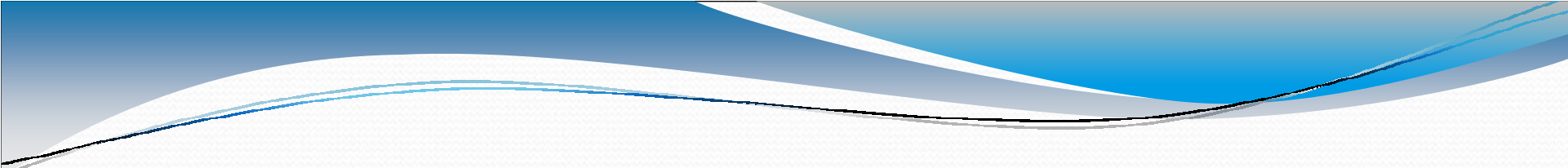




DISTURBI ALIMENTARI

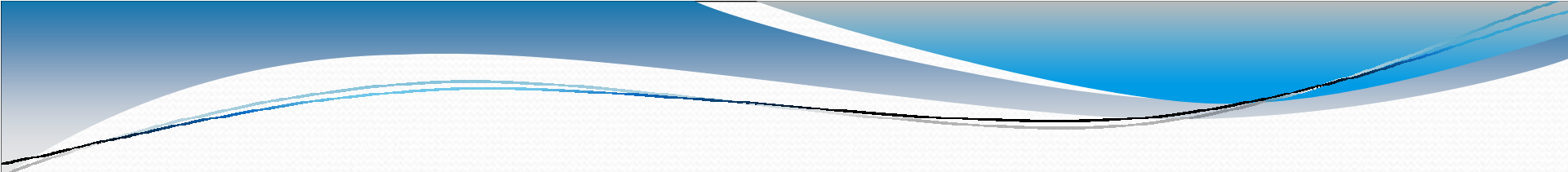
- 
- Francesco Rovetto
 - Medico Spec in Psicologia ed in Psichiatria
 - Già Prof Ordinario Psicologia Clinica Univ Pavia
 - www.rovetto.net
 - Tel 3356058145
 - E-mail francesco@rovetto.net

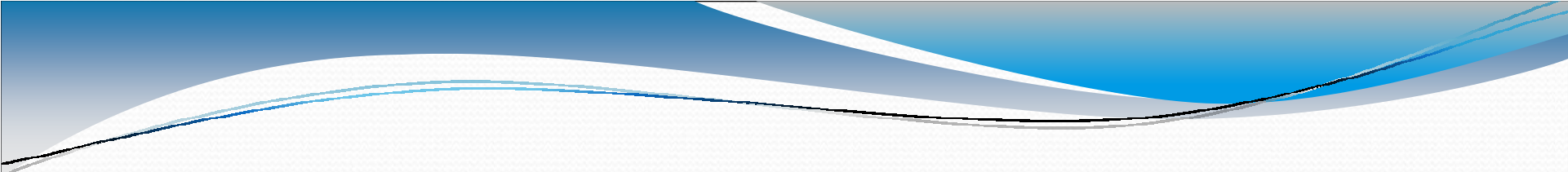
DSM-IV-TR

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE:

- Anoressia Nervosa (AN):
 - A. Rifiuto di mantenere il peso al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura
 - B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
 - C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso
 - D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi
- 2 sottotipi:
- con restrizioni
 - con abbuffate e condotte di eliminazione

- BMI body mass index Indice di massa corporea
- Si moltiplica per se stesso il valore (in metri) della altezza di una persona es se è alta 1,75 si fa $1,75 \times 1,75 = 3,06$ se la persona pesa 85 kili $85 : 3,06 = 27,77$ Non Obesa . Se pesasse 95 kg si otterrebbe 31,04 Obesa

- 
- 1 kg del nostro grasso è pari a 7000 Kcal.
 - Se una persona consuma 2500 Kcal al giorno
 - Mangiandone 2500 resta stabile
 - Mangiandone 3500 al giorno ingrassa di 1 kg alla settimana
 - Mangiandone 1500 dimagrirebbe di 1 kg alla settimana
 - Ma il metabolismo rallenta e dopo poco non dimagrisce quasi più, se invece sgarra aumenta rapidamente ed a dismisura avendo la impressione di aver rovinato tutto

- 
- La dieta ha senso solo se inserita in un profondo cambiamento delle abitudini di vita, in particolare aumentare la attività fisica anche (ma non solo) al fine di mantenere alto il metabolismo e quindi la perdita di peso.
 - La perdita di peso dovrebbe essere lenta e duratura (mai più di 1 kg alla settimana) il nostro grasso è pieno di colesterolo e di prodotti inquinanti.
 - Calo lento e progressivo ed associato ad attività fisica oltre che eventualmente ad un sostegno psicologico.

- 
- Poche cose sono più legate alla insorgenza dei disturbi alimentari rispetto alla dieta

- Bulimia Nervosa (BN):

- A. Ricorrenti abbuffate

- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi

- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei

- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa

2 sottotipi:

- Con condotte di eliminazione

- Senza condotte di eliminazione

- **Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (DANAS):**

La categoria DANAS include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico DA. Gli esempi includono:

- 1) Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'AN in presenza di un ciclo mestruale regolare
- 2) Tutti i criteri dell'AN sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma
- 3) Tutti i criteri della BN risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi
- 4) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti)
- 5) Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo
- 6) **Disturbo da Alimentazione Incontrollata:** ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della BN (vedi l'Appendice B del DSM-IV-TR per i criteri proposti per la ricerca)

- All'interno della versione del DSM attualmente in uso, il Binge Eating Disorder (BED) è classificato tra i "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi" (**Appendice B**) → è stato proposto da Spitzer et al. nel 1991
- Questa appendice contiene una serie di **proposte** di nuove categorie e assi che sono stati indicati per un possibile inserimento nel DSM-V.
- Le voci, le soglie e le durate contenute nei set di criteri per la ricerca hanno lo scopo di fornire un linguaggio comune per i ricercatori e i clinici che sono interessati a studiare questi disturbi, al fine di produrre un **affinamento dei criteri** stessi.

Caratteristiche Diagnostiche

- A. Abbuffate ricorrenti. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambe:
1. Mangiare, in un periodo di tempo limitato (per esempio 2 ore), una **quantità di cibo** assolutamente maggiore rispetto quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un **periodo di tempo** simile in circostanze simili
 2. Senso di **perdita di controllo** durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando)
- B. Le abbuffate sono associate a **almeno 3** dei seguenti sintomi:
1. Mangiare molto più **rapidamente** del normale
 2. Mangiare fino a sentirsi fastidiosamente **pieni**
 3. Mangiare **grandi quantità** di cibo non a causa della fame
 4. Mangiare da soli a causa della **vergogna** rispetto alla quantità di cibo che si sta mangiando
 5. Sentirsi **disgustati** da se stessi, **depressi** o **molto in colpa** dopo l'abbuffata
- C. È presente un forte **disagio** rispetto alle abbuffate
- D. Le abbuffate avvengono, in media, **almeno 2 giorni alla settimana per 6 mesi**
- E. L'abbuffata non è associata all'utilizzo regolare di **comportamenti compensatori inappropriati** (per esempio, utilizzo di lassativi, vomito, eccessivo esercizio fisico) e non avviene nell'ambito di AN o BN

Binge Eating Disorder

- Identificata inizialmente come caratteristica primariamente dei soggetti obesi, ora svincolata dal BMI
- In termini psicopatologici, si colloca tra la BN e l'obesità.
- Proposto un continuum di gravità decrescente a 3 punti:



Caratteristiche bed vs. Obesità

- Obesi con BED rispetto a quelli senza hanno più bassi livelli di **autostima** e più sintomi **depressivi**, più disturbi **psichiatrici** in comorbidità e più disturbi di **personalità**
- Soggetti obesi con BED introducono più calorie rispetto a quelli senza BED
- Soggetti obesi BED consumano più dolci e snack (caratterizzati da più grassi e meno proteine) rispetto agli obesi senza BED
- **Il grado di psicopatologia è correlato con il grado di BED e non con il grado di obesità**
- Obesi BED sono più vecchi di BED non obesi → **BED come fattore di rischio per sviluppare obesità**

Caratteristiche bed vs. bn

- Meno **ansiosi** rispetto ai propri pattern alimentari e rispetto al proprio peso
- Meno **in colpa** per essere sovrappeso
- Meno **preoccupati** per la loro condotta alimentare
- Migliore opinione globale di sé
- Percepiscono gli **stati interni** più accuratamente
- Più integrati **socialmente**
- Più a loro agio nel mantenere **relazioni interpersonali**
- Meno **restrizioni** alimentari
- Meno **comorbidità** con sintomi psichiatrici
- Episodi binge con **meno carboidrati e zuccheri**

Diagnosi Differenziale

- Bulimia Nervosa: nel BED non sono previsti comportamenti di compensazione
- Disturbo Depressivo Maggiore: spesso caratterizzato da un'iperalimentazione, ma non sotto la forma delle abbuffate

Comorbidity

La gravità del **BED** correla con i sintomi depressivi, l'autostima e le relazioni interpersonali, mentre il grado di **obesità** non correla con nessuno di questi indici

	Obesi BED	Obesi non BED
Depressione maggiore lifetime	51%	14%
Disturbi di Personalità lifetime	9%	0%
Disturbo Borderline di Personalità	14%	1%
Storia familiare di abuso di sostanze	Più frequente	

I disturbi depressivi sono la patologia che si presenta più frequentemente in comorbidity con BED

