



Regione Umbria

LINEE GUIDA REGIONALI

PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria n. 5/2013

a cura di:

Gruppo Regionale Tecnico Multidisciplinare
sui Disturbi del Comportamento Alimentare

Direzione Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza
Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare



Regione Umbria

Direzione Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza
Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare



LINEE GUIDA REGIONALI PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Deliberazione della Giunta Regionale dell'Umbria n. 5/2013

A cura di:

*Gruppo Regionale Tecnico Multidisciplinare
sui Disturbi del Comportamento Alimentare*

Coordinamento generale:

Mariadonata Giaimo
Dirigente Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria
e Sicurezza Alimentare

Realizzato da:

Direzione Salute, Coesione sociale e Società della
conoscenza Regione Umbria

Coordinamento editoriale:

Giovanni Santoro
Responsabile Sezione Sanità Pubblica

INTRODUZIONE

Perché queste linee guida regionali per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare? Perché i DCA costituiscono, oggi, un problema di salute complesso la cui incidenza va aumentando di pari passo con le modifiche delle caratteristiche psicopatologiche.

Accanto ai quadri classici, come l'Anoressia Mentale o la Bulimia Nervosa, infatti, sempre più frequentemente, giungono all'osservazione degli specialisti quadri clinici che fino a qualche anno fa erano del tutto assenti, o molto rari, quali i DCA maschili o la Bigoressia e la Ortoressia, o i disturbi infantili, spesso assai difficili da trattare.

Così, mentre il caso da manuale sembra ormai essere sempre più raro, nel DSM-IV, accanto alle forme universalmente riconosciute, sono stati inseriti i cosiddetti Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (ENDOS) di cui fanno parte le sindromi parziali nelle quali sono presenti solo alcuni dei sintomi necessari per porre diagnosi di anoressia o di bulimia.

È proprio questa notevole eterogeneità nella fenomenologia clinica che rende complessa la diagnosi e spesso allunga il tempo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e l'inizio del percorso di cura, con gravi conseguenze sull'esito dello stesso, la cui efficacia è tanto più elevata quanto più precocemente ha inizio.

In tale contesto, queste Linee Guida Regionali (revisione di quelle prodotte nel 2001), la cui stesura era uno degli obiettivi da raggiungere nel progetto "L'identificazione precoce nei soggetti affetti da DCA e appropriatezza dell'intervento: il modello umbro" del Piano regionale della Prevenzione 2010-2012, vogliono, quindi, essere uno strumento, a disposizione sia dei professionisti di settore, per garantire appropriatezza e qualità dell'intervento, sia dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta per individuare precocemente i pazienti affetti da DCA in maniera da orientarli, nel minor tempo possibile, verso i livelli assistenziali più adeguati alle loro esigenze di cura.

Mariadonata Giaimo
Dirigente Servizio Prevenzione,
Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Regione Umbria

INDICE

1. Metodologia di compilazione delle Linee Guida	9
1.1. Introduzione	
1.2. Metodologia di lavoro	
1.3. Composizione del gruppo di lavoro	
1.4. Metodo per la ricerca bibliografica	
1.5. Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni	
1.6. Avvertenze	
2. Dalla classificazione dei DCA ai nuovi problemi di salute	15
2.1. Quadro epidemiologico nazionale (<i>Dalla Ragione</i>)	
2.2. Quadro epidemiologico regionale (<i>Dalla Ragione</i>)	
2.3. Nuove classificazioni (<i>Dalla Ragione</i>)	
2.4. Verso il DSM-5 (<i>Dalla Ragione, Vicini</i>)	
2.5. DCA maschili (<i>Dalla Ragione, Scoppetta</i>)	
2.6. I disturbi dell'infanzia e della preadolescenza (<i>Dalla Ragione</i>)	
2.7. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e la sua interfaccia con l'obesità (<i>Pampanelli</i>)	
2.8. I Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (EDNOS) (<i>Antonelli</i>) <i>Riferimenti bibliografici</i>	
3. L'eziopatogenesi	37
3.1. Fattori di rischio e fattori protettivi (<i>Ruocco</i>)	
3.2. Modelli culturali e mode pericolose	
3.2.1. La cultura della magrezza (<i>Monacelli</i>)	
3.2.2. Mode alimentari e diet industry (<i>Bartolini</i>)	
3.3. Teorie sull'influenza della componente genetica (<i>Moretti, Verdolini</i>)	
3.4. Teorie sull'influenza della famiglia (<i>Masci</i>)	
3.5. Obesità infantile e DCA (<i>Marucci</i>)	
3.5.1. Obesità infantile, mass media e DCA	
3.5.2. Il paradosso della dieta	
3.5.3. Essere accettati e accettarsi	
3.5.4. Prevenire è meglio che curare	
3.6. Diabete Mellito e DCA (<i>Palazzi, Mirri, Grandone, Fatati</i>)	
3.6.1. Epidemiologia	
3.6.2. Conseguenze cliniche	
3.6.3. Fattori di rischio	
3.6.4. Insulina e aumento di peso	

- 3.7. La dieta e i sensi (*Fatati*)
 - 3.7.1. I presupposti errati
 - 3.7.2. I cambiamenti legati alla globalizzazione
 - 3.7.3. Gli errori di comunicazione
 - 3.7.4. Il valore dato alle influenze culturali
 - 3.7.5. Il peso del rapporto piacere–peccato–donna–identità
 - 3.7.6. Conclusioni: la cultural competence
come trait d'union tra scienza e società

Riferimenti bibliografici

4. Inquadramento diagnostico

73

- 4.1. Valutazione diagnostica
 - 4.1.1. Valutazione internistica (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 4.1.2. Valutazione nutrizionale (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 4.1.3. Valutazione psicopatologica e psicodiagnostica (*Pettinelli*)
 - 4.1.4. Valutazione psicopatologica e psicodiagnostica in età
adolescenziale e preadolescenziale (*Giombini*)
 - 4.1.5. La valutazione della famiglia (*Masci*)
- 4.2. Criteri diagnostici, clinici e di compliance per la scelta
del setting del trattamento nei diversi livelli
 - 4.2.1 Regime ambulatoriale (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 4.2.2 Regime riabilitativo (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 4.2.3 Regime di ricovero ospedaliero (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
- 4.3. Il cambiamento di setting e la continuità delle cure (*Vicini*)
Riferimenti Bibliografici

5. La motivazione

83

- 5.1. La motivazione (*Ruocco, Niglio*)
 - 5.2. L'assenza di motivazione
 - 5.2.1. L'interruzione non concordata del trattamento (Dropout)
nei DCA (*Dalla Ragione, Vicini*)
 - 5.2.2. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei DCA (*Dalla Ragione*)
- Riferimenti bibliografici*

6. Trattamenti terapeutici

93

- 6.1. Ricovero ospedaliero (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 6.1.1. Trattamento dell'AN
 - 6.1.2. Trattamento della BN
 - 6.1.3. Trattamento del DAI
- 6.2. Trattamento ambulatoriale (*Marucci, Bartolini, Antonelli*)
 - 6.2.1. Trattamenti appropriati in regime ambulatoriale per AN, BN, DAI
 - 6.2.2. Obiettivi da raggiungere a breve, medio, lungo termine nel regime
ambulatoriale

6.3. Trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale <i>(Marucci, Bartolini, Antonelli)</i>	
6.3.1. Trattamenti appropriati in regime riabilitativo per AN, BN, DAI	
6.3.2. Obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine nel regime riabilitativo residenziale/semiresidenziale per AN, BN, DAI	
6.4. Trattamenti farmacologici <i>(Moretti, Galletti)</i>	
6.4.1. Terapia psicofarmacologica per AN	
6.4.2. Terapia psicofarmacologica per BN	
6.4.3. Terapia psicofarmacologica per DAI	
6.5. Psicoterapie e trattamenti psicologici <i>(Moretti, Galletti)</i>	
6.5.1. Psicoterapie per AN	
6.5.2. Psicoterapie per BN	
6.5.3. Psicoterapie per DAI	
6.5.4. I diversi approcci psicoterapici	
6.6. Interventi sulla famiglia <i>(Masci)</i> <i>Riferimenti bibliografici</i>	
7. Gli esiti: strumenti per la valutazione e follow-up	119
7.1. Sul tema della “guarigione” <i>(Ruocco)</i>	
7.2. Strumenti per la valutazione degli esiti <i>(Dalla Ragione)</i>	
7.2.1. La valutazione dell’immagine corporea <i>(Giombini)</i>	
7.3. Problemi di metodo, problemi di esito <i>(Dalla Ragione)</i> <i>Riferimenti bibliografici</i>	
8. I livelli di assistenza e i modelli organizzativi in Umbria	133
9. Il ruolo delle Associazioni di familiari e pazienti in Umbria	139
9.1. Il ruolo delle Associazioni di familiari e pazienti <i>(Alessi)</i>	
9.2. Le Associazioni di familiari e pazienti in Umbria	
Appendice I – Criteri diagnostici secondo il DSM-IV-TR	145
Appendice II – Raccomandazioni	149

CAPITOLO 1

Metodologia di compilazione delle Linee Guida

1.1. Introduzione

Secondo la definizione ormai ritenuta classica (Institute of Medicine Guidelines for clinical practice: from their development to use. Washington DC: Academic Press,1992) le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare e basate sulle migliori evidenze scientifiche, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche condizioni cliniche.

Le seguenti Linee Guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono state prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da tutte le figure professionali coinvolte nel trattamento di tali disturbi (medici, psicologi, dietisti, biologi, nutrizionisti, infermieri) e i rappresentanti delle Associazioni dei familiari e dei pazienti affetti da Disturbi Alimentari, su proposta della Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza della Regione Umbria.

1.2. Metodologia di lavoro

All'interno del gruppo di lavoro è stato individuato un comitato di redazione, che ha elaborato una bozza delle linee guida sulla base di una revisione accurata della letteratura disponibile, inclusa la valutazione di linee guida prodotte sull'argomento da organismi internazionali, aggiornata a marzo 2012. La metodologia seguita per la ricerca bibliografica delle evidenze scientifiche è citata nel paragrafo "Metodo per la ricerca bibliografica".

I lavori scientifici recuperati sono stati successivamente classificati secondo il livello di validità e rilevanza scientifica sulla base di criteri, oggettivi e validati, che sono riportati nel paragrafo "Criteri per la selezione delle pubblicazioni secondo il livello di validità e di evidenza scientifica". Il gruppo di lavoro si è riunito per esaminare la bozza in alcune sedute, durante le quali sono stati discussi aspetti specifici ed effettuate le modifiche ritenute necessarie. Il documento opportunamente modificato è stato riesaminato e discusso in seduta plenaria, prima di essere licenziato.

Il documento è stato successivamente sottoposto alla valutazione della Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza della Regione Umbria e poi ufficializzato. Il gruppo di lavoro definirà le modalità ed i tempi dell'aggiornamento di tali linee guida.

1.3. Composizione del gruppo di lavoro

Queste linee guida per la diagnosi ed il trattamento dei DCA sono state prodotte da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da professionisti di varie specialità istituito presso la Direzione Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza della Regione Umbria. Sono rappresentate nel gruppo di lavoro tutte le Aziende Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere umbre, oltre che le Associazioni di Genitori e Pazienti. Il gruppo è stato coordinato dal funzionario regionale che ha seguito anche i lavori del progetto: "Identificazione precoce dei soggetti affetti da DCA e appropriatezza dell'intervento: il modello umbro" inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, all'interno del quale era prevista la revisione della prima stesura delle Linee Guida (2001).

Composizione del Gruppo di lavoro Regionale multidisciplinare

Mariadonata Giaimo	Dirigente Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, Regione Umbria
Laura Dalla Ragione	Psichiatra – Responsabile Centro DCA Palazzo Francisci (Todi) e Centro DAI (Città della Pieve), AUSL Umbria 1
Patrizia Moretti	Psichiatra - Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia
Marta Scoppetta	Psichiatra - AUSL Umbria 1, Centro DCA “Palazzo Francisci”
Gabriele Periello	Medico Internista – AO Universitaria di Perugia
Simonetta Marucci	Medico Endocrinologo – ASL Umbria 2 (Spoleto), Centro DCA “Palazzo Francisci” (Todi), AUSL Umbria 1
Mariangela Palazzi	Medico specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio – AO Terni
Simone Pampanelli	Medico Endocrinologo – AO Perugia e Centro DAI (Città della Pieve), AUSL Umbria 1
Giuseppe Fatati	Medico Internista Nutrizionista – Primario della struttura complessa di diabetologia, dietologia e nutrizione clinica, AO Terni
Raffaele Ruocco	Medico Internista Nutrizionista – AO Perugia
Giovanni Antonelli	Medico Nutrizionista - AUSL Umbria 1
Guido Monacelli	Medico Nutrizionista – AUSL Umbria 1
Ilenia Grandone	Medico nutrizionista – AO Terni
Eva Mirri	Medico Nutrizionista – AO Terni
Lucia Bartolini	Dietista –Centro DAI (Città della Pieve), AUSL Umbria 1
Debora Cesaroni	Dietista - AUSL Umbria 1
Maria Vicini	Biologa Nutrizionista – Operatore Numero Verde SOS Disturbi Alimentari - Ist. Sup. Sanità AUSL Umbria 1, Ministero Gioventù
Ilio Masci	Psicologo – AUSL Umbria 2
Vittoria Niglio	Psicologa – AUSL Umbria 1
Cristiana Pettinelli	Psicologa – Centro DCA Palazzo Francisci (Todi), AUSL Umbria 1
Lucia Giombini	Psicologa , Psicoterapeuta – Project Manager Ricerca Nazionale Multicentrica - Ministero della Salute - AUSL Umbria 1
Chiara Galletti	Specializzanda in Psichiatra – AO Universitaria di Perugia
Norma Verdolini	Specializzanda in Psichiatra – AO Universitaria di Perugia
Maria Assunta Pierotti	Psicologa – Associazione “Il Pellicano” ONLUS, Perugia
Francesca Alessi	Associazione “Federica Alessi” ONLUS, Terni
Antonio Croacri	Associazione “Paguro” ONLUS, Città di Castello (Pg)
Maria Grazia Giannini	Associazione “Il Bucaneve”, Castiglion del Lago (Pg)
Valentina Ugolini	Infermiera specializzata in DCA – Associazione “Il Girasole”, Spoleto (Pg)
Paola Bianchini	Filosofa - Associazione “Mi Fido di Te” ONLUS, Todi (Pg)

1.4. Metodo per la ricerca bibliografica

Una parte dei quesiti rispetto alle raccomandazioni ha trovato risposta nella analisi delle Linee Guida internazionali già esistenti che sono state attentamente analizzate e valutate. Delle dieci Linee Guida già esistenti ne sono state selezionate quattro: NICE 2004 – AIAQS 2008 – APA 2006 – RANZCP 2004.

La letteratura nazionale e internazionale è stata individuata tramite:

- Ricerca su Med-Line;
- Ricerca su banche dati di linee guida;
- Ricerca di revisioni sistematiche pertinenti pubblicate sulla Cochrane Library;
- Documenti forniti da componenti il Gruppo di lavoro.

Sono stati presi in considerazione:

1. **Revisioni sistematiche con analisi secondarie** - revisione sistematica ed analitica strutturata di dati esistenti, come ad esempio una metanalisi o un'analisi decisionale.
2. **Trials clinici randomizzati** - Studio di un intervento nel quale i soggetti sono seguiti prospetticamente per tutto il periodo dello studio; è effettuato su un gruppo trattato e uno di controllo; i soggetti vengono assegnati ai due gruppi in modo randomizzato (casuale); entrambi i soggetti dello studio e gli investigatori non conoscono a quale gruppo sono assegnati.
3. **Trials clinici** - Studio prospettico nel quale l'intervento effettuato ed i relativi risultati sono seguiti longitudinalmente; lo studio non soddisfa gli standard per un trial clinico randomizzato.
4. **Studi longitudinali o di coorte** - Studio nel quale i soggetti sono seguiti prospetticamente durante tutto il periodo senza essere soggetti ad un intervento specifico e studio caso-controllo, studio nel quale un gruppo di pazienti e uno di controllo sono definiti al momento dello studio e le informazioni su di loro sono acquisite retrospettivamente.
5. **Altro** - Libri di testo, opinioni di esperti, comunicazioni su casi clinici, revisione qualitativa e discussione di pubblicazioni precedenti senza un'analisi quantitativa dei dati.

1.5. Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni

Lo schema scelto è quello della US Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ, già AHCPR), ovvero quello maggiormente utilizzato dalle principali agenzie internazionali di linee guida sino a oggi. Si tratta di uno schema rigido che si basa principalmente sul disegno degli studi.

Livelli di Evidenza

Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi clinici randomizzati controllati (RCT).
Ib	Evidenza ottenuta da almeno un RCT.
IIa	Evidenza ottenuta da almeno un studio controllato ben disegnato senza randomizzazione.
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale ben disegnato.
III	Evidenza ottenuta da studi descrittivi non-sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e di casi.
IV	Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli.

Forza delle Raccomandazioni

A	Richiede: almeno un RCT come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni. [Livello di evidenza Ia, Ib]
B	Richiede: disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCT sui temi della raccomandazione. [Livello di evidenza IIa, IIb, III]
C	Richiede: evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità. [Livello di evidenza IV]

1.6. Avvertenze

Le raccomandazioni contenute in queste linee guida vanno intese come indirizzi di comportamento, non come protocolli fissi che debbono essere obbligatoriamente seguiti.

Le evidenze scientifiche su cui tali raccomandazioni sono basate sono di livello variabile; in una scala decrescente di attendibilità scientifica, al "livello I" ci sono le evidenze di massima attendibilità, in quanto derivanti da studi clinici con caratteristiche di rilevante valore scientifico, mentre al "livello IV" appartengono le raccomandazioni frutto della opinione di professionisti autorevoli ed esperti nel settore.

Inoltre, le raccomandazioni delle linee guida si applicano ad un paziente medio, non ad un singolo e specifico paziente; rimane compito e responsabilità del medico valutare l'appropriatezza di un determinato trattamento per uno specifico paziente. Le linee guida pertanto non possono sostituire in alcun modo né la valutazione clinica, né il bagaglio culturale, né l'esperienza professionale del medico, né una corretta ed esauriente informazione del paziente, né il suo consenso informato e cioè quanto in termini di prudenza, diligenza e perizia è richiesto al medico nel trattamento dello specifico paziente.

Pertanto, al medico curante rimane la responsabilità di verificare se le raccomandazioni formulate in tali linee guida siano valide e supportate dai dati disponibili nella letteratura medica, aggiornate rispetto al continuo avanzamento delle conoscenze medico-scientifiche appropriate per le condizioni cliniche del paziente specifico. Sempre al medico curante spetta la responsabilità di verificare se le dosi e/o le modalità di somministrazione dei farmaci o di altri presidi terapeutici, che fossero indicati in tali linee guida, siano corrette e appropriate alle condizioni cliniche del paziente specifico.

In sostanza, si tiene a ribadire che le linee guida non sono per il medico norme da seguire, né sono discriminanti della responsabilità professionale, stante la normativa in atto in cui l'operato del medico rimane gravato dal dovere di rispondere in termini di assoluta soggettività. Inoltre le linee guida non possono essere utilizzate nei confronti di chiunque (medico, paziente, organizzazione sanitaria), per obbligare, autorizzare o impedire la scelta di un trattamento.

Il gruppo che ha elaborato le linee guida declina pertanto ogni responsabilità per danni diretti o indiretti a persone o a cose che possano derivare dall'applicazione o meno delle raccomandazioni contenute nelle stesse.

CAPITOLO 2

**Dalla classificazione dei DCA
ai nuovi problemi di salute**

2.1. Quadro epidemiologico nazionale

Secondo dati aggiornati a novembre 2006, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa in Italia sarebbe rispettivamente dello 0.2%–0.8% e dell'1%–5%, in linea con quanto riscontrato in molti altri Paesi.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi e per la maggior parte limitati a realtà regionali. È in corso di pubblicazione il Documento di Consenso sui DCA, stilato in seguito alla Conferenza di Consenso promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla AUSL Umbria n.1, dove è messa in evidenza proprio questa difficoltà di avere un dato nazionale omogeneo.

Uno studio di Favaro (2003) fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro paese. Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova, stimava per l'Anoressia Nervosa una prevalenza puntuale dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. La prevalenza puntuale della Bulimia era dell'1.8% mentre quella nell'arco di vita del 4.6%. Le forme di Anoressia sotto soglia registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6%, mentre le forme atipiche di Bulimia raggiungevano una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%. La prevalenza di tutti i DCA nel campione era infine pari al 5.3%.

Uno studio analogo è quello di Sesto Fiorentino effettuato in una provincia Toscana da Faravelli (2006), una sorveglianza organizzata in tre fasi che ha coinvolto 2355 soggetti con età superiore ai 14 anni residente nella cittadina. Nella prima fase è stato somministrato a tutti i soggetti la Mini International Neuropsychiatric Interview (con un'aggiunta di sei domande). Per la seconda fase sono stati reclutati i soggetti con un risultato positivo al test, più una rappresentanza di soggetti controllo; questo campione è stato re-intervistato dagli psichiatri che hanno utilizzato la Florence Psychiatric Interview. Ai soggetti che mostravano sintomi riconducibili ad un Disturbo Alimentare è stato somministrato, in terza fase, l'Eating Disorder Examination (EDE-12). I risultati indicano una prevalenza *lifetime* di Disturbi Alimentari del 1,21%; più precisamente 0,42% Anoressia Nervosa, 0,32% Bulimia Nervosa, 0,32% Disturbo da Alimentazione Incontrollata e 0,32% Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati.

La diversità dei dati raccolti rispetto allo studio precedente è probabilmente attribuibile all'età del campione: nel primo è preso in considerazione il range d'età 18–25 anni; nel secondo il requisito è semplicemente l'età superiore ai 14 anni.

È importante sottolineare che nonostante il numero esiguo, gli studi epidemiologici italiani confermano i trend internazionali.

Dalla letteratura emerge che nonostante la differenza di contesto geografico e socio-culturale, i dati di prevalenza e incidenza non si discostano molto fra loro in studi condotti in Nord Europa (Inghilterra, Finlandia e Svezia), in Giappone, USA e Turchia. Se il comune denominatore di una classe geografica così eterogenea è la cultura occidentale, non c'è nessun motivo quindi di non considerare validi i dati epidemiologici rilevati anche per l'Italia.

Attualmente la letteratura internazionale indica che i valori di prevalenza dell'AN sono

compresi tra 1,4% e 2,8%, con valori inferiori riferiti per la popolazione maschile (0,24%). Negli studi in cui sono compresi i disturbi sotto soglia il valore di prevalenza arriva fino al 4%. Registra un picco più alto la BN con una prevalenza intorno al 5% nella maggior parte degli studi (Keski-Rahoken, 2007; Raevouri, 2009). Per quanto riguarda il DAI vi sono meno studi disponibili rispetto AN e BN; il dato di prevalenza oscilla tra il 3 e il 6% (Isomaa, 2009), mentre non vi sono dati certi sull'incidenza di tale disturbo.

