

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



UNIVERSITÀ DI PARMA

# I Disturbi della Condotta Alimentare in gravidanza e post-partum

*Il trattamento del disagio psichico perinatale.*

*Bologna settembre 2022*

Dr.ssa Annalisa Camerlengo

*UOC Servizi Psichiatrici Ospedalieri a direzione universitaria, DAISMDP-  
AUSL Parma*

# Sommario

- I DCA: eziologia, clinica e trattamento
- Il problema dei DCA in gravidanza: come si presentano, come si identificano, outcomes post natali nel bambino e nella madre

# DCA: Definizione

- Disturbo delle abitudini alimentari o dei comportamenti diretti al controllo del peso, con presenza di pensieri disfunzionali relativi al cibo, alle sue proprietà e ai suoi effetti sull'aspetto corporeo
- Disturbo della percezione o rappresentazione del corpo con eccessiva influenza di forma e peso corporeo sui livelli di autostima
- Deterioramento clinicamente significativo nella salute fisica e nel funzionamento psicosociale

*Fairburn CG e Harrison PJ, 2003; The Lancet, 361:407-416*

# Nuova Epidemiologia DCA

- I DCA colpiscono prevalentemente adolescenti e giovani adulti con prevalenza nel sesso femminile
- La fascia d'età d'esordio più frequente è tra i 15 e i 19 anni
- Osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi ad esordio precoce in fase pre-pubere o pre-adolescenziale con maggiore rischio di danni permanenti da malnutrizione ( ossa; sistema nervoso centrale)

*Smink FRE et al, Curr Opin Psichiat 2013*

- AN : prevalenza del 4% nelle donne occidentali
- BN: prevalenza del 2% nelle donne occidentali
- La prevalenza sale al 5-10% se si considerano le forme di DCA sottosoglia
- La guarigione completa è attesa in meno del 50% dei casi
- La mortalità è compresa tra il 5% e il 20%
- AN: mortalità del 3% per cause mediche

Yager et al,2000; Harris et al 2001; Huas et al, 2011; Bodell, Joiner e Keel, 2013

# Eziologia dei DCA

## Modello bio-psico-sociale:

*fattori biologici, psicologici/familiari e socioculturali si combinano in modo additivo per produrre una patologia del comportamento alimentare*

## Modello diatesi/ stress:

- *Una predisposizione biologica determina la forma del disturbo*
- *L'esposizione a eventi di vita stressanti determina se il disturbo si svilupperà o meno (fattori precipitanti)*

*Garner e Garfinkel, 1993; Polivy e Herman, 2002*

# Multifattorialità dei DCA

- **Fattori predisponenti**: individuali, familiari e socioculturali
- **Fattori precipitanti o scatenanti**: possono promuovere l'inizio del disagio in presenza di una predisposizione di base con passaggio dalla vulnerabilità al disturbo vero e proprio.
- **Fattori di mantenimento**: hanno il ruolo di favorire la formazione e il perpetuarsi del disturbo stesso

# Fattori Predisponenti

## Fattori familiari:

- *Disturbi psichiatrici familiari*
- *DCA Materno*
- *Scarse cure, elevato controllo*
- *Abuso*
- *Stili di Attaccamento (Preoccupato; Distaccato)*
- *Abitudini Alimentari familiari (diete restrittive, attività fisica compulsiva, ortoressia esasperata)*



Senso di sé instabile; inadeguatezza; problemi di identità e controllo

## Fattori Individuali:

- *Fattori genetici e biologici*
- *Perfezionismo*
- *Tratti ossessivi, marcata rigidità*
- *Bassa autostima, scarsa autoconsapevolezza*
- *Affettività negativa; impulsività*
- *Elevato BMI*
- *Pregressa Positività Psichiatrica*

*Bulik et Genetic epidemiology, Endophenotypes, and Eating Disorder Classification, IntJ Eat Dist 2007,40:552-60;*  
*Striegel-Moore R e Bulik CM. Risk factors for Eating Disorders. Am Psychol 2007, 62: 181-198*



