Introduzione

I disturbi dell'alimentazione sono per loro natura quasi sempre "casi complessi" perché nella maggior parte dei pazienti sono presenti altri problemi clinici. Spesso sono soddisfatti i criteri diagnostici per un altro disturbo mentale e si manifestano frequentemente difficoltà interpersonali marcate e danni nello sviluppo psicosociale. Inoltre, le complicanze mediche sono quasi sempre presenti e in un sottogruppo di pazienti coesiste un disturbo medico generale che interagisce negativamente con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

I clinici spesso usano il termine "comorbidità" per descrivere i problemi clinici coesistenti con il disturbo dell'alimentazione. La comorbidità è, però, un tema complesso, concettualmente e clinicamente. La sua definizione, da un punto di vista concettuale, si riferisce a una situazione in cui "un'entità clinica distinta si sviluppa durante il decorso di una malattia" (per es. quando una paziente¹ con il diabete di tipo 1 sviluppa l'anorexia nervosa). In questo caso sono presenti due entità cliniche distinte e si fa riferimento a un concetto *lifetime*. Da un punto di vista clinico la comorbidità si riferisce invece a una situazione in cui "coesistono due o più entità cliniche distinte". In questo caso, la prevalenza della comorbidità dipende dal sistema classificativo e dalle sue regole diagnostiche. Nel campo delle malattie mentali, e in particolare nei disturbi dell'alimentazione, in cui non sono stati fino ad ora trovati bio-marcatore specifici, è però discutibile se i disturbi coesistenti siano "entità cliniche distinte" oppure siano semplicemente il risultato della attuale classificazione che, sulla base dei criteri diagnostici descritti nel Manuale Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), spinge, in base ai sintomi presentati, ad applicare più diagnosi psichiatriche nello stesso paziente.

La complessità del quadro clinico dei disturbi dell'alimentazione ha portato a sviluppare trattamenti multidisciplinari "eclettici" privi di un modello teorico di riferimento che spesso affrontano in modo acritico i problemi clinici psichiatrici e internistici co-

¹ La maggior parte dei pazienti con disturbo dell'alimentazione che richiedono un trattamento è di sesso femminile. Per questo motivo abbiamo preferito declinare al femminile tutti i verbi, i sostantivi e gli aggettivi che fanno riferimenti alle pazienti.

esistenti ponendo scarsa attenzione al fatto che essi rappresentino una comorbidità reale o una comorbidità spuria conseguente, determinata dagli effetti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione e/o della malnutrizione. Inoltre, nei trattamenti multidisciplinari eclettici è raramente valutato se i problemi clinici coesistenti ostacolano o meno il trattamento del disturbo dell'alimentazione perché i vari specialisti coinvolti non vedono l'intero quadro clinico della paziente e trattano solo le caratteristiche cliniche presenti che sono di loro competenza. Una gestione acritica della comorbidità può avere l'effetto paradossale di defocalizzare il trattamento dai fattori chiave che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e di sottoporre la paziente a trattamenti inutili e potenzialmente dannosi. Nello specifico gli errori terapeutici che più frequentemente abbiamo osservato nella nostra pratica clinica sono il trattare, con una varietà di farmaci, senza per altro ottenere dei benefici, le conseguenze fisiche e psicosociali della malnutrizione (per es. somministrando estroprogestinici per la cura dell'amenorrea secondaria, ansiolitici, antidepressivi, neurolettici e stabilizzatori del tono dell'umore per trattare l'ansia, l'irritabilità, la deflessione del tono dell'umore e l'insonnia, sintomi che nella maggior parte dei casi sono la conseguenza della malnutrizione e/o della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione). Errori simili sono spesso effettuati con alcuni trattamenti psicologici che affrontano le conseguenze psicosociali del disturbo, ma non direttamente la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione.

I problemi descritti sopra ci hanno spinto a scrivere questo libro, per mettere a disposizione dei clinici italiani le strategie che usiamo per valutare e trattare i casi complessi dei disturbi dell'alimentazione. Il nostro approccio strategico e pragmatico per la gestione della comorbidità medica e psichiatrica coesistente al disturbo dell'alimentazione, pur basandosi sulla terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E), può essere usato anche da clinici che aderiscono a modelli teorici diversi. In generale, suggeriamo che la comorbidità vada riconosciuta ed eventualmente trattata solo quando è significativa e ha implicazioni cliniche.