L'incidenza di disturbo alimentare risulta di circa 164 casi/100.000, e nel dettaglio 102 casi/100.000 di AN e 438 casi/100.000 di BN (Isomaa, 2009; Chisuwa, 2010), confermando l'incremento di disturbi bulimici negli ultimi decenni.

2.2. Quadro epidemiologico regionale

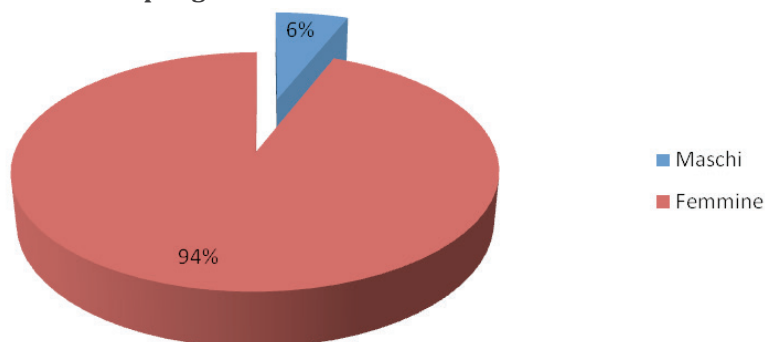
In questo paragrafo verranno discusse l'incidenza (nuovi casi) e la prevalenza (numero totale di casi nella popolazione) dei DCA per quanto riguarda la Regione Umbria. Il tasso di prevalenza è l'indicatore più utile per pianificare gli interventi, dal momento che fornisce un'indicazione della possibile richiesta di cura. I casi prevalenti forniscono una descrizione del disturbo stesso e dei fattori coesistenti. I tassi di incidenza rappresentano invece la situazione nel momento in cui viene fatta la rilevazione, che non corrisponde necessariamente all'esordio reale del disturbo. Gli studi sull'incidenza sono scarsi e i tassi vengono calcolati sulla base degli individui che si sono rivolti alle strutture sanitarie.

Attualmente si dibatte molto se l'incidenza dei DCA stia aumentando realmente oppure no, laddove la difficoltà sta nel comprendere se l'aumento registrato nelle strutture sanitarie corrisponda ad un aumento dell'incidenza nella popolazione generale o sia piuttosto riconducibile al miglioramento raggiunto negli ultimi anni nel progetto di sensibilizzazione dell'intera comunità civica e del personale medico. Con maggior accesso ai luoghi di cura per quei pazienti la cui malattia, fino a non troppi anni fa, sarebbe rimasta "invisibile" condannandoli a rimanere imprigionati e radicati nella convinzione, spesso condivisa con rassegnazione anche da medici curanti e familiari, che non esista una cura efficace. La difficoltà nel conoscere esattamente la diffusione dei DCA rispetto ad altre malattie mentali e non, sta oltre che nella difficoltà ad uniformare gli studi, anche nella particolarità di un disturbo la cui prevalenza nella popolazione generale è infatti molto bassa ma può raggiungere tassi molto alti in sotto-popolazioni specifiche. È inoltre presente la tendenza delle persone affette da tali disturbi ad occultare il problema e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti e la possibilità di un progetto di cura tempestivo.

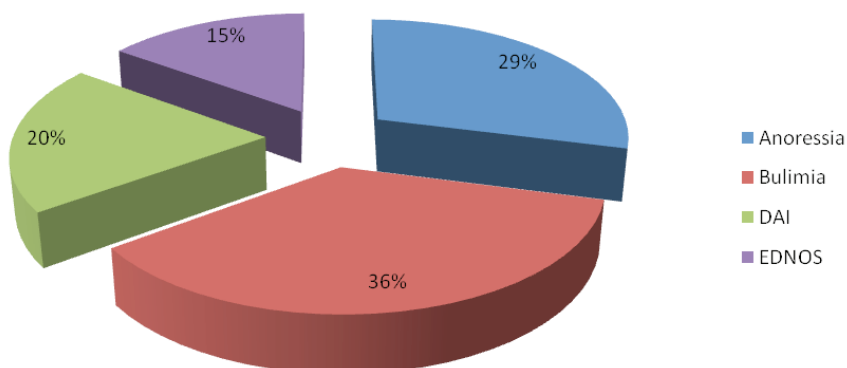
Attraverso la raccolta dati sull'utenza afferita ai Servizi dedicati al trattamento DCA in Umbria emerge che i pazienti in carico ai servizi presenti nella regione per il biennio 2008–2009 sono stati complessivamente 2740 (1245 per il 2008 e 1495 nel 2009), di cui 769 nuovi casi nel 2008 e 986 nel 2009.

Dai dati raccolti emergono alcune caratteristiche nella distribuzione per genere, per diagnosi ed età. È stato rilevato anche il dato relativo all'inviante e alla provenienza dell'utente.

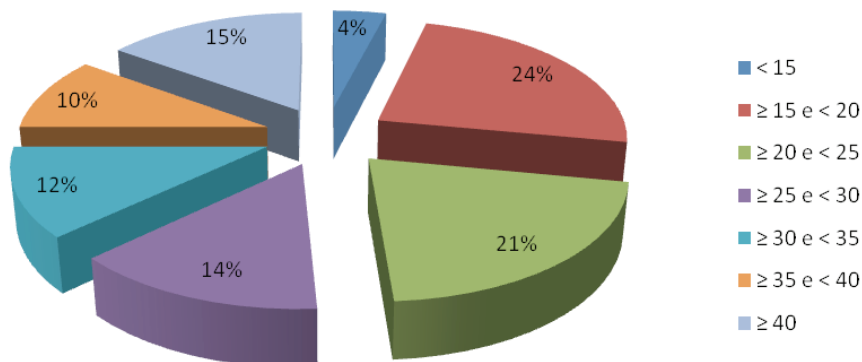
La distribuzione per genere (Figura 1) è in linea con il dato nazionale, sottolineando che la comunità scientifica internazionale è concorde nel ritenere che i maschi si rivolgono con maggiore difficoltà ai Servizi.

Figura 1: Distribuzione per genere

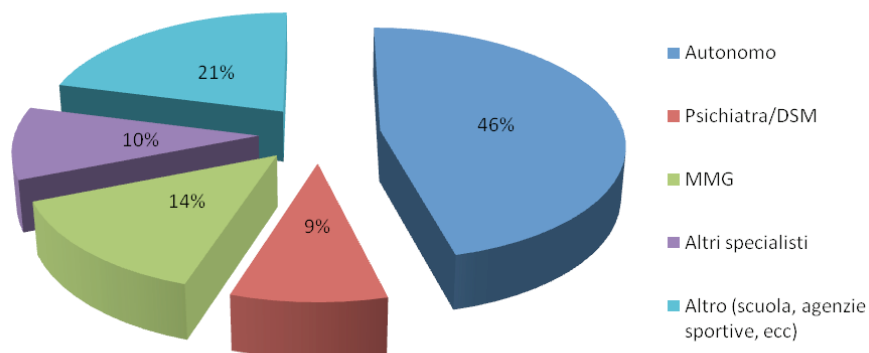
La distribuzione per diagnosi (Figura 2) conferma il dato nazionale di un assestamento del dato sull'Anoressia, con un aumento della Bulimia Nervosa e soprattutto dei Disturbi non Altrimenti Specificati (EDNOS) e del Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Figura 2: Distribuzione per diagnosi

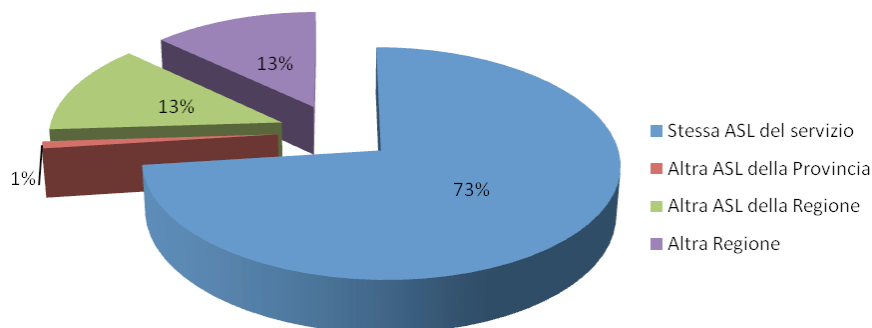
La distribuzione per età della popolazione censita (Figura 3) dimostra che la fascia più ampia comprende gli individui tra 15 e 25 anni con un interessamento altresì significativo di pazienti sotto i 15 anni e sopra i 40. Ciò a conferma che la fascia interessata da tali disturbi si è decisamente ampliata.

Figura 3: Distribuzione per età

Dai dati raccolti emerge inoltre che il 46% dei pazienti ha contattato autonomamente il servizio (Figura 4), mentre l'altra metà è stata inviata per la maggior parte dai medici di base (14%), da altri specialisti (10%), il 9 % dallo psichiatra o DSM e il 21 % da altri soggetti (scuola, agenzie sportive, etc).

Figura 4: Distribuzione per inviante

Un dato interessante è rappresentato dalla provenienza degli utenti afferenti ai Servizi censiti (Figura 5), dal quale risulta che la maggior parte, ovvero il 73% degli utenti, provengono dalla stessa ASL del servizio:

Figura 5: Distribuzione per provenienza utenza

2.3. Nuove classificazioni

I DCA costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale, ma la loro diffusione si accompagna anche ad una importante modificazione delle caratteristiche psicopatologiche. I Disturbi Alimentari sembrano interpretare un disagio diffuso nella modernità che si declina ormai in forme ogni volta diverse.

Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei DCA con gli alberi decisionali delle nosografie condivise. Le sindromi più frequenti sono ormai molto lontane dai quadri classici cosiddetti puri: Anoressia Mentale (AN), Bulimia Nervosa (BN), Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). Sono comparsi disturbi alimentari maschili, assenti fino a dieci anni fa, con espressioni nuove della patologia (Bigoressia e Ortoressia) e disturbi infantili con forme purtroppo estremamente severe e difficili da trattare.

Oltre alle mutazioni delle prevalenze dei vari Disturbi assistiamo anche ad un trasformarsi della patologia dei singoli pazienti: sempre più frequentemente osserviamo una migrazione da un sintomo all'altro nell'arco della storia patologica dello stesso paziente (Milos *et al.*, 2005).

A tutt'oggi il 50% dei soggetti anoressici manifesta sintomi anche bulimici. Viceversa Agras (1997) riferisce che, in studi controllati di Bulimia, tra il 25 e il 35% dei pazienti hanno già sofferto di Anoressia, ma senza averne presentato a lungo i sintomi.

Inoltre le forme del disturbo sono andate mutando, proprio come un virus insidioso.

Dall'iniziale caratterizzazione "astinente" dell'Anoressia (dove il disturbo si esauriva esclusivamente nel digiuno) ha fatto seguito, attorno agli anni Settanta, l'innesto di alcuni comportamenti tipici del versante bulimico. Negli anni Ottanta sono aumentati i casi di Bulimia normopeso, e il disturbo è andato progressivamente evolvendo verso forme multi-compulsive con l'aumento di abuso di alcool e di droghe, di gesti autolesionistici e di disturbi della condotta. Non è un caso che nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV, APA, 2000) è stata inserita un'altra categoria che è quella dei DCA Non Altrimenti Specificati (DCA-NAS o EDNOS), di cui fanno parte le sindromi parziali,

chiamate anche sub-cliniche o più correttamente subliminali, in cui sono presenti alcuni ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di Anoressia e Bulimia e che sono in questo momento molto frequenti.

Tra i quadri atipici, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge eating disorder; Bulimia senza contromisure di compenso) ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità (Wonderlich *et al.*, 2009).

Le due principali patologie (Anoressia e Bulimia) rappresentano oggi gli estremi di un continuum fenomenologico, lungo il quale trovano posto tutta una serie di configurazioni intermedie, ibride, passibili di un'esistenza autonoma rispetto ai disordini "ufficiali" e non necessariamente di essi predittive. Le diverse manifestazioni non giacciono su livelli qualitativi separati, bensì sono divise da una soglia puramente quantitativa lungo una scala di severità clinica. Il caso da manuale sembra infatti essere sempre più una rarità nella pratica clinica; le forme "pure" di patologia sono ormai costruzioni virtuali, volte forse a soddisfare esigenze di ordine classificatorio. L'esperienza insegna che sono proprio le forme ibride ad allungare le liste di attesa nei centri specialistici.

2.4. Verso il DSM 5

I cambiamenti della patologia nel campo dei Disturbi Alimentari rendono sempre più difficile l'inquadramento diagnostico attraverso le categorie nosografiche di quello che è il Manuale Diagnostico più utilizzato dalla Comunità scientifica internazionale e cioè il DSM IV (APA, 2000). Sempre più spesso si parla di ampliare i criteri diagnostici di inserimento consentendo quindi anche l'inquadramento diagnostico di patologie non conclamate, sempre più frequenti all'osservazione clinica, oppure si propone di dare dignità nosografica a patologie che attualmente sono sotto considerate come, per esempio, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Le proposte di revisione delle categorie diagnostiche del DSM-IV partono, oltre che dai numerosi riscontri in letteratura della prevalenza dei Disturbi Non Altrimenti Specificati (EDNOS) e dei disturbi sotto-soglia nella popolazione generale (Fairburn *et al.*, 2007), anche dall'aumentata incidenza di disturbi alimentari in età infantile e preadolescenziale.

Proprio per quest'ultimo motivo il Gruppo di Lavoro per i DCA del DSM 5 (Eating Disorders Work Group) ha proposto che la categoria sia rinominata *Feeding and Eating Disorders*: il termine "feeding" fa riferimento all'alimentazione infantile e riflette l'intento di far rientrare in questa categoria quei disturbi precedentemente classificati nel DSM-IV come Disturbi di prima diagnosi in Infanzia e Preadolescenza (*Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence*).

In particolare è stato proposto di far rientrare nei Disturbi Alimentari il Pica, il Disturbo da Ruminazione e il "*Avoidant/Restrictive food in take disorder*". Quest'ultimo andrebbe a sostituire il "*Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood*" del DSM-IV e i nuovi criteri diagnostici vorrebbero andare a coprire la moltitudine di disturbi legati all'alimentazione dell'infanzia.

L'altra importante proposta del Gruppo di Lavoro è la rimozione del Disturbo da Alimentazione Incontrollata dall'Appendice e la sua classificazione come patologia a se stante. Questa proposta si basa su una dettagliata revisione della letteratura di Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby e Engel (2009).

Per quanto riguarda l'Anoressia nervosa, è stato proposto di eliminare l'amenorrea come criterio diagnostico, in seguito all'osservazione di molte pazienti che mostrano tutti i sintomi e i segni dell'AN ma che presentano ancora attività mestruale. Inoltre il criterio dell'amenorrea non può essere utilizzato in caso di pazienti pre-menarca, pazienti che assumono contraccettivi orali, pazienti post menopausa e pazienti di sesso maschile. Nel criterio A si vorrebbe eliminare la parola "rifiuto" (di mantenere il peso [...]), in quanto concetto di difficile valutazione e che implica intenzionalità, e introdurre al suo posto il concetto di "restrizione dell'intake energetico" (Becker, Eddy & Perloe, 2009. Bravender *et al.*, 2007; Attia & Roberto, 2009)

Anche per la Bulimia nervosa sono stati proposti dei cambiamenti, di cui i più significativi sarebbero l'abbassamento della frequenza degli episodi bulimici da due a una volta a settimana (criterio C) e l'eliminazione dei sottotipi (purging - non purging), in quanto per la maggior parte degli individui del sottotipo "non purging" risultava più appropriata una diagnosi di DAI (Wilson & Sysko, 2009; van Hoeken *et al.*, 2009; Wonderlich *et al.*, 2009).

Infine, il Gruppo di Lavoro ha proposto di rinominare gli EDNOS in *Feeding and Eating Conditions Not Elsewhere Classified*; in questa categoria sarebbero compresi AN atipica (AN con peso nella norma), BN e DAI sotto-soglia (con frequenza o durata minore), Purging Disorder (comportamenti compensatori in assenza di abbuffate), Night Eating Syndrome e altri disturbi non altrimenti specificati.

Si vorrebbe inoltre inserire una nuova categoria chiamata *Unspecified Feeding or Eating Disorder*, la quale è ancora oggetto di studio del Gruppo di Lavoro.

2.5. I DCA maschili

Fino a circa 20 anni fa il rapporto tra l'incidenza dei Disordini alimentari negli uomini e nelle donne era pari a 1:10, 1:15; dati più recenti suggeriscono che questo rapporto sia arrivato almeno ad 1:4. Nel caso del Disturbo da Alimentazione Compulsiva (DAI) la distanza si accorcia e il rapporto maschi e femmine diventa 3:4 (Hoek, 2003). È difficile non correlare questo fenomeno al fatto che le preoccupazioni per il corpo, per la forma fisica e per l'apparenza in genere, fino al secolo scorso prerogativa quasi esclusivamente femminile, riguardano adesso sempre più anche il mondo maschile (Dalla Ragione & Scoppetta, 2009). Già da alcuni anni, contestualmente a numerosi cambiamenti socio-antropologici strutturali della nostra epoca, il peso e le forme corporee sono diventati oggetto di cura e fonte di numerose preoccupazioni anche per gli uomini. Si pone quindi il problema di un disturbo che gradualmente si allontana dall'essere un disturbo di genere e sempre più spesso si configura come un problema di identità, in questo caso maschile (Ehrenberg, 1999). Il picco di esordio nei DCA maschili, anche se osserviamo un allargamento del range con esordi infantili ed in età adulta, rimane, soprattutto nella Anoressia Nervosa, l'età adolescenziale.

I recenti dati della ricerca sui DCA nei maschi sembrano evidenziare una forte interrelazione tra ruolo di genere, orientamento sessuale e specifiche caratteristiche dell'insoddisfazione corporea maschile.

Per decenni ricercatori e clinici hanno indagato se le differenze di prevalenza dei DCA tra maschi e femmine fossero semplicemente correlate al sesso o a specifiche caratteristiche di ruolo di genere, che partecipano ai meccanismi di costruzione dell'identità personale

e della regolazione emotiva. Gli studi su tratti d'identità di genere e DCA nei maschi hanno evidenziato come un'alta "espressività" fosse correlata con un maggior rischio di sintomi bulimici. Inoltre, alti punteggi di "espressività" e bassi punteggi di "strumentalità" apparivano correlati con l'insoddisfazione corporea.

Il quadro diventa ancor più articolato se si considera l'orientamento sessuale: nella popolazione omosessuale maschile è presente una maggiore insoddisfazione corporea, una maggiore preoccupazione di ingrassare e una maggiore tendenza a intraprendere diete (Kaye, 2009).

Nei Disturbi Alimentari maschili la focalizzazione sul corpo è più spesso caratterizzata da una ricerca ossessiva della muscolarizzazione, analoga alla ricerca di magrezza nella Anoressia femminile (Blashill, 2011). I maschi per migliorare il proprio aspetto fisico e cambiare la propria immagine tendono ad utilizzare soprattutto l'esercizio fisico (che assume aspetti di pratica ossessiva) finalizzato all'acquisizione di massa muscolare, associato a diete iperproteiche ed ipocaloriche e uso/abuso di integratori per ottenere massa muscolare magra. L'esercizio fisico ossessivo è anche il risultato di un altro disturbo classificato nel DSM IV come Disturbo di Dimorfismo Corporeo caratterizzato da preoccupazioni su alcuni difetti particolari del corpo, ma che può concentrarsi sugli aspetti muscolari ("reverse anorexia") con esercizio muscolare compulsivo e gravi difficoltà relazionali (Kaminski *et al.*, 2005; Chung, 2001; Pope *et al.*, 2005).

Nella letteratura relativa ai DCA emerge come quella degli atleti sia una categoria a rischio per l'insorgenza di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa, in forma completa o come sindrome parziale. Il rischio sembra inoltre correlato al livello di competitività richiesto dall'ambiente sportivo (Wolke & Sapouna, 2008). Anche nell'ambito dello sport i DCA non si declinano unicamente al femminile, e sebbene i maschi rappresentino una percentuale più bassa del problema rispetto alla controparte femminile, rispecchiando così la distribuzione all'interno della popolazione generale, i DCA negli atleti maschi rappresentano un fenomeno da non trascurare (Thompson & Sherman, 2010).

I disturbi del Comportamento Alimentare maschili costituiscono quindi una nuova criticità all'interno di tali patologie. Questo sia per la difficoltà di una precisa diagnosi che alla strutturazione di un trattamento, spesso non richiesto dal paziente.

L'aumento della prevalenza ed incidenza dei DCA nel mondo maschile è strettamente collegato al difficile percorso della strutturazione dell'identità, in particolare nel periodo adolescenziale.

Mode culturali pericolose riferite al corpo e all'alimentazione costituiscono fattori di rischio rilevanti e spiegano perché alcune categorie, in particolare all'interno di ambienti sportivi, non solo agonistici, creano un terreno fertile per l'espressività di un malessere identitario profondo. Un attento lavoro per consentire una diagnosi precoce del disturbo, accompagnato da campagne di prevenzione intensive ed estese, particolarmente nel mondo sportivo, costituiscono per la comunità scientifica indicazioni non più rimandabili.

2.6. I disturbi dell'infanzia e della preadolescenza

Fino a non molti anni fa quando si parlava di disturbi della nutrizione o del comportamento alimentare nell'infanzia si faceva riferimento a condizioni che si presentavano quasi esclusivamente nella prima infanzia come la Pica, il Disturbo di Ruminazione ed il disturbo

della nutrizione e della condotta alimentare della prima infanzia. A queste forme piuttosto rare si affiancano oggi in numero sempre maggiore casi di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri clinici molto simili a quelli fino a poco tempo fa osservabili solo nell'adolescente e nell'adulto. Negli ultimi anni stiamo infatti assistendo ad un abbassamento dell'età di esordio dei DCA che stanno iniziando a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile, raggiungendo Anoressia e Bulimia con una prevalenza pari a circa l'1% (Lask & Bryant-Waugh, 1992; Casey *et al.*, 2008) e con un impatto economico sempre maggiore sui servizi sanitari nazionali (Robergeau *et al.*, 2006).

