

Perdere il controllo

Prevenzione, diagnosi e terapia dei Disturbi Alimentari.

Anche fra gli adolescenti con DM1 sono frequenti i Disturbi dell'Alimentazione (DA). Il Team diabetologico può fare molto, così come le famiglie, per prevenirli e diagnosticarli. Altrimenti le conseguenze possono essere molto serie.

I Disturbi dell'Alimentazione (DA) hanno una prevalenza elevata nella popolazione femminile italiana: essendo una patologia fortemente correlata al-



la cultura e alla società in cui viviamo, i DA sono soggetti a una rapida trasformazione: «Se negli Anni '60 erano quasi esclusivamente rappresentati dalla Anoressia nervosa, negli anni '70 abbiamo assistito all'esplosione della Bulimia nervosa», spiega Mariarosa Ventura, pediatra ed endocrinologa. «Oggi la prevalenza dell'Anoressia nervosa in Italia è stimata nello 0,3-0,5%, la Bulimia nervosa fra lo 0,1 e l'1% mentre per i Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA-NAS) la prevalenza è del 3,7-6,4%. In particolare l'emergenza è rappresentata dal Disturbo da Alimentazione Incontrollata, che ha una prevalenza dell'1% (fino al 3% tra le persone obese) e dai DA in età pre-puberale».

I diabetici non fanno eccezione. I Disturbi dell'Alimentazione sono diffusi anche tra le donne con diabete di tipo 1. «Le patologie che richiedono farmaci per la terapia la cui omissione o manipolazione può indurre rapide modifiche del peso corporeo – per esempio gli enzimi pancreatici nella fibrosi cistica, la sulfasalazina nella malattia di Crohn e l'insulina nel diabete di tipo 1 – creano un gruppo a rischio per lo sviluppo dei DA», afferma la Ventura, responsabile Medico di Didasco, Centro per il trattamento interdisciplinare dei Disturbi Alimentari e Obesità con sede a Milano.

Nel diabete di tipo 1, la prevalenza dei DA sembrava, negli ultimi anni '90, uguale a quella della popolazione generale; «recentemente si è documentata una maggiore prevalenza soprattutto per alcuni DA particolari. Alcune ricerche epidemiologiche condotte nel Canada presso il Sick Children Hospital di Toronto, hanno permesso di evidenziare una prevalenza del 2% per i

Mariarosa Ventura

responsabile Medico di Didasco, Centro per il trattamento interdisciplinare dei Disturbi Alimentari e Obesità di Milano.

26

ACCU-CHEK®
Spirit
Evoluto
e flessibile.



Microinfusore.
Conquista di libertà.



ACCU-CHEK®
D-TRONplus
Unico
per praticità.

DCA-NAS e del 6% per i DA sottosoglia in bambine con DM1 tra i 9 e 13 anni. In adolescenti la prevalenza aumenta al 9% per i DCA-NAS, al 14% per i DA sottosoglia e all'1% per la Bulimia nervosa», continua Mariarosa Ventura. Parliamo quindi di una quota consistente di bambine e adolescenti con DM1. Questi dati sono stati confermati in Italia da un'indagine condotta dall'Università di Parma e Napoli che ha evidenziato l'assenza dei DA più noti, AN e BN, in una popolazione di giovani diabetiche tra gli 8 e i 18 anni, confermando invece l'aumento dei DCA-NAS.

'Perdita di controllo' è la parola chiave: il disturbo del comportamento alimentare oggi più frequente è infatti caratterizzato da una frequente 'disinibizione alimentare' durante la quale si assumono grandi quantità di cibo e alla quale fanno seguito comportamenti restrittivi e purgativi.

«In pratica», interviene Mario Mulè, psichiatra che da dieci anni si dedica alla terapia dei Disturbi Alimentari, «la ragazza alterna abbuffate a digiuni. Per esempio salta il pranzo e, poche ore dopo, entra in pasticceria e mangia di tutto, cercando poi di evitare l'aumento di peso provocandosi artificialmente il vomito o abusando di purganti e diuretici». «È interessante notare che la perdita di controllo è vissuta in seguito con un senso di colpa e di disistima per se stessi, ma sul momento è associata a un sentimento di liberazione», nota Mulè.

Il comportamento restrittivo. La disinibizione alimentare si inserisce sempre in un contesto di restrizioni alimentari.

