

# *I sabati dell'Associazione*

*8 giugno 2019*

I DCA e gli altri disturbi psichiatrici



Associazione "La Vita oltre lo specchio" ONLUS

*familiari e pazienti insieme per uscire dai Disturbi Alimentari*

Via Tommaso Rook- ex Scuole Toti - Pisa

Segreteria : 338.6212547

Facebook: [www.facebook.com/lavitaoltrespecchio](http://www.facebook.com/lavitaoltrespecchio)

Email: [lavitaoltrespecchio@gmail.com](mailto:lavitaoltrespecchio@gmail.com)

Web: [www.lavitaoltrespecchio.it](http://www.lavitaoltrespecchio.it)



*Dott. Corrado Rossi*

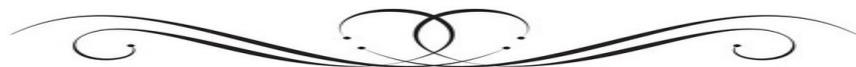
*Prof. Mauro Mauri*

*Dott. Rolando Fabiani*

*Introduzione*  
*Presidente Associazione*  
*La Vita Oltre lo specchio*

*PATRIZIA*

*Questo è un tema interessante e molto sentito dai familiari e dagli ex pazienti, c'è infatti l'esigenza di capire di più e meglio i Disturbi del Comportamento Alimentare e principalmente c'è l'esigenza di capire quello che in gergo tecnico viene definita "comorbidità" con i disturbi di tipo psichiatrico, in quanto i confini tra i vari disturbi non sono mai così netti.*



*Che cos'è la COMORBIDITA'*

*Dott. ROSSI*

*Comorbidità significa "coesistenza di più quadri patologici in una stessa persona."*

Questo è un concetto nato intorno agli anni '70 in medicina e poi si è esteso pian piano per arrivare anche alla salute mentale e psichiatria.

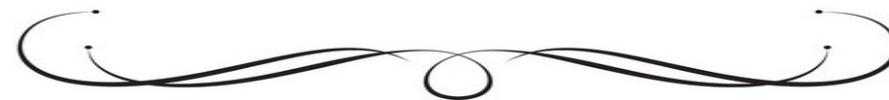
La comorbidità più comune è la doppia diagnosi PSICHIATRIA e DIPENDENZA.

Nei Disturbi Alimentari troviamo molto spesso comorbidità, troviamo infatti accanto al quadro clinico dei disturbi alimentari, sintomi depressivi, sintomi ansiosi, ossessioni, disturbi di personalità, ecc.

E' importante avere un quadro clinico completo della persona perché se coesistono più patologie occorre affrontarle altrimenti se aggrediamo solo il quadro principale e non valutiamo il resto, questo può bloccare o addirittura portare alla cronicizzazione della malattia.

E' fondamentale inoltre riuscire a stabilire, anche se in psichiatria non è così facile, quale sia il disturbo primario e quali i secondari, cioè capire se il disturbo alimentare è primario e sono conseguenti i disturbi psichiatrici oppure se è il disturbo psichiatrico che porta al disturbo alimentare.

Questo è fondamentale per poi impostare un progetto terapeutico.



*Predisposizione GENETICA o  
condizionamento SOCIALE*

Prof. MAURI

La comorbidità è un aspetto comune in tutte le aree della medicina e ogni volta che ci accingiamo a curare un disturbo dobbiamo tenere conto di eventuali disturbi correlati.

Nei disturbi psichiatrici spesso manca un elemento fondamentale, *manca l'origine*, non perché non ci sia, ma perché molto spesso è talmente invischiata con altri disturbi che diventa difficile individuarla.

L'individuo nasce con un patrimonio genetico ma viene messo a contatto con l'ambiente ( questo contatto avviene addirittura nella pancia della madre), quindi le modificazioni del cervello risultanti dall'interagire con il mondo avvengono continuamente e man mano che ci si mette in contatto.

Questo contatto non va solo a modificare il modo con cui si affronta le cose, ma va modificare una parte del patrimonio genetico.

Quindi *la genetica è modificabile* e l'ambiente ha un grosso impatto, questo è confermato nei Disturbi Alimentari ed è un fattore che complica ulteriormente la malattia.