# Fattori SocioCulturali

- Cultura dell'abbondanza e idealizzazione della magrezza
- Influenza dei coetanei
- Influenza dei media



## Insoddisfazione per il corpo

*Bulik et Al. Genetic epidemiology, Endophenotypes, and Eating Disorder Classification, Int J Eat Dis 2007, 40: 552-60;*  
*Striegel-Moore R e Bulik CM. Risk factors for Eating Disorders. Am Psychol 2007, 62: 181-198*

# Disturbo dell'Immagine Corporea

- È la risposta ai problemi di identità e controllo
- Deriva da un alterato senso di sé
- Conferisce senso e significato alla vita della paziente con DCA
- Il peso e le forme corporee diventano uno strumento di autovalutazione e riconoscimento

## Dimensioni del BID:

- **PERCETTIVA:** alterata integrazione di stimoli enterocettivi, visuospatiali, interpersonali
- **AFFETTIVA:** eccessiva sensibilità a stimoli negativi; inibizione emotiva a stimoli gratificanti; insoddisfazione per il corpo
- **COGNITIVA:** credenza circa forme e aspetto corporeo; rappresentazione mentale del corpo

*Gaudio e Quattrocchi, 2012.. Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 36: 1839-1847*

# Fattori di Mantenimento e Clinica

**Fattori di mantenimento aspecifici**: elementi psicologici che non attengono direttamente alla clinica ma contribuiscono a definire la durata del disturbo

- *Perfezionismo clinico: valutazione di sé dipendente da standard autoimposti*
- *Deficit di autoconsapevolezza: incapacità di identificare le proprie emozioni*
- *Bassa autostima: patologica valutazione delle proprie capacità totalizzante*
- *Difficoltà relazionali ed interpersonali: comportano isolamento ed evitamento fobico*
- *Fattori familiari e socioculturali*

**Fattori di mantenimento specifici**: insieme di meccanismi psicologici, convinzioni e comportamenti che corrispondono alla clinica del disturbo

- *Psicologici: valore attribuito a sé; rinforzo positivo e negativo, fobia ponderale, vantaggio secondario*
- *Comportamentali: Restrizione; Iperattività, Abbuffate, Condotte di Eliminazione, Body Checking e Food CheCking*
- *Organici: sottopeso, modificazioni fisiche, psichiche e cognitive*

*Dalle Grave et al, 1993; Garner e Dalle Grave, 1999; Beck, 1987; Dalle Grave, 1998; 2000; 2001; Fairburn, Cooper e Shafran, 2003*

# Anoressia Nervosa

- Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alla necessità che porta ad un peso significativamente basso, nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso significativamente basso è inteso come un peso inferiore al minimo normale oppure per i bambini e gli adolescenti meno di quello minimo previsto
- Intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui viene vissuta la forma e il peso corporeo, eccessiva influenza di forma e peso corporeo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della attuale condizione di sottopeso.

Sottotipi:

- **Con restrizioni**
- **Con abbuffate e/o condotte di eliminazione**

Indice di Gravità

- **Lieve:** BMI < a 17
- **Moderata:** BMI 17-15
- **Grave:** BMI < 15
- **Estrema:** BMI < 14

# AN: Caratteristiche Cliniche Associate

- Sintomi depressivi, ansiosi, ossessivi
- Isolamento sociale
- Perfezionismo, stili cognitivi rigidi
- Disinteresse sessuale
- Pensiero magico, pensiero tutto o nulla

## Caratteristiche cliniche esacerbate o causate da malnutrizione e digiuno:

- Preoccupazioni intrusive per il cibo
- Raccolta compulsiva di cibo
- Anomale preferenze di gusto ed altri disturbi nella regolazione dell'appetito
- Binge eating
- Apatia, irritabilità
- Modifica della personalità premorbosa

# Bulimia Nervosa

- **Ricorrenti episodi di abbuffate.** Un episodio di abbuffate è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
  - *Mangiare in un determinato periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili*
  - *Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio*
- **Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie** per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, digiuno o attività fisica eccessiva
- Le abbuffate e le condotte di compensazione si verificano almeno una volta alla settimana per tre mesi
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.
- L'alterazione non si verifica esclusivamente durante un episodio di AN

