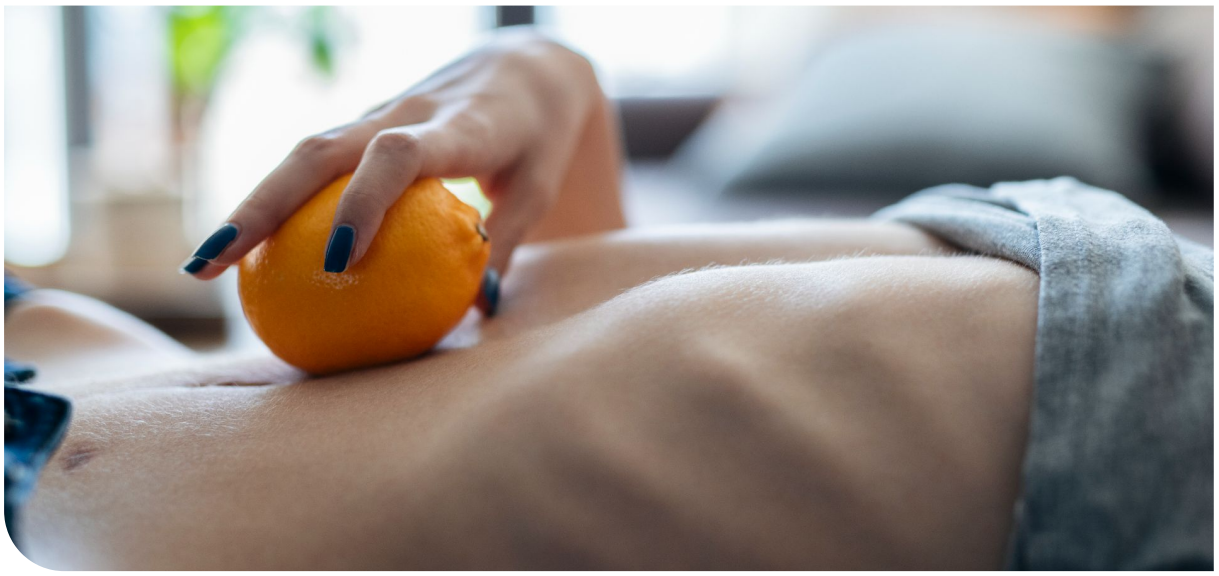
Bulimia e anoressia: differenze, sintomi, come riconoscere e trattare questi disturbi



INDICE

Qual è la **differenza tra anoressia e bulimia**? In questo articolo vedremo **cosa sono anoressia e bulimia**, quali sono le **differenze**, **come riconoscerle** attraverso i sintomi e come avvengono **diagnosi** e **terapia**.

Bulimia e anoressia: cosa sono i disturbi alimentari (DCA)?

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa (oggi chiamate DNA - Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione) sono i **disturbi del comportamento alimentare** più diffusi e derivano dalla complessa **interazione di fattori psicologici, biologici e socioculturali.**
I **disturbi del comportamento alimentare**, conosciuti anche con l'acronimo **DCA**, sono caratterizzati da una preoccupazione eccessiva per il proprio peso e da un'alterata percezione della propria immagine corporea.

La popolazione femminile tra i 15 e i 29 anni è **la più colpita da disturbi del comportamento alimentare** (un caso ogni 50-100 persone) e si riscontrano raramente casi di **anoressia** e **bulimia** anche in età infantile (purtroppo, l'età di esordio si sta abbassando sempre più, 11-12 anni), dopo la menopausa e nella popolazione maschile. Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare nei maschi, il fenomeno sta aumentando e vi sono fenomeni tipici come la **vigoressia**, ossia l'attenzione eccessiva all'aspetto muscolare e all'efficienza del proprio corpo, con ripercussioni significative sull'alimentazione anche in questo caso.

Qual è la differenza tra bulimia e anoressia? Le caratteristiche dei DCA

Anoressia e **bulimia** hanno un tratto in comune e diverse differenze**.**

La caratteristica comune di bulimia e anoressia è la **percezione alterata del peso del corpo e dell'immagine di sé**. Ciò che differisce tra i due disturbi è rappresentato dalle condotte compensatorie, dai segnali con cui si manifestano e dal decorso clinico e diagnostico-terapeutico.

Esistono due forme di **anoressia nervosa**, entrambe caratterizzate dall'obiettivo di perdere peso:

- l'**anoressia restrittiva,** caratterizzata da un'alimentazione drasticamente **ipocalorica**, con l'eliminazione di alimenti come pasta, pane e dolci, a volte unita a **estenuante esercizio fisico;**
- l'anoressia con **abbuffate ed eliminazione del cibo,** che alterna alimentazione compulsiva a eliminazione delle calorie con **vomito autoindotto**, **lassativi** e **diuretici**.

