ISSN 2038-5293

Quaderni del Ministero della Salute

25

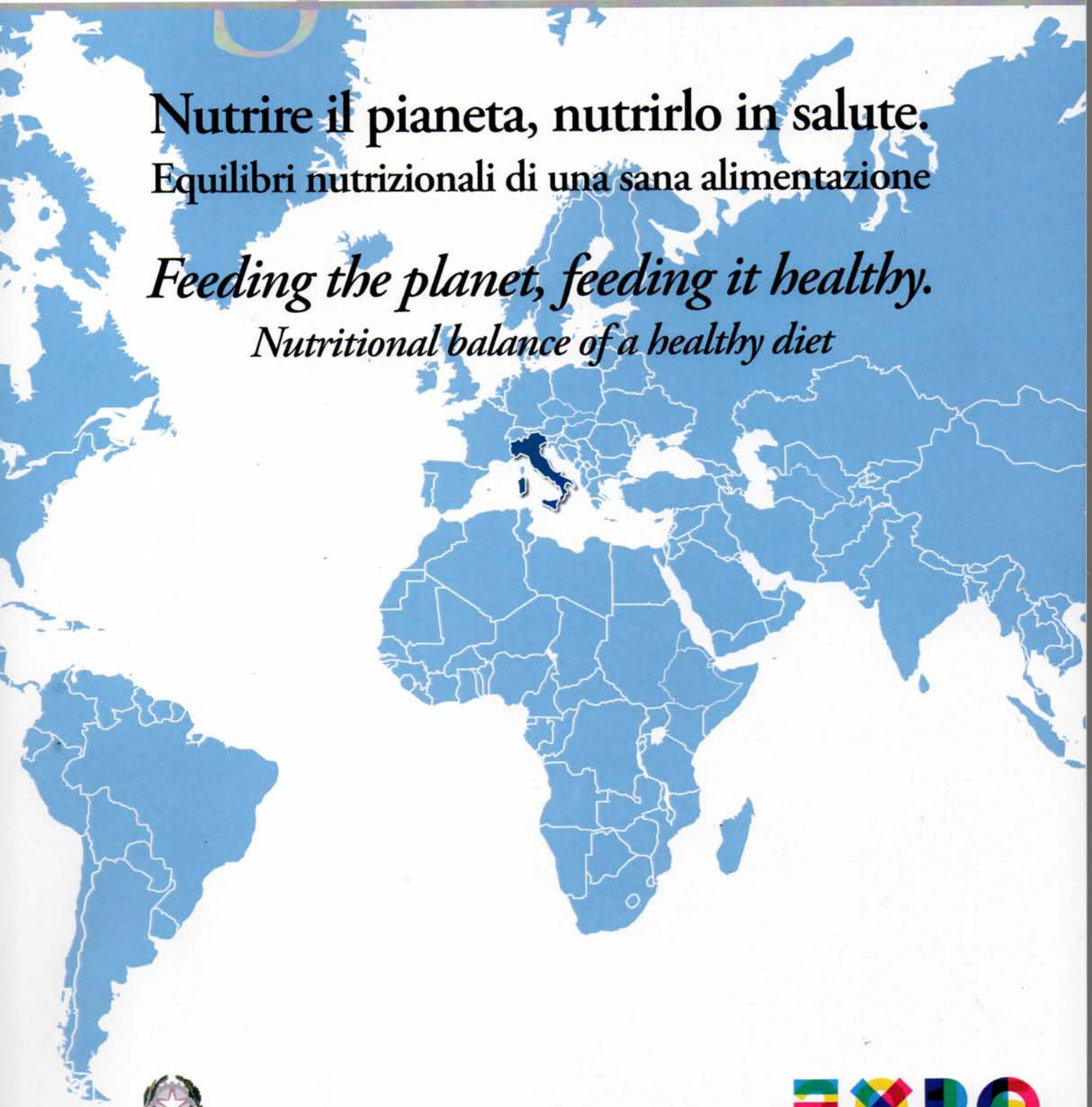
n. 25, ottobre 2015

Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute.

Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione

Feeding the planet, feeding it healthy.