Associati

- Alcuni soggetti riferiscono che il loro comportamento alimentare incontrollato viene scatenato da alterazioni disforiche dell'umore, come **depressione** e **ansia**.
- Altri non sono in grado di individuare precisi fattori scatenanti, ma riferiscono sentimenti aspecifici di **tensione**, che ricevono sollievo dal mangiare senza controllo.
- Alcuni soggetti descrivono una qualità **dissociativa** degli episodi di abbuffata (sentirsi “intorpiditi” o “fuori di sé”).
- Molti soggetti mangiano tutto il giorno, **senza programmare** i pasti.
- Spesso **obesità** e storia di ripetuti tentativi di **dieta** (marcate fluttuazioni di peso)

- Rispetto a soggetti con peso uguale, ma senza BED, i soggetti BED riferiscono più frequentemente:
 - **Disprezzo** di sé e vulnerabilità **interpersonale**
 - **Disgusto** per le dimensioni corporee
 - **Depressione, ansia**, preoccupazioni **somatiche**
 - Più elevata di **Disturbi Depressivi Maggiori** nel corso della vita
- **Prevalenza** nella popolazione generale: dallo 0.7% al 4% (più diffuso sia della AN che della BN)
- Maggiormente presente nelle **donne**
- **Insorgenza** tipicamente nella tarda adolescenza o all'inizio della terza decade, spesso a seguito di una significativa perdita di peso attraverso la dieta
- **Decorso** per lo più cronico

Fattori di Rischio

- Obesità infantile
- Fattori genetici e neuroendocrini
- Fattori familiari
 - Alti livelli di criticismo dei confronti del peso e della forma del corpo
 - Scarso contatto interpersonale
 - Elevate aspettative
 - Madri ansiose e rimuginanti
 - Scarsa coesione
- Fattori sociali
 - Atti di bullismo subito
 - Violenze fisiche subite
- Fattori psicologici
 - INTOLLERANZA ALLE EMOZIONI NEGATIVE
 - Autovalutazione negativa
 - Senso di inefficacia
 - Bassa autostima
 - Impulsività
 - Difficoltà nella gestione delle emozioni intense
 - Sovrastima di peso e forma corporea

Personalità dei Bingers

- **Perfezionismo** → entrambi i tipi di perfezionismo (self-oriented e socially prescribed) risultano associati con il grado di BED (Pratt et al., 2001)
- **Sensation Seeking** → più alta in BED, Anoressia Nervosa con condotte di eliminazione e Bulimia Nervosa rispetto all' Anoressia Nervosa senza condotte di eliminazione
- BN e BED solitamente si presentano in comorbidità con **Disturbi di Personalità** di Cluster B (Amplificativo/Imprevedibile) e C (Ansioso/Timoroso)

BED E DIPENDENZA DA SOSTANZE

- Caratteristiche comuni BED/dipendenze: livelli bassi di **dopamina**
- **92.4%** BED risultavano dipendenti alla SCID
- Chi ha tutti i criteri abbuffa più frequentemente
- Criterio più controverso: sintomi di **astinenza**

Diagnostic criteria	N (%)
Binge eating larger amounts than intended	92.4
Continued binge eating despite knowledge of persistent adverse effects	91.1
Persistent desire or unsuccessful efforts to control binge eating	83.5
Withdrawal (e.g., restlessness, irritability, headaches)	67.1
Great deal of time spent binge eating or recovering from the effects	59.5
Tolerance: need to consume more food for desired effect	49.4
Important activities given up or reduced because of binge eating	48.1
Meet full criteria for substance dependence	92.4

Eziologia

- BED associato all'esposizione a fattori di rischio che aumentano il rischio di disturbi **psichiatrici** in generale e con quelli che aumentano il rischio di **obesità** (Fairburn et al., 1998)
- I soggetti BED descrivono il loro **ambiente familiare** come meno supportivo e coeso e meno caratterizzato dall'espressione diretta delle emozioni (Hodges et al., 1998)
- Mentre per la Bulimia Nervosa la dieta sembra essere un fattore scatenante le abbuffate, per il BED la **dieta** segue le abbuffate (Abbott et al., 1998)

Decorso del disturbo

- Decorso **naturale** (senza intervento) del BED nella popolazione generale:
 - Dopo 6 mesi il 52% è ancora BED e il **48% è in remissione parziale**
 - Dopo 5 anni il 10% dei soggetti soddisfa ancora i criteri per BED, **il 77% non ha più episodi di binge**, ma molti entrano nella fascia BMI dell'obesità
- Decorso dopo il **trattamento**:
 - Andamento:
 - miglioramento durante il trattamento
 - non significativo peggioramento a 3 anni dalla fine
 - **miglioramento e stabilizzazione a 4, 5 e 6 anni dopo la fine del trattamento**
 - Al f-u di 6 anni, il 6% è ancora BED e il 20% ha qualche DA

Quindi la caratteristica centrale del BED sono le abbuffate

Ricordiamo: il DSM-IV-TR definisce un'abbuffata come

- L'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo più grande rispetto a quanto la maggioranza degli individui assumerebbe in circostanze simili
- Un'abbuffata è inoltre accompagnata da sensazione di perdere il controllo. Un individuo può esperire un senso di estraniamento durante l'abbuffata specialmente nelle fasi precoci del disturbo: alcuni riferiscono l'abbuffata come una sorta di esperienza di derealizzazione.
- Sebbene il tipo di cibo assunto durante l'abbuffata vari ampiamente, generalmente comprende cibi dolci, ipercalorici, come gelato o torte.

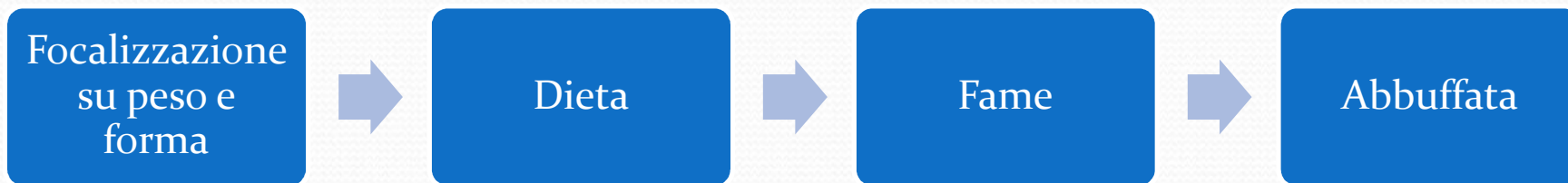
Antecedenti delle abbuffate

- Alti livelli di inefficacia percepita e precocità del menarca (Tenconi et al., 2006)
- Esperienze dissociative (Lyubomirsky et al., 2001) → l'86% dei BED riferisce sintomi dissociativi maggiori durante e dopo l'abbuffata, rispetto a prima. Sia i BED che chi si abbuffa occasionalmente riferisce una diminuzione dell'ansia a seguito dell'abbuffata stessa
- Umore negativo (Wegner et al., 2002; Grilo et al., 1994) → sintomi depressivi (tratto), umore particolarmente negativo (stato) e abbuffate sono correlati (Dingemans et al., 2009). Noia, depressione, ansia, tristezza e senso di solitudine
- Dissociazione e umore negativo in modo indipendente (Engelberg et al., 2007)
- 3 livelli: emozioni negative, stati fisiologici e cognizioni negative. Non differenze significative tra quadro AN o BN nei trigger del binge (Vanderlinden et al., 2004)

Teoria della restrizione alimentare

Inizialmente il BED è stato considerato come una variante della Bulimia Nervosa ma senza condotte di eliminazione.

La prima teoria proposta è la **RESTRAINT THEORY**, secondo cui condotte alimentari restrittive (dieta) e la conseguente deprivazione psicologica pongono le basi per le abbuffate.



La dieta è vista allora come preconditione necessaria per le abbuffate.

Modello valido per la BN, meno per il BED → la restrizione alimentare **non** è frequente tra i BED e il loro regime alimentare è più caotico che restrittivo

Modelli guidati dall'emozione

- A differenza dei bulimici, i Bingers sembrano meno influenzati da pensieri e preoccupazioni rispetto al peso e al corpo, e più focalizzati sulla gestione delle emozioni negative
- I soggetti BED considerano il cibo un alleato nella lotta contro le **emozioni negative**, non un nemico (come fanno i BN)
- **L'impulsività** e la **perdita di controllo** caratteristiche delle abbuffate avvicinano i BED alle caratteristiche di personalità dei soggetti borderline
- La disregolazione emotiva sembra avere un ruolo preminente nell'insorgenza e nel mantenimento del BED

TRADE-OFF THEORY

“Teoria del **Compromesso**”:

- I soggetti BED riportano meno tolleranza per le emozioni negative e maggiore disagio rispetto a queste rispetto ai non BED
- Nei BED, le emozioni tipicamente associate al dopo abbuffata (**colpa**) sono meglio tollerate di quelle che la precedono (**rabbia, depressione e ansia**)
- È possibile che i pazienti BED operino una sorta di “compromesso”, scambiando l’emozione precedente l’abbuffata (rabbia, ansia, tristezza) con quella seguente (colpa), percepita come meno avversiva

ESCAPE THEORY

“Modello della fuga dall’autoconsapevolezza”:

- Abbuffata come tentativo di fuggire dall’autoconsapevolezza

Alte aspettative
personali

Alti livelli di
autoconsapevolezza

Desiderio di essere
percepiti
positivamente

Giudizio di sé
negativo

Umore abbassato

In questo caso, i soggetti cercano di diminuire **l’autoconsapevolezza** per evitare queste **esperienze negative** → le abbuffate permettono di concentrare l’attenzione su semplici azioni e sensazioni e di sospendere la dimensione temporale