È importante tenere presente che l'infanzia e l'adolescenza rappresentano periodi cruciali per lo sviluppo neurale e la crescita fisica. La malnutrizione e le complicanze mediche annesse al DCA potrebbero causare severe conseguenze psicofisiche durante l'età giovane e adulta. In riferimento alla diagnosi e al trattamento dovrebbero essere definiti criteri specifici. Ad esempio, la soglia della severità sintomatologica dovrebbe essere minore e più sensibile al periodo di sviluppo adolescenziale; le caratteristiche psicologiche tipiche del DCA devono essere osservate e tenute in considerazione anche in assenza di un diretto self-report da parte del paziente ed infine, allo scopo di definire un quadro completo della condizione psicofisica dovrebbero essere raccolte informazioni da genitori e da familiari vicini al paziente. La definizione di criteri specifici per la fascia di età permetterebbe una identificazione precoce ed un intervento tempestivo al fine di prevenire l'esacerbazione della sintomatologia (Bravender *et al.*, 2010). Nonostante il quadro clinico sia per la maggior parte delle caratteristiche sovrapponibile a quello di adolescenti e giovani donne (Lask & Bryant-Waugh, 1994), quando appare nella bambina o nella pre-adolescente il DCA si caratterizza per delle sfumature cliniche distinte dall'adulto e non soddisfa quasi mai i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-IV per l'Anoressia e la Bulimia, finendo spesso col rientrare nella categoria degli EDNOS (Eddy *et al.*, 2008): ciò può favorire difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale del giovane interessato (Binford *et al.*, 2005; Peebles *et al.*, 2006; Ackard *et al.*, 2007). Trattandosi di bambine in età prepuberale non è valutabile la presenza di alterazioni del ciclo mestruale mentre l'insoddisfazione per le forme corporee e la paura di ingrassare sono raramente verbalizzate in maniera esplicita come nell'adolescente e frequentemente addirittura assenti come del resto la presenza di un peso ideale (Fisher *et al.*, 2001; Gowers *et al.*, 1991; Huang *et al.*, 2007). La riduzione del peso può non raggiungere valori inferiori all'85% del peso normale per l'età ma manifestarsi in un consistente rallentamento o blocco della crescita (Cole *et al.*, 2007). Segnali importanti e fondamentali per una diagnosi precoce divengono allora tutti quei comportamenti cui nell'adulto attribuiamo un'importanza secondaria: il modo in cui i bambini mangiano, spesso molto lentamente, escludendo alcuni alimenti, bevendo molta acqua e sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi; l'iperattività fisica, un uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti e poi il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti del bambino. Alle caratteristiche dell'adulto affetto da Anoressia e Bulimia si aggiungono nel bambino vissuti di vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»), bassa autostima e bisogno di controllo (Dalla Ragione, 2005; Tanofsky-Kraff *et al.*, 2008). Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi possono essere

presenti anche in questa fascia di età e, sebbene i comportamenti bulimici e i meccanismi di eliminazione in genere abbiano una prevalenza molto ridotta (Gowers *et al.*, 1991; Fisher *et al.*, 2001; Boyer *et al.*, 2006), esiste anche in questi giovani pazienti un “continuum” tra Bulimia e Anoressia e la frequente transizione da un disturbo all’altro (Tanofsky-Kraff *et al.*, 2009).

Alcuni autori (Lask, 1993; Rosen, 2003; Peebles *et al.*, 2006), concordano nel riportare, tra i bambini affetti da DCA, un’aumentata incidenza di altre affezioni psichiatriche come la depressione o il disturbo ossessivo compulsivo. Gli stessi autori sostengono che la percentuale di bambini maschi affetti sia maggiore rispetto ai pazienti adulti.

Anche l’obesità infantile costituisce un fenomeno attuale e in espansione: oggi un bambino italiano su tre è in sovrappeso ed uno su sette francamente obeso (Maffeis, 1997; Glasofer *et al.*, 2007). L’aumento dell’obesità infantile costituisce esso stesso un fattore di rischio per lo sviluppo precoce di un DCA (Ruocco *et al.*, 2002; Neumark-Sztainer *et al.*, 2006); inoltre molte preadolescenti femmine seguono diete dimagranti (Ricciardelli, 2001) comportamento ritenuto, sulla base di studi scientifici (Marchi, 1990), facilitante lo sviluppo di patologie alimentari. Altri fattori di rischio sono riconducibili ai cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca storica in cui contemporaneamente il cibo e la magrezza hanno acquisito un valore fondamentale nella costituzione della propria identità personale, mentre si vanno sempre più riducendo i tempi dedicati a pasti regolari e alle attività familiari in genere: il cibo diviene, per il bambino incapace di comprendere i propri bisogni, una maniera più reperibile della relazione con l’Altro per affrontare le proprie emozioni (Montecchi, 1994).

Altri disturbi alimentari presenti nell’infanzia sono il “Disturbo emotivo di evitamento del cibo” o FAED, l’Alimentazione Selettiva o Selective Eating, la Disfagia Funzionale e la Sindrome da Rifiuto Pervasivo, tutti caratterizzati da comportamenti alimentari disturbati, in assenza però di alterazioni percettive della propria immagine corporea e preoccupazioni per peso e forme corporee (Dalla Ragione, 2005).

Con una presentazione clinica molto simile all’Anoressia Nervosa per gravità della perdita di peso e delle conseguenze mediche, il “Disturbo Emotivo di Evitamento del Cibo” o FAED (Food Avoidance Emotional Disorder) si caratterizza per l’evitamento marcato del cibo e perdita di peso. L’attitudine a non mangiare può essere dovuta a vere e proprie fobie od ossessioni o a quadri di depressione.

Un altro disturbo abbastanza diffuso è quello dell’“Alimentazione Selettiva”, o Selective Eating, in cui il bambino ha un’altezza ed un peso normali e non presenta preoccupazioni per il peso o le forme corporee ma sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitati a quattro-cinque categorie alimentari, prediligendo soprattutto i carboidrati. Il problema più manifesto di questi bambini, spesso fisicamente sani, è rappresentato dal disagio sociale e da vissuti di vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l’adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere. Solo allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d’aiuto terapeutica, mentre il bambino in genere rifiuta il trattamento mediato dai genitori.

La Disfagia Funzionale comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare, in assenza di cause organiche: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde molto diverse da quelle alla base dell’Anoressia Nervosa, ma altrettanto difficili da trattare.

La Sindrome da Rifiuto Pervasivo è il rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico o una psicosi infantile, ma la prognosi è sicuramente molto grave.

Tra i disturbi della nutrizione e del comportamento alimentare della Prima Infanzia ricordiamo la Pica, Il Disturbo di Ruminazione e Il Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia, condizioni assolutamente distinte dalla Bulimia e dall'Anoressia Nervosa e, ad eccezione della Pica sono classicamente attribuiti alla relazione con una madre non “sufficientemente buona” (Winnicott, 2003). La Pica, quasi sempre associata a condizioni di Ritardo Mentale, consiste nell'assunzione protratta di sostanze non nutritive con conseguenti condizioni di deficit nutritivi e rischio di condizioni di avvelenamento da sostanze tossiche o intossicazione da Piombo.

Nel disturbo da Ruminazione, il bambino, in assenza di patologie organiche e in seguito ad un periodo di alimentazione normale, rigurgita continuamente il cibo ingerito per re-inggerirlo, re-masticarlo o espellerlo successivamente perpetuando il circolo vizioso.

Nel Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia il bambino mangia in maniera inadeguata e presenta un significativo calo di peso o ritardo della crescita in assenza di condizioni mediche generali che lo giustifichino.

2.7. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e la sua interfaccia con l'obesità

Il DAI (Disturbo da Alimentazione Incontrollata secondo la versione italiana; Binge Eating secondo la dicitura anglosassone) è il DCA più comunemente presente ed è associato a significativa morbilità (Crow, Kendall, Praus & Thuras, 2001; Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003; Bulik, Sullivan & Kendler, 2002; Hilbert *et al.*, 2011).

Questo disturbo è caratterizzato dalla presenza di “abbuffate” o “binge eating”, non accompagnate però da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso. È un disturbo correlato all'obesità, anche se questa non è una caratteristica necessaria per porre diagnosi di DAI, tanto che il 30% dei pazienti obesi che richiedono una cura è affetto da DAI. È stato inoltre documentato che la presenza del DAI cresce al crescere del BMI e con un BMI superiore a 40 è quasi sempre presente (Wilson *et al.*, 2010).

Il DAI fu introdotto nel 1994 nel DSM-4 nell'Appendice B, riservata ai disturbi che necessitano di più informazioni per essere inclusi tra le categorie diagnostiche ufficiali (Fairburn *et al.*, 2011)

L'introduzione della nozione di DAI ha portato allo sviluppo di molti studi clinici, alla convinzione che non esistono solo l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa come DCA (Fairburn & Harrison, 2003) e a considerare la relazione esistente tra obesità e DCA.

Il DAI sta assumendo sempre più le caratteristiche di un quadro clinico autonomo e ben definito, anche se non è ancora stato classificato come una condizione mentale specifica (Cooper & Fairburn, 2003; Wilfley, Wilson & Agras, 2003; Masheb & Grilo, 2000).

La difficoltà ad inquadrare questo disturbo è legata alla definizione di abbuffata e ai fattori che possono favorirne la persistenza.

È importante distinguere il DAI dalla Bulimia Nervosa “non-purging”, in quanto è assente l'uso regolare di condotte compensatorie (digiuno, farmaci, esercizio fisico), caratteristiche

della Bulimia Nervosa (APA, 2000; Cooper & Fairburn, 2003).

L'esordio del DAI può avvenire a qualsiasi età, ma per lo più tra i 35 e i 40 anni, generalmente dopo una trauma (abuso sessuale, crisi esistenziale, problemi di coppia, delusioni familiari, preoccupazione per i figli, sovraccarico di lavoro, esigenze di carriera, perdita dell'occupazione) che sfociano in una depressione misconosciuta (Pike *et al.*, 2006).

L'organizzazione psicologica dei pazienti con DAI è complessa:

- hanno una visione di sé che oscilla tra il massimo della stima nella propria efficienza alla critica più feroce;
- sono dominati dalla paura eccessiva di biasimo e delusioni;
- posseggono un'estrema vulnerabilità alla disconferma;
- sono sovrastati dal terrore di deludere gli altri e di essere delusi;
- presentano una personalità fragile, incapace di affrontare l'ansia e gestire le frustrazioni;
- hanno tendenza a rifiutare la realtà, rifugiandosi in progetti e fantasie meravigliose che non vengono mai realizzate;
- l'aspetto fisico è inconsciamente una difesa ed un rifugio: ingrassando si limita il giudizio degli altri al solo corpo, senza esporre i propri sentimenti; dimagrendo si è felici dell'approvazione sociale, senza necessariamente essere scrutati "dentro".

Per quanto riguarda la prevalenza del DAI, data la difficoltà di stabilire la presenza di un'abbuffata, è difficile da stimare e varia dal 3-9% degli obesi in comunità (Smith *et al.*, 1998; Jhonson *et al.*, 2002) al 10-30% degli obesi in trattamento per la riduzione del peso (Spitzer *et al.*, 1992; APA, 2006). È inoltre affetto da DAI il 47% dei pazienti che si sottopongono alla chirurgia bariatrica (Adami, Gandolfo, Bauer & Scopinaro, 1995; NICE, 2004) e il 6-20 % dei pazienti con Diabete Mellito di tipo 2 (Munsch & Herpertz, 2011). La prevalenza stimata con i self-report sale al 30 % (Spitzer *et al.*, 1992, 1993), mentre scende dal 19 % (Brody *et al.*, 1994) al 9 % (Stunkard *et al.*, 2003) se si considerano gli studi basati sulle interviste.

Da tutti gli studi condotti emerge che il DAI è più diffuso della Bulimia Nervosa nella popolazione generale, interessando principalmente le donne (rapporto M/F:1/2), anche se la differenza di genere non è molto marcata (Striegel-Moore *et al.*, 2001; Grilo, 2002; Striegel-Moore & Franko, 2003; Peterson *et al.*, 2009).

Non tutte le persone obese sono affette da DAI; le stime variano dal 2 al 25% (Yanovski, 2003). C'è comunque una correlazione tra DAI e BMI, tanto che il binge eating è strettamente associato ad obesità severa (BMI>40) (de Zwaan, 2001; Cassin *et al.*, 2008).

In realtà molti studi (Yanovski *et al.*, 2003; Reas *et al.*, 2008) hanno dimostrato che in pazienti con DAI obesi la terapia ha poco effetto sul peso, anche se contribuisce a migliorare il binge. Questo, però, è un aspetto da non trascurare, perché tenendo sotto controllo le abbuffate si protegge il paziente da un possibile aumento del peso nel tempo. Inoltre esistono anche pazienti con DAI non obesi o addirittura non in sovrappeso (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Spitzer *et al.*, 1992, 1993; Yanovski, 2003), per i quali l'azione di prevenzione per lo sviluppo di obesità sarebbe ancora più importante. È stato dimostrato infatti che il binge precede le restrizioni dietetiche nel 50% dei pazienti con DAI (Dingemans *et al.*, 2002; Brownley *et al.*, 2007) e precede anche lo sviluppo di obesità. Gli interventi in pazienti con DAI non obesi, quindi, servono a prevenire inappropriati aumenti di peso (Fairburn *et al.*, 2000).

Il DAI quindi è una patologia che contribuisce allo sviluppo dell'obesità in individui suscettibili e il miglioramento del binge porta ad una modesta riduzione del peso, ma riduce nel tempo la possibilità di riacquistare il peso perso.

2.8. I Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (EDNOS)

Negli ultimi anni, anche a causa dell'incremento della fluttuazione della sintomatologia clinica da un disturbo all'altro, c'è sempre più difficoltà a rientrare nei criteri diagnostici per un disturbo specifico e la classe dei Disturbi Non Altrimenti Specificati (altrimenti detti EDNOS dall'acronimo inglese per *Eating Disorders Not Otherwise Specified*) è divenuta il contenitore di una moltitudine di modalità di presentazione clinica arrivando a non costituire più una categoria residuale ma la categoria di disturbi alimentari maggiormente incontrata nella pratica clinica (Fairburn & Bohn, 2005).

Gli EDNOS presentano caratteristiche cliniche molto simili a quelle osservabili nell'Anoressia e nella Bulimia nervosa da cui si differenziano per l'entità della sintomatologia o per la combinazione di caratteristiche appartenenti a disturbi differenti (Crow *et al.*, 2002). Sono disturbi, cioè, dove gli elementi necessari alla diagnosi sono presenti solo in parte, ma che comportano per la persona che ne è affetta indubbe sofferenze e soprattutto necessitano di una terapia adeguata.

Anche all'interno della categoria degli EDNOS è difficile delineare dei confini diagnostici precisi ma la maggior parte degli autori che si sono dedicati allo studio di questa categoria diagnostica hanno suggerito di distinguere all'interno degli EDNOS due sottogruppi clinici: il gruppo degli Disturbi Alimentari sottosoglia o sottosoglia e quello dei Disturbi Alimentari misti o misti (Fairburn & Walsh, 2002).

Nel primo gruppo si collocherebbero tutti quei casi che non soddisfano completamente i criteri diagnostici specifici per l'Anoressia nervosa e la Bulimia nervosa, come accade ad esempio per le pazienti donne che nonostante il grave sottopeso, hanno mantenuto il ciclo mestruale o per coloro il cui peso è lievemente superiore al limite stabilito, ma soddisfano tutti gli altri criteri diagnostici per l'Anoressia nervosa, o ancora coloro che effettuano le abbuffate ma con una frequenza lievemente inferiore a quella stabilita dal DSM-4 per la diagnosi di Bulimia nervosa, trattandosi quindi, rispettivamente, di Anoressia nervosa sottosoglia e Bulimia nervosa sottosoglia.

Il gruppo dei disturbi alimentari misti, invece, comprenderebbe quei casi in cui caratteristiche cliniche dell'Anoressia nervosa sono riscontrabili in concomitanza di caratteristiche tipiche della Bulimia ma in combinazioni differenti da quelle osservabili nelle due sindromi.

Il recente riscontro di una prevalenza elevata degli EDNOS nella popolazione generale, oltre che in quella infantile e tra gli adolescenti hanno inevitabilmente sollecitato molti studiosi ad ampliare anche ad una categoria residuale il proprio interesse scientifico e sono numerosi i dibattiti ed i lavori scientifici che auspicano una revisione strutturale delle categorie diagnostiche dei disturbi alimentari per il DSM-5 (Fairburn *et al.*, 2007).

Riferimenti bibliografici

Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 409-417.

Adami G.F., Gandolfo P., Bauer B. & Scopinaro N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *Int J Eat Disord*, 17(1), 45 - 50.

Agras W.S. (1997). Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder: longer-term outcomes. *Psychopharmacol Bull.*,33(3), 433 - 436.

American Asychiatric Association (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders - Third Edition.

Attia E. & Roberto C.A. (2009). Should Amenorrhea be a diagnostic criterion for Anorexia Nervosa?. *Int J Eat Disord*, 42, 581 - 589.

Becker A. E., Eddy K.T. & Perloe A. (2009). Clarifyng Criteria for Cognitive Signs and Symptoms for Eating Diorders in DSM-V. *Int J Disord*, 42, 611 - 619.

Binford R. B. & le Grange D. (2005). Adolescents with bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified-purging only. *Int J Eat Disor*, 38, 157-161.

Blashill A.J. (2011). Gender roles, eating pathology and body dissatisfaction in men: a meta-analysis. *Body Image*, 8, 1 - 11.

Boyer T. W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26, 291- 345.

Bravender T., Bryant-Waugh, R., Herzog D., Katzman D., Kriepe R.D., Lask B., Le Grange D., Locks J., Loeb K. L., Marcus M.D., Madden S., Nicholls D., O'Toole J., Pinhas L., Rome E., Sokol-Burgen M., Wallin U., Zucker N. (2010). Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-V. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18, 79-89.

Brody M.L., Walsh B.T. & Devlin M.J. (1994). Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,62, 381 - 386.

Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A., Lohr K.N., Bulik C.M. (2007). DAI Treatment, A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Eat Disord*, 40, 337-348

Bulik C.M., Sullivan P.F. & Kendler K.S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Dis*, 32, 72 - 78.

- Bulik C.M. & Reichborn-Kjennerud T. (2003). Medical morbidity of binge eating disorder. *Int J Eat Dis*, 34 (Suppl.1), 39 – 46.
- Casey B. J., Getz S. & Galvan A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62–77.
- Cassin S.E., von Ranson K.M., Heng K., Brar J., Wojtowicz A. E. (2008) Adapted Motivational Interviewing for Women with Binge Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 22, No. 3, 417–425.
- Chisuwa N. (2005). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54, 5–15.
- Chung B. (2001). Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspect Biol Med*, 44, 565 – 574.
- Cole T. J., Flegal K. M., Nicholls D. & Jackson A. A. (2007). Body mass index cut-offs to define thinness in children and adolescents International survey. *Br Med J*, 335, 166–167.
- Cooper Z. & Fairburn C.G. (2003). Refining the definition of DAI and non-purging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 34 (Suppl.1), S89 – 95.
- Crow S.J., Kendall D., Praus B. & Thuras P. (2001). Binge eating and other psychopathology on patients with type II diabetes mellitus. *Int J Eat Disord*, 30, 222 – 226.
- Crow S.J., Agras W.S., Halmi K., Mitchell J.E. & Kraemer H.C. (2002). Full syndromal versus sottosoglia anorexia nervosa, Bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord*, 32, 309 – 318.
- Dalla Ragione L. (2005), *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi DCA*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Dalla Ragione L., Scoppetta M. (2009), *Giganti d'argilla*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- De Zwaan M. & Mitchell J.E. (2001). Binge eating disorder. In the Mitchell (Ed.). *The outpatient treatment of eating disorder: a guide for therapist, dietitians, and physicians* (pp.59–96). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dingemans A.E., Bruna M.J. & Van Furth E.F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 299 – 307.
- Eddy K., Celio-Doyle A., Hoste R., Herzog D. & Le Grange D. (2008). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): An examination of EDNOS presentations in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156–164.

- Ehrenberg A. (1999), *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Ed. Einaudi, Torino.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., Norman P. & O'Connor M., (2000). The natural course of bulimia nervosa and DAI in young woman. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659 – 655.
- Fairburn C.G. & Walsh B.T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In Fairburn C.G., Cooper Z., Bohn K., O'Connor M.E., Doll H.A., Palmer R.L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther*, 45, 1705–15.
- Fairburn C.G. & Harrison P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361,407 – 416.
- Fairburn C.G. & Bohn K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified”(NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43,691 – 701.
- Fairburn C.G., Cooper Z., Bohn K., O'Connor M.E., Doll H.A. & Palmer R.L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther*, 45,1705–15.
- Fairburn CG, Cooper Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry*, 198(1), 8–10.
- Faravelli C., Ravaldi C., Truglia E., Zucchi T., Cosci F. & Ricca V. (2006). Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom*, 75, 376–383.
- Favaro A., Ferrara S. & Santonastaso P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic medicine*, 65, 701– 708.
- Fisher M., Schneider M., Burns J. *et al* (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal Of Adolescent Health*, 28(3), 317 – 324.
- Gowers S.G., Crisp A.H., Joughin N. *et al* (1991). Predictability of a favourable outcome in Anorexia Nervosa. *J. Child Psychol Psychiatry*, 32(3), 515 – 524.
- Grilo C.M. (2002). Binge eating disorder. In C.G. Fairburn & K. Brownell (Eds.), *Eating disorder and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 178–182). New York: The Guilford Press.
- Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. (2011). Clarifying boundaries of DAI and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther*, 49(3), 202–11.

- Hoek H.W. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorder. *Int J Eat Disorder*, 34, 383 – 396.
- Huang J.S., Norman G.J., Zabinski M.F., Calfas K., Patrick K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *J Adolesc Health*; 40(3): 245–251.
- Isomaa R. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents—a two-step 3-year follow-up Study. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 199–207.
- Jhonson W.G., Rohan K.J. & Kirk A.A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescent. *Eating Behaviors*, 3, 179 – 189.
- Kaminski P.L., Chapman B.P., Haynes S.D. & Own L. (2005). Body image, eating behaviors and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors* 6, 179 – 187.
- Kaye W. (2009). Eating disorder: Hope despite Mortal Risk. *Am J psychiatry*, 166, 12 – 20.
- Keski-Rahkonen A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry*, 164, 1259–1265
- Lask B. & Bryant-Waugh R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(1), 281 – 300.
- Lask B. & Bryant-Waugh R. (1994). *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorder*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Maffei C. (1997), *L'eccesso ponderale nel bambino. Fisiopatologia e trattamento*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Marchi M. & Cohen P. (1990). Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, 112 – 117.
- Masheb R.M. & Grilo C.M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159 – 162.
- Milos G., Spindler A., Schnyder U. & Fairburn C.G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry*, 187, 573–8
- Montecchi F. (1994), *Patologie del comportamento alimentare dell'età evolutiva. Il DCA*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Munsch S. & Herpertz S. (2011). Eating disorders associated with obesity and diabetes. *Nervenarzt.*, 82(9), 1125 – 32.