E questo non è un caso. «Qualsiasi controllo del comportamento alimentare, protratto nel tempo e associato al successo o alla forza di volontà della persona, determina nel tempo un'alimentazione irregolare. La comparsa di abbuffate alimentari in soggetti con

DM1 ha una frequenza documentata del 45-80% (Nielsen, 2002)», nota Mariarosa Ventura. «Si crea così un circolo vizioso in cui la restrizione 'causa' l'abbuffata e, viceversa, il senso di colpa dell'abbuffata e la spiacevole sensazione di aver perso il controllo pongono le basi per un nuovo comportamento restrittivo, in una spirale continua», nota Maria Cristina Cucugliato, dietista del Team di diabetologia pediatrica della ASL2 di Caltanissetta.

Il comportamento purgante. «È facile capire quali conseguenze questo andamento possa avere sul controllo glicemico e su altri parametri metabolici in una persona insulino-dipendente.

Per ridurre l'impatto sul peso delle calorie assunte, queste ragazze ricorrono meno spesso al vomito, come avviene nei DA in assenza di DM1, in quanto ottengono lo stesso effetto manipolando i dosaggi dell'insulina o ricorrendo all'iperattività fisica». «Nel caso di donne con diabete di tipo 1, il 2% delle preadolescenti, il 14% delle adolescenti e il 34% delle giovani adulte manipolano la terapia insulinica per controllare il peso» nota Mariarosa Ventura. «Purtroppo oggi sappiamo, dati alla mano, che i DA nel DM1 sono for-

temente associati nel tempo alle complicanze microvascolari, in particolare la retinopatia».

Prevenzione: prescrizioni zero.

Il primo passo per prevenire i disturbi alimentari è evitare un comportamento prescrittivo in materia alimentare. «In passato era frequente che un Team diabetologico imponesse delle precise scelte alimentari. Oggi i Centri specializzati sensibili all'educazio-



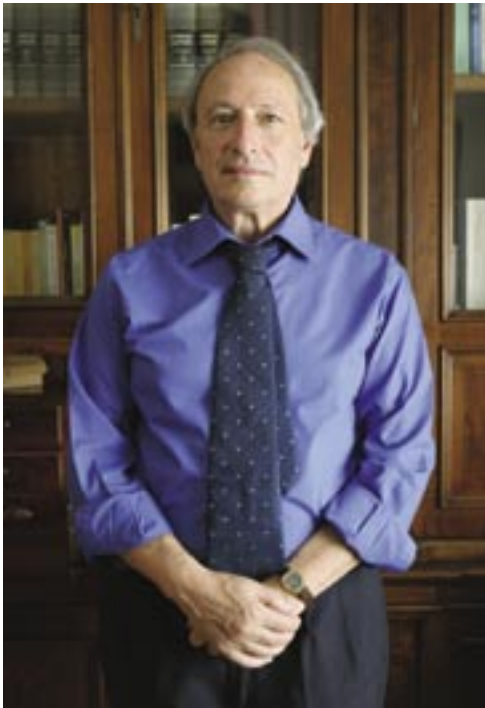
Maria Cristina Cucugliato

dietista del Team di Diabetologia Pediatrica della ASL2 di Caltanissetta.

ne terapeutica, seguono strategie diverse», nota Maria Cristina Cucugliato; «spesso, tuttavia, l'applicazione di nuovi strumenti è ostacolata da resistenze al cambiamento favorite dall'imprinting terapeutico: le indicazioni date nelle prime settimane dopo

“I Disturbi da Alimentazione Incontrollata sono presenti in una quota consistente di bambine e adolescenti con DM1”

l'esordio». L'approccio prescrittivo potrebbe nascere involontariamente dalla distorsione di una prescrizione calibrata. «Dobbiamo tenere presente che, tra una visita e l'altra, la famiglia vive in un contesto nel quale esistono altri 'fornitori di informazioni' ritenuti credibili: il farmacista, il parente che ha avuto il diabete... Occorre quindi che il Team verifichi la ricezione reale delle sue raccomandazioni e in questo la



Mario Mulè

psichiatra, direttore del CTI di Palermo,
Centro specializzato nel trattamento
multidisciplinare dei Disturbi Alimentari.

dietista e l'infermiera possono svolgere un ruolo chiave».

Attenzione alle mamme a dieta. Particolarmente a rischio sono le famiglie nelle quali la madre della paziente ha una storia di diete.