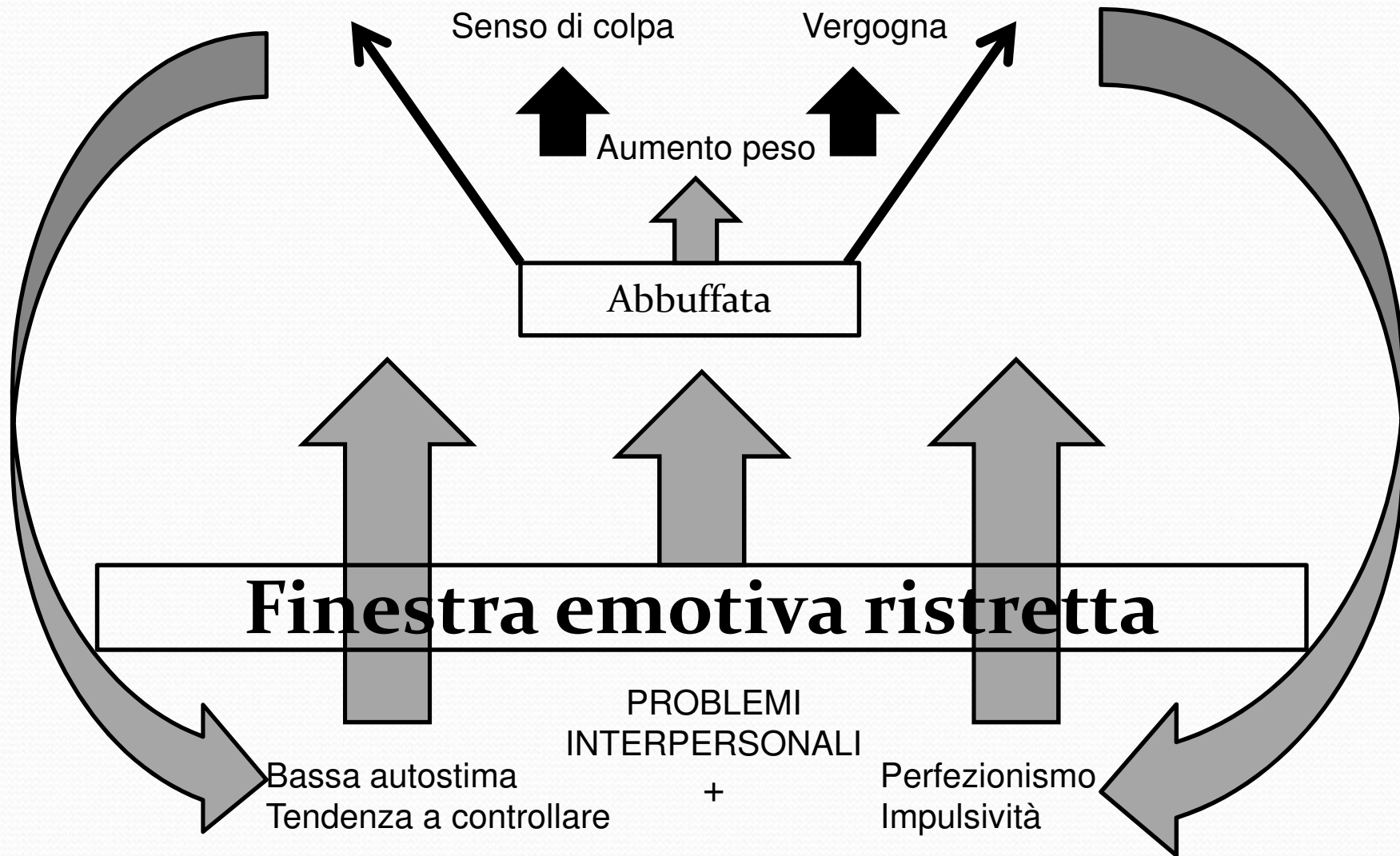
TEORIA DEL MASCHERAMENTO

- I soggetti BED utilizzano l'abbuffata per evitare di affrontare la fonte effettiva della propria emozione negativa
- La perdita di controllo sull'assunzione di cibo può essere utilizzata per mascherare le cause reali della propria angoscia

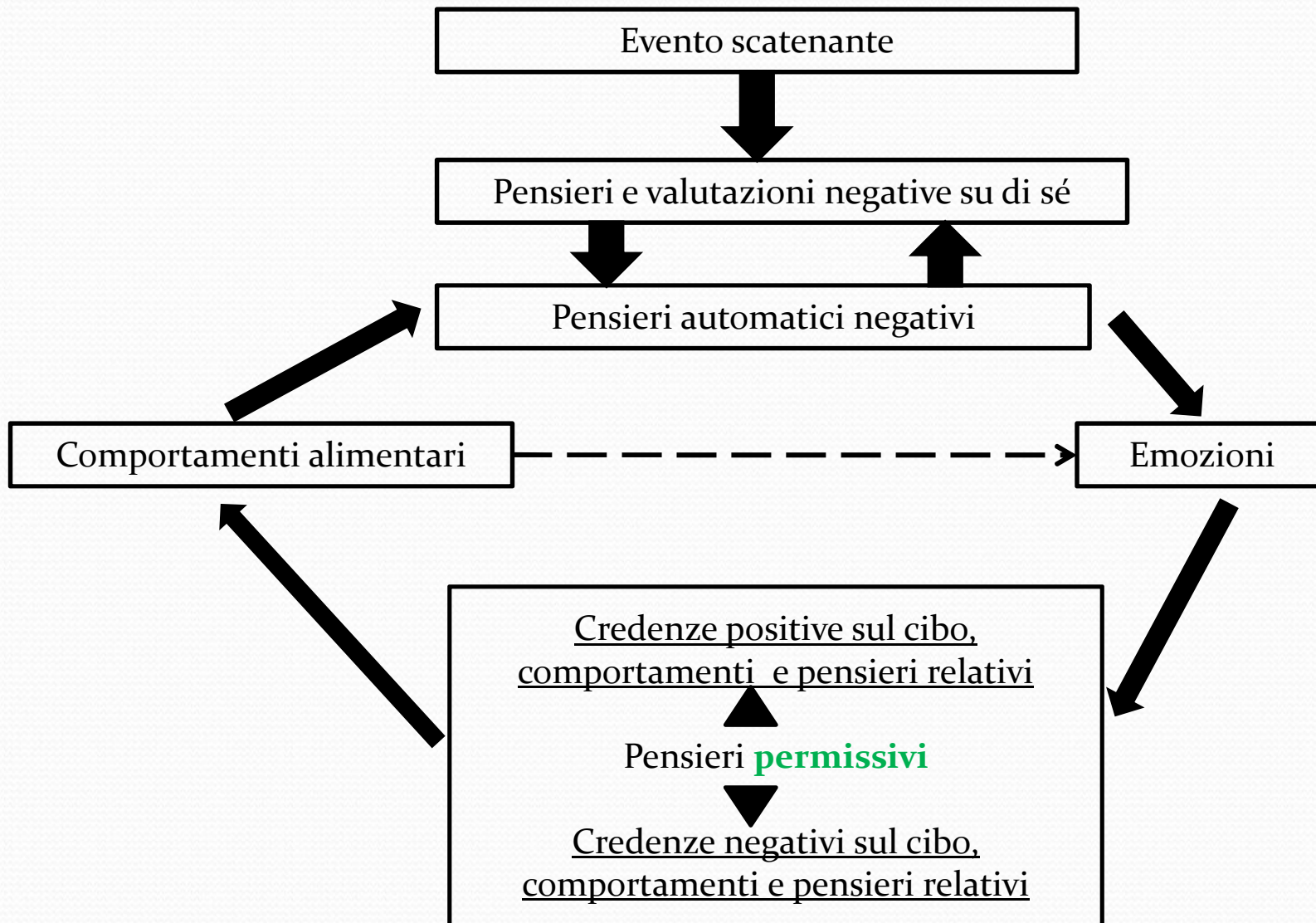
MODELLO DEL BLOCCO EMOTIVO

- I pazienti BED riferiscono spesso di percepire emozioni negative intollerabili prima delle abbuffate
- È possibile che utilizzino l'abbuffata per bloccare le emozioni quando queste sono percepite in modo troppo intenso
- In questo senso, il cibo induce una sorta di anestesia emotiva, il solo modo che i bingers conoscono per controllare le emozioni
- Le abbuffate, di conseguenza, tendono a mantenersi: se il paziente non prova altri modi per gestire le emozioni negative, sarà sempre meno capace di fronteggiarle in modo più funzionale