# Sottotipi delle Sindromi Bulimiche

## Bulimia Nervosa Semplice o Uniimpulsiva:

- Personalità intatta, perfezionismo
- Soggetti ipercontrollati, compulsivi

## Bulimia Nervosa Multiimpulsiva:

- Utolesionismo/automutilazione, frequenti tentativi di suicidio
- Difficoltà di regolazione dell'affettività negativa
- Furto compulsivo, attività sessuale promiscua
- Abuso di alcool e sostanza, instabilità emotivo-affettiva
- Eventi avversi nell'infanzia

# DCA: principi di Cura

## TEAM MULTIDISCIPLINARE:

- Psichiatra, Psicologo, Neuropsichiatra
- Medico Internista, Pediatra, Nutrizionista/Dietista, Educatore, Infermiere
- Altri specialisti ( endocrinologo, ginecologo, odontoiatra)

## OBIETTIVI:

- Terapia in fase acuta delle manifestazioni psichiche e fisiche del disturbo
- Riabilitazione e prevenzione delle ricadute



# AN: Trattamento

## Terapia in fase acuta:

- Ripristino dello stato metabolico e nutrizionale
- CBT
- Aumento della motivazione al trattamento
- Terapia Familiare
- Intervento Psicoeducazionale familiare ed individuale

## Terapia di Mantenimento

- Psicofarmacoterapia : SSRI
- Stabilizzazione del peso raggiunto e riduzione delle ricadute
- Psicoterapia

*Yager et al,2000; Ferguson et al,1999; Becker et al, 1999; Marcus e Levine,1998; Kaplan e Garfinkel,1999; APA 2006*

## Decorso:

- Drop-out in fase acuta 30-50%
- Ricadute ad un anno 30-50%
- Soggetti ad esordio precoce possono avere un decorso autolimitante
- Il 20% presenta un decorso ad andamento protratto
- Il decorso è più spesso fluttuante

*Harris et al,2001; Keel e Mitchell,1997; Keel, Mitchell, Miller, Davis e Crow,1999; Agras, Crow et al,2000*

# BN: Trattamento

## Trattamento delle condotte alimentari patologiche:

- Counselling nutrizionale
- CBT
- Psicofarmacoterapia ( Fluoxetina)

## Trattamento a lungo termine dei disturbi psichiatrici associati:

- Psicoterapia individuale
- Psicofarmacoterapia di mantenimento

*Ayuso-Gutierrz, Palazon e Ayuso-Mateos,1994; Roberts e Lydiard,1993; Mitchell, Raymond e Specker,1993, Becker et al,1999; APA 2000,2006; NICE ,2017*

## Decorso:

- Follow-up a 5-10 anni: 30-50% presenta ancora sintomi significativi
- Per la Bulimia Multiimpulsiva c'è un aumentato rischio di drop-out e di ricadute a lungo termine

*Fairburn CG e Harrison PJ.Eating disorders. The Lancet 2003, 361:407-16*

# Prevalenza dei DCA in Gravidanza

- Pochi studi hanno indagato la prevalenza dei DCA in gravidanza
- Dati dallo studio MoBa hanno riportato una prevalenza dei DCA in gravidanza dello 0.2% per la Bulimia Nervosa , 4.8% per il BED; 0.1% per il DCA NAS
- Attualmente si ritiene che i DCA siano comuni in gravidanza (7.5%); di queste circa il 23% ha riportato problemi circa il peso e la forma corporea, l'8.8 % presenta comportamenti di binge eating il 2.3% ha avuto regolari comportamenti compensatori durante la gravidanza

*Turton et al,1999; Broussard,2012; Bulik et al,2007; Knoph-Berg,2011; Easter et al,2013*

## Effetti della gravidanza sui Dca:

La gravidanza è associata sia alla remissione che alla ricaduta dei sintomi alimentari:

- Miglioramento dei sintomi generali (29-78%) con **miglioramento dei sintomi per AN minore che per BN.**
- Nelle prime 20 settimane di gestazione maggiore rischio di ricadute correlate alla presenza di iperemesi gravidica, peggioramento dell'immagine corporea, comorbidità psichiatrica in donne con anamnesi di DCA.
- Frequenti ricadute nel post-partum, associate a **sintomi depressivi e d'ansia.**
- Nuovo possibile sviluppo di sindromi bulimiche ( LOC circa 30%).