National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). Eating Disorder – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.

Peebles R., Wilson J.L. & Lock J.D.(2006). How Do Children With Eating Disorders Differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J. Of Adolescent Health* 39, 800 – 805.

Peterson C.B., Mitchell J. E., Crow S. J. Crosby R.D., Wonderlich S. A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 166:12, December.

Pike K.M., Wilfley D., Hilbert A., Fairburn C.G. Dohm F.A., Striegel-Moore R.H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Res.*, 142(1), 19-29.

Pope C.G., Pope H.G., Menard W., Fay C., Olivardia R. & Philips K.A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphia. *Body Image*, 2, 395 – 400.

Raeuori A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men. a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One*, 4 (2), 1-4.

Reas, D.L. & Grilo, C.M. (2008). Review and Meta-analysis of Pharmacotherapy for Binge-eating Disorder. *Obesity*, 16, 2024-2038

Ricciardelli L.A. & McCabe M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol rev*, 21(3), 325 – 344.

Robergeau K., Jill J. & Silber T.J. Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the state of New York. *J. Of Adolescent Health*, 39, 806 – 810.

Rosen D.S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolesc Med*, 14(1), 49 – 59.

Ruocco R., Dalla Ragione L., Alleri P. & Morbidelli A. (2002). *DCA: epidemiologia, modello organizzativo di riferimento e domanda di cura in Umbria*. Atti Congresso ADI, Siena.

Smith D.E., Marcus M.D., Lewis C.E., Fitzgibbon M. & Schreiner P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Ann Behav Med*, 20(3), 227 – 232.

Spitzer R.L., Devlin M., Walsh B.T. *et al* (1992). Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*, 11, 191 – 203.

Spitzer R.L., Yanovski S., Wadden T.A. *et al*. (1993). Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*, 13, 137 – 153.

Striegel-Moore R.H., Cachelin F.M., Dohm F.A., Pike K.M., Wilfley E.D. & Fairburn C.G. (2001). Comparison of DAI and bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disord*, 29, 157 – 165.

Striegel-Moore R.H. & Franko D.L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 34 (Suppl.1), S19 – 29.

Stunkard A.J. & Allison K.C. (2003). Binge Eating Disorder: Disorder or Marker? *Int J Eat Disord*, 34, 107 – 116.

Sukkar SG, Foppiani L, Campostano A; Regional Study Group (2005). Management and treatment of eating disorders in an Italian region. *Eat Weight Disord*, 10(3), 20–49.

Thompson R.A. & Sherman R. (2010). Eating disorders in sport. New York: Routledge.

Van Hoeken D. *et al.* (2009). The validity and utility of subtyping Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 42, 595 – 606.

Walsh B.T., & Garner D.M. (1997). Diagnostic issues. In D.M. Garner & P.E. Garnkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.)(pp. 25 – 33). New York: Guilford Press.

Wilfley D.E., Wilson G.T. & Agras W.S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 34 (Suppl.1), S98 – 106.

Wilson G.T. & Sysko R. (2009). Frequency of binge episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord*, 42, 603 – 610.

Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W. S., Bryson S. W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 67 (No. 1), Jan.

Winnicott D.W. (2003), *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando Editore, Roma.

Wolke D. & Sapouna M. (2008). Big men feeling small: childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sports and Exercise*, 9, 595 – 604.

Wonderlich *et al.* (2009). The validity and clinical utility of Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord*, 42, 687 – 705.

Yanovski S.Z. (2003). DAI and obesity: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord*, 34 (Suppl.1), S117 – 120.

CAPITOLO 3

L'eziopatogenesi

3.1. Fattori di rischio e fattori protettivi

Negli ultimi dieci anni la ricerca scientifica ha accumulato nuove ed ulteriori informazioni a supporto dell'ipotesi di un coinvolgimento di specifici fattori biologici, culturali, comportamentali e attitudinali nell'incrementare il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione e del peso.

Per **fattore di rischio** si intende una condizione (genetica), o caratteristica (sociale, ambientale, culturale, familiare) o evento (trauma) che precede l'insorgenza di un dato fenomeno e la cui presenza è in grado di aumentare la probabilità (rischio) che un determinato evento-malattia si verifichi (nel caso specifico, lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione). È evidente che la presenza di un uno o più fattori di rischio aumenta la probabilità di ammalarsi rispetto alle persone non esposte, ma non può essere considerata la sola causa determinante per lo sviluppo di un DCA.

Questo è molto importante, poiché parlare di fattori di rischio nell'ambito di patologie complesse e multi-determinate (biologiche, sociali e culturali) come i disturbi alimentari ha un senso solo se riusciamo a tenere presente che avere uno o più fattori di rischio aumenta la probabilità di ammalarsi, ma di per sé non è causa di malattia.

Gli studi recenti sui fattori di rischio socio-culturali e biologici nei DCA consentono di integrare e sviluppare ulteriori ipotesi etologiche sulle cause di queste malattie. La conoscenza dei fattori di rischio che connotano i DCA è importante per diversi ordini di ragioni:

- l'individuazione di meccanismi causali soddisfa la necessità di comprendere perché alcune persone sviluppano il disturbo e altre no e inoltre può aiutare a ridurre lo stigma sociale associato a questo problema (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000);
- lo studio e l'individuazione dei fattori di rischio è una potente fonte di informazioni utile sia per un miglior inquadramento diagnostico e sintomatologico dei DCA rispetto all'ampio gruppo dei disturbi sottosoglia e non altrimenti specificati sia per rivisitare l'attuale sistema di classificazione;
- l'individuazione delle possibili cause della malattia permette un trattamento più mirato ed efficace;
- la determinazione di gruppi ad alto rischio consente di selezionare interventi specifici, progettare efficaci programmi di prevenzione basati su contenuti idonei, effettuare una corretta informazione ed una migliore politica di intervento pubblico;
- la definizione dei fattori di rischio e dei gruppi a rischio favorisce l'introduzione di disposizioni e leggi appropriate che regolamentano e proibiscono informazioni false e fuorvianti dell'industria della dieta, del fitness, del benessere.

I principali fattori di rischio nello sviluppo e mantenimento dei DCA possono essere suddivisi in tre categorie:

1. **Fattori di rischio generali**

Rappresentano condizioni non modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare il disturbo (sesso femminile, adolescenza, contesto socio-culturale).

2. **Fattori di rischio generici**

Sono presenti anche in altri disturbi mentali (depressione, abuso, disturbi d'ansia, alcoolismo, abuso di sostanze, perfezionismo, bassa tolleranza alle emozioni, separazioni traumatiche, bassa resilienza ecc).

3. **Fattori di rischio specifici**

Sono condizioni presenti solo nei disturbi dell'alimentazione (frequenti regimi dietetici, commenti critici su peso, corpo, alimentazione, frequentazione di ambienti che enfatizzano la magrezza, presenza di DCA in famiglia).

Una recente revisione analitica (Striegel Moore & Bulik, 2007) dei fattori di rischio più implicati nei DCA pone l'accento su alcuni fattori biologici ma in particolare su quelli socio-culturali più direttamente implicati nello sviluppo e mantenimento di queste patologie. Il modello socio-culturale attualmente viene sostenuto da diverse osservazioni (Jung & Forbes, 2007):

- la prevalenza maggiore o quasi esclusiva di casi di anoressia e bulimia nelle culture occidentali;
- l'incremento del tasso di incidenza per questa malattia risulta essere proporzionale alla riduzione delle taglie corporee nell'ideale di bellezza delle donne;
- la maggiore prevalenza e incidenza di questi problemi nelle società che enfatizzano il valore legato alla magrezza;
- la stretta relazione fra presenza ed intensità della malattia e processo di interiorizzazione di un ideale di corpo e magrezza.

Rispetto alla classe sociale di appartenenza non si rileva nessuna prevalenza particolare: il problema oggi riguarda classi omogenee, mentre un tempo si attribuiva maggiore importanza nel determinismo dei DCA alle persone di classi medio-alte. L'età media d'insorgenza riguarda maggiormente il periodo adolescenziale che rappresenta un periodo di grande vulnerabilità psico-fisica. Tuttavia anche la pubertà, la gravidanza, la menopausa e l'andropausa rappresentano fasi della vita caratterizzate da cambiamenti fisici e psicologici, possono portare gli individui a sviluppare insoddisfazione per l'immagine corporea e ad esasperare quindi strategie di controllo disfunzionali riferite a peso, corpo e alimentazione (Blond, 2008). L'abuso risulta essere un fattore di rischio aspecifico nei DCA tuttavia può incidere molto sull'esito del trattamento e sul drop-out. C'è un rischio maggiore di sviluppare tale disturbo, se si hanno familiari di primo grado che soffrono di un disturbo dell'umore o che soffrono o hanno già sofferto di un problema alimentare.

Riguardo ai fattori psicologici-psichiatrici e caratteristiche di personalità, sebbene non ci siano studi che confermano in modo evidente l'influenza di questi ultimi sull'incidenza di tali disturbi, un quadro psichiatrico che si rileva spesso nelle persone con disturbi alimentari è quello di tipo depressivo e ansioso. È emerso che alcuni pazienti che soffrono di anoressia nervosa hanno una struttura di base più ossessiva, mentre nei bulimici si riscontra una struttura più orientata sul versante borderline. Nei pazienti che soffrono di DCA sono più presenti tratti di personalità caratterizzate da perfezionismo, bassa autostima e bassa tolleranza alle emozioni. Non ultimo l'ambiente familiare caratterizzato da famiglie invischiati o poco presenti, o addirittura assenti può rappresentare un fattore importante nell'espressione e nel mantenimento del disturbo (Le Grange *et al.*, 2009). Sulla base di questa predisposizione un ruolo scatenante il disturbo è rappresentato dai **fattori precipitanti** che innescano comportamenti e convinzioni disfunzionali tipiche del DCA. Spesso si parla di condizioni o eventi comuni (come per esempio l'adolescenza) che vengono vissuti con un altro significato e che possono far precipitare la situazione. In tal senso l'evento stressogeno è un evento che determina un vissuto minaccioso di attacco alla propria identità. I più evidenziati dalla ricerca clinica sono rappresentati da un lutto, dai commenti e critiche sul proprio aspetto fisico (Allison *et al.*, 2007), da una dieta iniziata per modificare il proprio aspetto fisico.

Tabella 1¹: Fattori di rischio e precipitanti per DCA. I fattori contrassegnati dall'asterisco hanno un ruolo nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione evidenziato dalla letteratura

Fattori di rischio generali	Fattori di rischio specifici presenti solo nei DCA
<ul style="list-style-type: none"> - Sesso femminile* - Adolescenza* - Vivere nella società occidentale* 	<p><i>Rischio di fare diete</i></p>
Fattori di rischio generici	<ul style="list-style-type: none"> - Un familiare a dieta per qualsiasi motivo*
<i>Caratteristiche dell'infanzia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un familiare a dieta per peso e forme corporee*
<ul style="list-style-type: none"> - Auto-svalutazione* - Timidezza - Perfezionismo* - Accondiscendenza (piacere agli altri) - Assenza di veri amici - Fobia-paure scolastiche 	<ul style="list-style-type: none"> - Critiche di familiari su alimentazione, peso e forme corporee
<i>Disturbi psichiatrici</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Commenti ripetuti di altri su alimentazione, peso e forme corporee*
<ul style="list-style-type: none"> - Depressione - Disturbi d'ansia* - Abuso di sostanze - Alcolismo* - Disturbi della condotta - Assenteismo a scuola - Auto-aggressività 	<ul style="list-style-type: none"> - Essere presi in giro su alimentazione, peso e forme corporee*
<i>Disturbi psichiatrici dei genitori</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Obesità dei genitori*
<ul style="list-style-type: none"> - Depressione* - Disturbi d'ansia - Abuso di sostanze - Alcolismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Obesità personale nell'infanzia*
<i>Problematiche relazionali in famiglia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Frequentazioni di ambienti che enfatizzano la magrezza (es. danza, moda, sport, spettacolo, ecc.)*
<ul style="list-style-type: none"> - Anaffettività dei genitori* - Separazione dei genitori - Litigi in famiglia* - Criticismo dei genitori - Alte aspettative dei genitori* - Ipercoinvolgimento dei genitori - Scarso contatto con i genitori - Bassa cura - Alta protettività 	<p><i>Disturbi dell'alimentazione in famiglia</i></p>
<i>Eventi distruttivi</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nei genitori*
<ul style="list-style-type: none"> - Morte di un genitore - Cambiamento di una figura genitoriale - Malattia cronica di un genitore - Frequenti cambi di casa - Gravi problemi personali di salute 	<ul style="list-style-type: none"> - In altri parenti*
<i>Canzonature e molestie</i>	<p>Altri fattori di rischio</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Essere presi in giro (non per il peso e le forme corporee) - Subire episodi di bullismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Menarca precoce
<i>Abusi sessuali e fisici</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà alimentari precoci
<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sessuale* - Gravi e ripetuti abusi sessuali* - Abuso fisico - Gravi e ripetuti abusi fisici 	<ul style="list-style-type: none"> - Aborti
	<p>Fattori precipitanti</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio casa
	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio città e/o paese
	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia importante
	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidanza o aver avuto un bambino
	<ul style="list-style-type: none"> - Morte di una persona cara
	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia di una persona cara
	<ul style="list-style-type: none"> - Una persona cara ha lasciato la casa
	<ul style="list-style-type: none"> - Una nuova persona è venuta a vivere in casa
	<ul style="list-style-type: none"> - Inizio di una relazione sentimentale
	<ul style="list-style-type: none"> - Fine di una relazione sentimentale
	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sessuale
	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso fisico
	<ul style="list-style-type: none"> - Fallimenti scolastici, lavorativi, sportivi
	<ul style="list-style-type: none"> - Esami scolastici
	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio di scuola
	<ul style="list-style-type: none"> - Impegno lavorativo intenso
	<ul style="list-style-type: none"> - Stress per svariate ragioni
	<ul style="list-style-type: none"> - Commenti critici per alimentazione, peso e forme corporee

¹ Tabella adattata da: R. Dalle Grave, *Terapia Cognitivo Comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*, e da R. Ruocco & P. Alleri, *Il "peso" del corpo. Conoscere affrontare e vincere i DCA*

Analogamente, assieme ai fattori di rischio, esistono risorse e strategie che muniscono l'individuo di opportuni **fattori protettivi**.

I fattori protettivi rappresentano una combinazione di ingredienti ambientali, socio-culturali e di variabili intrapsichiche o personali in grado di aumentare le competenze sociali, l'autostima, l'autoefficacia, e di conseguenza ridurre direttamente gli effetti del rischio, favorire le competenze, rafforzare l'individuo nei confronti delle avversità, consolidando le sue risorse e strategie. Nei disturbi dell'alimentazione, in particolare in età evolutiva, il rapporto tra fattori di rischio e protettivi, e il loro reciproco effetto, è di centrale importanza.

Negli ultimi anni gli studi si sono concentrati, in particolare, ad approfondire l'ambito ed il ruolo dei fattori protettivi da un punto di vista socio culturale per la messa a punto di interventi di prevenzione sempre più mirati ed efficaci.

Le Linee Guida Internazionali (APA 2006), le Raccomandazioni della Medicina basata sull'Evidenza (NICE 2004), evidenziano sempre più, accanto all'importanza del riconoscimento precoce di alcuni fattori di rischio nell'insorgenza e nel mantenimento dei disordini alimentari, la necessità di far leva su alcuni fattori protettivi e di resilienza che, se attivati, sostenuti e rinforzati, possono contrastare l'insorgenza di queste patologie e/o contribuire al loro superamento.

Tra i fattori protettivi evidenziamo:

1. Le capacità individuali del soggetto, importanti per fronteggiare le difficoltà e lo stress e per acquisire più sicurezza in sé stessi;
2. La possibilità di contare almeno su una persona di riferimento è un fattore importante che si attiva dalla nascita e costituisce la base a cui l'individuo dovrà fare riferimento nello stabilire nuovi rapporti affettivi, aumentando così la possibilità di reagire e di far fronte ai momenti critici e difficili della vita;
3. La possibilità di contare su una rete sociale di aiuto è una risorsa basilare per la salute mentale di ciascuno, infatti i rapporti con amici, colleghi o l'appartenenza a gruppi scolastici, politici, religiosi, possono svolgere una funzione protettiva importantissima. Questa funzione si manifesta tramite un sostegno emotivo, con informazioni e consigli, con aiuti materiali.

I progetti di prevenzione sui DCA si indirizzano soprattutto nella fase adolescenziale e mirano a rafforzare nell'adolescente i fattori di protezione con l'obiettivo di conseguire:

- lo sviluppo di un ampio registro emozionale e un miglior contatto con i propri sentimenti
- la promozione di buone capacità nell'affrontare lo stress attraverso il "fronteggiamento" e l'assertività
- l'aumento dell'autostima, della fiducia e il rispetto verso se stessi
- l'aumento dell'autonomia e il miglioramento delle relazioni all'interno della famiglia
- l'aumento della capacità di espressione dei propri sentimenti e del riconoscimento dei propri bisogni
- la riduzione del perfezionismo
- la possibilità di esperienze e vissuti più positivi verso il proprio corpo
- il decentramento del peso corporeo e dell'apparenza fisica rispetto alla propria autostima

- l'incoraggiamento di un approccio più critico verso le pressioni socioculturali e verso la magrezza
- l'incoraggiamento di abitudini, comportamenti ed atteggiamenti alimentari più corretti riconoscendo l'inappropriatezza fisica e psicologica dell'uso di diete restrittive ed altri metodi finalizzati al controllo del peso (Leonetti & Bettini, 2008).

Il modello Non-Specific Vulnerability Stressor (NSVS) assume come presupposto teorico che i DCA siano legati ad una idea negativa dell'immagine corporea ed una scarsa autostima: proprio per questo motivo è orientato a fornire ai giovani un aiuto nello sviluppo di "Life Skills" che li sostengano dalle pressioni ambientali, oltre a promuovere le capacità relazionali e comunicative necessarie ad affrontare le richieste avanzate da un contesto sociale che inneggia alla prestazione e all'efficienza.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) dal 1980, ed in anni più recenti anche attraverso le indicazioni del Libro Verde, ha evidenziato l'importanza delle competenze e delle abilità di vita personali e sociali (Life Skills) da potenziare nei programmi di Promozione alla Salute e consiglia di intervenire in tal senso soprattutto a livello scolastico e negli ambiti di aggregazione del territorio di riferimento. Fra le principali Life Skills, l'OMS ne ha individuate 10, tra queste:

- autostima
- conoscenza di sé e del proprio corpo
- consapevolezza emotiva
- fiducia
- empatia

La scuola è il luogo privilegiato per realizzare percorsi sperimentali, ricerche e programmi operativi per diffondere la cultura della salute, del benessere e migliorare la qualità delle relazioni e della vita anche all'interno del sistema scolastico.

Gli obiettivi specifici sono: promuovere stili di vita positivi, prevenire le dipendenze e le patologie comportamentali ad esse correlate, curare e prevenire obesità e disturbi dell'alimentazione, rispettare e vivere l'ambiente per una migliore qualità della vita, promuovere il volontariato, sostenere la diversità di genere come valore (sessualità, identità, comunicazione e relazione), promuovere l'autoaccettazione, l'autoefficacia e il controllo funzionale delle emozioni. In definitiva, un nuovo modo di pensarsi per una nuova cultura dei valori.

3.2. Modelli culturali e mode pericolose

I DCA sono largamente riconosciuti come patologie fortemente connesse alla presenza di modelli culturali e di costume, tanto da essere stati definiti *culture bounded*.

Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono a delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa. L'attenzione estrema all'immagine corporea e il culto della magrezza non sono la causa dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada

attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. La forma che una patologia può assumere in un dato periodo storico è sicuramente sottoposta alle trasformazioni che questa epoca esprime. La declinazione della sofferenza è dettata da trasformazioni culturali ed è intimamente collegata alle nuove forme del disagio e alla loro evoluzione.

3.2.1. La cultura della magrezza

I disturbi dell'alimentazione sono considerate patologie complesse ad eziologia multifattoriale (Kraemer *et al.*, 1997) che coinvolgono fattori di rischio genetici e ambientali (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Studi longitudinali, tipologia di studi che permette di distinguere i fattori antecedenti dalle conseguenze del disturbo (Stice, et al., 2010), hanno evidenziato come potenziali fattori di rischio ambientali la pressione percepita per la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi (Stice *et al.*, 2011; Stice *et al.*, 2010).

I modelli estetici femminili contemporanei che esaltano la magrezza sembrano avere quindi un ruolo sia come fattori di rischio generali (contesto socio-culturale), sia come fattori di rischio specifici (precipitanti e/o perpetuanti) dei DCA attraverso l'influenza negativa sull'autostima e la conseguente induzione di regimi dietetici esasperati.

Alcuni studi hanno chiaramente dimostrato che negli ultimi 50 anni le modelle e le miss hanno progressivamente diminuito il BMI. Uno studio ha preso in esame le modelle di Playboy dal 1953 al 2001 (Voracek & Fisher, 2002), dimostrando una diminuzione del BMI medio da 20, negli anni 50, a 18 nel 2001. Un secondo studio (Speck *et al.*, 2004) ha evidenziato una diminuzione della taglia delle modelle di alcune riviste femminili quali Vogue e Cosmopolitan tra il 1959 e il 1999.

Un terzo studio (Monacelli *et al.*, 2006) ha rilevato che anche in Italia, nel periodo 1990-2006, oltre il 70% delle miss di un noto concorso di bellezza erano in sottopeso. A conferma di questi dati un recente lavoro (Farnetti, 2012) ha dimostrato che solo il 17.2% delle aspiranti miss è in normopeso. Un ulteriore studio ha rilevato una maggiore prevalenza di sottopeso e di DCA parziali nelle modelle professioniste, rispetto ai controlli di pari età (Preti *et al.*, 2008). Non è però ancora chiaro se sia la professione di modella ad aumentare il rischio di sviluppare un DCA o se le persone più a rischio siano selezionate con maggiore frequenza da questa professione.

Nello stesso periodo è stato dimostrato (Monacelli *et al.*, 2009) che le adolescenti sono soddisfatte del proprio peso su valori che corrispondono a livelli patologici di BMI.

In parallelo alcuni studi dimostrano una correlazione fra lettura di giornali di moda, esposizione ai media ed aumento dei fenomeni disfunzionali di controllo del peso (Thomsen *et al.*, 2002), insoddisfazione corporea (Stice, 2002), preoccupazioni per l'alimentazione e per il peso (Low *et al.*, 2003). Si può anche notare che negli ultimi 50 anni le modelle hanno progressivamente diminuito il loro peso, e che, in questo periodo, si è osservato un aumento dell'incidenza dell'AN (Hoek, 2006).