La **bulimia**, spesso definita bulimia nervosa, ha caratteristiche sovrapponibili all'anoressia: è caratterizzata da **una voracità patologica** con abbuffate seguite dal **senso di colpa** e condotte compensatorie simili all'anoressia che portano a **vomito autoindotto**, **digiuni**, utilizzo di **lassativi** ed eccessiva attività fisica.

Nella bulimia, inoltre, **non vi sono distorsione dell'immagine corporea e paura intensa di mettere su peso**, anche quando si è molto magri, come nell'anoressia. Il peso tende a non essere troppo basso, ma spesso è nella norma o indica una condizione di sovrappeso.

Il peso corporeo è quindi una delle **differenze tra anoressia e bulimia** più evidenti: **nell'anoressia** si osservano un dimagrimento progressivo e una grave malnutrizione, mentre **nella bulimia** questo perlopiù non accade.

Anoressia e bulimia si distinguono infine per alcuni segnali caratteristici: **nell'anoressia** la scomparsa delle mestruazioni, l'intolleranza al freddo, la bassa frequenza cardiaca e l'isolamento sociale; **nella bulimia** i denti scoloriti e cariati, i calli sulle nocche, gli occhi arrossati e gli stati d'ansia. Li vediamo nel dettaglio nel successivo capitolo sui sintomi.

Sintomi di anoressia e bulimia: come riconoscerle?

Per **riconoscere anoressia e bulimia** il prima possibile è importante che **genitori e famigliari** identifichino i sintomi precocemente, osservando le abitudini dei figli adolescenti, o di un proprio caro, in quanto l'osservazione dei sintomi è parte fondamentale della diagnosi. Spesso i comportamenti problematici rappresentano degli importanti **"segnali sentinella"** che tutta la "comunità educante", non solo la famiglia, ha l'occasione di cogliere per poter far scattare servizi più specialistici al bisogno.

Anoressia, sintomi più frequenti:

- dimagrimento progressivo e grave malnutrizione (puoi calcolare il **BMI per adolescenti** **qui** e **per adulti** **qui**);
- scomparsa delle mestruazioni;
- intolleranza al freddo (ipotermia inferiore a 35 °C);
- bassa frequenza cardiaca (**bradicardia**, meno di 60 battiti al minuto);
- pressione bassa (ipotensione arteriosa, con pressione diastolica o minima inferiore a 60-70 mmHg);
- pelle secca, con tendenza alla crescita di una peluria fine e una lieve colorazione giallastra;
- prurito generalizzato in varie parti del corpo;
- **stitichezza**, **gonfiore** e **dolore addominale** e conseguente uso, anche ingiustificato, di lassativi o diuretici.

I segni più comuni dell'anoressia ("eventi sentinella") che possono evolvere in **sintomi psicologici** sono:

- ossessione del peso corporeo e paura d'ingrassare;
- cambiamento delle abitudini alimentari, con scelte molto restrittive di alimenti e quantità (eliminazione di pasta, pane, dolci);
- diminuzione progressiva delle relazioni sociali fino all'isolamento;
- maniacale attenzione al profitto scolastico;
- aumento dell'attività fisica.

I sintomi più frequenti della bulimia sono**:**

- ossessione del peso corporeo e paura d'ingrassare;
- perdita di **controllo a tavola**, voracità e abbuffate frequenti;
- vomito autoindotto, uso indiscriminato di lassativi e diuretici;
- **stati d'ansia**, anche gravi e debilitanti;

- abuso di **alcol** e droghe, **binge drinking**;
- irregolarità delle mestruazioni (fino all'amenorrea);
- aritmie (**tachicardia** e bradicardia);
- prolasso rettale;
- **denti** scoloriti e cariati;
- calli sulle nocche, occhi arrossati (conseguenze del vomito autoindotto).

I **segni più comuni della bulimia** (detti anche "eventi sentinella") che possono evolvere in sintomi psicologici sono:
- abbassamento **del tono dell'umore**, **depressione**;
- senso di colpa, bassa autostima;
- deterioramento dei rapporti familiari, di coppia, sociali;
- scarsa concentrazione nello studio o nel lavoro.

Come riconoscere l'anoressia in una persona cara? Un famigliare o chi è molto vicino a una persona con probabile anoressia può distinguere con difficoltà i segnali indicati; cosa può essere osservato di significativo da chi è vicino al soggetto anoressico che si presume richieda una visita medica?

Lo chiediamo alla Dott.ssa Michela Barichella, medico dietologo:

"Un dimagrimento anomalo può indicare un bilancio energetico negativo dovuto a una restrizione alimentare. Conoscere peso e altezza permette di calcolare il BMI che, se inferiore a 18,5 negli adulti, indica sottopeso. È importante intervenire precocemente, prestando attenzione a segnali come saltare i pasti, ridurre le porzioni, eliminare alcuni alimenti, contare ossessivamente le calorie, temere di ingrassare o isolarsi socialmente, essere ossessionati dal peso corporeo".