*Andersen et al,2009; Blais et al,2000; Micali et al, 2018; Sollid RN et al, 2021*

# Sintomi Cognitivi DCA in Gravidanza

- Miglioramento dell'insoddisfazione per il corpo e dell'attenzione eccessiva all'alimentazione in donne senza un franco DCA

*Rocco et al, 2005*

- Peggioramento del Disturbo dell'Immagine Corporea in donne con DCA nelle prime 18 settimane di gravidanza con successivo miglioramento

*Crow et al, 2004*

- Miglioramento della consapevolezza in relazione al proprio peso e alla salute fisica

*Crow et al , 2008*

# Effetti dei DCA sulla gravidanza

I DCA comportano sequele endocrinologiche e riproduttive di interesse ostetrico-ginecologico sia in pz non gravide che in pz gravide



## In pazienti non gravide:

- Ovaio policistico
- Disturbi mestruali con infertilità
- Ridotto accrescimento della pelvi

## In pazienti gravide

- Iperemesi
- Parto cesareo
- Depressione e ansia in gravidanza e post-partum
- Rischi fetali/neonatali (aborto, SGA, basso APGAR, eff.teratogeni)

# Quando sospettare un DCA in gravidanza

- Anamnesi familiare positiva per DCA o altri disturbi psichiatrici
- Anamnesi personale positiva per Ansia/depressione o pregresso DCA
- Irregolarità mestruali e/o infertilità
- Ridotto desiderio sessuale
- Precedenti parti pretermine, SGA con difficoltà nell'allattamento o all'alimentazione
- Frequenti disturbi gastrointestinali, iperemesi gravidica
- Basso BMI o mancato aumento di peso in gravidanza
- Esercizio Fisico Compulsivo



- Monitorare i segni di eventuale aggravamento con attivazione del Team multidisciplinare
- Mantenere un atteggiamento supportivo non giudicante
- Aumentare la motivazione al cambiamento fissando obiettivi di peso condivisi

# Come interferiscono i DCA con la gravidanza?

## Ai tentavi di concepimento:

- Ovulazione irregolare
- Ridotto desiderio sessuale
- Fumo/uso di sostanze

## Durante la gravidanza:

- < micronutrienti
- Iperemesi
- Ridotto aumento di peso
- Aborto
- Prematurità o basso peso alla nascita
- Parto Cesareo, mortalità perinatale

## Nel Post-partum

- Difficoltà nell'allattamento
- Minore attaccamento
- Depressione post-partum
- Recidiva DCA

## Il DCA materno si correla quindi a numerose complicanze ostetriche:

- AN: basso peso alla nascita, <Apgar score, SGA, prematurità, > mortalità perinatale, minore frequenza di gravidanze e in maggiore età
- BN: > rischio aborto, > parti indotti, > tagli cesarei

*Micali et al, 2007; Andersen et al, 2009; Watson et al, 2017; Tabler et al, 2018; Eik-Nes et al, 2017*

# Outcomes Materni e Neonatali

I DCA in gravidanza si correlano ad una ridotta alimentazione e aumentati sintomi depressivi e d'ansia (30-40%) che attraverso un verosimile incremento dei glucocorticoidi fetale e del CRH materno comportano un alterato sviluppo fetale e complicanze ostetriche



**Effetti neonatali:** basso peso alla nascita, complicanze neonatali, ridotta crescita, difficoltà nell'alimentazione in infanzia in particolare nell'alimentazione interattiva con maggiore preoccupazione per peso e forma corporea, temperamento oppositivo/autofrustrante, ridotti punteggi ai test di sviluppo del linguaggio, cambiamenti epigenetici.