La conseguenza di questa continua e insistente pressione sul corpo e verso la magrezza è innanzitutto una diffusa insoddisfazione rispetto alla propria fisicità che pervade l'universo femminile e sta sempre più invadendo anche quello maschile. Chi si ammala di DCA quindi

non è che percepisca in modo errato il proprio corpo, piuttosto ha appreso perfettamente gli standard culturali dominanti relativi al modo in cui percepirlo.

Ulteriore conferma viene fornita negli studi che analizzano i prodromi del DCA, ovvero i sintomi che possono indicare una futura insorgenza del disturbo, ma che sono anche una caratteristica del disturbo stesso, come ad esempio la restrizione dietetica e l'insoddisfazione corporea.

In particolare, è stato dimostrato che le adolescenti che si mettono a dieta hanno maggiore probabilità di sviluppare i sintomi bulimici o un vero e proprio DCA (Stice *et al.*, 2010). È stato anche osservato che i soggetti che intraprendono una dieta per la presenza di disturbi emotivi o perché si percepiscono sovrappeso hanno più rischio di sviluppare un DCA rispetto a quelli che si mettono a dieta per l'eccesso di peso o per migliorare l'immagine corporea (Isomaa *et al.*, 2010). Altri prodromi evidenziati sono la preoccupazione per il peso, l'insoddisfazione corporea e le forme sottosoglia di disturbo dell'alimentazione, che però si associano allo sviluppo di DCA conclamati solo in un sottogruppo di soggetti (Stice, *et al.*, 2010).

Per evitare che modelli estetici di magrezza femminile patologica influenzino i comportamenti delle adolescenti, alcuni stati, come la Spagna, hanno promulgato Leggi che impediscono alle modelle sottopeso di sfilare.

In Italia il tema è stato già affrontato con una iniziativa del Ministero delle Politiche Giovanili², per evitare che: "... una magrezza esagerata possa diventare un modello da emulare".

Su questo argomento si sono espresse anche le società scientifiche che si occupano di DCA, le quali offrono diverse ma concordanti chiavi di lettura:

Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

"... si ritiene che il culto della magrezza abbia un effetto patoplastico piuttosto che patogenetico: non è la causa delle anoressie e delle bulimie; la sua azione è soprattutto quella di suggerire la forma del sintomo attraverso il quale un malessere, grave e profondo, si esprime e, insieme, cerca un lenimento. Solo così possiamo comprendere il fatto che moltissime ragazze sono scontente del loro corpo e del loro peso e magari intraprendono diete non necessarie, ma solo poche – per fortuna – si ammalano di anoressia..."

Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso

"... i risultati di numerose ricerche eseguite negli ultimi dieci anni confermano il ruolo fondamentale dei fattori socio-culturali, ed in particolare la sempre più aggressiva pressione ad essere magri, nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione..."

Ricordiamo anche la prefazione del sito del Ministero della Salute (www.disturbialimentarionline.it) che dichiara:

"... l'esplosione esponenziale dei DCA si va dunque a collocare su uno sfondo socio-antropologico che diviene il catalizzatore della diffusione di sindromi "culture bound", legate ovvero ad aspetti culturali caratteristici del proprio paese rispetto a cui il disagio psichico sembra adattarsi..."

² "Manifesto nazionale di autoregolamentazione della moda italiana contro l'Anoressia" – promosso dal Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive, dalla Camera Nazionale della Moda Italiana e da Alta Roma; sottoscritto il 22 dicembre 2006.

In sintesi si può condividere la conclusione del citato Regolamento Moda che afferma:

"... riteniamo che questa componente culturale, estetica e mediatica sia, come affermano i medici specialisti, soltanto una con-causa ambientale di un disagio clinico psichiatrico che affonda le sue radici nella storia individuale delle persone che soffrono di disturbi alimentari. Si tratta però di una con-causa che non vogliamo sottovalutare..."

Ad oggi non è possibile mettere a confronto l'efficacia dei diversi approcci (dibattito culturale *versus* imposizioni legislative), che dovrà essere approfondita nel tempo con opportuni progetti che dimostrino la possibilità di ri-orientare gli standard estetici femminili.

In attesa di ciò, si può agire sviluppando nei soggetti a rischio una maggiore capacità critica, la cosiddetta *advocacy*, ovvero la capacità di operare cambiamenti rispetto a norme e pressioni sociali (Santonastaso & Zanetti, 2012).

3.2.2. Mode alimentari e diet-industry³

Il termine *Diet Industry* nasce nel Nord America e comprende tutte le iniziative commerciali che propongono sistemi per perdere peso. La *Federal Trade Commission*, istituzione governativa degli Stati Uniti che si occupa specificamente della pubblicità e del mercato degli alimenti, dei farmaci di cui non è obbligatoria la prescrizione, degli apparecchi medicali e dei servizi per la salute, ha definito la *Diet Industry* come la *Weight Loss Hall of Shame*, cioè la casa della vergogna.

La storia della *Diet Industry* risale al 1864 e da allora spiega ogni giorno un esercito agguerrito di strateghi che, con azioni commerciali sempre più sofisticate, promuovono i propri prodotti attraverso i mass-media: giornali, manifesti, radio, televisioni, internet, rappresentando i veicoli principali dei messaggi che arrivano alle persone, riguardanti i temi del benessere, della salute e della forma fisica.

Oggi sono numerosi i documenti ufficiali attraverso i quali la Comunità Scientifica svela con chiarezza i trucchi e gli inganni della *diet industry* identificando nel dettaglio i rischi e pericoli per la salute che ne derivano, asserendo che il mercato della dieta è responsabile dell'aggravamento dell'Obesità e rappresenta un fattore predisponente ai DCA, perché attraverso informazioni false e confondenti crea disorientamento minando l'equilibrio dell'individuo sul piano emotivo, psicologico e su quello della corretta conoscenza.

Come possiamo accettare che i desideri e i sogni dell'uomo moderno, insieme alle sue fragilità e debolezze anziché essere riconosciuti, accolti e sostenuti dal proprio contesto di riferimento, vengano piuttosto manipolati da veri e propri *mercanti* che rimandano ad informazioni così ambivalenti e contraddittorie? Manipolati inoltre da un ambiente che Brownel definisce tossico (*toxic environment*) perché guardando solo ai propri interessi commerciali ed economici favorisce e sostiene l'instaurarsi di stili di vita sempre meno salutari con *l'invenzione* di un cibo irresistibile –perché gustoso, perché conveniente, perché sempre e ovunque disponibile– con sempre meno occasioni per utilizzarlo e al tempo stesso pronto a dettare le nuove regole per resistervi.

Le promesse dell'industria della dieta sono numerose e rappresentano la vera arma

³ Tratto dal paragrafo "C'era una volta...la diet industry" ne "Il Coraggio di guardare - prospettive e incontri per la Prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare"

utilizzata per catturare la curiosità di persone di ogni genere perché scelgano, senza pensarci troppo, la soluzione proposta, a volte ad un problema che prende forma proprio in quel momento.

È incredibile come i prodotti di sempre vengano lanciati nel mercato come assolutamente innovativi ed unici, come ogni programma di perdita di peso sia per definizione facile da seguire, senza alcuna restrizione o esercizio fisico che possa richiedere un eccessivo sforzo, ma con il vantaggio di comportare enormi benefici a livello fisico, psicologico ed interpersonale.

Si può contare su sostanze sempre più miracolose che agiscono nel sonno, apparecchi ultra-sofisticati che richiedono al massimo dei movimenti passivi. Per convincere gli eterni indecisi dell'efficacia del proprio prodotto non possono mancare le foto prima e dopo il trattamento e neppure le testimonianze sincere di chi lo ha provato davvero. Parlare di cellulite poi è una garanzia per richiamare l'attenzione di un pubblico femminile sempre più vasto, qualora si fosse distratto per un momento.

I messaggi, le immagini, il linguaggio così convincenti e rassicuranti in realtà tendono a generare e perpetuare paure, insicurezze, pregiudizi dipingendo le persone obese come persone golose, deboli, pigre, non attraenti, asessuali e malate, e rinforzano l'idea già diffusa che la perdita di peso e la magrezza rappresentano una via semplice e in un qualche modo indispensabile per raggiungere virtù, salute e successo. L'eventuale fallimento del programma sarà solo una conferma della scarsa forza di volontà, di autocontrollo, di determinazione e mancanza di valore morale dell'individuo obeso. I contenuti dei programmi dimagranti vengono descritti raramente in modo chiaro, la dieta proposta è spesso fortemente restrittiva (inferiore a 1000 Calorie/die) e la sua applicazione non richiede alcuna supervisione clinica. In tale modo si induce solo una perdita di peso a breve termine senza alcuna valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, seguita da una ripresa del peso perduto perché non viene effettuata alcuna educazione, informazione idonea al controllo cognitivo del Comportamento Alimentare e senza adeguati programmi di mantenimento. In alcuni casi vengono anche utilizzati farmaci non appartenenti alla categoria delle specialità medicinali registrate dal Ministero della Sanità come diuretici, spirulina, ormoni tiroidei, anfetamine, gonadotropina corionica, dinitrofenolo, erbe, supplementi di aminoacidi.

Da un punto di vista nutrizionale i diversi regimi alimentari sono quasi sempre squilibrati negli apporti di macro e micronutrienti e la perdita di peso ottenuta avviene per lo più a scapito della massa muscolare, che si mobilita più facilmente della massa grassa con corrispondente depauperamento della densità minerale ossea.

Molte diete riducono l'apporto di carboidrati ma sono inevitabilmente carenti, oltre che in zuccheri (compresa la fibra), negli apporti di vitamine (tiamina, folati, ...) e minerali (Ca, Mg, Fe, K) (Foreyt *et al.*, 2009). Le diete ricche in grassi anche conosciute come chetogeniche, di cui l'ultimo esempio è rappresentato dalla ormai diffusa NEC o dieta del sondino, verso la quale la federazione delle sei maggiori società scientifiche di nutrizione, dietetica e scienza della nutrizione italiane (Fesin) ha stilato una vera e propria dichiarazione di guerra per la sua pericolosità, escludono completamente i carboidrati. Questi tipi di diete sono molto pericolose visto che il cervello funziona sfruttando proprio i carboidrati che se non vengono garantiti portano il corpo ad uno stato di acetosi. Inoltre un apporto di grassi troppo elevato provoca l'aumento di colesterolo e trigliceridi nel sangue. Altri possibili problemi possono

essere la perdita di una grande quantità di liquidi, disidratazione, perdita di elettroliti.

Indipendentemente dal tipo di dieta presa in considerazione, la riduzione ponderale ottenuta praticando una restrizione calorica non accompagnata da un cambiamento permanente nello stile di vita complessivo, non viene mantenuta a lungo termine. Esiste infatti una serie di complessi meccanismi biologici e psicologici, che fanno parte di tutte quelle misure che il nostro organismo ha creato nel corso della sua evoluzione per difendersi dai periodi di mancanza di cibo, che ostacolano il dimagrimento e che, col progredire della dieta, rendono sempre più difficile perderlo ed estremamente facile recuperarlo.

Questo fenomeno, chiamato effetto *rebound*, ha la sua base biologica nell'ipotalamo, una parte del nostro cervello che presiede alla regolazione del peso e che mantiene una sorta di memoria del peso precedente alla dieta. Indipendentemente dal perché si dimagrisce – che sia per carestia, per malattia, per un motivo estetico– l'ipotalamo attiva una serie di stimoli ormonali allo scopo di modificare le sensazioni ed i comportamenti della persona affinché possa tornare al peso iniziale; il corpo sembra essere fisiologicamente regolato attorno ad un intervallo di peso, definito *set point*, che cerca di preservare ad ogni costo. Ad ogni repentina riduzione di peso la composizione corporea si modifica con riduzione della massa cellulare attiva e quindi del metabolismo basale.

Contemporaneamente si evidenzia una maggiore incapacità a controllare i propri impulsi a causa di alterazioni neuroormonali che determinano un aumento della fame (in particolare si va alla ricerca di alimenti ricchi in carboidrati) e una sazietà più tardiva (per la riduzione dei livelli della leptina, la sostanza proteica prodotta dal tessuto adiposo che ha la funzione di indurre la sazietà) che sfocia spesso nell'abbuffata. Quindi paradossalmente una dieta troppo restrittiva non solo risulta inefficace a lungo termine, ma genera anche una maggiore tendenza ad ingrassare alimentando nella persona che vuole perdere peso sensi di colpa e di fallimento, riduzione dell'autostima, vergogna e depressione.

Già Ancel Keys con i primi studi degli anni cinquanta definì le modifiche importanti che seguono ad una restrizione ferrea: atteggiamenti nei confronti del cibo (preoccupazione per il cibo, collezione di ricette e libri di cucina, inusuali abitudini alimentari, incremento del consumo di caffè, tè, spezie; occasionale ingestione esagerata di cibo), modificazioni emotive e sociali (depressione, ansia, irritabilità e rabbia, labilità emotiva, episodi psicotici, cambiamenti di personalità evidenziati dai test psicologici, isolamento sociale), modificazioni cognitive (diminuita capacità di concentrazione, diminuita capacità di pensiero astratto, apatia), 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 *et al.*, 1950).

Ogni volta che non curanti del sistema di contro-regolazione dell'organismo si ripercorre la strada della restrizione che si fonda sulla privazione, su rigide classificazioni alimentari ed estenuanti conteggi, aumenta il rischio di sviluppare una vera Obesità, Disturbi Alimentari o la *Weight Cycling Syndrome*. Questa ultima è la sindrome delle fluttuazioni del peso corporeo, più comunemente conosciuta come sindrome dello yo-yo, per indicare i ripetuti cicli di calo ponderale che vengono sempre seguiti da un recupero dello stesso, con ripercussioni sulla salute per l'aumento del rischio di patologie cardiovascolari (infarto, ictus). È sconcertante inoltre sapere che il ricorrere consecutivamente a trattamenti per la perdita di peso– *dieting*– non è una pratica esclusiva degli adulti, in quanto la prevalenza di tale comportamento è sempre più diffusa anche tra i bambini (McNutt *et al.*, 1997).

Nonostante il mondo scientifico abbia espresso da tempo pubblicamente i propri timori sulla validità, ma ancor più sulla pericolosità di questi presunti trattamenti per la salute delle persone, tale fenomeno continua a dilagare con prodotti sempre più sensazionali, miracolosi tra chi ha la necessità di perdere peso o chi – per quanto normopeso – è insoddisfatto delle proprie forme naturali e vorrebbe potersi rimodellare a proprio piacimento. Ma molto spesso l'insoddisfazione per il proprio corpo e l'attenzione esasperata ad esso attraverso pratiche minuziose è la rappresentazione di un disagio psicologico più profondo che trova un modo, apparentemente meno doloroso, per raccontarsi.

3.3. Teorie sull'influenza della componente genetica

Gli studi familiari che valutano il livello di morbilità nei consanguinei di probandi individui affetti da un DCA e quelli di concordanza fra i gemelli monozigotici non sono a tutt'oggi stati dirimenti circa la determinazione genetica dei disturbi alimentari (Brandys *et al.*, 2012).

In particolare, ciò che nonostante tutto rimane ancora poco chiaro, è se i fattori familiari trasmessi sono prettamente genetici o se ciò che viene trasmesso è un particolare background o una particolare modalità di adattamento e reazione all'ambiente che, in un dato complesso familiare, si riflette di generazione in generazione sulla base di un certo contesto socioculturale (Minelli *et al.*, 2011).

Anche se attualmente mancano evidenze di alterazioni neurochimiche responsabili della malattia, i geni candidati nel caso dei DCA sarebbero quelli che codificano recettori, enzimi e proteine di trasporto del sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico, che sembra essere il principale mediatore interessato nella genesi dei DCA (Monteleone *et al.*, 2009).

Alcuni studi su topi hanno consentito di dimostrare che una mutazione genetica localizzata sul cromosoma 2 si associa ad una proliferazione delle fibre serotoninergiche localizzate nel bulbo olfattorio, corteccia frontale e ippocampo e tale alterazione neurotrasmettitoriale è stata collegata a comportamenti anoressico simili. Infatti l'espressione fenotipica di tale alterazione è una riduzione funzionale della capacità di alimentarsi associata ad anomalie motorie, come tremori e incoordinazione, assimilabili a quelle indotte dagli agonisti della serotonina; inoltre le alterazioni specifiche si riducevano sensibilmente dopo trattamento con farmaci antagonisti serotoninergici (Fuentes *et al.*, 2004).

Studi di familiarità dimostrano che nei familiari di probandi con AN si ha una prevalenza di Anoressia pari al 2% rispetto allo 0% nei familiari dei controlli, e di Bulimia pari al 4,4% contro l'1,3% nei controlli (Santonaso & Favaro, 2009).

È caratteristico, inoltre, osservare come sia l'AN che la BN sono frequentemente associati con i Disturbi dell'Umore e con l'Abuso di Alcool e i dati relativi alla familiarità sembrano confermare tale condizione, dal momento che il rischio relativo di sviluppare un Disturbo dell'Umore è da 2 a 3 volte superiore nei familiari di pazienti con AN, e da 1 a 3 volte maggiore nei familiari di pazienti con BN rispetto ai familiari dei controlli senza un DCA, ciò a conferma di una reale ereditarietà crociata dei due disturbi.

Per quanto riguarda i gemelli, a causa della relativa rarità delle condizioni di gemellarità e DCA, i dati disponibili sono scarsi; ad ogni modo, è stata riscontrata per l'AN una concordanza del 55% nei monozigoti contro il 7% nei dizigoti mentre per la BN la concordanza è dell'83% per i monozigoti contro il 27% dei dizigoti. Nei casi di discordanza il gemello sano tende,

comunque, a presentare una significativa riduzione del peso corporeo, proporzionale al livello di gravità del gemello affetto.

Per questo motivo è stato ipotizzato un modello di trasmissione a soglie multiple, secondo il quale una variazione nel grado di espressione del gene può condurre a differenti livelli di vulnerabilità alla malattia, cui corrisponde sul piano clinico la validità dell'adozione di un modello dello spettro dei DCA.

I più veritieri studi su gemelli sarebbero quelli condotti sulle coppie di gemelli in cui i due componenti della coppia vengono cresciuti in ambienti diversi a confronto di coppie i cui componenti sono cresciuti nello stesso ambiente; dalla difficoltosa, se non impossibile, attuazione pratica di tale protocollo, si evince che il limite di tali studi è costituito dalla condivisione non solo del patrimonio genetico ma anche degli stessi fattori esterni socioculturali ed ambientali (Fuentes *et al.*, 2004).

Per quanto riguarda le alterazioni cromosomiche, non sono state riscontrate alterazioni nel numero, nella struttura dei cromosomi o alterazioni a carico della cromatina sessuale; sono però riportati casi di concomitanza, soprattutto con la sindrome di Turner, per la quale sembra esistere un fattore critico rappresentato dall'insorgenza dell'AN in rapporto temporale con l'inizio della terapia ormonale intrapresa per indurre lo sviluppo puberale.

3.4. Teorie sull'influenza della famiglia

Il dibattito sul ruolo della famiglia nell'insorgenza di un DCA (almeno limitatamente all'Anoressia e alla Bulimia) ha rappresentato un dei punti di maggiore controversia degli ultimi 40 anni. Se da un lato i prevalenti approcci che si ispiravano al modello psicomodinamico (Bruch, 1973) e a quello cognitivo-comportamentale (Fairburn *et al.*, 2003) inquadravano i diversi disturbi alimentari in un'ottica prevalentemente individuale, gli studi di Minuchin (1978) e della Selvini (1988) analizzavano l'insorgenza della patologia all'interno del contesto e delle dinamiche familiari.

In particolare Minuchin descrisse la famiglia psicosomatica caratterizzata da invischiamento, rigidità, iperprotezione ed evitamento del conflitto come contesto relazionale che poteva favorire l'insorgere di un disturbo alimentare, mentre la Selvini, nell'ambito della ricerca sui giochi psicotici nella famiglia, ricostruì il processo a sei stadi che, a partire dallo stallo nella relazione di coppia e alla conseguente triangolazione della futura paziente, conduceva, in seguito al vissuto di tradimento e di imbroglio, all'esplosione del sintomo anoressico come disperato tentativo di tirarsi fuori dal gioco e affermare una propria illusoria autonomia.

Lo sviluppo degli studi verso la fine del secolo scorso soprattutto in Inghilterra (Eisler *et al.*, 1997), insieme ai cambiamenti intervenuti sia per quanto riguarda la complessità dei disturbi alimentari sia per quanto riguarda i ruoli e le dinamiche interne alla famiglia, hanno gradualmente spostato l'attenzione dei clinici dalla ricerca di fattori causali del disturbo rintracciabili nella storia e nella struttura familiare, all'evidenziazione di come l'impatto della malattia può agire sull'organizzazione familiare, fino a diventarne il principio organizzativo centrale, attivando meccanismi di mantenimento che, nel tentativo di minimizzare le sofferenze correlate al disturbo, finiscono per rafforzarlo.

In sintesi si può affermare che, allo stato attuale, risulta superata, anche tra gli stessi clinici che si rifanno all'approccio sistemico-relazionale (Selvini, 1998), l'idea che possa

essere descritta la 'famiglia anoressica' come un contesto storico e relazionale in grado di produrre al suo interno un DCA.

All'interno di un'epistemologia ormai largamente condivisa, che considera l'eziologia di un disturbo alimentare in un'ottica multifattoriale, sembra piuttosto importante prendere in esame, soprattutto per le anoressie e per le bulimie che esordiscono in età adolescenziale, tra gli altri fattori anche la storia e le dinamiche familiari non limitandosi all'osservazione della struttura attuale ma ricostruendo lo sviluppo del disturbo in un'ottica trigerazionale (Selvini, 1998) e ponendo attenzione alla fase del ciclo vitale nella quale si trova la famiglia (Onnis, 2004).

3.5. Obesità infantile e DCA

L'obesità infantile attualmente rappresenta un problema di notevole rilevanza sociale in tutto il mondo occidentale. I dati forniti dall'Istat e diffusi dal Ministero della Salute nel 2002 indicano che in Italia un bambino su 4 è sovrappeso e il 4% dei bambini e adolescenti tra i 6 e i 17 anni soffre di obesità. Da tali dati emerge che la fascia più colpita risulta quella compresa tra i 6 e i 13 anni e che a 8 anni il 36% dei bambini italiani è sovrappeso o obeso (Brescanini, Gargiulo & Gianicolo, 2002). È ormai noto, inoltre, che il tasso italiano di obesità infantile è il più alto d'Europa.