Nutritional balance of a healthy diet



Ministero della Salute

EXPO MILANO 2015

Quaderni del Ministero della Salute

25

PANEL SCIENTIFICO

Giuseppe Ruocco (Coordinatore; *Direttore generale dell'igiene e sicurezza degli alimenti e della nutrizione del Ministero della salute*), **Carlo Agostoni** (*Professore di pediatria, Università degli Studi di Milano, Ircss Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*), **Federico Bertuzzi** (*Dirigente medico I livello, Struttura semplice dipartimentale di diabetologia, Ospedale Niguarda, Milano*), **Furio Brighenti** (*Professore ordinario di alimentazione e nutrizione umana, Dipartimento di scienze degli alimenti, Università degli Studi di Parma*), **Giorgio Calabrese** (*Professore di dietetica e nutrizione umana; Presidente del Comitato nazionale sicurezza alimentare del Ministero della salute; Università degli Studi di Napoli Federico II; Facoltà di medicina s.c. spec. chirurgia, Ospedale Molinette, Università degli Studi di Torino; Scienze e tecnologie alimentari, Università degli Studi di Torino, sede di Asti*), **Riccardo Davanzo** (*Neonatologo, Istituto materno infantile Irccs Burlo Garofolo, Trieste; Presidente del Tavolo tecnico sull'allattamento al seno del Ministero della salute*), **Daniele Del Rio** (*Professore associato di scienze e tecniche dietetiche applicate, Dipartimento di scienze degli alimenti, Università degli Studi di Parma*), **Ilaria Fava** (*Ricercatore, Dipartimento di scienze mediche, chirurgiche, neurologiche, metaboliche e dell'invecchiamento, Seconda Università degli Studi di Napoli*), **Isabel Fernandez** (*Presidente Emdr Europe association – Eye movement desensitization and reprocessing –, Centro terapia Emdr per l'anoressia, Milano*), **Carlo Gaudio** (*Vicepreside della Facoltà di medicina e odontoiatria, Direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari, respiratorie, nefrologiche, anestesiologiche e geriatriche, Università degli Studi di Roma La Sapienza*), **Rosalba Giacco** (*Primo ricercatore, Istituto di scienze dell'alimentazione del Consiglio nazionale delle ricerche, Avellino*), **Carlo La Vecchia** (*Professore ordinario di epidemiologia, Dipartimento di scienze cliniche e di comunità, Università degli Studi di Milano*), **Livio Luzi** (*Professore ordinario di endocrinologia, Università degli Studi di Milano; Direttore dell'Area di endocrinologia e malattie metaboliche, Policlinico San Donato, Irccs*), **Ettore Novellino** (*Professore ordinario di chimica farmaceutica e tossicologica; Direttore del Dipartimento di farmacia, Direttore del Centro interdipartimentale di ricerca in farmacoeconomia e farmacoutilizzazione, Università degli Studi di Napoli Federico II*), **Giuseppe Paolisso** (*Rettore Seconda Università degli Studi di Napoli*), **Mario Parillo** (*Responsabile Uosd di geriatria, endocrinologia e malattie del ricambio, Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta*), **Gabriele Riccardi** (*Professore ordinario di endocrinologia e malattie del metabolismo, Dipartimento di medicina clinica e chirurgia, Università degli Studi di Napoli Federico II*), **Maria Rosaria Rizzo** (*Professore associato di medicina interna e malattie nutrizionali dell'anziano, Seconda Università degli Studi di Napoli*), **Francesca Scazzina** (*Ricercatore in fisiologia, Dipartimento di scienze degli alimenti, Università degli Studi di Parma*), **Giovanni Truscelli** (*Ricercatore, Università degli Studi di Roma La Sapienza*)

Hanno collaborato:

Roberto Copparoni, Denise Giacomini, Marzia Riccio, Bruno Scarpa (*Ministero della salute*)

13. Dieta e psiche

Il momento dell'alimentazione ha sempre assunto per l'uomo significati che sono andati ben oltre la funzione nutritiva. Non esiste situazione più complessa, per le sue implicazioni sociali, religiose, psicologiche, di quella alimentare; la nostra specie ha infatti trasformato il bisogno primario di nutrirsi in un'occasione di scambio e di relazione. Inoltre, a differenza degli altri esseri viventi, attenti a difendere il cibo da predatori, gli esseri umani amano mangiare in gruppo: condividere il momento del pasto è un'istituzione culturale profondamente radicata, un'abitudine ricca di significato, in cui si possono rintracciare regole, riti e usanze.

L'attenzione al corpo

In un contesto in cui il cibo e l'alimentazione rivestono una così ampia moltitudine di significati, è facile rendersi conto di quali implicazioni psicologiche possono essere veicolate.