Bulimia e anoressia: come avviene la diagnosi

La **diagnosi di anoressia nervosa** e **bulimia nervosa** è di competenza medica e viene formulata generalmente dal medico dietologo o internista, che si avvale della collaborazione di un'équipe multidisciplinare composta da psichiatra o neuropsichiatra, psicologo psicoterapeuta e nutrizionista. **Per la bulimia e l'anoressia**, oltre agli esami ematochimici di rito, la lettura dei sintomi è la parte più significativa della diagnosi, insieme a evidenze quali:
- nell'**anoressia** l'amenorrea, ovvero il **ciclo che non arriva**, si intende per almeno **3 cicli** consecutivi (anche se tale criterio non è più strettamente richiesto in fase diagnostica essendo difficile da verificare e non applicabile nella popolazione maschile);
- il **BMI** (indice di massa corporea) uguale o inferiore a **17**;
- nella **bulimia** nervosa **lieve** le abbuffate e le condotte compensatorie si intendono da **1 a 3 episodi** per settimana, nella **moderata** da **4 a 7**, nella **grave** o estrema da **8 a 14**. Il peso tende a mantenersi tra normopeso e sovrappeso, con un **BMI** tra **18,5 e 30**.

Terapia per anoressia e bulimia: come si curano?

Il trattamento di entrambe le malattie richiede l'intervento di:
- medico specialista in scienza dell'alimentazione;
- medico psichiatra o neuropsichiatra (a seconda della fascia d'età);
- psicologo psicoterapeuta.

La **psicoterapia** di orientamento **cognitivo-comportamentale e sistemico-familiare** e la **terapia nutrizionale** sono alla base del trattamento sia per l'anoressia sia per la bulimia e a volte può essere necessario l'uso marginale di farmaci, che mira soprattutto a curare le complicanze cliniche della malattia.

Superata la fase acuta di entrambe le malattie, fondamentale è la **riabilitazione alimentare** al fine di abituare il paziente a un'**equilibrata alimentazione** nel rispetto del **bilancio energetico** individuale.

In questa fase, oltre al **counseling nutrizionale del dietista**, è importante il coinvolgimento della famiglia, che dovrà essere d'esempio per creare corrette abitudini alimentari, come regolare l'**orario dei pasti** e seguire un'**alimentazione variata,** con tutti gli alimenti della **dieta mediterranea**, compresi quelli ad alto contenuto di nutrienti, tra cui **proteine**, **vitamine** e **minerali**

essenziali, sia d'origine vegetale sia di origine animale. Un esempio è il Grana Padano DOP, ricco di proteine ad alto valore biologico con i 9 **aminoacidi essenziali**, vitamine importanti come la **B12**, tanto **calcio** e minerali **antiossidanti** come **zinco** e **selenio**.

Nei casi più gravi di **anoressia e bulimia** si ricorre al ricovero in **cliniche specializzate** dove possono essere necessari interventi di altri medici specialisti: endocrinologo, gastroenterologo, cardiologo, per curare eventualmente gli organi che la malattia può avere compromesso.

Nei casi di **anoressia nervosa** e **bulimia**, il trattamento con ricovero è sempre necessario?

Lo chiediamo al Prof. Gianluca Castelnuovo, psicologo clinico.

*"La comunità scientifica si è interrogata a lungo sulla migliore modalità di trattamento di queste patologie che sfidano il senso comune. Il primo livello di presa in carico è il filtro del **Medico di Medicina Generale** o **Pediatra di Libera Scelta** per poi passare a un livello di assistenza **ambulatoriale**, **interdisciplinare** in un'ottica **biopsicosociale** (biologica, psicologica, sociale), poi di **day hospital** e infine, nei casi in cui risulti ingestibile una idonea terapia, il **ricovero acuto** in cliniche specializzate o di lungodegenza, come le comunità."*

CONSULENZA SCIENTIFICA

Dott.ssa Michela Barichella

Medico Dietologo Direttore UOS Nutrizione Clinica ASST G. Pini-CTO Milano, Prof. A.C. dell'Università degli Studi di Milano.

Prof. Gianluca Castelnuovo,

Ordinario di Psicologia Clinica Università Cattolica Milano, direttore del Servizio e del Laboratorio di Psicologia Clinica IRCCS-Istituto Auxologico Italiano Milano.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Am Fam Physician 2015 Jan 1;91(1):46-52. "Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa" Brian C Harrington, Michelle Jimerson, Christina Haxton, David C Jimerson.

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Istituto Auxologico IRCCS Milano.

AVVERTENZE

Tutte le raccomandazioni e i consigli presenti in questo articolo hanno esclusivamente scopo educativo ed informativo e si riferiscono al tema trattato in generale, pertanto, non possono essere considerati come consigli o prescrizioni adatte al singolo individuo, il cui quadro clinico e condizioni di salute possono richiedere un differente regime alimentare. Le informazioni, raccomandazioni e i consigli sopracitati non vogliono essere una prescrizione medica o dietetica, pertanto il lettore non deve, in alcun modo, considerarli come sostitutivi delle prescrizioni o dei consigli dispensati dal proprio medico curante.