L'obesità infantile rappresenta un forte fattore predisponente a sovrappeso o obesità in età adulta; di conseguenza aumenta il rischio di sviluppare, anche precocemente, tutte quelle patologie organiche legate all'obesità: patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, coronaropatie), malattie a carico del sistema muscolo-scheletrico, malattie respiratorie e metaboliche (diabete mellito di tipo 2, dislipidemie, ecc).

Negli ultimi anni, inoltre, si sta facendo molta attenzione alle implicazioni psicologiche dell'obesità infantile. Spesso infatti i bambini che soffrono di tale patologia sono vittime di bullismo o rifiuto da parte dei pari e sviluppano precocemente senso di inadeguatezza e bassa autostima. La conseguenza più grave è quella che dal piano psicologico il disagio passi ad un piano psico-patologico: l'evidenza che sta emergendo sempre più è che l'obesità infantile rappresenta un forte fattore di rischio per DCA.

3.5.1. Obesità infantile, mass media e DCA

Il modo consueto di dipingere cibo ed obesità in televisione ha molte documentate conseguenze negative rispetto ai comportamenti alimentari. Dato che l'accesso ai media, nella nostra cultura, è ormai ubiquitario, la loro ininterrotta e costante promozione dell'ideale di bellezza, coincidente con la magrezza, è stata identificata come potenziale fattore di sviluppo dei DCA.

Una chiave di lettura socioculturale proposta è che la società, attraverso i media, eserciti una pressione sugli individui affinché si conformino all'ideale culturale del peso e dell'immagine corporea. Questo ideale è cambiato attraverso la storia, diventando sempre più magro nelle donne e sempre più magro e muscoloso nei maschi, tra i quali i DCA sono in progressivo aumento (Dalla Ragione, Scoppetta, 2009). La pressione dei media di conformarsi all'immagine proposta promuove l'internalizzazione di questa idea, portando come conseguenza ad una insoddisfazione per il corpo, poiché questo modello è inattuabile

per la maggior parte della popolazione. L'insoddisfazione per il corpo porta a stati mentali negativi e ad un conseguente mangiare disordinato, che aumentano il rischio di DCA, soprattutto tra bambini ed adolescenti.

L'adolescenza è un periodo di forti cambiamenti nell'aspetto fisico, e la formazione della propria immagine corporea è un processo complesso, influenzato dalla famiglia, dai pari, oltre che dai media (Hogan & Strasburger, 2008), e porta a molti tentativi di raggiungere l'ideale di magrezza attraverso la restrizione. Questo induce spesso emozioni negative che, a loro volta, aumentano il rischio di Alimentazione Incontrollata ed il conseguente uso di comportamenti compensatori. La preoccupazione per il corpo prevale in bambini ed adolescenti in sovrappeso i quali, stigmatizzati e presi in giro a causa del loro aspetto fisico, sono indotti a mettersi a dieta, con frequente conseguente perdita di controllo, nuovo aumento di peso e maggiore rischio di DCA.

3.5.2. Il paradosso della dieta

Sovrappeso e DCA, sono i due maggiori problemi di salute pubblica tra gli adolescenti e molti lavori dimostrano una relazione diretta tra sviluppo di DCA ed obesità infantile (Babio & Canalis, 2009).

L'aumento di un punto di BMI si calcola aumenti la probabilità di rischio per DCA del 12% per le ragazze e del 4% per i ragazzi, e la YRBSS (*Youth Risk Behavioral Surveillance System*) ha rilevato nel 2003 che, dal 20 al 56% delle ragazze tra i 6 e gli 11 anni e dal 31 al 39% dei ragazzi, si mettono a dieta per cercare di perdere peso e che l'11% delle ragazze ed il 7% dei ragazzi delle scuole superiori prendono pillole per dimagrire (Huines *et al.*, 2006).

La correlazione tra obesità infantile e DCA è stata sottolineata anche da Fairburn (1997) in uno studio caso-controllo, dove ha rilevato che l'obesità, presente fin da bambino, era tre volte più elevata tra individui con Bulimia Nervosa rispetto ai controlli sani.

Questi dati stanno sempre più orientando gli interventi di prevenzione e trattamento simultaneamente verso obesità e DCA, cercando di identificare quali siano i fattori che abbiano rilevanza in entrambe le situazioni. Non esistono ancora studi conclusivi sull'eziologia, sui rischi e sui fattori protettivi, ma si sa che, tra gli elementi che incidono maggiormente, c'è la dieta.

Sempre più studi suggeriscono che la dieta, proposta come soluzione per la ingravescente epidemia di obesità, non sia in realtà efficace a prevenire l'aumento di peso e si associ, invece, ad un incremento paradossale del rischio di alimentazione disordinata e di conseguente sovrappeso, tra bambini e adolescenti.

Il più ampio studio prospettico ha seguito 8.203 ragazze e 6.769 ragazzi per tre anni, rilevando che gli adolescenti che riferivano di stare a dieta, al momento dell'arruolamento, aumentavano di peso più di quelli non a dieta, tenendo conto, oltre che del BMI basale, anche dello sviluppo puberale, dell'apporto calorico, della presenza o assenza di attività fisica (Field, 2003).

Il modello restrittivo della dieta ci fornisce la spiegazione di come, attraverso essa, si possa avere un aumento di peso. L'organismo vivente è "programmato" per cercare il suo nutrimento in risposta agli stimoli fisiologici della fame e della sazietà. Il controllo della quantità di cibo da assumere, che si richiede nel corso di una dieta, necessita di acquisire

uno stile cognitivo finalizzato a moderare l'assunzione alimentare. Laddove si introduce un controllo, però, automaticamente si presenta il rischio della possibilità di perdere il controllo stesso (Marucci & Dalla Ragione, 2007), con il risultato di un *overeating* disinibito, una maggiore vulnerabilità alla compulsione verso il cibo ed all'eccesso alimentare, con conseguente aggravamento dell'obesità, favorito anche dal fatto che la restrizione dell'intake calorico determina un'alterazione del metabolismo, tale che i soggetti a dieta, dopo un certo lasso di tempo, richiedono meno calorie per mantenere o aumentare il loro peso. Pur essendo presente una grande variabilità di comportamento riferibile a ciò che gli adolescenti chiamano "dieta", tuttavia la maggior parte degli individui con DCA riferiscono che avevano intrapreso una restrizione alimentare prima di iniziare il loro comportamento alimentare disfunzionale.

La restrizione dietetica risulta, di conseguenza, maggiormente coinvolta come fattore di rischio per lo sviluppo di DAI e BN, soprattutto quando combinata con sintomi depressivi, caratterizzati da un umore eccessivamente negativo (Chen, 2009), specialmente in individui di sesso femminile.

3.5.3. Essere accettati ed accettarsi

Questi dati suggeriscono di non sottovalutare mai gli aspetti psicologici e psichiatrici dell'obesità, soprattutto in considerazione della stigmatizzazione che bambini ed adolescenti obesi subiscono, dalle semplici prese in giro al bullismo vero e proprio, che possono influenzare il benessere mentale ad uno stadio precoce della vita. Da sottolineare che le ragazze obese risultano 4 volte più a rischio di diventare vittime di aggressioni di pari, in confronto ai ragazzi obesi o alle ragazze non obese (Wiegand, 2007). L'abuso, a sua volta, espone ad un più elevato rischio di problematiche alimentari, ed esiste un'associazione diretta tra abuso nell'infanzia, obesità e gestione problematica del peso nei giovani adulti (Fuemmelar *et al.*, 2009).

Sperimentare emozioni negative, a sua volta, può favorire una perdita di controllo rispetto al cibo, fino ad un vero e proprio Disturbo da Alimentazione Incontrollata, che finisce per diventare una strategia per sfuggire ad insoddisfazione e di stress emozionale, soprattutto in presenza di alexitimia, intesa come una incapacità di identificare ed esprimere emozioni ed affetti, con evitamento dei conflitti.

Numerosi parallelismi esistono tra obesità e comportamenti di dipendenza, sempre motivati da una tendenza alla perdita di controllo, risultante da un *coping* inadeguato nei confronti di emozioni negative, ansia, problemi psicosociali associati (Acosta, 2008). Giovani sovrappeso, con forti emozioni e bassa autoregolazione, possono essere particolarmente sensibili ad un negativo *feedback* da parte di genitori e coetanei, sperimentando un eccesso di stati affettivi avversi (Tanofsky-Kraff, 2007).

Utilizzando dati prenatali, familiari, biomedici, demografici e psicosociali, si riesce ad identificare alcuni predittori prospettici di DCA in un certo campione di popolazione. Studi in tal senso hanno rilevato che, essere di sesso femminile ed essere percepita come sovrappeso dal proprio genitore, è il predittore più preciso di DCA, come pure sono importanti il BMI materno, problemi sociali, bassa efficacia sociale, difficoltà neuro cognitive. I risultati di questi studi suggeriscono che la percezione dei genitori del peso dei loro figli è più potente del peso corporeo oggettivo del bambino nel predire lo sviluppo di

DCA (Allen *et al.*, 2009).

Il sentirsi spesso “stuzzicare” rispetto alla forma del corpo da parte della famiglia, i commenti negativi riguardo all’immagine corporea, la personale considerazione del peso, il conseguente controllo del peso stesso attraverso una dieta non sana, sono tra le variabili socio ambientali, personali e comportamentali più fortemente predittive di obesità ed DCA. Un’attitudine alimentare anormale della madre ed una relazione genitori–figli cattiva, indipendentemente dal peso corporeo, espongono maggiormente bambini ed adolescenti a comportamenti alimentari alterati (Schetzmann, 2008).

3.5.4. Prevenire è meglio che curare

L’identificazione dei fattori di rischio di questi disordini costituisce un importante punto di partenza per la loro prevenzione. Ci sono fattori di rischio condivisi tra obesità, DCA ed alimentazione disordinata, e questo incoraggia i ricercatori ad utilizzare un modello integrato anche nella prevenzione, oltre che nella cura. Accanto agli elementi predisponenti, vanno considerati i fattori protettivi: autostima, corretto introito nutrizionale, incoraggiamento dei genitori, ruolo modellante delle abitudini correlate al peso e dell’ambiente familiare che supporta una sana alimentazione ed una corretta attività fisica.

Va discusso inoltre il significato della dieta che, finalizzata inizialmente alla prevenzione dell’obesità, può paradossalmente innescare un meccanismo di aggravamento dell’aumento di peso ed un disturbo alimentare compulsivo. Pertanto, affinché i programmi di prevenzione e cura dell’obesità infantile siano efficaci, vanno migliorati includendo messaggi indirizzati a questi fattori di rischio, in aggiunta a quelli legati al corretto stile di vita.

Insegnare ai bambini ed alle famiglie ad avere tolleranza per le diversità, compresa la diversità di taglia e di immagine, è un elemento importante per ridurre l’insoddisfazione corporea ed invertire la discriminazione sociale contro gli obesi. Ugualmente, è importante sensibilizzare gli adulti al loro ruolo nella promozione della immagine di sé, nel bambino, non focalizzando solo sul peso.

I medici possono aiutare a coinvolgere la famiglia nella direzione dell’educazione dei pazienti, soprattutto nel corso della pubertà, informando sulla normalità delle variazioni di peso, incoraggiando nella famiglia stili di vita sani, scoraggiando diete restrittive, alimentando il rispetto delle diversità legate al peso ed all’immagine, insegnando i benefici fisici ed emozionali di una attività fisica corretta, aiutando le famiglie a riconoscere i disagi legati al peso dei propri figli ed allargando questi messaggi anche nelle scuole (Quail, 2004).

Nel disegnare un programma di prevenzione, è importante capire che la paura degli adolescenti di aumentare di peso è del tutto ragionevole, data la discriminazione sociale a cui gli obesi sono esposti, e non va sottostimata la domanda che essi fanno di prendere in considerazione tali problematiche.

Molto si deve ancora fare, sia nella ricerca delle cause fisiologiche e psicologiche di sovrappeso ed obesità in bambini ed adolescenti, ed ulteriori trials randomizzati sono necessari per poter pilotare adeguate strategie preventive, che potranno avere benefici anche nella riduzione dei fattori di rischio di DCA tra i più giovani.

3.6. Diabete Mellito e DCA

Sempre maggiore consapevolezza si ha delle strette correlazioni esistenti tra il diabete e i DCA. Non vi è dubbio, infatti, che una diagnosi tardiva e che non tenga pienamente conto della rilevanza che assume un DCA in soggetti diabetici può produrre conseguenze negative.

Nel 1980, Fairburn e Stee (1980) pubblicarono sul *British Medical Journal* la prima descrizione di un'associazione fra DCA e DMT1 (DMT1): vennero riportati tre casi di AN in giovani con insorgenza del DCA dopo la diagnosi di DMT1.

Successivamente, il suddetto rapporto è stato più volte confermato e la comorbidità delle due condizioni è ormai unanimemente accettata.

La maggior parte degli studi descrivono giovani donne con DMT1, generalmente di età compresa tra i 15–35 anni, quando la prevalenza dei DCA è elevata (Mannucci *et al.*, 2005).

Studi recenti hanno fornito conferme anche per i diabetici tipo 2 (DMT2) e per i maschi (Herpertz *et al.*, 1998; Neumark *et al.*, 2002; Rodin *et al.*, 2002; Herpertz *et al.*, 2001).

Una nuova nomenclatura è stata quindi consigliata in occasione di un incontro internazionale tenutosi a Minneapolis, nel settembre 2008. Il gruppo ha raccomandato che il termine "ED (*eating disorders*) – DMT1" debba essere utilizzato per designare coloro che hanno un disturbo alimentare con DMT1 ed il termine "ED–DMT2" per indicare quelle con un disturbo alimentare con DMT2; ciò piuttosto che utilizzare il termine "diabulimia" che non definisce in modo adeguato tutti i tipi di disordini alimentari (Amy Criego *et al.*, 2009).

I criteri per la diagnosi dei DCA – anche nel diabete – sono quelli del DSM–IV TR che riconosce l'omissione della terapia insulinica nei pazienti con diabete mellito come un comportamento di eliminazione che soddisfa i criteri per la diagnosi di bulimia.

3.6.1. Epidemiologia

I dati della letteratura riportano tassi di prevalenza fino al 40% a seconda della numerosità e del tipo di campione, della metodologia utilizzata e dei criteri diagnostici e, quindi, del DSM utilizzato (Nielsen, 2002; Colton *et al.*, 2004). Utilizzando i criteri del DSM–IV (che include l'omissione di insulina) una percentuale più alta di DCA viene identificata nel campione con diabete (Jones *et al.*, 2006).

La conferma di quanto sopra affermato si è avuta in numerosi studi. Tra quelli più recenti è da citare la metanalisi di Mannucci *et al.* (2005) nella quale sono stati inclusi 8 studi caso-controllo che hanno valutato la prevalenza di AN e BN in 748 giovani donne con DMT1 di età compresa fra i 15 e i 35 anni e in 1687 ragazze non diabetiche. Mentre la prevalenza dell'AN non si è rivelata diversa fra le giovani con diabete e i controlli, quella della BN è risultata significativamente più elevata fra le diabetiche (1,73%) rispetto ai controlli (0,69%).

Un lavoro da ricordare, per la vastità del campione studiato, è quello di Jones *et al.* (2006) che, in un gruppo di 356 adolescenti con DMT1 di età compresa fra i 12 e i 19 anni, confrontato con quello di 1098 adolescenti non diabetiche, ha evidenziato una prevalenza dei DCA conclamati pari al 10% nelle diabetiche e al 4% nei controlli e dei DCA *borderline* al 14% nelle diabetiche e all'8% nei controlli. In particolare, i DCA diagnosticati nelle adolescenti con diabete erano classificabili come BN nel 30,6% dei casi, DAI nel 25%, AN nel 16,7% e EDNOS nel 27,7%. Significativo è sicuramente che, per quanto riguardava la comparsa temporale dei DCA, in ben il 70% dei casi, questi si erano manifestati dopo

l'esordio del diabete.

Altro rilevante studio è quello giapponese del Diabetes Center of Tokyo Women's Medical University: esso, nel 2011, ha evidenziato che l'età in cui si manifesta il DMT1 costituisce un importante fattore per lo sviluppo successivo di un DCA. La delicata fase puberale insieme al diabete costituiscono uno status di difficoltà che può condurre con una certa facilità ad un DCA. (Takii *et al.*, 2011)

Una cosa appare certa: la deliberata omissione di insulina è il metodo più comune di condotta di eliminazione nelle ragazze con DMT1 e diventa sempre più comune con il passare degli anni, dall'adolescenza. Infatti, questo comportamento è segnalato nel 2% delle ragazze pre-adolescenti (Colton *et al.*, 2004), nell'11-15% delle ragazze adolescenti (Peveler *et al.*, 2005; Peveler *et al.*, 1992; Rodin *et al.*, 1991; Rydall *et al.*, 1997) e nel 30-39% nella tarda adolescenza e l'inizio dell'età adulta (Biggs *et al.*, 1994). La ragione più frequentemente citata dalle giovani donne con DMT1 per giustificare l'omissione dell'insulina è il controllo del peso. Altri fattori motivanti sono la paura di ipoglicemia, la negazione di avere il diabete, l'imbarazzo per l'autocontrollo o la necessità di somministrazione d'insulina di fronte agli altri, il desiderio di avere una pausa dalla gestione del diabete, la paura degli aghi e il secondario aumento di peso con il miglior controllo (Biggs *et al.*, 1994; Polonsky *et al.*, 1994). Questi fattori aggiuntivi possono operare in combinazione con il desiderio di controllare il peso e quindi peggiorare e radicare il comportamento di omissione di insulina. A proposito delle diverse modalità di scelta delle condotte compensatorie adottate, gli studi che hanno indagato tali comportamenti mostrano come alcune adolescenti utilizzino a questo scopo solo l'*insulinpurging* (Rodin *et al.*, 1991; Polonsky *et al.*, 1994), altre l'*insulinpurging* associato al ricorso al vomito autoindotto e/o a lassativi (Jones *et al.*, 2006) e, altre ancora, il vomito autoindotto e/o l'uso di lassativi senza ricorrere all'*insulinpurging* (Szmukler *et al.*, 1984).

La metanalisi di Nielsen *et al.* (2009) ha descritto, in adolescenti femmine e in giovani donne con DMT1, la presenza di comportamenti quali le abbuffate nel 60-80% del campione e l'induzione volontaria di glicosuria da omissione o riduzione del dosaggio di insulina, finalizzata a ottenere una perdita di peso, nel 12-40% del campione.

È indubbio che i soggetti con diabete e DCA presentano un peggior compenso metabolico e ciò soprattutto quelli che praticano l'*insulinpurging* (Affenito *et al.*, 1997; Neumark-Sztainer *et al.*, 2002).

Lo studio prospettico di Colton *et al.* (2007), con un follow - up di 5 anni su un gruppo di ragazze adolescenti con DMT1, non ha evidenziato la correlazione fra DCA e scompenso metabolico, poichè le ragazze avevano goduto di intervento terapeutico precoce e tempestivo in relazione al DCA con conseguente diminuzione degli episodi di abbuffate e di *insulinpurging*.

L'incidenza dei DCA nei pazienti di sesso maschile è notoriamente più bassa, ma sembra che le cose stiano cambiando. Svensson *et al.* (2003) hanno studiato i maschi adolescenti affetti da DMT1 rispetto ai soggetti sani di controllo e non ha riscontrato DCA in entrambi i gruppi.

In contrasto con i risultati degli studi di ragazze e donne con DMT1, non esiste una chiara associazione tra il DMT2 e DCA; però c'è da dire che questa seconda correlazione è stata meno studiata perché i DCA iniziano tipicamente molti anni prima dell'insorgenza del DMT2, e la sequenza inversa risulta molto meno comune. Comunque, il DAI sembrerebbe essere il più frequente DCA nei DMT2.

3.6.2. Conseguenze cliniche

Il DCA, nel DMT1, aumenta il rischio di ospedalizzazione per chetoacidosi diabetica (Peveler *et al.*, 2005), determina alterazioni del metabolismo lipidico e può rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza delle complicanze croniche del diabete, in particolare, retinopatia e neuropatia (Ryndall *et al.*, 1997; Polonsky *et al.*, 1994; Steel *et al.*, 1987) per un cattivo controllo glicometabolico che spesso li caratterizza.

Come detto, le persone con DMT1 che ricorrono all'*insulinpurging* come metodo di compenso dopo le abbuffate, hanno un rischio molto elevato di incorrere nelle complicanze croniche, proprio per lo scarso controllo metabolico: diversi studi (Jones *et al.*, 2006; Neumark-Sztainer *et al.*, 2002) hanno infatti dimostrato che l'HbA1c di queste persone è significativamente superiore rispetto a quella di persone con DMT1 con le medesime caratteristiche, ma in assenza di DCA. La Greca *et al.* (1987) hanno evidenziato che il 50% delle persone con DMT1 che avevano livelli di HbA1c compresi tra 9,0 e 11,9% e il 70% di quelle i cui valori di HbA1c erano $\geq 12\%$ faceva ricorso all'*insulinpurging* il che invece non si verificava in quelle con HbA1c $< 9,0\%$. Peveler *et al.* (2005), poi, hanno dimostrato come la presenza di complicanze microvascolari fosse presente nel 21% di persone con DCA, nel 47% di quelle con comportamenti alimentari disordinati e nel 48% di quelle che facevano un uso improprio dell'insulina. Da questo studio è anche emersa una correlazione positiva tra DCA e presenza di due o più complicanze gravi. Fra quelle croniche evidenziate con maggiore frequenza, in letteratura, vanno ricordate la retinopatia, la nefropatia, la neuropatia e il piede diabetico.

I DCA del DMT1 sono gravati anche da una maggiore mortalità rispetto ai non diabetici: in uno studio scandinavo (Nielsen, 2002) con un follow-up di 8-10 anni, i tassi di mortalità sono stati 2,2 ogni anno per 1000 persone con DMT1, senza AN, 7,3 per le persone con AN ma non diabete, e 34,6 per individui con DMT1 e AN.

3.6.3. Fattori di rischio

Studi prospettici longitudinali nella popolazione generale hanno sempre individuato una serie di fattori di rischio per lo sviluppo dei DCA. Le prove e le esperienze accumulate non possono non suggerire che vivere con DMT1 è un fattore di rischio per DCA. Di ciò si ha purtroppo frequente conferma.

Si nota, di solito, un gradiente di frequenza dei DCA, con numero massimo nelle donne con DMT1, con numero minimo nei maschi senza DMT1, ed in numero intermedio nelle femmine senza diabete e in maschi con DMT1.