modello della finestra emotiva ristretta

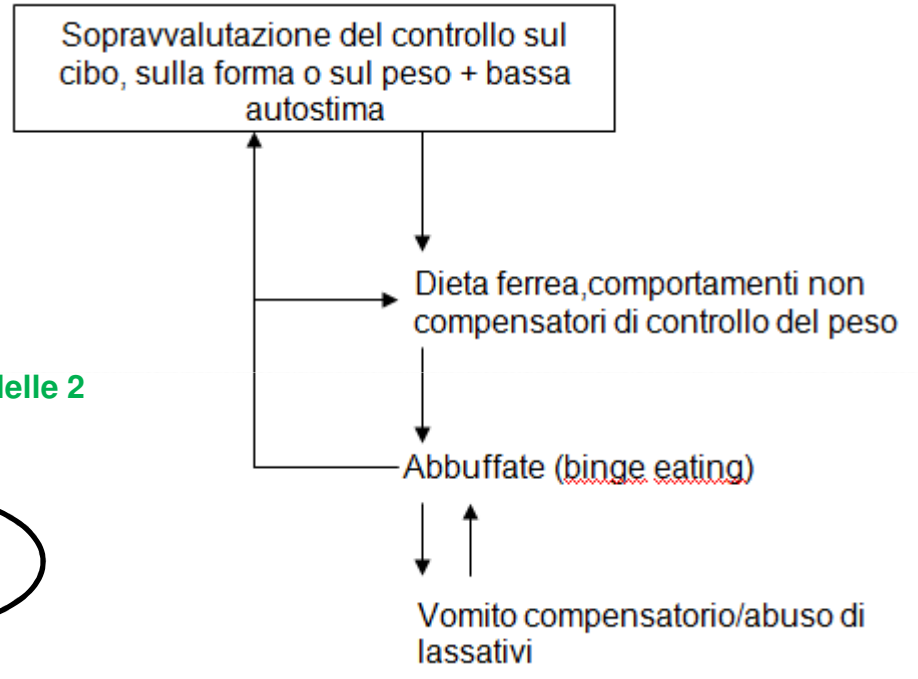


Cooper

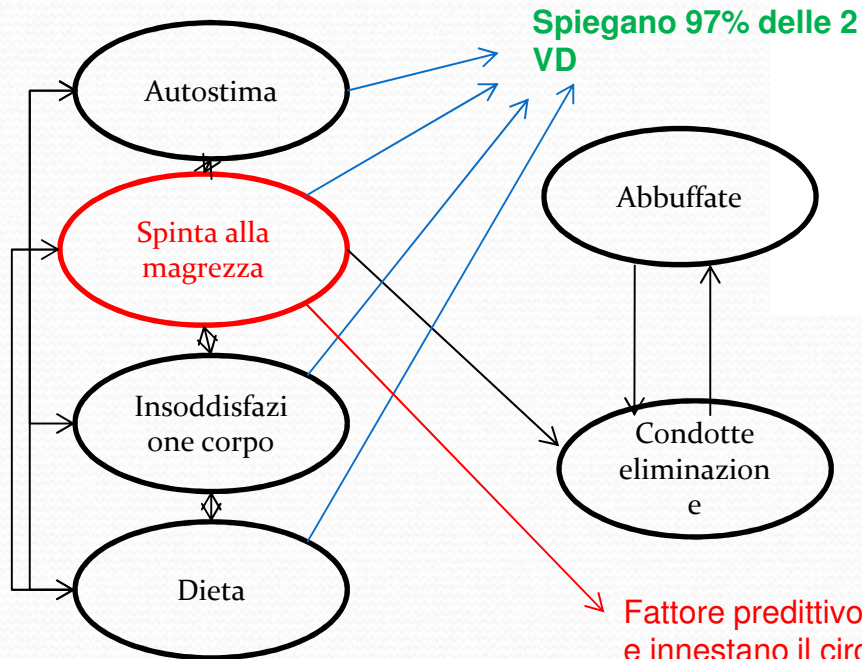


Nervosa:

Modello di Fairburn:



Modello ottenuto:



VS. Fairburn:

Non c'è il collegamento dieta/binge

Fattore predittivo + importante: porta a eliminazione che portano a binge e innestano il circolo

Fattori di rischio DA

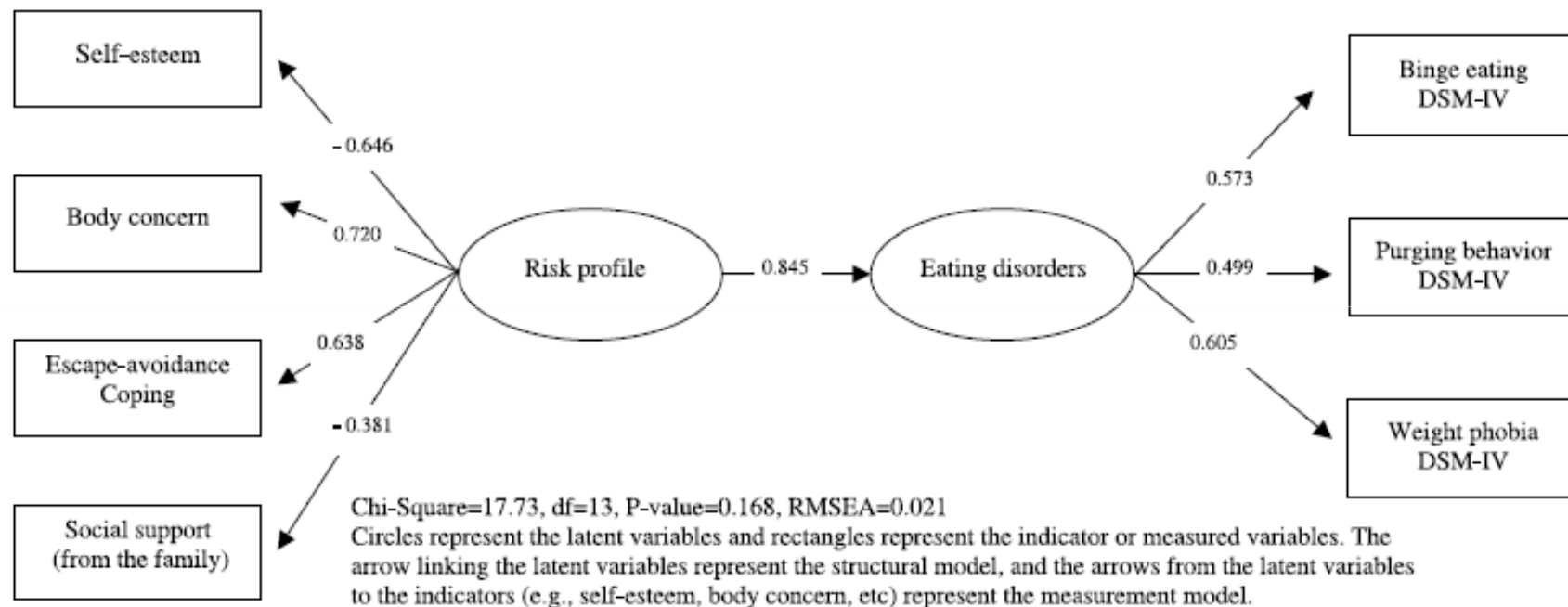
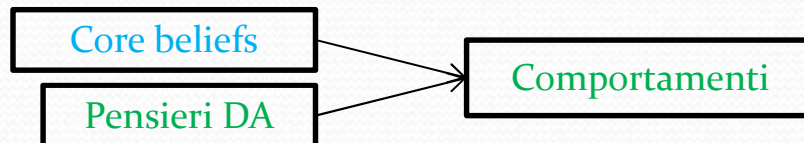


Fig. 1. Illustration of the model with standardized path coefficients.

Modelli moderazionali e mediazionali

- DA caratterizzati da **core-beliefs** (credenze negative su sé, gli altri e il mondo) e **pensieri specifici per i DA** (sul cibo, le forme e il peso)
- Quale è il legame tra 2 livelli di pensiero e comportamenti DA (**abbuffate, vomito e BMI**)? 3 modelli possibili:

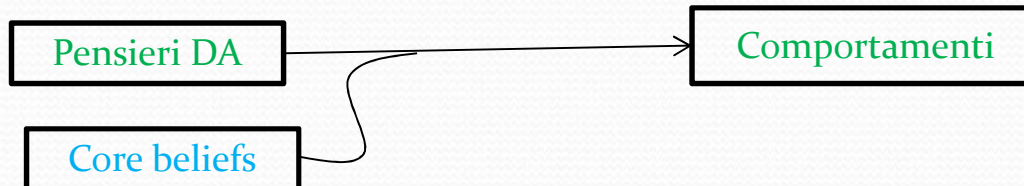
- **ADDITIVO**



- **MEDIAZIONALE**



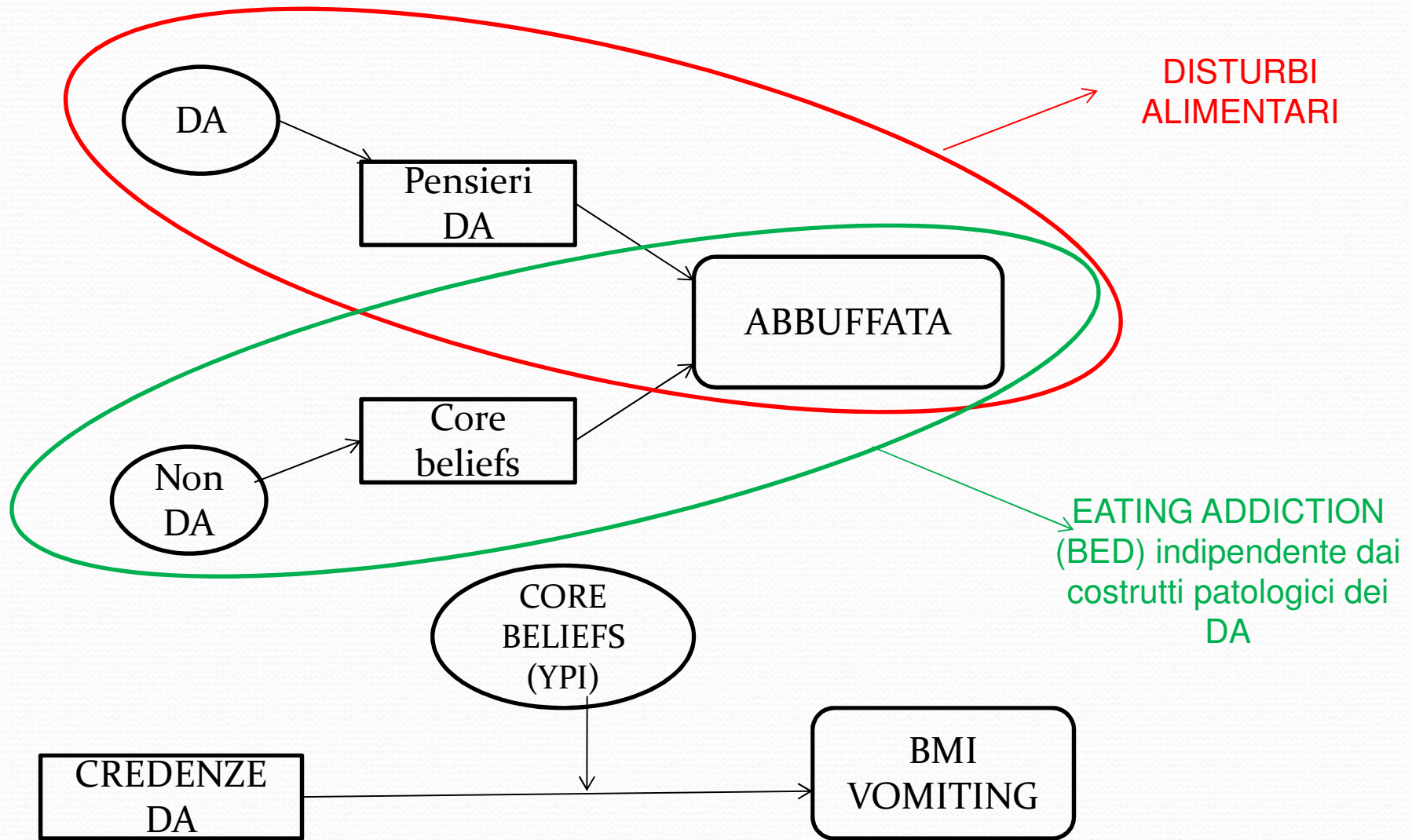
- **MODERAZIONALE**



BMI e Vomito: moderazionale: è l'interazione dei 2 livelli di cognizioni che predice il BMI

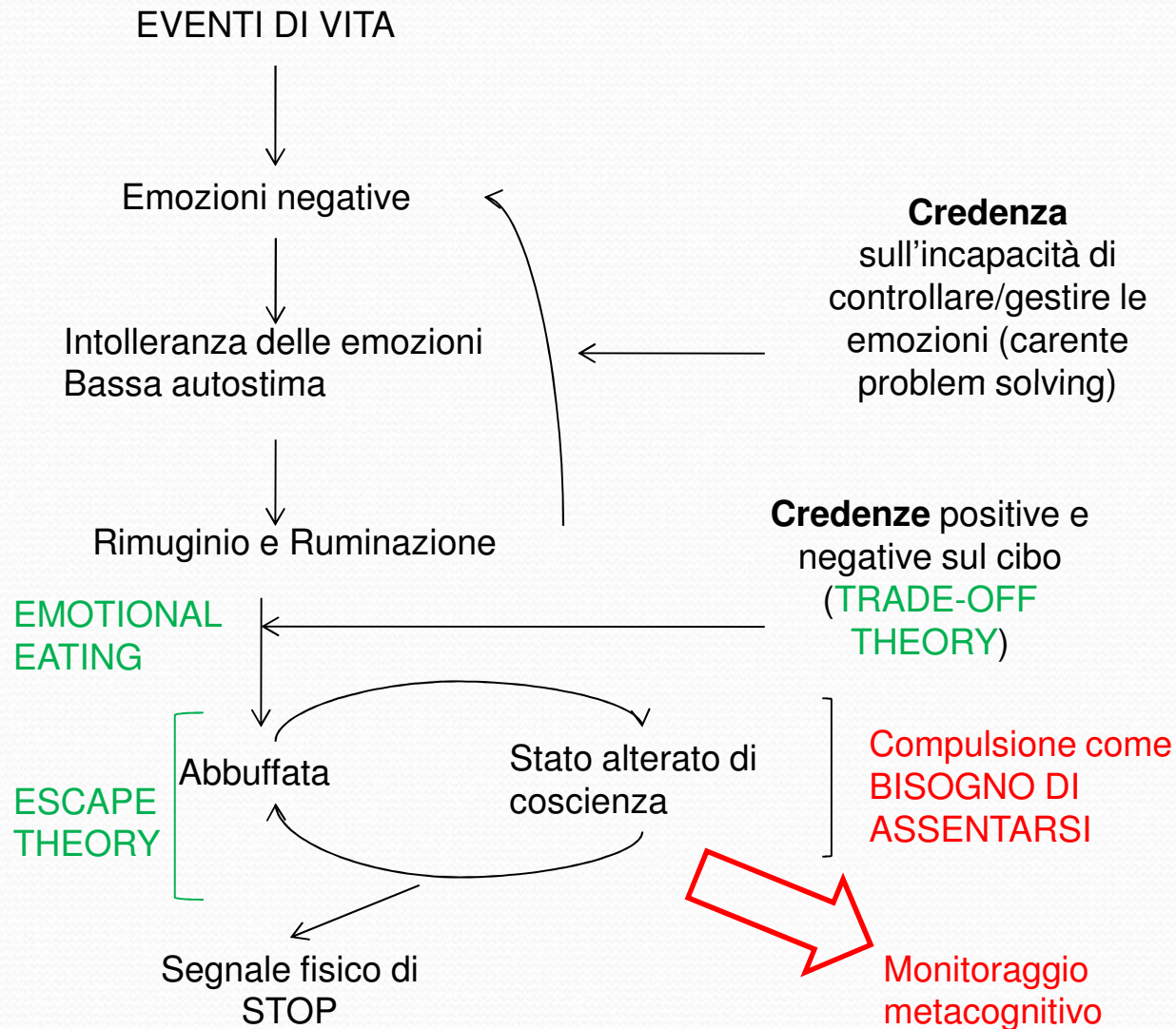
Abbuffate: modello additivo

In sostanza:



Hughes et al., 2006

FUNZIONAMENTO BED



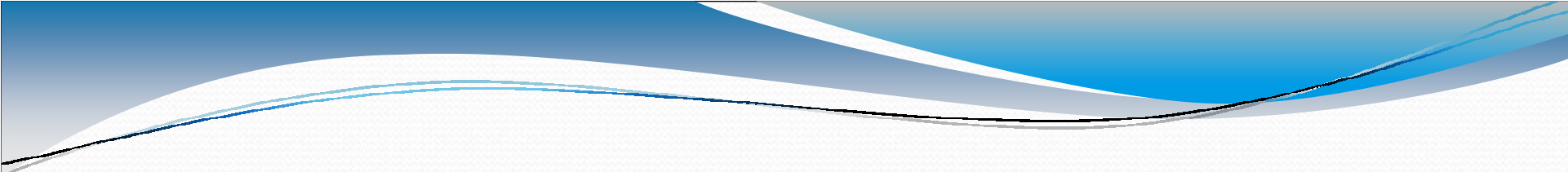


I Disturbi della Alimentazione sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare.

Comprende due categorie specifiche, l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa.

Caratteristico dell'Anoressia Nervosa è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale.

La Bulimia Nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di “abbuffate” seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso, come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici o altri farmaci; il digiuno o l'attività fisica praticata in maniera eccessiva.



Caratteristica essenziale comune ad entrambi i disturbi, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, è la presenza di una alterata percezione del peso e della propria immagine corporea.

I Disturbi della Alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun specifico disturbo vengono classificati come Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati.

I DISTURBI ALIMENTARI

- sono considerati paradigma di malattia psichiatrica complessa
- interagiscono fattori biologici, psicologici, socio-culturali
- nel mondo occidentale l'1% circa delle ragazze tra 12 e 18 anni soffre di anoressia nervosa
- in adolescenza la prevalenza dei DCA è dello 0,3-1%

DISTINGUERE TRA I FATTORI BIOLOGICI CHE FANNO NASCERE I DISTURBI ALIMENTARI
E LE ANOMALIE BIOLOGICHE CHE RISULTANO DALLA MALATTIA.

FATTORI GENETICI:

studi sulle famiglie e sui gemelli suggeriscono che vi è una diatesi genetica sia per l'anoressia che per la bulimia; nell'anoressia vi è il 50% di concordanza tra i gemelli monozigoti e il 7% nei gemelli dizigoti, mentre nella bulimia nervosa vi è il 23% di concordanza tra i gemelli monozigoti e il 9% nei gemelli dizigoti.

FATTORI NEUROENDOCRINI:

il sistema neuroendocrino (ipotalamo, ipofisi e ghiandole endocrine) è stato per molti anni considerato una “finestra” per poter osservare il funzionamento cerebrale. Per un certo periodo di tempo si è pensato che anomalie neuroendocrine (quali bassi livelli di estradiolo, ridotta secrezione dell’ormone luteinizzante e follicolo-stimolante, alti livelli di ormone della crescita) fossero cause potenziali della malattia . Ora è stato chiarito che, per la maggior parte, *sono delle conseguenze della malnutrizione* piuttosto che marcatori di tratto preesistenti.

NEUROTRASMETTITORI E NEUROPEPTIDI:

i neurotrasmettitori, come noradrenalina e serotonina, regolano l'appetito, il senso di sazietà e il tono dell'umore. I livelli anomali dei neurotrasmettitori e dei loro metaboliti sono stati evidenziati nel SNC e nella circolazione periferica nelle pazienti con disturbi alimentari e in alcune pazienti guarite. *I sistemi serotoninergici e noradrenergici nelle pazienti con bulimia e con anoressia sembrano essere ipoattivi.*

FATTORI CULTURALI

I MEZZI DI COMUNICAZIONE DI MASSA BOMBARDANO IL PUBBLICO CON IMMAGINI DI CORPI PERFETTI, CON L'IMPLICAZIONE CHE È QUESTO, E SOLTANTO QUESTO, CHE GARANTISCE LA FELICITA' E LA SODDISFAZIONE.