*Quali sono le COMORBIDITA'  
Psichiatriche con i DCA*

Prof. MAURI

Le grandi aree della psichiatria sono i disturbi dell'umore e i disturbi psicotici, mentre l'area della schizofrenia raramente entra in contatto con le problematiche dell'alimentazione; la grande correlazione è tra ***i disturbi dell'umore e i disturbi alimentari***

**DISTURBI DELL'UMORE**

I disturbi dell'umore sono un insieme di patologie tra loro piuttosto differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da alcuni sintomi specifici.

Ciò che li caratterizza tutti è l'alterazione patologica del tono dell'umore che crea marcato disagio psicologico oltre a problematiche nel funzionamento sociale e relazionale.

Le alterazioni del tono dell'umore sono principalmente:

- DISTURBI BIPOLARI
- DEPRESSIONE
- MANIE/DELIRI

I disturbi del comportamento alimentare possono essere classificati in tre grandi aree:

- ANORESSIA NERVOSA
- BULIMIA NERVOSA
- OBESITA' E FORME SUB-CLINICHE O DI "SPETTRO"

Esiste un problema reale di relazione tra queste patologie e quella che è l'area più importante della patologia psichiatrica che è il **disturbo bipolare**.

Questo disturbo è banalmente descritto come “*ricorrenza di episodi di depressione alternati a episodi in cui c'è un'elevazione dell'umore o dell'energia o dell'attività o del pensiero*”.

Questa relazione è quella forse più comune, infatti è presente un'alta percentuale di pazienti bipolari che hanno un disturbo dell'alimentazione e viceversa.

Avere un disturbo dell'alimentazione all'interno di un disturbo bipolare, non costituisce una semplice somma ma crea una serie di problemi, peggiora la gravità della malattia, causa episodi di depressione, aumenta le possibili correlazioni con altri disturbi psichiatrici e causa una serie di modificazioni del pensiero e del modo di rapportarsi con il mondo.

### ***Disturbo Bipolare 1 e Disturbi del Comportamento Alimentare***

L'area psichiatrica che si identifica come disturbo bipolare 1 comprende i soggetti più gravi e vede al suo interno il più alto tasso di suicidi di tutte le malattie psichiatriche, la comorbidità con il disturbo alimentare in questi pazienti fa da leva e può potenzialmente aumentare questo rischio di suicidio.

### ***Disturbo Bipolare 2 e Disturbi del Comportamento Alimentare***

L'area psichiatrica che si identifica come disturbo bipolare 2 comprende quei disturbi bipolari dove le manifestazioni sono attenuate e meno rilevanti anche se spesso più croniche, il disturbo bipolare 2 vede una elevata comorbidità con i disturbi alimentari quali anoressia e bulimia nervosa.

Questa interazione, in particolare con la **bulimia** è molto alta e complica il percorso terapeutico perché riuscire a trattare con i farmaci che abbiamo a disposizione diventa quasi “*una modalità artistica*” in quanto non riusciamo ad avere dati certi riguardo all'efficacia e/o alle complicanze che un trattamento può produrre nel momento in cui coesistono queste comorbidità.

Il **BED** (*Binge Eating Disorder*) che può essere tradotto come Disturbo da Alimentazione incontrollata, è un disturbo caratterizzato dal discontrollo sull'alimentazione.

La differenza sostanziale con chi soffre di Obesità è che non esistono solo problematiche fisiche legate a disfunzioni della tiroide o ormonali, ma chi soffre di BED (rispetto a chi soffre di Obesità) è soggetto alla perdita del controllo, i pazienti non riescono a non mangiare, non riescono a fermarsi e hanno una maggiore presenza di sintomi atipici depressivi.

Esistono correlazioni specifiche tra il ***disturbo bipolare-  
Binge Eating –pazienti con depressione atipica***

La depressione atipica si differenzia dalla depressione classica per una maggiore reattività agli eventi.

Un depresso classico non reagisce alle situazioni ambientali, non risponde, resta a letto per giorni, non ha voglia di fare niente mentre nella depressione atipica ci sono degli elementi che possono attivare un cambiamento.

Il trattamento farmacologico in questi pazienti è estremamente rischioso perché farmaci che curano la depressione possono avere come effetto collaterale l'aumento dell'appetito e questo può scatenare crisi di alimentazione incontrollata, quindi, diventa un circolo vizioso perché pensando di fare una terapia che migliora la depressione in realtà con il farmaco si scatenano abbuffate che abbassano l'autostima e rialzano il livello della depressione.