Poiché i DCA sono malattie che possono avere un impatto potenzialmente pericoloso per la vita e per lo stato di salute delle persone colpite, va prestata estrema attenzione ai segnali di pericolo per l'individuazione precoce del disturbo. L'esperienza quotidiana suggerisce elementi di individuazione dei segnali in questione in occasione degli usuali colloqui che si hanno con i pazienti. In proposito, l'ADA (American Diabetes Association) elenca i primi segnali di pericolo di un DCA nei pazienti con diabete:

- Inadeguato e persistente cattivo controllo glico-metabolico
- Episodi ricorrenti di chetoacidosi
- Episodi ripetuti di ipoglicemia

- Oscillazioni inspiegabili del peso corporeo
- Esercizio fisico maggiore di quello richiesto per mantenersi in forma

3.6.4. Insulina e aumento di peso

Come noto, il paziente con DMT1 alla diagnosi risulta sottopeso per la carenza d'insulina. Ovviamente, con l'inizio del trattamento insulinico ed il conseguente miglioramento del controllo glicemico, si ha un aumento di peso (Steel *et al.*, 1987). Per ottenere un miglior risultato, per la gestione e l'autogestione del controllo glicometabolico, si incentrano le attenzioni sulla dieta.

Al riguardo, il ben conosciuto studio statunitense DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) ha evidenziato che i pazienti sottoposti a terapia intensiva hanno avuto un aumento medio superiore a 5 Kg rispetto a quelli trattati in modo convenzionale.

In questa delicata fase, è possibile che si infondano nel paziente aspettative irrazionali da parte del medico operatore, con la frequente conseguenza che il mancato raggiungimento delle dette aspettative provochi sensazioni di frustrazione, delusione e vergogna. Pertanto, l'intervento psicologico deve essere caratterizzato da estremo equilibrio ed accuratezza.

L'esperienza insegna che regole troppo rigide sulla dieta e sul controllo glicemico possono provocare e potenziare il DCA e aggravare persino un eventuale rapporto conflittuale del giovane diabetico all'interno del nucleo familiare.

Inoltre, l'aumento di peso può richiedere dosi crescenti d'insulina che aumentano la fame e l'intake calorico. Engström *et al.* (1999) suggeriscono che mangiare di più potrebbe essere una risposta all'iperinsulinizzazione e agli episodi di ipoglicemia, perché entrambe sono "fortemente capaci di attivare la regolazione dell'appetito nell'ipotalamo". Si può sostenere che, forse, il trattamento con il microinfusore potrebbe fornire dosi più fisiologiche di insulina (in genere del 15 % in meno rispetto alle iniezioni), e potrebbe ridurre la comparsa di DCA. La questione però richiede sicuramente approfondimenti.

3.7. La dieta e i sensi

L'individuo post moderno, l'uomo d'oggi, dovrebbe essere colui che, non avendo più bisogno delle rassicurazioni magiche, ha imparato a vivere senza ansie nel mondo relativo delle mezze verità; al contrario, nei confronti dell'alimentazione il comportamento più diffuso è la ricerca di una verità assoluta, semplificata e soprattutto flessibile alle esigenze del singolo. In nessun altro campo della medicina come nella dietetica clinica si assiste alla ricerca dell'evento che esula dall'ordine necessario della razionalità (miracolo) per ottenere un risultato visibile (dimagrimento) seguendo un'improbabile teoria scientifica a supporto (mito). Tale fenomeno è amplificato dagli insuccessi della medicina ufficiale; infatti nonostante sia innegabile l'utilità di un corretto regime dietetico per prevenire e curare le più frequenti patologie del nostro tempo, pur tuttavia le difficoltà che si incontrano nel riuscire a modificare gli stili alimentari sembrano ostacoli insormontabili. Sono esperienze comuni le alte percentuali di insuccessi dietoterapici che si riscontrano, ad esempio, nei soggetti affetti da diabete di tipo 2, considerato malattia disnutrizionale ancor prima che la sindrome metabolica fosse definita come entità clinica.

Tali evidenze ci devono portare a modificare l'atteggiamento nei confronti della dieta

non più da considerare atto di prescrizione integrativa, ma educazione alimentare o meglio acquisizione di comportamenti alimentari corretti. La medicina ufficiale ha sottovalutato queste evidenze ed ha continuato a promulgare raccomandazioni e linee guida con fredde e asettiche percentuali numeriche per i macronutrienti, costantemente disattese. Se la strada per mettere in pratica le evidenze scientifiche fosse chiara, dovrebbero essere sufficienti il valore e i benefici che le evidenze comportano per consentirne l'applicazione immediata per tutti coloro che possono trarne vantaggio. Purtroppo non è così: vi sono molti ostacoli lungo il cammino e l'appropriata strategia di traslazione per superarli dipende dalla natura degli stessi e dall'influenza che possono avere nell'adozione di uno o più elementi dell'intervento proposto. Il primo passo per superare le eventuali barriere consiste nel definire con precisione il messaggio che si vuole trasmettere, che deve essere il più chiaro e diretto possibile. Nella pratica dietologico-nutrizionale sono purtroppo ancora presenti ostacoli legati alla cultura medica che vanno contro il buon senso e rendono difficile l'aderenza alla prescrizione dietetica.

3.7.1. I presupposti errati

Il cardine dell'atteggiamento moderno nei confronti della malattia è il riconoscimento della non responsabilità morale del paziente; al contrario verso gli obesi e, ancor peggio, nei confronti degli obesi diabetici viene posto in essere il pregiudizio della irresponsabilità morale del soggetto che è causa della propria malattia. L'obeso mangia troppo e l'iperalimentazione è causa dell'obesità: la dieta viene somministrata e vissuta come agente contrario e crea una naturale reazione di difesa che ne impedisce l'attuazione. Al contrario, i guaritori tradizionali e chi spesso propone soluzioni alternative individuano nella società, e comunque sempre negli altri, i motivi che sono alla base della patologia. L'individuo non viene colpevolizzato e riceve un supporto psicologico ed una serie di motivazioni che riducono l'ansia. La classe medica spesso ragiona in nutrizione seguendo premesse fuorvianti, attribuendo alla alimentazione in genere, e alla dieta in particolare, proprietà miracolose complici dell'antica aspirazione dell'essere umano alla conservazione della giovinezza. Si tende poi a tipizzare il paziente per patologia senza tenere conto del vissuto soggettivo del singolo e la dieta diventa evento unicamente restrittivo e banalizzante, esasperando la dicotomia di un rimedio che dovrebbe avere eccezionale efficacia e riconosciuta semplicità metodologica. Nel nostro Paese, infatti, solo pochissimi servizi di dietetica e/o di diabetologia hanno delle linee guida di terapia medica nutrizionale (MNT) che stabiliscono anche il tempo richiesto per attuarle.

La mancanza di standard minimi di gestione è uno dei momenti critici che condizionano il trattamento nella medicina moderna e nel caso specifico tale carenza è legata alla abitudine di non considerare l'intervento dietoterapico atto medico. Altro momento critico è la composizione del team e le professionalità dei componenti. I dati migliori ottenuti nel RUN-IN dell'UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS), uno degli studi-faro per i diabetologi per quanto riguarda la perdita di peso, sono stati ottenuti nei centri dove erano presenti più dietisti.

3.7.2. I cambiamenti legati alla globalizzazione

La teoria di Lowenberg sulla maturazione umana applicata alle abitudini alimentari è da molti condivisa. Il modello descrive il passaggio da un'alimentazione indispensabile per la sopravvivenza ad un'alimentazione per l'auto-realizzazione ed in particolare cinque step:

1. Necessità fisiche per la sopravvivenza. È uno stadio simile all'alimentazione degli animali che deve garantire la regolare disponibilità di quantità sufficienti di nutrienti.
2. Necessità sociali per la sicurezza. Una società una volta soddisfatto il fabbisogno giornaliero deve pensare alle scorte per esigenze future.
3. Appartenenza. L'appartenenza ad un gruppo si manifesta anche dall'omologazione consensuale dei consumi alimentari.
4. Stato sociale. La posizione sociale può essere definita in base a quali alimenti vengono consumati e con chi.
5. Auto-realizzazione. Solo quando i 4 precedenti passaggi sono soddisfatti un individuo può scegliere di provare altri alimenti indipendentemente dalla provenienza solo o prevalentemente per soddisfazione personale.

Il modello appena descritto è una rivisitazione della scala delle motivazioni secondo Maslow e con questa andrebbe integrata, poiché passaggio fondamentale è quello della sicurezza (secondo step) che non dipende soltanto dalle risorse disponibili ma anche dalla capacità di utilizzarle alla luce di indicazioni sanitarie. Nutrirsi è una risposta ad un bisogno biologico, ma il soddisfacimento di questo bisogno è anche una risposta sociale e culturale. Secondo Lowenberg l'adesione ad una dieta per scopi sanitari è più semplice in presenza di uno stato socioeconomico elevato perché l'auto-realizzazione può facilitare la volontà al cambiamento. In pratica si può rinunciare ad un alimento solo dopo averlo avuto disponibile. Quanto detto andrebbe rivisitato alla luce degli eventi successivi alla globalizzazione che propone sempre nuovi e sconosciuti alimenti riuscendo a negativizzare l'effetto positivo dell'auto-realizzazione sulla possibilità di modificare i comportamenti. Pertanto le conclusioni a cui era arrivato Maslow non sono più condivisibili. L'onnivoro coscienzioso è sempre più difficile da reperire e l'ipermercato sostenibile una sorta di utopia personale. Non va poi sottovalutato il fatto che le società più deboli sono travolte dai costumi della civiltà dominante con effetti a volte deleteri. Gli indiani Pima, abbandonati gli usi e i costumi dei padri sono diventati per lo più obesi, diabetici, malati ed oggetto di studio per gran parte del mondo scientifico. Uno di loro, Penna che Ronza, al secolo George Webb, in un volumetto dal titolo "Ricordi di un Indiano Pima", ben prima di noi medici aveva capito il problema. Infatti, nell'introduzione dice: "Questi miei antenati...furono abituati a vivere in stretto contatto con la natura, usandone le risorse per nutrirsi e vestirsi. Forse questo fatto, ha a che vedere con la loro longevità, perché tutti raggiunsero un'età molto avanzata". Lo stesso fenomeno lo vediamo, oggi, negli immigrati.

3.7.3. Gli errori di comunicazione

Il 27 gennaio 2011 è stata presentata a Milano dal Prof. Renato Mannheimer una ricerca ISPO (Istituto per gli Studi sulla Pubblica Opinione-Milano) tesa ad indagare il rapporto tra gli italiani e la corretta alimentazione. In quell'occasione facevo parte del gruppo di esperti

chiamati a commentare i dati che mi sono sembrati immediatamente di grande interesse e ci costringono a riflettere sulle modalità di comunicazione adottate fino ad oggi. Tra le altre cose si è voluto testare la conoscenza specifica in tema di alimentazione ponendo 3 domande a carattere generale sull'apporto giornaliero in tema di calorie, carboidrati e grassi. I veri informati, ovvero quelli che hanno dichiarato di possedere un livello di informazione sufficiente sia su come seguire una dieta sana sia sul ruolo dei componenti e hanno fornito almeno una risposta esatta alle tre domande di conoscenza testata, sono stati solo il 21%. I sedicenti informati con il 45% sono stati il partito di maggioranza relativa: hanno dichiarato di possedere un livello di informazione sufficiente sia su come seguire una dieta sana sia sul ruolo dei componenti ma non hanno fornito alcuna risposta esatta alle tre domande. I coscientemente impreparati, i più sinceri, hanno raggiunto il 13%; hanno dichiarato di non arrivare alla sufficienza né sulla dieta sana né sul ruolo dei componenti e effettivamente non hanno mai risposto esattamente. Sul restante 21%, che Renato Mannheimer ha definito intermedi, è meglio non indagare. L'impressione è che il processo di modernizzazione abbia portato ad una società della comunicazione in cui talvolta le informazioni che circolano sempre più numerose e veloci possono portare ad un circolo vizioso che genera più confusione che certezze. Si assiste infatti ad un overflow informativo, in qualche modo, subito dagli intervistati che lamentano confusione e contraddittorietà delle fonti. Se poniamo attenzione a molti dei programmi televisivi che parlano di alimentazione non possiamo non osservare che le persone che stanno parlando sono compartecipi della scena che stanno proiettando con le parole. Il metodo che viene utilizzato per far passare il messaggio è quello della empatia iconica nella comunicazione verbale. L'empatia iconica rende più efficace la comunicazione, ma, essendo utilizzata a tappeto, crea quello stato di confusione descritto dallo studio ISPO. Se qualunque alimento fa bene ed è buono, indipendentemente che si parli di pesce, formaggi, pane, pasta, spezie, olio, vino, insaccati, cioccolata, dolci, che cosa fa male? E perché privarsene? E chi ha ragione tra i tanti esperti o presunti tali? Il fatto che due italiani su tre si dicano confusi è consequenziale. In mezzo a tante notizie diventa difficile orientarsi.

3.7.4. Il valore dato alle influenze culturali

Secondo una visione tipica dell'individualismo moderno, la conoscenza è potere, dimenticando che il potere sta nella capacità di usare, interpretare ed applicare le conoscenze acquisite. Tentare di cambiare le abitudini alimentari degli adulti, senza preoccuparsi delle esigenze e della cultura del singolo, è impegno arduo e gravato frequentemente da insuccessi, soprattutto se si cerca di incidere su alimenti cardine dell'identità alimentare. I futuristi si accorsero di queste difficoltà quando lanciarono la rivoluzione culinaria futurista che si proponeva di modificare l'alimentazione del nostro popolo, fortificandolo, dinamizzandolo e spiritualizzandolo con nuovissime vivande, in cui l'esperienza, l'intelligenza, e la fantasia sostituiscano economicamente la quantità, la ripetizione e il costo. La cucina futurista sarà liberata dalla vecchia ossessione del volume e del peso e avrà, per uno dei suoi principi, l'abolizione della pastasciutta, per quanto gradita al palato, vivanda passatista che appesantisce, abbrutisce, illude, rende scettici, lenti, pessimisti. Marinetti dimostrò un'eccezionale coerenza, perché i banchetti futuristi ebbero realmente luogo e scatenarono polemiche anche all'interno dello stesso movimento. La

maggior parte degli italiani non riuscirono a capire il razionale di questa rivoluzione e la considerarono solamente come una provocazione di un movimento in continua sfida con il gusto corrente, lontana dai gusti, dalle abitudini e dalle necessità del popolo. Per questi motivi non ebbe successo e la pasta, introdotta nella cucina dei nobili siciliani da servitori arabi nel tardo Medioevo, ha continuato ad essere una meravigliosa protagonista della cucina mediterranea in genere, ed italiana in particolare.

3.7.5. Il peso del rapporto piacere – peccato – donna – identità

Possiamo affermare che il piacere legato all'atto alimentare è evento complesso, che racchiude elementi qualitativi legati al cibo, sensoriali legati al gusto del singolo, identitari legati alla cultura del gruppo di appartenenza e psicologici legati al vissuto soggettivo. Il rapporto alimentazione–piacere è immediato: qualunque immagine fotografica che rappresenti una madre nell'atto di allattare il proprio bambino è dominata dalla sguardo felice della madre che dona e da quello felice del bambino che riceve. La gratitudine del figlio è pari alla soddisfazione della madre. In quello sguardo, complice e intenso, c'è il senso della vita che è felicità compiuta. Il piacere è indissolubilmente legato al gusto, comunemente descritto come il senso che permette la definizione qualitativa di una sostanza in base al sapore, ovvero il senso per mezzo del quale si percepiscono i sapori. Nel vocabolario dei sinonimi, alla voce gusto troviamo: sapore, piacere, compiacimento, eleganza, armonia, moda, stile. Tutti i sinonimi elencati possono essere riferiti, ad esempio, al gelato. Il gelato ha un suo sapore particolare ed è un piacere consumarlo. I rapporti tra gelato, gusto e piacere sono magistralmente descritti in un bel volume dal titolo "Alla tavola di Yasmina" di Maruzza Loria e Serge Quadrupani che narra la storia della sfida mortale tra una bellissima principessa araba e Ruggero d'Altavilla, conte di Sicilia e futuro re (sec. XI). La sfida, che ha come premio la vita di Omar, fratello di Yasmina, accusato di tradimento, è condotta dalla principessa utilizzando racconti e sapori di Sicilia che portano Ruggero ad innamorarsi e a ricercare l'amore perfetto. Ogni pasto inizia con un sorbetto o meglio con un charbat o granita che dir si voglia e la descrizione delle sensazioni che il normanno prova è magistrale: "Prima provò una sensazione di refrigerio: la neve dorata fu per il palato secco di Ruggero come la benedizione della pioggia sulla campagna arida. In seguito venne la dolcezza come quella di un miele leggero che non ha nulla di colloso ma che al contrario, va giù come acqua fresca. Una dolcezza soave che scivolava lungo la lingua e provocava in gola un'emozione, come una voglia di tenerezze. Infine arrivò il sapore. Piccante e fine come una pelle che si scopre; arricchito da olii profumati come una pelle che si odora. Inebriante ma appena, come una pelle che fugge". Significativo, a tal proposito, è anche uno tra i più gustosi impegni letterari di Isabel Allende: Afrodita, un volume in cui la scrittrice cilena si diverte a mescolare racconti e ricordi personali, aneddoti e ricette afrodisiache. Nelle prime righe della introduzione si trova la spiegazione logica di un'osservazione oggettiva: dopo i cinquanta anni le donne tendono ad ingrassare e dimostrano un'aggressività oro–alimentare, una ricerca inconsueta di cibi gratificanti e una de-sincronizzazione del ritmo fame/sazietà. Si legge testualmente: "I cinquant'anni sono come l'ultima ora del pomeriggio quando il sole tramontato ci dispone spontaneamente alla riflessione. Nel mio caso tuttavia il crepuscolo mi induce al peccato. Forse per questo, arrivata alla cinquantina, medito sul mio rapporto con il cibo e l'erotismo, le debolezze della carne che più mi tentano, anche se, a ben guardare non sono quelle che più

ho praticato. Mi pento delle diete, dei piatti prelibati rifiutati per vanità, come mi rammarico di tutte le occasioni di fare l'amore che ho lasciato correre per occuparmi di lavoro in sospeso o per virtù puritana. Passeggiando per i giardini della memoria, scopro che i miei ricordi sono associati ai sensi". Può sembrare strano ma la storia del mondo è intimamente legata ad una scelta alimentare o meglio ad un dilemma alimentare di ordine pratico e morale che avrà conseguenze fondamentali per tutte le generazioni future. Il Creatore aveva concesso alla prima coppia il dominio sugli animali di ogni specie e una serie di opportunità disponibili infinite, ad eccezione di un albero posto al centro dell'Eden. Davanti al serpente che esibisce la mela, Eva non mostra alcun tentennamento, sceglie la mela e non addenta il serpente che comunque, se cucinato ai ferri, non è molto dissimile dall'anguilla ai ferri. La teoria del controllo ha preso le mosse da Eva. L'esegesi biblica, che ha visto nella mancata resistenza alla tentazione l'origine di tutti i mali dell'umanità, ha prodotto la teoria delle donne che vanno opportunamente sorvegliate. Cavalcando il preconetto della propensione alla lussuria che la letteratura attribuiva al gentil sesso, tribunali ecclesiastici e secolari accusarono delle disgrazie delle comunità quelle donne che, occupate come cuoche, guaritrici e levatrici, maneggiavano erbe, giravano di notte e si trovavano spesso accanto alla vita o alla morte, alla nascita o alla malattia. Nel 1428 a Todi, fu condannata al rogo e arsa sulla Piazzetta del Montarone, Matteuccia di Francesco del Castello di Ripabianca, presunta strega, fattucchiera e maliarda. Matteuccia, che aveva come unica colpa quella di aver curato Braccio Fortebraccio da Montone, capitano di ventura sconfitto da papa Martino V Colonna, confessò sotto le atroci torture dell'Inquisizione di recarsi al noce di Benevento a cavallo di un capro. Strana terra l'Umbria madre di santi, capitani di ventura e streghe! Le letture simboliche possono essere molte, ma certo tutto nasce dal primo morso alla mela: in quel preciso momento Eva instaurava, comunque, un predominio femminile sull'alimentazione domestica che persiste fino ad oggi e, se vogliamo, anche quello della dieta ricca di carboidrati su quella iperproteica. Ha anche compiuto la scelta più facile, un consumo privo di fatica e scrupoli compiuto senza valutare il significato completo del gesto. Da allora la mela raffigura ciò che è possibile cogliere senza fatica, ma anche, insieme ad alcuni frutti, il senso del peccato originale o del proibito, metafora del desiderio e nutrimento perfetto, gustoso e salutare. Quel gesto ha, in fondo, portato ad una simbiosi inscindibile tra donna e cibo. Termino queste brevi riflessioni con un accenno alla filmografia più o meno recente. E' innegabile che diversi film hanno come tema centrale o almeno come argomento forte la tavola o il cibo: l'immagine del grande schermo ha una forza di penetrazione notevole e alcune pellicole hanno analizzato il rapporto tra società e cibo in modo più critico, e senz'altro più piacevole, di tanti trattati scientifici. In "Un tocco di zenzero", un film di Tassos Boulmetis del 2003, il valore culturale e sociale dell'alimentazione è compiutamente espresso attraverso due fondamentali sistemi di senso profondamente interconnessi: la cultura visuale e la narrazione. E tutti i temi che abbiamo trattati fino ad ora, il piacere, il gusto, i sensi, la magia, l'etica e l'identità culturale e sociale del cibo e dell'atto alimentare, sono affrontati senza remore e trattati in modo profondo. Sembra quasi che i registi, gli sceneggiatori, gli stessi attori abbiano compreso, prima degli addetti ai lavori, la valenza dell'atto alimentare. Non è un caso che protagonista di tante altre pellicole sia il cioccolato, il cibo degli dei ma anche un cibo peccaminoso e intrigante che evoca sensuali piaceri nascosti. Che ci piaccia o no, il modo in cui mangiamo e gli stessi alimenti sono correlati a ciò che si è o si vuole diventare. È la presentazione privata del singolo attraverso il cibo.