**Effetti materni:** Ritorno della gravità premorbose dei sintomi entro nove mesi dal parto, peggioramento dei sintomi della BN nel 57% delle pazienti, prevalenza di depressione e ansia del 30-40% sia in gravidanza che nel post-partum, interferenza nella decisione di iniziare o proseguire l'allattamento con interazione più difficile.

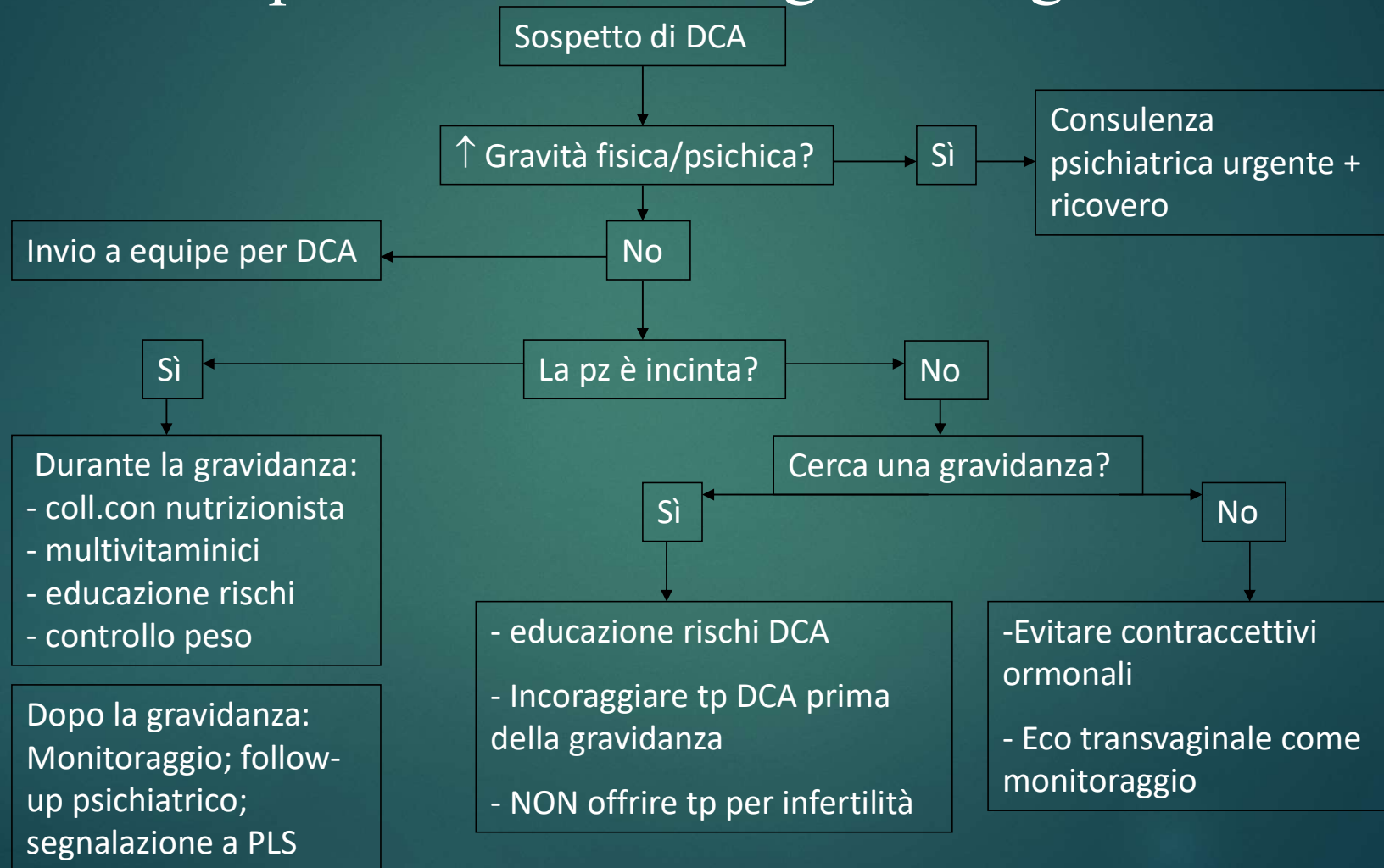


# Diagnosticare i DCA in gravidanza: Quali sono le Difficoltà?

**Molte delle caratteristiche cliniche e diagnostiche dei DCA possono essere mascherate in gravidanza:**

- Aumento di peso
- Miglioramento dei sintomi in particolare dell'immagine corporea e della preoccupazione per il peso
- Iperemesi gravidica vs vomito autoindotto
- Cambiamenti dell'appetito vs abbuffate
- Difficoltà delle pazienti a comunicare a ostetrica/ginecologo della presenza di un DCA attivo o in anamnesi per timore dello stigma o ambivalenza nei confronti del trattamento
- Presenza di sintomi sottosoglia in gran parte non riconosciuta e trattata in gravidanza

# Trattamento dei DCA in pazienti ostetrico-ginecologiche



# Management dell'AN in Gravidanza

- L' AN è caratterizzata da un pattern recidivante/remittente con una maggiore prevalenza negli individui di sesso femminile in età fertile
- Ad oggi non è tuttavia corretto ritenere la gravidanza possibile solo se l'AN è in remissione con una prevalenza compresa in gravidanza tra lo 0.05 e lo 0.50%
- La gestione dell'Anoressia Nervosa in gravidanza richiede una particolare attenzione in relazione ai comportamenti restrittivi, alle modifiche fisiologiche in gravidanza e alla maggiore necessità di monitoraggio della crescita fetale
- L'AN ha effetti sulla gravidanza attraverso un basso apporto calorico, carenze nutrizionali e vitaminiche , stress, digiuno, ridotto BMI, ridotta funzione uroplacentare
- La soglia per la riabilitazione nutrizionale in gravidanza deve considerare i rischi correlati alla cattiva alimentazione, al digiuno e alla ridotta massa corporea della madre e del feto