***Disturbo Bipolare 2 - Sostanze stupefacenti e  
Disturbi del Comportamento  
Alimentare***

La comorbidità diventa triplice quando siamo in presenza dell' utilizzo di sostanze stupefacenti legate al tentativo di autoterapia.

L'uso di cocaina tende ad essere utilizzato per bloccare crisi bulimiche e nei BED spesso vengono prescritti psicofarmaci che hanno come effetto collaterale quello di

diminuire l'appetito, ma i rischi sono altissimi e possono portare al passaggio da bipolare II a bipolare I, oppure, possono portare alla dipendenza perché spesso il paziente non può più farne a meno per bloccare la fame.

L'uso sbagliato delle sostanze può riflettere livelli elevati di impulsività che è un tratto che sottende sia il Binge Eating sia il disturbo bipolare.

Nella bulimia l'uso di sostanze e di alcool è molto elevato, come è caratteristico è il comportamento multi impulsivo. Si assiste a comportamenti di rabbia, aggressività, comportamenti autolesionistici (tagli o bruciature) che molto spesso sono legati al tentativo di controllare la spinta al cibo e anche la tensione emotiva che questa situazione provoca.

***Disturbo della personalità - Borderline e  
Disturbi del Comportamento  
Alimentare***

***IL CARATTERE E IL TEMPERAMENTO***

All'interno della relazione tra disturbi dell'umore e disturbi della condotta alimentare c'è un'altra area che è quella del temperamento.

Una volta si diceva che la personalità era costituita da due componenti uno era il carattere e l'altro il temperamento.

Il temperamento era quello che ereditavamo mentre il carattere è dato da quello che la società ci insegna, quindi il temperamento sembrerebbe la base genetica, ed è una

componente di base normale non patologica che è presente in tutti noi.

Il temperamento può essere:

- Depressivo
- Iperchimico
- **Ciclo timico**, questo temperamento vede l'alternarsi di periodi in cui non è presente nessuna attività e periodi in cui le attività riprendono. Questo tipo di temperamento è normale e non va curato, spesso è presente nei DCA e prevalentemente nei casi di bulimia, infatti nella bulimia l'elemento principale è proprio quel temperamento instabile che vede l'alternarsi di periodi attivi e passivi.

Un importante comorbidità si riscontra tra i disturbi del comportamento alimentare e il **disturbo della personalità Borderline**.

La diagnosi di borderline è una delle diagnosi più abusate e meno validate, vuol dire "linea di confine" e in origine si diceva che fosse la linea di confine tra il sano e il pazzo, poi banalmente e grossolanamente si intendevano per borderline quelli che non potevano essere curati.

In realtà sono effettivamente soggetti che non si riesce a curare, sono pazienti rompiscatole che hanno un effettiva sofferenza e discontrollo non solo dal punto di vista

comportamentale ma anche dal punto di vista emotivo per cui diventano insopportabili.

Hanno comportamenti contrastanti, non rispettano le regole e gli appuntamenti, spesso quando fanno psicoterapia e sembra che le cose possano iniziare a funzionare, di punto in bianco mollano tutto sostenendo assurdità tipo, "mi sta antipatico lo psicologo" o altre banalità .

Questo perché la base di questa patologia è un oscillazione dell'umore tipica del temperamento ciclo chimico che è molto spesso tipico del borderline, questo temperamento viene complicato ulteriormente dall'uso che spesso fanno di sostanze pur non essendo tossicodipendenti.

**Disturbo dell'immagine corporea - Dismorfofobia e Disturbi del Comportamento Alimentare**

Il problema della Dismorfofobia entra a buon diritto nel concetto della comorbidità perché è un area di sovrapposizione ben ampia con i disturbi dell'alimentazione ma anche con altre problematiche.

*"La dismorfobia è un disturbo dell'immagine corporea, definita come la percezione per un difetto immaginario o di minima entità nell'aspetto fisico"*

La dismorfobia è l'esagerazione di quello che può essere un difetto vero o falso, per esempio: " se ho un brufolo non esco di casa perché penso che mi guardino tutti".

Queste persone si affidano alle cure di Dermatologi o chirurghi estetici ma non saranno mai soddisfatti dei risultati.