«Se la restrizione alimentare fa parte del lessico familiare, essa viene colta più facilmente dalla paziente», nota la Cucugliato che è segretaria regionale dell'Andid. In queste famiglie è probabile che la restrizione venga associata a un comportamento virtuoso e che il

peso o l'aspetto esteriore della paziente sia emotivamente valorizzato. Soprattutto il Team non deve avere un atteggiamento giudicante: «Guai ad associare il peso alla autostima», afferma Mario Mulè, il peso deve essere qualcosa che la persona 'ha', non che la persona 'è'. «Nessun membro del Team deve abbandonarsi a un giudizio sulla persona che parte dal dato metabolico. Nemmeno nei momenti di frustrazione», avverte la Cucugliato.

Sintomi e indizi. Identificare i soggetti a rischio o nei quali il disturbo alimentare sta ancora formandosi non è poi così difficile.

I segni del disturbo alimentare nel DM1 sono spesso 'sottosoglia', meno palesi rispetto alla anoressia o alla bulimia, ma non sono invisibili. La dietista può notare per esempio un vissuto particolare rispetto a un cibo o sentirsi riportare con orgoglio un comportamento restrittivo. «Generalmente nel vissuto di queste ragazze un cibo specifico, il pane, il cioccolato o altro assumono il ruolo di tabù alimentare. Non stupisce che le abbuffate consistano proprio nell'esagerata assunzione di questo cibo. Occorre allora sfatare il tabù, inserendolo anzi nella normale alimentazione proprio per disinnescare il meccanismo», nota la dietista del Servizio di diabetologia pediatrica nisseno. «La presenza di questo disturbo può essere sospettata sulla base di 'indizi' altrimenti inspiegabili: frequenti episodi di chetoacidosi diabetica e ipoglicemia grave rapidamente normalizzati in periodi anche brevi di ricovero,

una emoglobina glicata elevata, glicosuria e altre rapide oscillazioni ponderali, riduzione dell'accrescimento e una diminuita compliance alla terapia», elenca Mariarosa Ventura, una delle maggiori esperte negli interventi interdisciplinari di cura dei disturbi dell'alimentazione «in generale il Team deve approfondire tutte le situazioni 'strane' che non hanno una spiegazione logica immediata».

L'intervento da parte del Team.

Quando il disturbo si sta ancora formando l'intervento può essere svolto in parte dal Team diabetologico. «Occorre spostare l'attenzione dal 'cosa' si mangia al 'come' si mangia», spiega Maria Cristina Cucugliato; «per esempio assicurandosi che i pasti principali avvengano regolarmente e che la persona si alimenti in maniera normale nei diversi contesti con cui si confronta». Uno degli elementi che scatenano la disinibizione e l'abbuffata è proprio una oggettiva denutrizione, la fame insomma. Spostare l'attenzione dall'effetto glicemico e/o dal potere calorico di un cibo alla sua efficienza saziante favorisce un più sereno rapporto col cibo e riduce la fatica che il controllo richiede. «Grazie ad un organismo più sazio raggiungere l'equilibrio alimentare può richiedere un minor controllo cognitivo», nota la Cucugliato. L'intervento del Team si deve allargare anche alla famiglia. «Bisogna assicurarsi che i membri della famiglia condividano gli stessi pasti, e che i genitori utilizzino pari rigore nell'educazione alimentare di tutti i figli, senza discrimina-

Bibliografia

1. Colton P. et al. *Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with Type 1 Diabetes*. *Diabetes Care*, 2004, 27, 1654-59.
2. Peveler RC. Et al. *The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with Type 1 Diabetes*. *Diabetes Care*, 2005, 28, 84-88. 3.

3. Grylli V. et al. *Eating disorders and eating problems among adolescents with Type 1 Diabetes: Exploring relationships with temper and character*. *J Pediatric Psychology*, 2005, 30 (2): 197-206. 4.

4. Maharaj SI et al. *Eating disturbances in girls with diabetes: the contribution of adolescent self-concept, maternal weight and shape concerns and mother-daughter relationships*. *Psychol Medicine*, 2003, 33, 525-539.