L'attenzione al corpo, alle sue forme e al peso come diretta conseguenza di quanto delineato, infatti, è un fenomeno psicologico, affettivo, sociale e culturale che ha contraddistinto in modo particolare la storia del mondo occidentale degli ultimi decenni. La tendenza a utilizzare il corpo per esprimere un disagio psicologico, attraverso comportamenti alimentari disfunzionali che possono assumere anche connotazioni patologiche, è divenuta una realtà sempre più diffusa nella società in cui viviamo, tanto da essere considerata una vera e propria emergenza in ambito sia sociale sia sanitario.

L'esplosione e il riconoscimento di queste nuove forme di disagio psicologico, che si collocano su un *continuum* in cui ai due estremi si riscontrano magrezza estrema oppure obesità, vanno inseriti all'interno di un contesto sociale che mostra, al suo interno, una profonda contraddizione: da un lato, infatti, stiamo assistendo a una rivoluzione dell'immaginario del prototipo di donna ideale, che si è spostato verso l'esaltazione di una sempre maggiore magrezza e, dall'altro, l'alimentazione si è fatta più ricca, abbondante, con un costante invito a eccedere.

La rilevanza sociale di questa problematica è stata sostenuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Secondo il rapporto ufficiale, infatti, nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stati stimati tassi di prevalenza *lifetime* dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il *binge eating disorder*. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata in almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in 1 anno, mentre quella

della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in 1 anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano il 5-10% dei casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di *binge eating disorder*.
Una delle ultime pubblicazioni di Sim et al. del 2013 "*Eating disorders in adolescents with a history of obesity*" sul giornale dell'*American Academy of Pediatrics* indica che i bambini con obesità sono ad alto rischio di sviluppare disturbi alimentari una volta diventati adolescenti. Questi adolescenti fanno degli sforzi per calare di peso, fino a sviluppare veri e propri disturbi alimentari gravi come anoressia e bulimia e altri come PICA (ingestione di sostanze non alimentari), disturbo da ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, disturbo di *binge eating*. L'organismo umano, infatti, nel corso dell'evoluzione è stato allenato a resistere alla fame e alle carestie, ma è indubbiamente meno preparato a fronteggiare l'abbondanza e la disponibilità di cibo. Da qui la diffusione delle diete per adeguarsi ai modelli estetici imperanti, anche grazie all'aumentata informazione (il più delle volte insufficiente e scorretta) sull'argomento.

Le cause del disturbo

Data la rilevanza, dal punto di vista sociale, di questo quadro clinico, la letteratura scientifica che si occupa di indagare questa tematica si è interrogata riguardo le potenziali cause di esordio e di mantenimento di un disturbo tanto invalidante. Lo studio di Felitti et al. del 2003, condotto in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico del Kaiser Permanente, ha evidenziato come i problemi di obesità abbiano spesso origine nelle esperienze traumatiche avvenute durante l'infanzia. Attraverso interviste mirate che indagavano la storia di vita dei pazienti obesi, il gruppo di ricerca di Felitti ha potuto accorgersi di come molti di questi soggetti abbiano iniziato a utilizzare il cibo e l'alimentazione come forme di autocura e di autoregolazione per fronteggiare eventi di vita particolarmente stressanti e il disagio psicologico da essi generato. La cosa più interessante è stata riscontrare come questi eventi di vita avversi (*adverse childhood experiences*) fossero riscontrabili soprattutto nei primi 18 anni di vita.
Negli ultimi anni la letteratura che indaga i fattori di rischio di origine traumatica nell'esordio dei disturbi del comportamento alimentare hanno evidenziato, in modo particolare, un'associazione significativa tra abuso sessuale e anoressia nervosa e bulimia nervosa. È stata anche trovata un'associazione tra abusi sessuali, fisici, psicologici e trascuratezza durante l'infanzia e comparsa di condotte bulimiche e di eliminazione durante il corso della vita. Un ulteriore studio condotto da Lejonclou et al. nel 2014 ha indagato la presenza di eventi di vita sfavorevoli (esperienze traumatiche come abbandoni, trascuratezza, violenza e abusi) in un campione di soggetti con disturbi del comportamento alimentare e ha evidenziato come tale gruppo di soggetti avesse sperimentato un numero significativamente maggiore di eventi potenzialmente traumatici nel corso della vita rispetto al campione di controllo non clinico. In modo particolare i risultati hanno mostrato che i soggetti con disturbi del comportamento alimentare avevano una probabilità significativamente maggiore di aver sperimentato, nel corso dei primi anni di vita, traumi ripetuti di tipo interpersonale.