RICHARD MORTON nel 1689 descrive i primi casi di anoressia dicendo:

*"Penso che questa consunzione sia nervosa, che possa avere la sua base in tutta la struttura del corpo e sorge dal fatto che il sistema dei nervi è mal accordato"*

Lo diceva nel 1600 senza avere nessuna conoscenza della biologia né tantomeno del funzionamento del cervello.

Generalmente è nel periodo dell'adolescenza che cominciano i primi disturbi.

*"L'adolescenza è un periodo di transizione associata ad una transizione di ruolo e alla comparsa di cambiamenti a livello fisico. All'immagine corporea possono essere attribuite varie patologie, con parziali sovrapposizioni e una variabilità culturale"*

I cambiamenti di ruolo e i cambiamenti fisici che avvengono nell'adolescenza sono molti, noi viviamo nella continuità e un corpo che cambia è qualcosa che dovrebbe farci sentire strani, ma esiste una zona del cervello che è quella dello schema corporeo che ci rassicura, come a dire che è normale questo cambiamento.

Ecco, una delle ipotesi possibili è che nell'anoressia queste "rassicurazioni" non avvengano e che questo generi uno scompensamento tra la sensazione di sé e quello che in realtà poi il corpo produce.

Oltre a **bulimia e anoressia** per i maschi esiste la **vigoressia** che è la tendenza a vedersi troppo magri e inadeguati.

È importante precisare che mentre i Disturbi dell'alimentazione sono strettamente connessi alla cultura di appartenenza (perché è la cultura che stabilisce criteri estetici precisi e costituisce quindi un fattore di rischio favorevole, ma non rappresenta però una causa), la dismorfofobia è transculturale, cioè si ritrova in tutte le culture di tutti i paesi.

La dismorfofobia si correla con l'ansia sociale che non è legata soltanto alla vergogna del corpo ma è una vergogna più generalizzata, è una sensazione di imperfezione.

## CONCLUSIONI

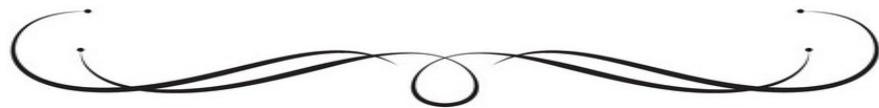
Non esiste un protocollo terapeutico preciso per il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare e soprattutto secondo Kaplan che è uno dei più illustri nomi in materia

*"... non conosciamo il trattamento per le persone anoressiche, ma soprattutto quando migliorano non sappiamo perché ciò accade...."*

Questa affermazione rende bene l'idea della difficoltà e di quanto non esistano certezze per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare che spesso si accompagnano a comorbidità con disturbi psichiatrici che complicano ulteriormente il percorso di cura.

La comorbidità crea :

1. un inquadramento diagnostico complesso
2. ruolo determinante nella scelta del trattamento farmacologico
3. una risposta inferiore al trattamento
4. riduzione della compliance
5. fattore prognostico negativo



*Come affrontiamo le COMORBIDITA'  
Psichiatriche dei DCA*

*Dott. FABIANI*

Il Centro Arianna che è il centro di cura preposto al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare ha organizzato un metodo di lavoro che si è consolidato negli anni e che è quello della *multi professionalità*.

Il centro offre un'equipe medica costituita da un medico psichiatra, un medico internista, uno psicologo e una dietista.

Prima di poter impostare un progetto di cura, ogni figura professionale deve valutare e raccogliere le informazioni necessarie a fare una prima valutazione, come centro ci imponiamo di riuscire ad esplicitare questa valutazione nel tempo massimo di un mese durante il quale la paziente avrà una serie di incontri separati con ogni operatore.

Raccolte tutte le informazioni necessarie l'equipe si riunisce e produce un ***progetto terapeutico riabilitativo individuale personalizzato*** che si può basare su alcuni strumenti e metodi anche standardizzati che però vengono opportunamente modellati e adattati a ciascuna paziente, perché ogni persona è un caso unico e specifico.

La conferma di quanto sia importante il lavoro di gruppo e lo scambio di informazioni è testimoniato dal fatto che molto spesso elementi di natura psichiatrica emergano durante i colloqui con la dietista o l'internista, e viceversa; questo a dimostrare la stretta correlazione tra più aspetti della malattia.