LE IMMAGINI DELLE DONNE FORNITE DAI MASS MEDIA SUGGERISCONO CHE L'APPARENZA ESTERNA È ASSAI PIU' IMPORTANTE DELL'IDENTITA' INTERNA.

UN'IMPORTANZA CARATTERISTICA EPIDEMIOLOGICA DEI DISTURBI ALIMENTARI È CHE SEMBRANO ESSERE LIMITATI A CERTE CULTURE, VERIFICANDOSI IN PRIMO LUOGO NEI PAESI SVILUPPATI DEL NORD AMERICA E DELL'EUROPA, COSI' COME IN AUSTRALIA , NUOVA ZELANDA E GIAPPONE.

IL RISCHIO DI MALATTIA PUO' ESSERE CORRELATO AL GRADO DI ASSIMILAZIONE DI UNA PERSONA ALLA CULTURA DOMINANTE IN UN PAESE.

SEBBENE I DISTURBI ALIMENTARI SIANO COMUNEMENTE CONSIDERATI COME MALATTIE DELLA CLASSE MEDIA E ALTA DELLE DONNE BIANCHE, GLI STUDI HANNO DOCUMENTATO IN MODO CRESCENTE LA LORO PRESENZA TRA LE DONNE DELLE MINORANZE E DELLE VARIE CLASSI SOCIALI.

FATTORI PSICOSOCIALI

Nella letteratura, per quanto riguarda l'ANORESSIA NERVOSA, vengono sottolineate:

CARATTERISTICHE FAMILIARI TIPICHE

inglobamento, iperintrusione dei familiari, l'iperprotezione dei genitori nei confronti dei figli, la rigida adesione ai ruoli nella famiglia e l'evitamento di conflitti aperti.

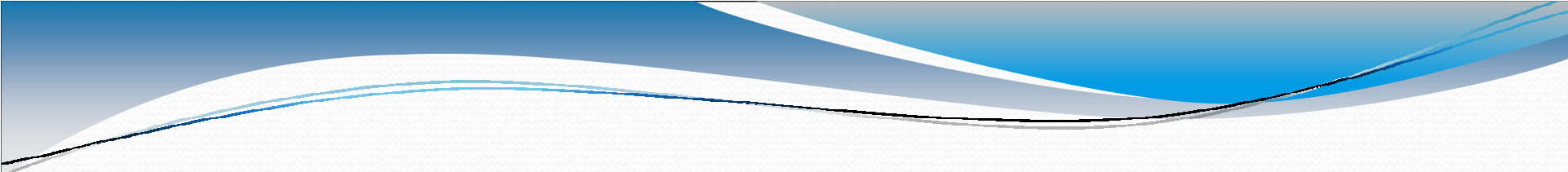
CONFLITTO INCONSCIO TRA DIPENDENZA E SEPARAZIONE O INDIVIDUAZIONE rifiutando il cibo che dovrebbe nutrire il corpo, la paziente blocca le sue capacità di diventare una donna adulta e indipendente. La malnutrizione causa anche l'interruzione delle mestruazioni, il che può servire ad alleviare l'ansia in un'adolescente che considera minacciosa la prospettiva della femminilità.



Per quanto riguarda la BULIMIA NERVOSA, i fattori implicati variano da individuo ad individuo.

Le abbuffate sono spesso vissute come fuga transitoria dal rigido controllo sia del contesto alimentare che di altre aree della vita. le condotte di eliminazione assumono il significato di annullare questo errore e di riacquistare il senso del controllo.

Gli episodi delle abbuffate e delle condotte di eliminazione sono spesso stimolati da situazioni in cui l'autostima del soggetto, che spesso è strettamente legata all'immagine corporea, è stata minacciata.

- 
- L'INCIDENZA DELL'AN RIGUARDA 19 NUOVI CASI/ANNO NEL SESSO FEMMINILE E 2 NEL SESSO MASCHILE (FAIBURN,2003)
 - È NEGATIVAMENTE INFLUENZATA DALLA NEGAZIONE DI MALATTIA E DALLA SEGRETEZZA DELLE CONDOTTE (PRAT,2002)
 - IL 40% DEI NUOVI CASI ESORDISCE TRA 15 E 19 ANNI (NATIONAL EATING DISORDER ASSOCIATION,2006)
 - NELL'AN IL RAPPORTO MASCHI / FEMMINE È DI 1 A 9
 - SEMBRA CHE UN DISTURBO SUBCLINICO (AD ESEMPIO UN **DISTURBO DELLA ALIMENTAZIONE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO**) SIA DI PIÙ FREQUENTE RISCONTRO

DISTRIBUZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

	ANORESSIA NERVOSA	BULIMIA NERVOSA
Età	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
Sesso	90% femmine	Femmine in modo predominante
Prevalenza	0,3% nelle adolescenti	1% nelle donne tra 16 e 35 anni
Incidenza (n° nuovi casi anno per 100.000 abitanti)	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi

Da Faiburn CG et al (2003). Eating Disorders. THE LANCET - Vol 361 - February 1, 2003

CRITERI DIAGNOSTICI PER L'ANORESSIA NERVOSA

(DSM- IV, 1994)

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura.
- Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale sottopeso.
- Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo in seguito a somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Specificare il sottotipo:

- **Con Restrizioni:** nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).
- **Con Abbuffate /Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Complicanze mediche

- Leucopenia
- Anemia
- Ipercortisolemia (vd stress e lipolisi)
- Riduzione T-helper
- Atrofia cerebrale
- Osteoporosi (ridotta produzione di estrogeni, IL-6)

Gli effetti del digiuno

- **Studio di Keys (1950)**
- Valutazione di 36 uomini giovani, sani e psicologicamente normali per un periodo di 6 mesi sottoposti a una restrizione pari alla metà del loro introito di cibo iniziale.
- Questo regime determinò in media una perdita approssimativa del 25% del loro peso iniziale.
- Tutti gli uomini sperimentarono drammatici cambiamenti fisici, psicologici e sociali, come riscontrato nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione (**OSSESSIONE, TRIADE NEVROTICA MMPI, ABBUFFATE CLANDESTINE**)

EFFETTI DEL DIGIUNO IN VOLONTARI PSICOLOGICAMENTE E FISICAMENTE SANI

1) ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI NEI CONFRONTI DEL CIBO

- PREOCCUPAZIONI PER IL CIBO
- COLLEZIONE DI RICETTE, LIBRI DI CUCINA E MENU
- INUSUALI ABITUDINI ALIMENTARI
- INCREMENTO DEL CONSUMO DI CAFFÈ, TÈ E SPEZIE
- OCCASIONALE INTROITO ESAGERATO E INCONTROLLATO DI CIBO

2) MODIFICAZIONI EMOTIVE E SOCIALI

- DEPRESSIONE
- ANSIA
- IRRITABILITÀ E RABBIA
- LABILITÀ
- EPISODI PSICOTICI
- CAMBIAMENTI DI PERSONALITÀ CONFERMATI DAI TEST PSICOLOGICI
- ISOLAMENTO SOCIALE

3) MODIFICAZIONI COGNITIVE

- DIMINUITA CAPACITÀ DI CONCENTRAZIONE
- DIMINUITA CAPACITÀ DI PENSIERO ASTRATTO
- APATIA

4) MODIFICAZIONI FISICHE

- DISTURBI DEL SONNO
- DEBOLEZZA
- DISTURBI GASTROINTESTINALI
- IPERSENSIBILITÀ AL RUMORE E ALLA LUCE
- EDEMA
- IPOTERMIA
- PARESTESIE
- DIMINUZIONE DEL METABOLISMO BASALE
- DIMINUZIONE DELL'INTERESSE SESSUALE

KEYS, A., ET AL., "THE BIOLOGY OF HUMAN STARVATION", MINNEAPOLIS, UNIVERSITY OF MINNESOTA PRESS, 1950.

La Bulimia Nervosa

- **A:** Ricorrenti abbuffate. Una **abbuffata** è caratterizzata da entrambi i seguenti punti:
- **B.** Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- **C.** Le abbuffate e le condotte di compensazione si verificano entrambe in media almeno due volte a settimana, per tre mesi.
- **D.** I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- **E.** L'alterazione non si presenta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

- *Specificare il sottotipo:*
- **Con Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.
- **Senza Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali l'esercizio fisico eccessivo e il digiuno, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclismi.

Modello cognitivo-comportamentale della BN

Pressione sociale per la magrezza



Restrizione dietetica



Regole rigide
riguardo al cibo



Fame



DISINIBIZIONE / ABBUFFATA

Complicanze mediche

- Squilibri elettrolitici (ipopotassemia, ipomagnesemia, disidratazione)
- Complicanze gastroenteriche (svuotamento gastrico rallentato con conseguente gonfiore)
- Erosione smalto dei denti, danni all'esofago
- Segno di Russel (vd semeiotica dei DCA)

Modalità comuni di pensiero disfunzionale nei DCA

- **Pensiero dicotomico:** tendenza a pensare in termini assoluti; gli eventi possono essere solo “bianchi o neri”, giusti o sbagliati: *“se aumenterò di un chilo ingrasserò all’infinito”*.
- **Astrazione selettiva:** giungere ad una conclusione sulla base di pochi dettagli, a volte poco salienti e contraddittori: *“Non so proprio controllarmi. Ieri sera al ristorante ho mangiato tutto quello che mi è stato servito... sono una debole”*.
- **Ipergeneralizzazione:** estrarre una regola sulla base di un singolo evento: *“Quando mangiavo carboidrati ero più grassa... è meglio evitare di mangiarli del tutto”*.
- **Personalizzazione:** interpretazione egocentrica degli eventi interpersonali: *“Due mie amiche ridevano mentre passavo per la strada.. infatti sono ingrassata...”*.
- **Pensiero superstizioso:** credere nella relazione causa- effetto di due eventi in realtà non contingenti: *“Non posso provare piacere perché comunque se ne andrà via”*.