I fattori ambientali

Infine, il DSM V Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (*American Psychiatric Association*)

2013 riporta come fattori di rischio ambientali per i disturbi alimentari:

- situazioni di vita stressanti e problemi nella relazione genitori-bambino come fattori predisponenti nei bambini piccolissimi e piccoli;
- l'interazione genitore-bambino può contribuire ai problemi di nutrizione del bambino o aggravarli. Ci può essere coesistenza di psicopatologia nei genitori, oppure abuso o abbandono in età infantile e questi sono fattori che possono aumentare il rischio di sviluppare disturbi alimentari;
- l'ansia familiare, eventi di vita stressanti, condizioni interpersonali stressanti predispongono all'esordio del disturbo. Tra i fattori di rischio ambientali viene inoltre segnalato che i soggetti che durante l'infanzia hanno vissuto abusi sessuali o fisici hanno un maggiore rischio di sviluppare questa patologia.

Secondo le recenti teorie sulla memoria, infatti, le esperienze traumatiche che forniscono le basi per la futura patologia sono state conservate all'interno del sistema mnestico in una forma non elaborata, insieme alla carica emotiva, alle sensazioni fisiche e alle credenze negative irrazionali a essa legate. Diventa pertanto necessario individuare un metodo psicoterapeutico che intervenga direttamente su tali esperienze traumatiche precoci, per consentire l'elaborazione e la risoluzione adattiva, andando così a intervenire in modo diretto sui fattori di rischio alla base dell'insorgenza e del mantenimento del disturbo stesso.

Il trattamento delle patologie

Sulla base di tali dati risulta evidente come il trattamento di queste patologie sia molto complesso e articolato. Alla luce di questa complessità diviene importante fare riferimento a un approccio *evidence-based* centrato sullo stress e il trauma e ampiamente riconosciuto dalla comunità scientifica come l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), che agisca sulle esperienze e caratteristiche che costituiscono la base delle patologie e disfunzioni alimentari.

L'utilizzo del metodo EMDR attraverso il protocollo su tre versanti (passato, presente, futuro) permette al terapeuta, quindi, di formulare un piano terapeutico che consente al paziente, che presenta le difficoltà di cui si è parlato dal punto di vista alimentare, di elaborare i ricordi traumatici sottostanti, di attivare le strategie di *coping* adeguate per gestire il disturbo e prevenire le ricadute.

A oggi l'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e la sua utilità clinica sono state ampiamente supportate da numerosi *case study* in ambito clinico. In letteratura sono presenti studi che hanno mostrato l'efficacia di questo approccio terapeutico soprattutto nel lavoro sull'immagine corporea con questa tipologia di pazienti. L'EMDR, inoltre, viene indicato come trattamento di elezione (*evidence-based*) per i disturbi legati allo stress e a esperienze traumatiche (WHO, 2013).

Alla luce delle evidenze scientifiche riportate, di seguito vengono descritti i punti fondamentali per un intervento integrato nei casi di alimentazione disregolata e disfunzionale, con un'attenzione particolare al significato psicologico del cibo e al ruolo della famiglia e delle Istituzioni nel delicato processo presa in carico.

- Interventi a livello psicoeducativo (non solo nutrizionale), rivolti alla famiglia e al contesto scolastico, che accompagnano il bambino dai primi anni di vita. L'intervento psicologico deve riguardare i principali momenti chiave dell'alimentazione e della nutrizione del bambino fin dalla nascita (allattamento, pediatri, scuola ecc.). Questo intervento precoce può

essere reso possibile grazie al coinvolgimento delle Istituzioni che seguono il bambino durante tutto il ciclo di vita (ospedali, scuola, *caregivers* ecc.). In particolare, l'intervento psicologico deve essere presente durante l'adolescenza, età in cui il rischio di esordio dei disturbi alimentari aumenta in modo significativo.

- Interventi preventivi sull'obesità infantile, con trattamenti che includano interventi psicologici la cui efficacia sia supportata dalla ricerca. È fortemente consigliato un intervento precoce per facilitare la possibilità di recupero.
- Intervento psicologico rivolto alla popolazione in generale, come psicoeducazione alla salute e all'alimentazione (regole comportamentali, individuazione dei meccanismi che regolano il bisogno di mangiare per motivi emotivi e psicologici ecc.). Per quanto riguarda la popolazione a rischio o quelli che hanno già sviluppato obesità o un disturbo alimentare, la dieta e l'educazione alimentare possono aumentare la loro efficacia se abbinate a un intervento volto a esplorare le dinamiche psicologiche alla base dell'eccessiva e disfunzionale alimentazione come meccanismo di *coping* per fronteggiare eventi stressanti. A questo proposito è particolarmente importante esplorare la storia di esperienze stressanti e traumatiche avvenute nei primi anni di vita o precedenti all'esordio del problema alimentare.