Se volessimo fare una similitudine potremmo dire che l'equipe del Centro Arianna è simile ad un equipaggio che accompagna il paziente verso il proprio porto sicuro, per questo tutti devono lavorare insieme e a stretto contatto.

E' necessario un rapporto di massima fiducia tra i membri dell'equipaggio e ognuno (paziente compresa) deve rispettare i propri impegni.

L'equipaggio imposta la rotta e parte, ma spesso si presenta l'esigenza di fermarci e fare *"il punto nave"*, cioè dobbiamo verificare dove effettivamente siamo per poi tracciare una nuova rotta.

Non possiamo illuderci che il percorso terapeutico sia un'unica linea retta che ci conduce alla guarigione, generalmente la rotta sarà costituita da più segmenti che comunque anche allungando il percorso ci porterà al *"porto sicuro"* che ci eravamo prefissi di raggiungere.

Importante è capire che qualche volta sarà necessario anche fermarsi e trovare riparo dietro uno scoglio per aspettare che le condizioni permettano la ripartenza.

E' fondamentale sottolineare quanto siano legati e intersecati gli aspetti psichiatrici, biologici, relazionale e sociali nel percorso di cura e quanto il cambiamento anche di un solo aspetto possa generare miglioramenti o peggioramenti che possano cambiare il quadro totale della situazione della paziente.

Facendo un esempio pratico, se una ragazza riesce a trovare lavoro, oppure un fidanzato o altre situazioni in cui la paziente si riconosca come importante e degna di essere amata, questo può dare un impulso positivo e segnare un cambiamento totale del risultato della cura.

Certi di quanto sia importante quanto appena sostenuto ci siamo attivati per impostare una stretta collaborazione con il centro salute mentale per avere l'opportunità di offrire inserimenti lavorativi e opportunità varie di socializzazione.



*Loretta  
(Dietista Centro Prianna)*

*Quello che tendo a sottolineare da dietista è che è importante far capire quanto la dieta vista come prescrizione arida di cosa mangiare, non è assolutamente la strada giusta per un corretto approccio nei disturbi alimentari.*

*Non possiamo pensare ad una soluzione "miracolistica" che molto spesso mi sono sentita richiedere dai familiari e che in qualche modo ho dovuto assolvere pur precisando che la cura deve seguire un percorso articolato, fatto di speranza e di pazienza, di ascolto e comprensione, di tanta conoscenza quindi di studio di approfondimento continuo e anche di un pizzico di umiltà perché anche i più bravi si confrontano con persone e familiari che patiscono una grandissima sofferenza.*

*Altra cosa importante è riuscire ad avere la costanza a continuare, avere la forza di rimanere anche quando le cose sembrano non cambiare perché ci vuole tempo, dobbiamo aspettare che il momento giusto arrivi e riuscire a non scappare quando qualcosa si sta modificando perché questa caparbia fa sicuramente la differenza.*

*DOMANDE e RISPOSTE*

*RIFLESSIONI*

## Genitore 1

Ascoltando quanto detto dagli operatori capisco ancora di più quanto sia complessa questa malattia e quanto poco nei genitori spesso ce ne rendiamo conto.

I primi momenti della malattia sono caratterizzati spesso da una rabbia che i genitori provano verso i figli che hanno un disturbo del comportamento alimentare o una dipendenza perché c'è quasi la sensazione che "se la siano cercata" che abbiano scelto di cadere nella malattia e questo origina un grande dolore spesso rabbioso.

Poi, con l'esperienza capiamo che non dobbiamo nutrire rabbia verso le nostre figlie perché non se la sono cercata, queste sono malattie vere e proprie, sono malattie talmente complesse che gli stessi medici faticano a comprendere.

Quindi, dobbiamo dire alle nostre figlie " non mi arrabbio con te perché sei così, perché non te la sei cercata, perché non hai deciso te di ammalarti", e dobbiamo capire che dietro ai vari atteggiamenti che la malattia le induce ad avere che potrebbero far pensare a arroganza, menefreghismo, freddezza e talvolta perfino disprezzo nei nostri confronti e del mondo intero, in realtà si cela il bisogno di essere ascoltate, amate, accettate.

## Genitore 2

Mia figlia che soffre da anni di disturbi del comportamento alimentare sistematicamente tende a cambiare psicoterapeuta, le motivazioni a suo dire sono vaghe e a mio avviso non vere.