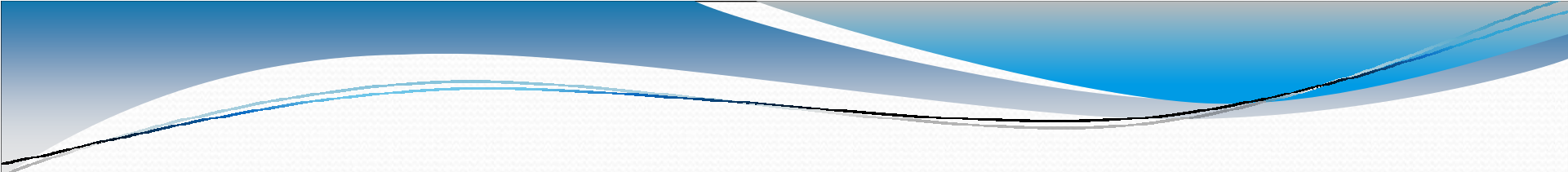
I DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

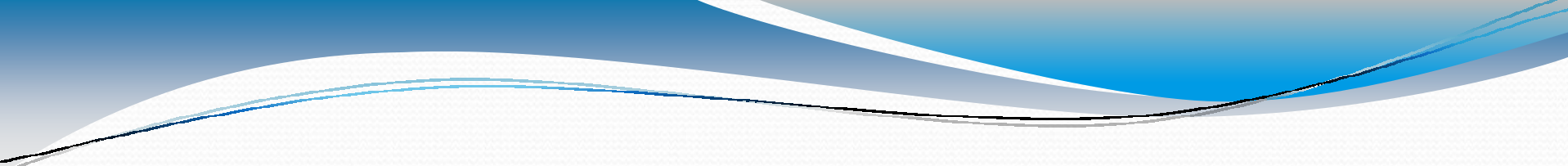
- Comorbidità psichiatrica disturbi ansioso-depressivi, dello spettro DOC, da abuso di sostanze
- DP ossessivo, borderline, narcisistico, evitante, istrionico
- l'incidenza dei DP nell'An in adolescenza è simile a quella riscontrata in età adulta

FATTORI SPECIFICI DI MANTENIMENTO

(Garner & Dalle Grave, 1999; Beck, 1987, 1990; Dalle Grave, 2001, 2000, 1998; Dalle Grave et al., 1993; Faiburn et al., 2003)

- *schema di autovalutazione disfunzionale*
- *pensieri e preoccupazioni per il peso e le forme corporee e il controllo dell'alimentazione*
- *rinforzo positivo*
- *rinforzi negativi*
- *dieta ferrea*
- *esercizio fisico eccessivo*
- *basso peso e sindrome da digiuno*
- *le abbuffate*

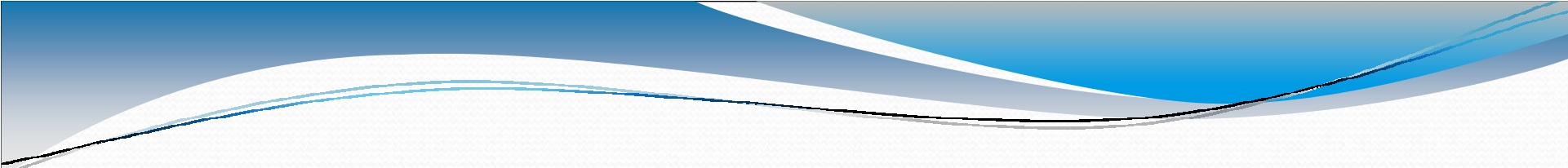
- 
- *vomito auto-indotto*
 - *uso improprio di lassativi*
 - *uso improprio di diuretici*
 - *pillole dimagranti o ormoni tiroidei*
 - *food-checking*
 - *body checking*
 - *evitamento dell'esposizione del corpo*
 - *sensazione di essere grassi*



Francesca è una ragazza di 13 anni. I disturbi di Francesca in relazione al cibo risalgono alla fine della seconda media, quando la ragazza, che all'epoca risultava leggermente "tondetta" (pesava 54 kg), decide di dimagrire e comincia una dieta con restrizioni alimentari sia qualitative che quantitative che la porta a perdere alcuni chili (arriva a 35 Kg e compare l'amenorrea). Incoraggiata dai complimenti sul suo nuovo aspetto corporeo, continuò a dimagrire perdendo ancora 4 chili.

Inizia a frequentare un corso di danza che la impegna per diverse ore settimanali.

Inizia ad adottare comportamenti di controllo anche sul peso e sulla forma del corpo, come pesarsi più volte al giorno, prendere in mano le pieghe della pelle della pancia, toccarsi ripetutamente le ossa del bacino, delle spalle e delle braccia e misurarsi una volta al giorno le cosce e i fianchi.



Le sue abitudini alimentari erano ritualizzate: tagliava il cibo in pezzetti piccolissimi, li girava nel piatto e mangiava molto lentamente. Si tratteneva dal mangiare cibi ad elevato contenuto di grassi e carboidrati. Era preoccupata dai cambiamenti del suo corpo e divenne sempre più ansiosa man mano che la sua figura si sviluppava.

Emerge che la ragazza è figlia unica e i genitori si sono separati circa 5 anni fa.

I signori raccontano che Francesca sostiene che nella sua mente ci siano 2 elenchi: uno con cibi sì e l'altro con cibi no.

Per la ragazza, i cibi che appartengono alla lista dei no sono da evitare e anche il pensare o solo il toccarli le provoca malessere e inquietudine. Da qualche mese, non mangia nemmeno i cibi appartenenti alla lista dei sì poiché le provocano mal di stomaco e ha paura di vomitare.

DIAGNOSI DSM-IV

Anoressia nervosa sottotipo con....

Esordio 13 anni

Fattori di rischio: sesso femminile, adolescenza, perfezionismo, separazione dei genitori,

Precursore comportamentale: DIETA FERREA

Fattori precipitanti:

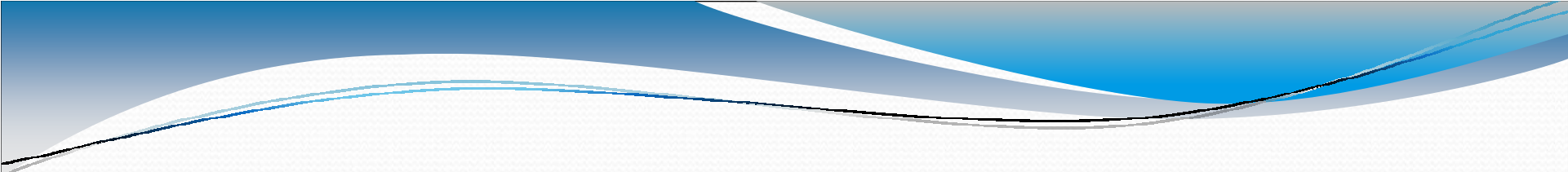
Fattori di mantenimento: Preoccupazione per il peso corporeo, preoccupazione per la forma del corpo, preoccupazione per il controllo dell'alimentazione, Check dell'alimentazione, check del corpo, Evitamento dell'esposizione corporea, sensazione di essere grassa, dieta ferrea, esercizio fisico aggiuntivo

Fattori protettivi:



EDI-2


SCL 90 R

- 
- Eseguire la valutazione medica
 - Ingaggiare il paziente nel trattamento
 - Stabilire la soglia minima di BMI
 - Esposizione assistita del paziente al cibo e normalizzazione del BMI
 - Sviluppare le abilità per affrontare i comportamenti disfunzionali del peso

IL TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

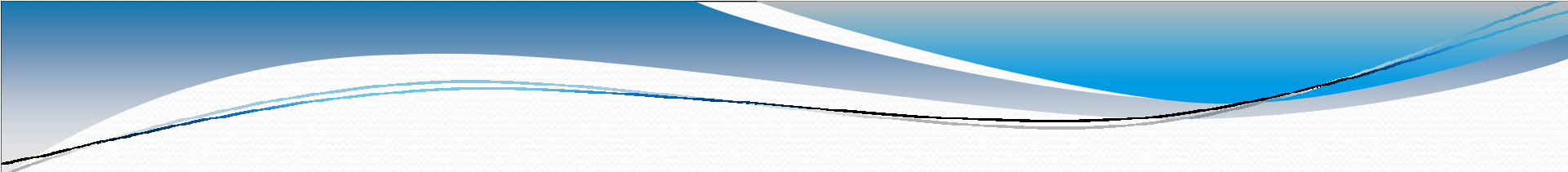
Il **trattamento cognitivo-comportamentale** per la cura del disturbo da alimentazione incontrollata, come per gli altri disturbi alimentari, prevede un lavoro congiunto da parte di più figure specialistiche che lavorano in équipe: il dietista-nutrizionista, lo psicoterapeuta e lo psichiatra.

La **terapia cognitivo-comportamentale** mira a modificare l'idea che il peso e le forme corporee costituiscono l'unico o il principale fattore in base al quale stimare il proprio valore personale. Lo scopo di questo tipo di trattamento è quello di aiutare chi soffre di un disturbo dell'alimentazione a imparare a gestire il proprio sintomo, a sostituirlo con comportamenti più adeguati e soddisfacenti, e a identificare e modificare alcune modalità di pensiero problematiche che favoriscono il mantenimento della patologia alimentare.