È necessario utilizzare un metodo psicologico e psicoterapeutico che intervenga direttamente su tali esperienze traumatiche o stressanti, noti fattori di rischio; è importante fare riferimento a un metodo *evidence-based* ampiamente riconosciuto a livello internazionale e garantito dall'OMS nelle sue linee guida per il trattamento dei traumi. L'EMDR è una metodologia che ha queste caratteristiche e che viene applicata in ambito psicoterapeutico per risolvere le conseguenze degli eventi stressanti e traumatici alla base dei disturbi alimentari.

Conclusioni

Si deve pertanto tenere conto del ruolo dello psicologo per facilitare e intervenire:

- nell'educazione alla salute e a un'alimentazione sana che tenga conto dei fattori psicologici ed emotivi. Non c'è salute senza salute mentale;
- sulla relazione mamma-bambino già dal momento dell'allattamento; è indispensabile partire dalla relazione primaria che il bambino instaura con chi si prende cura di lui per prevenire l'insorgenza del disturbo alimentare e di problemi alimentari come l'obesità;
- sulla relazione del *caregiver* con il proprio corpo e con il cibo e sulle modalità con cui si mangia nella famiglia d'origine e il clima emotivo nei momenti in cui la famiglia è a tavola, espressione di dinamiche familiari che possono essere dei fattori di rischio per problematiche alimentari. L'identificazione precoce dei sintomi e delle manifestazioni dei disturbi alimentari è fondamentale prima che il disturbo diventi cronico;
- sulle esperienze stressanti e traumatiche alla base dei problemi di regolazione emotiva e del disagio psicologico, sottostanti ai disturbi dell'alimentazione.

Bibliografia

Bloomgarden A, Calogero RM. A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on negative Body image in Eating Disorder Inpatients. Eating Disorders. Journal of Treatment & Prevention 2008; 16

Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N.

Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications. Psychological Review 2010; 117: 210-32

Chemtob CM, Tolin DF, van der Kolk BA, Pitman RK. Eye movement desensitization and reprocessing. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (Eds). Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, NY: The Guilford Press 2000, pp. 139-55, 333-5

Costa J, Pinto-Gouveia J, Galhardo A. Validation of the Psychometric Properties of Acceptance and Action Questionnaire-II in Clinical and Nonclinical Groups of Portuguese Population. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2014; 14

Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. Washington, DC: Veterans Health Administration, 2010

Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health Problems: Evidence from Four Birth Cohorts Dating Back to 1900. Preventive Medicine, 2003; 37: 268-77

Forester D. EMDR with eating disorders. Presentation at the 20th EMDR International Association Conference, Denver, CO, 2014

Hautala L, Helenius H, Karukivi M, et al. The role of gender, affectivity and parenting in the course of disordered eating: a 4-year prospective case-control study among adolescents. Int J Nurs Stud 2011; 48: 959-72

Jaite C, Schneider N, Hilbert A, et al. Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. Psychopathology 2012; 45: 61-6

National Institute for Clinical Excellence. Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care. London: NICE Guidelines, 2005

Omaha J. Treatment of Bulimia and Binge Eating Disorder using the Chemotion/EMDR Protocol, Intervento presentato nella Conferenza EMDRIA "EMDR...Forward from the Future", Toronto, 2000

Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2004

Seija N. Advanced EMDR strategies for the body image distortion treatment in eating disorders. In EMDR in the treatment of fears and phobias/eating disorders/borderline disorder. Presentation at the 2nd EMDR Asia International Conference, Manila, The Philippines, 2014

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York, NY: The Guilford Press, 1995

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. 2nd edition. New York: Guilford Press, 2001

Sim L, Lebow J, Billings M. Eating Disorders in Adolescents With a History of Obesity. Pediatrics 2013; 132: 4

van der Kolk B. The Body Keeps The Score: Memory & the Evolving Psychobiology of Post Traumatic Stress. Harvard Review of Psychiatry 1994; 1: 253-65

World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. 2013