che miracolosamente non si sono ancora stufati) e quelli nuovi (che presto si stuferanno, forse), per i momenti di spensieratezza che mi hanno sicuramente reso ricca di emozioni e ricordi.

Me stessa, per la passione e la determinazione con cui ho vissuto, e vivo ancora, questo percorso, per la curiosità e il desiderio di mettermi in gioco, per la tenacia, il coraggio e la forza che mi hanno portata fino a qui, al traguardo e, al tempo stesso, il punto di partenza.

Alessia