Scrivi come mangi

Le persone con diabete di tipo 1 conoscono bene il diario glicemico. L'automonitoraggio del comportamento alimentare è qualcosa di molto simile. La persona che lo svolge non riceve nessuna indicazione di comportamento. Può fare quello che vuole ma deve scriverlo. L'obiettivo del diario non è solo, o tanto, stimare l'introito calorico (anche se in alcuni casi è chiesta anche una valutazione calorica del cibo assunto) quanto far emergere i rapporti fra gli episodi di restrizione e di disinibizione e soprattutto i vissuti che li hanno accompagnati.

«Non basta scrivere cosa si è mangiato. Bisogna scrivere anche dove ci si trovava, con chi ci si trova-

va e quali emozioni si attraversavano nel momento in cui si è deciso di dare inizio alla restrizione o all'abbuffata», afferma Mario Mulè, psichiatra palermitano esperto nel trattamento dei Disturbi Alimentari, «quali pensieri l'hanno preceduta e seguita, oltre agli elementi che hanno caratterizzato emotivamente la giornata».

«In questo modo è possibile vedere la 'funzione' compensatoria o aggressiva che un comportamento ha avuto. Oltre una funzione terapeutica in sé», continua Mulè, «questi dati sono un'indispensabile base per il dialogo con il terapeuta».



zioni per il ragazzo col diabete. Spesso è necessario che la dietista 'prenda in cura' anche la madre o la sorella, invitandole ad abbandonare le diete e spiegando loro i vantaggi di una nutrizione sana».

L'intervento psicoterapeutico. Si tratta comunque del primo passo. Se la paziente riporta episodi di perdita di controllo e pratiche restrittive e questi non si diradano è necessario chiedere l'aiuto di uno specialista.

«I Disturbi Alimentari richiedono un intervento multiprofessionale», sottolinea Mario Mulè che a Palermo ha creato un Centro, il CTI in cui operano due medici internisti, uno dei quali diabetologo, una dietista e due psichiatri. In questo senso la persona con diabete parte avvantaggiata rispetto ad altre ragazze con Disturbi Alimentari ma non diabetiche, perché è già seguita da un Team ampio con competenze sia sul piano metabolico e internistico sia psicologico-psichiatrico. La prima valutazione da fare è quella motivazionale, non è detto infatti che la persona sia disposta a mutare le proprie abitudini.

«Dobbiamo sempre tenere presente che il disturbo alimentare è vissuto – almeno nei casi più seri – come una soluzione, non come un problema»,

ricorda Mulè che, specializzato in Psichiatria a Milano, è stato a capo dei dipartimenti di Salute mentale in varie ASL siciliane fino a dirigere il Settore Salute Mentale della ASL6. «Una adolescente che ritiene di non saper reggere il confronto con il mondo, che teme di essere 'invasa' dagli altri trova, controllando il peso corporeo, una risposta parziale a un bisogno di autonomia e, in fondo, di libertà. Allo stesso modo non voler crescere di peso può anche esprimere un non voler diventare grandi, la scarsa disponibilità ad 'avere peso' nella società degli adulti».

e scoprire insieme al paziente in che misura l'eccesso o la restrizione alimentare rappresentano una risposta a un determinato evento emotivo. Molti riportano "ho litigato con il fidanzato, ero depressa e ho aperto il frigo"; "ero furente con mia madre e non ho mangiato nulla di quello che lei ha cucinato", per esempio. «Premesso che l'automonitoraggio in sé ha una grande utilità nella cura, in questi casi si possono studiare insieme comportamenti alternativi da sostituire all'abbuffata o alla restrizione» afferma Mulè. Qualora né l'intervento comportamen-

“La famiglia e il Team non devono mai associare il peso alla autostima. Il peso deve essere qualcosa che la persona 'ha', non che la persona 'è'”

In alcuni casi il primo tipo di approccio, più strettamente cognitivo comportamentale, può non funzionare.

«Per questo è importante un preliminare 'check-up' volto a evidenziare disturbi della personalità che non sono infrequenti nella popolazione generale e soprattutto in questi casi», continua lo psichiatra palermitano.

Nei casi più semplici è sufficiente partire dall'automonitoraggio (vedere box)

tale né quello psicoterapico per così dire 'ambulatoriale' siano efficaci, «occorre dare una risposta adeguata alla reale entità del problema, soprattutto quando in gioco c'è anche il diabete di tipo 1 e invitare la ragazza a passare un certo periodo di tempo, anche tre mesi, in una delle pochissime strutture specializzate in grado di risolvere questi problemi» conclude Mariarosa Ventura.