Il trattamento prevede tre fasi per una durata complessiva di almeno un anno. La **prima fase** è finalizzata a normalizzare il peso e ad abbandonare i comportamenti di controllo del peso; la **seconda fase** tende a migliorare l'immagine corporea, la valutazione di sé e i rapporti interpersonali; la **terza** prevede l'applicazione di procedure finalizzate a prevenire le ricadute, a mantenere i risultati raggiunti durante il trattamento e a preparare la fine della terapia.

Gli strumenti che si sono rivelati maggiormente utili per raggiungere questi scopi sono: il diario alimentare, alcune strategie di alimentazione, il problem solving, la ristrutturazione delle idee irrazionali su di sé e su gli altri.



E' prevista, inoltre, l'applicazione di specifici moduli di trattamento per i pazienti che presentano uno o più dei seguenti fattori di mantenimento del disturbo:

- perfezionismo clinico;
- bassa autostima nucleare;
- intolleranza alle emozioni;
- problemi interpersonali.

Il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva si avvale del lavoro di un'equipe medico-psicologica in grado di offrire risposte diversificate in base alle problematiche presentate dal singolo paziente.

La terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi dell'alimentazione risulta efficace dove non sono presenti disturbi psicologici di altra natura. Pertanto nei casi in cui la valutazione diagnostica fornisca evidenze a favore di una doppia diagnosi (es. **disturbo di personalità** e disturbo del comportamento alimentare), è prevista una prima fase di intervento ampiamente incentrata sul trattamento del disturbo di personalità.



Il trattamento del disturbo del comportamento alimentare può prevedere l'attivazione di un progetto terapeutico così articolato:

- **colloqui di valutazione diagnostica;**
- **terapia cognitivo-comportamentale individuale;**
- **gruppi psicoterapeutici** su aspetti specifici della patologia (diario alimentare, perfezionismo, bassa autostima, intolleranza alle emozioni);
- **terapia farmacologica;**
- **consultazioni psicologiche a familiari** del paziente;
- **sostegno psicologico alle famiglie** in caso di ospedalizzazione del paziente;
- **colloqui ed esami di follow-up** per la valutazione del trattamento e la ri-definizione del piano di intervento;
- collaborazione con **dietisti e nutrizionisti;**
- eventuale **invio presso strutture di ricovero** pubbliche o private.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale

Il trattamento nell'anoressia nervosa normalmente dura da uno a due anni, e la maggiore lunghezza del trattamento rispetto agli altri disturbi alimentari, risulta necessaria per far fronte agli innumerevoli ostacoli motivazionali delle pazienti e per favorire un aumento ponderale adeguato (Gardner & Dalle Grave, 1999).

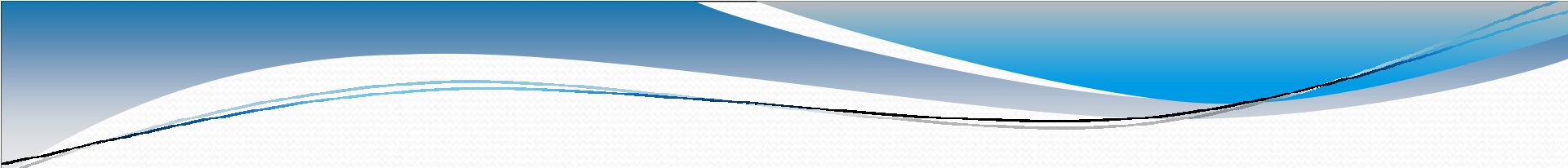
La terapia cognitiva è suddivisa in tre fasi:

§ costruzione di un buon rapporto di fiducia e dei vari parametri del setting clinico.

§ modificazione dei pensieri disfunzionali relativi al cibo e al peso corporeo, intervenendo anche sul deficit del concetto di sé e sulle relazioni familiari ed interpersonali che risultano disturbate;

§ prevenzione delle ricadute e preparazione alla conclusione terapeutica.

Nei DCA e dunque anche nel trattamento dell'anoressia nervosa viene recentemente utilizzata la cosiddetta Terapia Cognitivo-Comportamentale-Multi-Step (CBT-MS), un innovativo trattamento derivato dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale transdiagnostica (CBT-E) da Fairburn, Cooper e Shafran nel 2003. Questa teoria si basa sull'assunto che l'eccessiva valutazione del controllo sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo sia centrale nel mantenimento del disturbo.

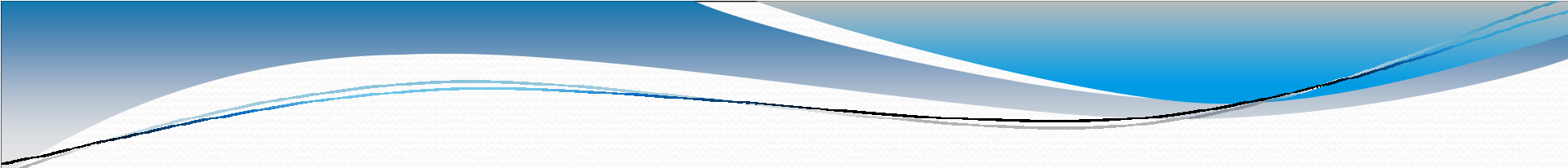


L'obiettivo fondamentale del trattamento consiste nell'aiutare il paziente a modificare la relazione con il suo disturbo aiutandolo quindi a sviluppare una sorta di autoconsapevolezza metacognitiva. L'intervento è dunque mirato a cambiare lo stato mentale del paziente aiutandolo a decentrarsi dal disturbo, a tal proposito egli non si sentirà più un anoressico ma un soggetto che ha l'anoressia nervosa. Il paziente viene aiutato a considerare i pensieri come eventi passivi della mente e non come aspetti inerenti alla persona. Il fine ultimo di questo percorso è dunque quello di aiutare il paziente ad acquisire una modalità di pensiero che influenzi in maniera globale il suo modo di definire se stesso, sperimenta il mondo, il passato ed il futuro (Teasdale et al., 2002; Dalle Grave et al., 2007).

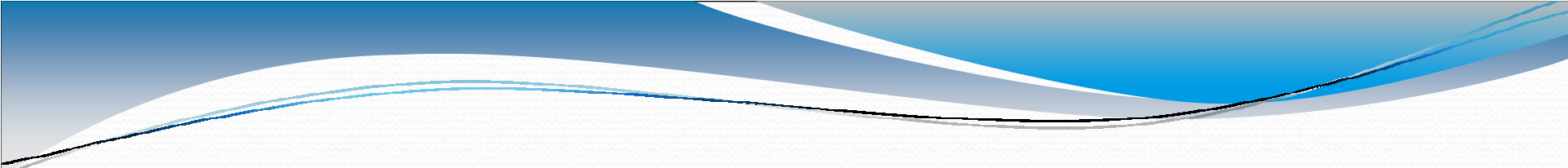


La CBT-MS introduce alcune procedure innovative rispetto alla CBT-E da cui deriva, tra cui:

- l'adozione di una equipe multidisciplinare non eclettica composta da medico, psicologo, dietista e infermiere, tutti con una formazione cognitivo-comportamentale trasdiagnostica.
- Tre setting diversi intensivi di cura (terapia ambulatoriale intensiva, day hospital e ricovero) con uso della stessa teoria di riferimento e delle stesse procedure a diversi livelli di cura;
- Per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, c'è un modulo di CBT familiare
- L'alimentazione alimentare programmata e pianificata nei casi di grave denutrizione.



Nel trattamento dell'anoressia nervosa per ovviare all'ansia generata dalla convinzione errata che se si abbandona il rigido controllo alimentare si aumenta il peso corporeo in modo incontrollato, viene utilizzata una strategia chiamata alimentazione pianificata e meccanica. Questa strategia consiste nell'incoraggiare i pazienti a pianificare in anticipo in dettaglio la quantità e la qualità del cibo che dovrà essere consumato, la frequenza dei pasti, e il contesto in cui dovrà essere consumato (luogo e tempo). La pianificazione dei pasti è finalizzata ad interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo come: i sintomi da denutrizione, i rinforzi positivi e negativi associati alla scelta dei cibi, l'ansia associata all'assunzione di cibo e la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo attraverso la concezione del cibo visto come una "medicina" (Garner e Dalle Grave 1999; Dalle Grave et al., 2007).



L'alimentazione meccanica aiuta i pazienti, inoltre, a non fidarsi dei segnali di fame e sazietà che risultano profondamente alterati nei casi di grave denutrizione (Bernini et al., 2004; Dalle Grave et al., 2007), e risulta vantaggiosa poiché soddisfa lo stile cognitivo tipico delle anoressiche caratterizzato dall'ordine, esattezza, pianificazione e precisione (Dalle Grave et al., 2007). Successivamente quando avviene un recupero del peso il paziente viene gradualmente incoraggiato ad abbandonare la pianificazione dei pasti e il mangiare in modo meccanico sostituendo al diario della pianificazione il diario alimentare che viene compilato subito dopo aver mangiato. In questa fase il paziente viene aiutato ad affrontare gli evitamenti (es. eliminare alcuni cibi, ridurre le porzioni, ecc.), i check dell'alimentazione (es. pensare al cibo, contare le calorie, ecc.), le regole dietetiche (es. "non devo trasgredire la dieta", ecc.), e le reazioni alla trasgressione delle regole dietetiche (es. pensiero tutto o nulla, ecc.).