## Molti dei principi sviluppati per la gestione della AN negli adulti sono applicabili ai soggetti in gravidanza:

- La gestione della AN richiede **un approccio di gruppo multidisciplinare** fatto da professionisti con specifiche competenze in materia di salute mentale, internistiche e dietistiche.
- In gravidanza gli esperti devono includere le ostetriche, dietologi che hanno anche esperienza in requisiti nutrizionali in gravidanza, pediatri e medici della salute mentale con esperienza perinatale.
- La riabilitazione nutrizionale dovrebbe sempre avvenire in collaborazione con i familiari e le figure di riferimento.

## Per la gestione delle pazienti affette da AN in gravidanza sarebbe necessaria l'ospedalizzazione per gestire la fase di rialimentazione:

- Ridurre il rischio di **refeeding**: le pazienti dopo sette-10 giorni dall'inizio della rialimentazione possono essere ancora a rischio di refeeding con necessità di monitoraggio quotidiano della funzionalità d'organo ed elettrolitica.
- È necessaria una supplementazione profilattica di tiamina, complessi multivitaminici, fosforo e vitamine del gruppo B.
- Si raccomanda una stretta collaborazione tra tutte le figure del team multidisciplinare.
- L'alimentazione enterale è indicata solo se non è possibile soddisfare le esigenze nutrizionali attraverso una alimentazione orale spontanea o se in fase iniziale è presente instabilità cardiaca o squilibri elettrolitici.
- Utile l'utilizzo di pasti assistiti con supervisione infermieristica, riposo a letto e monitoraggio dell'introito di liquidi e dei comportamenti purging, in particolare l'utilizzo di lassativi

*Management of Anorexia Nervosa in pregnancy: a systemic and state-of-the-art review, Megan Gallbally 2002*

# Conclusioni

Il mancato riconoscimento dei DCA in gravidanza è correlato ad un elevato rischio di outcomes negativi per la madre e per il bambino.

Uno screening per DCA è fondamentale in ostetricia

**È fondamentale incrementare le conoscenze, le attitudini e pratiche cliniche sui DCA in area ostetrico-ginecologica, anche attraverso l'utilizzo di test di screening semplici che possano essere utilizzati anche da personale non specializzato.**



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**