Sulla base del nostro approccio la comorbidità dovrebbe essere divisa in tre gruppi principali:

1. *Disturbi che non interferiscono con il trattamento dei disturbi dell'alimentazione e che probabilmente rispondono ad esso.* Questi disturbi vanno riconosciuti, monitorati e rivalutati durante il trattamento, ma ad essi non viene data un'attenzione speciale.
2. *Disturbi che non interferiscono con il trattamento dei disturbi dell'alimentazione ma non rispondono ad esso.* Questi disturbi vanno riconosciuti, e viene presa una decisione su quando affrontarli. Come regola generale è consigliabile affrontarli prima o dopo la psicoterapia del disturbo dell'alimentazione, ma non contemporaneamente.
3. *Disturbi che interferiscono con il trattamento dei disturbi dell'alimentazione.* Questi disturbi vanno riconosciuti e affrontati prima di iniziare il trattamento.

Per un'accurata valutazione diagnostica e un'ottimale gestione terapeutica, non contraddittoria e potenzialmente iatrogena dei casi complessi nei disturbi dell'alimentazione, suggeriamo che le équipe multidisciplinari che gestiscono questi pazienti aderisca-

no a un modello teorico e terapeutico coerente. Nel libro descriviamo come abbiamo affrontato questa sfida, sviluppando presso l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale di Villa Garda un approccio chiamato "CBT-E multistep", un trattamento somministrato a tre livelli di cura (ambulatorio, day-hospital e ricovero) da un'équipe multidisciplinare "non eclettica", in cui tutti i membri hanno ricevuto una formazione estensiva sulla CBT-E e sono consapevoli dell'intero quadro clinico dei pazienti. Nell'équipe multidisciplinare non eclettica gli interventi del medico per trattare i disturbi psichiatrici e medici coesistenti (per es. depressione clinica, obesità, diabete ecc.) o le complicazioni associate al basso peso e/o all'uso dei comportamenti eliminativi, sono integrati coerentemente nella CBT-E e concordati sempre con gli altri terapeuti che la somministrano, seguendo le linee guida pragmatiche descritte in questo libro.

La Parte Uno del libro descrive le principali categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, i limiti dell'attuale sistema classificativo e, in modo dettagliato, la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione. Presenta, inoltre, le conseguenze fisiche e psicosociali derivate da questa, la cui conoscenza è fondamentale per capire se la paziente ha una comorbidità vera o una comorbidità spuria. Successivamente è riportata una descrizione sintetica della CBT-E e delle sue versioni. Il Passo Uno si conclude illustrando le strategie generali da usare per la gestione della comorbidità nei pazienti con disturbi dell'alimentazione.

La Parte Due del libro descrive le strategie per gestire i più frequenti disturbi mentali (depressione clinica, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da stress post-traumatico, disturbo da uso di sostanze e disturbi di personalità) e condizioni mediche (obesità, diabete di tipo 1, celiachia, allergopatie) coesistenti con i disturbi dell'alimentazione. Per ogni disturbo è riportata la vignetta di un caso clinico che illustra, in modo pratico, le strategie usate per gestire il disturbo dell'alimentazione e il disturbo coesistente.

Nelle appendici, infine, riportiamo i questionari *Eating Problem Check List*, ideato e validato per indagare la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione, e *Starvation Symptom Inventory*, ideato e validato per misurare i sintomi da malnutrizione nei pazienti sottopeso.

Il libro è indicato per i clinici che si occupano del trattamento dei disturbi dell'alimentazione (psichiatri, internisti, endocrinologi, psicologi, dietisti, nutrizionisti, infermieri professionali, educatori), ma anche per i molti clinici che, pur non lavorando nei centri clinici specialistici, vengono coinvolti per gestire la comorbidità medica e psichiatrica dei disturbi dell'alimentazione (per es. ginecologi, endocrinologi, gastroenterologi, ematologi, allergologi, psichiatri, psicoterapeuti e psicologi).

È nostra speranza che la lettura del libro possa aiutarvi a migliorare la gestione dei pazienti "complessi" affetti da disturbi dell'alimentazione.

Riccardo Dalle Grave
Massimiliano Sartirana
Simona Calugi