Il problema è che ogni volta riparte di nuovo con un altro psicologo che deve conoscerla e poi iniziare interagire con lei, mi chiedo se mai un giorno riuscirà a trovare l'operatore giusto che riesca a farle portare in fondo la terapia.

### Risposta

Purtroppo non è facile riuscire a trovare chi sia in grado di trattare pazienti che presentano le caratteristiche tipiche dei borderline, perché non è facile riuscire a gestire i continui cambi di umore e di decisioni.

Pur esistendo terapie specifiche per questa comorbidità non tutti i terapeuti le adottano e anzi purtroppo, molti medici considerandoli "pazienti scomodi e difficili" tendono a scaricarli.

Sono pazienti che quando iniziano ad affrontare tematiche importanti e impegnative, iniziano a saltare le sedute perché il livello emozionale diventa intollerabile e li porta a scappare via, e a cambiare psicologo.

Se invece il terapeuta ha preparazione e esperienza riuscirà a preparare il paziente a quel fatidico momento e il lavoro potrà continuare.

### *Genitore 3*

*Vorrei sapere se i preparati acquistabili in libera vendita in farmacia o erboristeria possono in qualche modo incidere sulla terapia farmacologica prescritta dai medici di chi soffre di disturbi del comportamento alimentare.*

#### **Risposta**

Molto spesso i preparati o gli infusi acquistati in erboristeria possono non essere del tutto innocui.

In queste “mescolanze” spesso troviamo purganti naturali che possono provocare squilibri idroelettrolitici, l’eliminazione di sali e liquidi in maniera massiccia può interferire con alcuni farmaci e alterare l’effetto voluto.

In queste “mescolanze” non è raro trovare anche sostanze eccitanti (guaranà, ginko biloba, ecc.) che possono contribuire ad accrescere l’ansia.

### *Ragazza 1*

*Vorrei sapere quanto incide la base genetica e quanto la base emulativa nei DCA.*

#### **Risposta**

Partendo dalla certezza che ognuno di noi ha predisposizioni genetiche per qualcosa, dobbiamo constatare che i disturbi del comportamento alimentare sono più frequenti nella società occidentale negli ultimi 30 anni.

Questo avvalorava l’ipotesi che non ci sia una vera e propria predisposizione genetica, ma significa, che la cultura occidentale è un fattore di rischio, significa che determinate condizioni ambientali favoriscono l’aggancio alla predisposizione genetica e fanno sì che si manifesti l’anoressia più frequentemente nella nostra cultura.

Per questo intervenire sulla cultura diventa prevenzione.

## Genitore 4

*Personalmente ho provato molta rabbia verso i medici perché non trovavo risposte decise, avevo come l'impressione che "prendessero tempo" e che non avessero idea di come curare mia figlia.*

*Avevo come la sensazione che non si interessassero e che non capissero quanto era grave la sua situazione, da qui anche il non fermarsi e cercare altre strutture, altri medici perché avevo bisogno di vedere risultati, di vedere cambiamenti.*

*Poi, con il tempo ho capito che questa è una malattia particolare, che non esiste un percorso terapeutico definito e sicuro e che la titubanza che vedevo e sentivo era normale perché i dca sono malattie difficili e il tempo che richiede anche un minimo cambiamento è spesso molto lungo.*

*Ritengo che sia importante, anzi fondamentale educare le famiglie per far capire la difficoltà della cura e per far sì che non sopraggiunga quello sconforto che è dato dalla sensazione di "navigare a vista" e di non trovare nei medici quella sicurezza che ci aspettiamo e che vorremmo.*

### **Risposta**

La rabbia che i genitori provano è legittima perché la medicina in questo campo è molto carente.

All'inizio del '900 i medici endocrinologi pensarono che l'anoressia fosse legata ad una lesione dell'ipofisi ma in seguito rendendosi conto di non aver ragione persero ogni interesse verso questo disturbo fino a qualche decennio fa.

Il fatto è che non esiste una cura sicura per l'anoressia, mentre in psichiatria ci sono linee guida per la stragrande maggioranza delle malattie, l'anoressia non ha linee guida; non sappiamo bene quali farmaci usare quindi è comprensibile che il genitore abbia l'impressione che ci sia questa non sicurezza da parte del personale medico.

L'unica certezza è la necessità di lavorare con equipe multidisciplinare per affrontare il percorso di cura.