3.7.6. Conclusioni: la *cultural competence* come *trait d'union* tra scienza e società

L'inveterata abitudine a prendersi cura più della malattia che del malato crea un ostacolo culturale e gestionale difficilmente superabile. L'educazione alimentare ha finora sottovalutato il legame fondamentale tra l'uomo e il suo nutrimento che parte da Eva e dalla mela offerta ad Adamo per arrivare al XIX secolo con l'idea che una donna debba essere una perfetta nutrice e che lo scopo fondamentale per il sesso femminile sia fare da nutrimento ad un altro corpo, quello del figlio. Ha sottovalutato il rapporto delle donne con il cibo e con la seduzione e la sessualità, nonostante i tanti studi e la rilevante produzione letteraria, artistica e cinematografica. Non ha preso in considerazione la facilità con cui improbabili teorie scientifiche alimentari si trasformano in mito e vengono utilizzate per interessi personali. Il rapporto tra uomo e cibo è anche legato a sensazioni inconsce evocate dai ricordi, dalle esperienze personali e dalle caratteristiche organolettiche del singolo alimento. La ricerca di una cultura non solo metabolica dell'alimentazione, e quindi basata sulla formazione continua trasversale, ci deve guidare tutte le volte che decidiamo di intraprendere un intervento di educazione alimentare che altro non può essere se non un intervento di educazione al gusto. Questo concetto viene racchiuso in unico termine inglese *cultural competence* che, come è stato recentemente sottolineato in un editoriale sul *New England* ed in altri articoli, è solo un *oldwine in new bottles* a testimoniare la lezione della storia troppo spesso sottovalutata.

Riferimenti bibliografici

Acosta M.C. *et al.* (2008). Pediatric obesity: parallels with addiction and treatment recommendations. *Harv Rev Psych*, 16(2), 80–96.

Affenito S.G., Backstrand J.R., Welch G.W., Lamni-Keefe C.J., Rodriguez N.R. & Adams C.H. (1997). Subclinical and clinical eating disorders in IDDM negatively affect metabolic control. *Diabetes Care*, 20, 182–184.

Allen K.L. *et al.* (2009). Risk factors for full and partial syndrome early adolescent eating disorders: a population-based cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psych*, 48(8), 800–9.

Allende I. (1997). *Afrodita*. Feltrinelli ed., Milano.

Allison K.G., Grilo C.M., Masheb R.M. & Stunkard A.J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with DAI and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2874–2883.

American Asychiatric Association (APA, 2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders – Third Edition.

Babio N., Canalis J. *et al.* (2009). A two-phase population study: relationship between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutr Hosp*, 24(4), 485–91.

Biggs M.M., Basco M.R., Patterson G. & Raskin P. (1994). Insulin withholding for weight control in women with diabetes. *Diabetes Care*, 17, 1186–1189.

Blond A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, 5, 244–250.

Brandys M.K. *et al.* (2012). Anorexia nervosa and the Val158Met polymorphism of the COMT gene: meta-analysis and new data. *Psychiatr Genet*, 22(3), 130–136.

Brescianini S., Gargiulo L. & Gianicolo E. (2002). Convegno Istat, settembre 2002.

Bruch H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Basic Books: New York.

Chen E.Y. *et al.* (2009). Subtyping dietary restraint and negative effect in a longitudinal community sample of girls. *Int J Eat Disord*, 42(3), 275–83.

Colton P., Olmsted M., Daneman D., Rydall A. & Rodin G. (2004). DisturDAI eating behavior an eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care* 27, 1654–1659.

Colton P.A., Olmsted M.P., Daneman D., Rydall A.C. & Rodin G.M. (2007). Five-year prevalence and persistence of disturbed eating behavior and eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2861-2.

Criego A., Crow S., Goebel-Fabbri A.E., Kendall D. & Parkin C. (2009). Eating Disorders and Diabetes: Screening and Detection. *Diabetes Spectrum, Volume 22, 3*, 143-146.

Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I. & Rowlands O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 177, 4-7.

Dalla Ragione L. & Scoppetta M. (2009). *Giganti d'argilla*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Dalle Grave R. (2003), *Terapia Cognitivo Comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press: Verona.

Eisler I., Dare C., Russell G.F.M. et al. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.

Engström I., Kroon M., Arvidsson C.G., Segnestam K., Snellman K. & Aman J. (1999). Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatr*, 88, 175-181.

Fairburn C. et al. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 509-517.

Fairburn C.G. & Steel J.M. (1980). Anorexia nervosa in diabetes mellitus. *Br Med J*, 280, 1167-8.

Fairburn C.G. & Harrison P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361,407-416.

Farnetti S. (2012). "C'era una volta la solita minestra". Miss Italia pedagogica? In *Il coraggio di Guardare*, Collana Mettere le Ali, Roma.

Fatati G. (2005). *Star bene mangiando, Le ricette regionali per una sana alimentazione*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Fatati G. (2008). *La dieta e i sensi*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Fatati G. (2012). *Mediterraneità*. Pacini editore, Pisa.

Field A.E. et al. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112, 900-6.

Foglietti L. *Strega e fattucchiera, Matteuccia al rogo*. Il Messaggero Umbria, 19 agosto 2008, 44.

Foreyt J.P., Salas-Salvado J., Caballero B., Bulló M., Gifford K.D., Bautista I. & Serra-Majem L. (2009). Weight-reducing diets: are there any differences? *Nutr Rev.*, 67(1), 99-101.

Fox R.C. (2005). Cultural competence and the culture of medicine. *NEJM*, 353, 1316-18.

Fuemmelar B.F. *et al.* (2009). Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: results from U.S. population-based survey of young adults. *J Trauma Stress*, 22(4), 329-33.

Fuentes J.A. *et al.* (2004). Analysis of the -1438 G/A polymorphism of the 5-HT_{2A} serotonin receptor gene in bulimia nervosa patients with or without a history of anorexia nervosa. *Psychiatr Genet*, 14(2), 107-9.

Herpertz S., Albus C., Wagener R., Kocnar M., Wagner R., Henning A., Best F., Foerster H., Schulze Schlegginghoff B., Thomas W., Köhler K., Mann K. & Senf W. (1998). Comorbidity of diabetes and eating disorders: does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care*, 21, 1110-1116.

Herpertz S., Albus C., Kielmann R., Hagemann-Patt H., Lichtblau K., Köhler K., Mann K. & Senf W. (2001). Comorbidity of diabetes mellitus and eating disorders: a follow-up study. *J Psychosom Res*, 51, 673-678.

Hoek H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(4), 389-94.

Hogan M.J. & Strasburger V.C. (2008). Body image, eating disorders and the media. *Adolesc Med State Art Rev*, 19(3): 521-46, x-xi.

Huines D. & Neumark-Sztainer (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770-782.

Isomaa R., Isomaa A. L., Marttunen M., Kaltiala-Heino R. & Bjorkqvist K. (2010). Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review*, 18, 296-303.

Jones J., Lawson M.L., Daneman D., Olmsted M.P. & Rodin G. (2006). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Br Med J*, 320, 1563-1566.

Jung J. & Forbes G.B. (2007). Body dissatisfaction and disordered eating among college women in China, South Korea, and the United States: contrasting predictions from sociocultural and feminist theories. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 381-393.

Keys A. *et al.* (1950). *The Biology of Human Starvation*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

Kraemer H. C., Kazdin A. E., Offord D. R., Kessler R. C., Jensen P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.

La Greca A.M., Schwarz L.T. & Satin W. (1987). Eating patterns in young women with IDDM: another look. *Diabetes Care*, 10, 659–60.

Leonetti R. & Bettini P. (2008), *La prevenzione e l'accoglimento precoce dei DCA nell'ambito dei Consultori di Consulenza Giovani*, Firenze.

Le Grange D., Lock J., Loeb K. & Nicholls D. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, 43, 1–5.

Loria M. & Quadrupani S. (2004). *Alla tavola di Yasmina*. Oscar Mondadori.

Low K.G., Charanasomboon S., Brown C., Hiltunen G., Long K. & Reinhalter K. (2003). Internalization of the thin ideal, weight and body image concerns. *Soc Behav Pers*, 31, 81–90

Mannucci E., Rotella F., Ricca V., Moretti S., Placidi G.F. & Rotella C.M. (2005). Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a metaanalysis. *J Endocrinol Invest*, 28, 417–419.

Marinetti F.T. & Fillia (1998). *Il Manifesto della Cucina Futurista*. In: Marinetti F.T. & Fillia (Eds). *La cucina futurista*. Christian Marinotti Edizioni Milano, p. 19–37.

Marucci S. & Dalla Ragione L. (2007). *L'Anima ha bisogno di un luogo*. Tecniche Nuove, Milano.

McNutt S.W., Hu Y., Schreiber G.B., et al. (1997). A longitudinal study of the dietary practices of black and white girls 9 and 10 years old at enrollment: The NHLBI growth and health study. *Journal of Adolescent Health*, 20(1), 27–37.

Minelli A. et al. (2011). BDNF serum levels, but not BDNF Val66Met genotype, are correlated with personality traits in healthy subjects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261(5), 323–9.

Minuchin S., Rosman B.L. & Baker L. (1978), *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context*. Harvard University Press.

Monacelli G., Cesaroni D., Petrelli A., Billi C., Notari S. & Stracci F. (2006). Il Progetto “DE IUVENTUTE” e Miss Italia, Atti del IV Congresso SISDCA, Verona 2/4 marzo 2006.

Monacelli G., Biraschi P., Boldregghini S., Notari S. & Stracci F. (2009). Progetto DE IUVENTUTE, Atti del Corso di formazione monotematico SISDCA “DCA e Famiglia”, Vietri sul mare 22–23 maggio 2009.

Monteleone P. et al. (2009). Association of CNR1 and FAAH endocannabinoid gene polymorphisms with anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence for synergistic effects. *Genes Brain Behav*, 8(7), 728–32.

Muzzarelli M.G. & Re L. (2005). *Il cibo e le donne nella cultura e nella storia*. CLUEB, Bologna.

National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). Eating Disorder – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.

Neumark-Sztainer D., Patterson J., Mellin A., Ackard D.M., Utter J., Story M. & Sockalosky J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes Care*, 25, 1289–1296.

Nielsen S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*, 10, 241–254.

Onnis L. (2004), *Il tempo sospeso: anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*, Franco Angeli Ed., Milano.

Peveler R.C., Bryden K.S., Neil H.A., Fairbur C.G., Mayou R.A., Dunger D.B. & Turner H.M. (2005). The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28, 84–88.

Peveler R.C., Fairburn C.G., Boller I. & Dunger D. (1992). Eating disorders in adolescents with IDDM: a controlled study. *Diabetes Care*, 15, 1356–1360.

Polonsky W.H., Anderson B.J., Lohrer P.A., Aponte J.E., Jacobson A.M. & Cole C.F. (1994). Insulino mission in women with IDDM. *Diabetes Care*, 17, 1178–1185.

Preti A., Usai A., Miotto P., Petretto D. R. & Masala C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*, 30, 86–94.

Quail J. *et al.* (2004). How children see themselves. *CMAJ*, 171(9), 1024–1025.

Rodin G., Olmsted M.P., Rydall A.C., Maharaj S.I., Colton P.A., Jones J.M. & Biancucci LA, Daneman D. (2002). Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *J Psychosom Res*, 53, 943–949.

Rodin G., Craven J., Littlefield C., Murray M. & Daneman D. (1991). Eating disorders and intentional insulin under treatment in adolescent female swith diabetes. *Psychosomatics*, 32, 171–176.

Ruocco R. & Alleri P. (2006), *Il “peso” del corpo. Conoscere, affrontare e vincere i DCA*, Ed. Franco Angeli.

Rydall A.C., Rodin G.M., Olmsted M.P., Devenyi R.G. & Daneman D. (1997). Disordered eatingbehavior and microvascular complications inyoung women with insulin-dependent diabetesmellitus. *N Engl J Med*, 336, 1849–1854.

Santonaso P. & Favaro A. (2009). Epidemiologia e fattori di rischio. *Noos*, 15(1).

Santonastaso P. & Zanetti T. (2012). Prevenzione primaria dei Disturbi del Comportamento Alimentare: mito o realtà? In *Il coraggio di Guardare*, Collana Mettere le Ali, Roma.

Schetzmann M. *et al.* (2008). Associations among the perceived parent-child relationship, eating behavior, and body weight in preadolescents; results from a community-based sample. *J Pediatr Psychol*, 33(7), 772-82.

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. & Sorrentino A. M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. & Sorrentino A. M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Speck M.F., Gray J.J. & Ahrens A.H. (2004). No longer just a pretty face: fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *Int J Eat Disord*, 36(3):342-7.

Steel J.M., Young R.J., Lloyd G.G. & Clarke B.F. (1987). Clinically apparent eating disorders in young diabetic women: associations with painful neuropathy and other complications. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 294, 859-862.

Stice E., Marti C. N. & Durant S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627.

Stice E., Ng, J. & Shaw H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 518-525.

Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 128(5), 825-848.

Striegel Moore R.H. & Bulik C.M. (2007). Risk Factors for eating Disorders. *American Psychological Association*, 62(3), 181-198.

Svensson M., Engström I. & Aman J. (2003). Higher drive for thinness in adolescent males with insulin-dependent diabetes mellitus compared with healthy controls. *Acta Paediatr*, 92, 114-117.

Takii M., Uchigata Y., Kishimoto J., Morita C., Hata T., Nozaki T., Kawai K., Iwamoto Y., Sudo N. & Kubo C. (2011). The relationship between the age of onset of type 1 diabetes and the subsequent development of a severe eating disorder by female patients. *Pediatric Diabetes*, 12, 396-401.

Tanofsky-Kraff M. *et al.* (2007). A multisite investigation on Binge Eating Behaviors in children and adolescent. *J Consult Clin Psychol*, 75(6), 901-913.

Thomsen S.R., Weber M.M. & Brown L.B. (2002). The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenic dieting methods among adolescent females. *Adolescence*, 37(145), 1-18.

Voracek M. & Fischer M.L. (2002). Shapely centrefolds? Temporal change in body measures: trend analysis. *Bmj* 325(7378), 1447-8.

Webb G. (1996). *Penna che ronza: Ricordi di un indiano Pima*. Rusconi Ed, Milano.

Wiegand S. (2007). Gender and obesity- what does "being fat" mean to boys and girls? *Ther Umsch*, 64(6), 319-24.

CAPITOLO 4

Inquadramento diagnostico

4.1. Valutazione diagnostica

È forse il momento più importante e delicato di tutto il percorso di cura poiché da esso consegue la strutturazione di un progetto terapeutico ispirato a criteri di appropriatezza ed efficacia. In questa fase infatti, che di solito si attua a livello ambulatoriale e che ha una durata variabile da 1 a 4 settimane, si valuta il paziente a livello clinico, nutrizionale e psicologico al fine di formulare una diagnosi di stato riguardo al disturbo alimentare, di valutare eventuali comorbidità cliniche e psichiatriche associate e definire, di conseguenza, il livello di trattamento più adeguato per quel paziente in quel momento. Oltre al paziente, nel caso dei minorenni la valutazione deve comprendere necessariamente anche la famiglia (*livello di evidenza Ia*); nel caso di adulti è altamente auspicabile che siano compresi la famiglia e/o il partner a secondo del caso. (*livello di evidenza IIb*)

Non esistono, allo stato attuale, strumenti standardizzati per valutare la motivazione al trattamento. La diagnosi è multidisciplinare e condivisa tra i vari professionisti (Achenbach et al., 2005). (*livello di evidenza Ia*)

Le figure professionali che devono pertanto partecipare al processo di assessment e che effettuano gli accertamenti diagnostici indispensabili in questa fase sono il medico psichiatra, il medico internista e/o nutrizionista, lo psicologo clinico e il dietista.

In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con il paziente per stabilire una buona relazione terapeutica. È inoltre determinante, già nella fase del primo contatto, che venga garantita l'integrazione dei due livelli internistico e psicologico. (*livello di evidenza Ia*)

Una parte dei quesiti relativi alla diagnosi e all'assessment ha trovato risposta nella analisi delle Linee Guida internazionali NICE e APA.

4.1.1. Valutazione internistica

Il protocollo diagnostico internistico comprende la valutazione clinico-anamnestica, la valutazione dello stato nutrizionale, della condotta alimentare e della spesa energetica. (*livello di evidenza Ib*)

Sono riferiti al medico anche accertamenti che possono essere svolti dal nutrizionista.

La valutazione clinico-anamnestica è costituita da:

- **Per tutte le patologie:** anamnesi, esame obiettivo, esame delle urine, emocromo completo con formula leucocitaria, glicemia, test per la funzionalità epatica, assetto lipidico, creatininemia, azotemia, BMI, PA e FC, Bioimpedenziometria;
- **Per pazienti con basso peso corporeo:** elettroliti serici, ECG + eventuale ECOcardio, amilasi, creatininemia, ormoni tiroidei, analisi delle urine, prealbumina, MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata);
- **Per pazienti con abbuffate e comportamenti di compenso:** elettroliti sierici, amilasi, creatininemia, ormoni tiroidei, gastroscopia;

Andranno inoltre escluse altre cause di vomito e ricercata la presenza di: ipertrofia delle parotidi causata dal vomito, erosione dello smalto dentale causata dalla cronica esposizione agli acidi di origine gastrica ed il segno di Russell (callo al dorso della mano con cui la paziente si provoca il vomito);

- **Per pazienti obesi affetti da DAI:** misurazione circonferenza addominale, valutazione cardiaca, uricemia.

4.1.2. Valutazione nutrizionale

La valutazione dello stato nutrizionale comprende inizialmente il calcolo del BMI, la rilevazione delle misure antropometriche e un esame bio-impedenziometrico nonché la rilevazione della storia del peso corporeo (*livello di evidenza Ib*).

È inoltre necessaria una valutazione della condotta alimentare e un'attenta anamnesi nutrizionale quali-quantitativa attraverso:

- descrizione delle abitudini alimentari con particolare riguardo agli eventi antecedenti (stato emotivo, punteggio di fame);
- strutturazione quantitativa e qualitativa del pasto;
- indagine riguardo all'uso di comportamenti disfunzionali quali: la dieta ferrea, l'attività fisica eccessiva, le abbuffate, le condotte dipsomane che (eccessiva assunzione di liquidi finalizzata a facilitare il vomito o a simulare un aumento di peso), le condotte di compenso (vomito autoindotto, lassativi, diuretici, farmaci vari), ossessione per il cibo e le forme corporee, insufficiente assunzione di liquidi con semi-digiuno.

4.1.3. Valutazione psicopatologica e psicodiagnostica

In considerazione delle particolari caratteristiche psicopatologiche e di complessità del disturbo appare fondamentale l'importanza del primo contatto con il paziente e di tutta la fase di assessment per stabilire una buona relazione terapeutica, per cui il terapeuta deve modulare il suo intervento con la cautela e la sensibilità necessarie.

I primi incontri con un paziente affetto da DCA sono determinanti in quanto non solo si effettua la valutazione psicopatologica ma si pongono le basi per un rapporto di collaborazione e di fiducia.

Infatti, la costruzione della motivazione alla terapia costituisce, come per tutte le patologie psichiatriche gravi, una componente importante della terapia stessa, nel senso che quando la paziente giunge ad accettare il trattamento e, quindi, alla consapevolezza di essere ammalata, possiamo affermare che ha percorso già una parte del cammino terapeutico e che questa consapevolezza, che consente la costruzione dell'alleanza terapeutica, costituisce senz'altro un fattore prognostico positivo.

Il primo colloquio dovrebbe prevedere una fase libera e una fase più strutturata.

Nella fase libera (come in ogni colloquio psichiatrico) l'iniziativa su come condurre il discorso è lasciata al paziente cui il terapeuta chiede di esprimere spontaneamente il disagio psichico che sperimenta e il vissuto soggettivo che ha dei propri problemi. La necessità di indagare con accuratezza i sintomi psicologici e le abitudini alimentari della paziente che tende a negare il suo problema, può richiedere una parte del colloquio più strutturata attraverso l'utilizzazione di interviste strutturate o semistrutturate.

I questionari più accreditati sono:

1. EAT-40 –Eating Attitudes Test (Garner &Garfinkel, 1979) (versione italiana validata da M. Cuzzolaro e A. Petrilli nel 1988);
2. EDE 12.OD –Eating Disorders Examination (Fairburn &Cooper, 1993) (versione italiana validata da V. Ricca e E. Mannucci);

3. SCID –Structured Clinical Interview for DSM IV (First *et al.*, 1995) (Intervista strutturata dal DSM IV – Ed. italiana).

Nell'intervista semistrutturata, l'incontro è gestito dal terapeuta che ne scandisce i tempi, i contenuti e gli sviluppi, ponendo alla paziente domande specifiche sulla storia del peso, sulle abitudini alimentari e sugli atteggiamenti riguardo al vissuto corporeo, sul significato del sintomo nella storia psicologica del paziente e sulla strutturazione della personalità dello stesso. Poiché spesso i pazienti con DCA negano o sottovalutano i propri sintomi, nella raccolta delle prime informazioni si rende necessario un breve contatto con i familiari, con il medico curante o comunque con una figura di contesto. (*livello di evidenza Ia*)

Risulta fondamentale in questo momento valutare attentamente elementi di rischio quali l'ideazione suicidaria e l'eventuale presenza di comportamenti autolesivi. (*livello di evidenza Ia*)

4.1.4. Valutazione psicopatologica e psicodiagnostica in età adolescenziale e pre-adolescenziale

La valutazione delle caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e pre-adolescenziale deve essere effettuata con strumenti specifici, tra i quali i più riconosciuti sono:

- 1) EDE – Eating Disorder Examination, per la valutazione dei tratti comportamentali e psicologici legati ai DCA (Fairburn & Cooper, 2003);
- 2) CBCL – Child Behavior Checklist, per la valutazione della sintomatologia psicopatologica e della comorbidità psichiatrica (Achenbach, 1992);
- 3) K-SADS –Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia, per la valutazione della sintomatologia psicopatologica e della comorbidità psichiatrica (Kaufman *et al.*, 2004);
- 4) CAPS –Child Adolescent Perfectionism Scale, per la valutazione del perfezionismo quale fattore predittivo di DCA (Flette *et al.*, 2000);
- 5) PBI – Parental Bonding Index, per la valutazione delle caratteristiche dell'interazione genitore–figlio dalla prospettiva del minore (Parker *et al.*, 1979);
- 6) ECI –Experience Of Caregiving Inventory, per la valutazione di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali–demografici dalla prospettiva dei genitori (Joyce *et al.*, 2000).

Tali strumenti permettono di valutare tratti comportamentali e psicologici legati ai DCA come ad esempio l'impulso alla magrezza, l'insoddisfazione per il corpo, la tendenza al perfezionismo, l'insicurezza interpersonale, la disregolazione emotiva. Poiché la famiglia rappresenta una risorsa ed un elemento integrante nella cura di queste patologie, viene osservata la qualità delle relazioni che i bambini e gli adolescenti hanno con i loro genitori evidenziando comportamenti e atteggiamenti genitoriali come l'attitudine a prendersi cura, gli affetti, la sensibilità, la cooperazione, la disponibilità, l'indifferenza, il rifiuto, il controllo. È importante prendere in considerazione anche la prospettiva dei genitori da una parte, verificando la eventuale presenza di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali–demografici, dall'altra rilevando il loro bisogno di sostegno, il senso di fallimento, la misura in cui il disagio del figlio influenza l'intera famiglia, ed individuando i problemi riscontrati con i servizi sanitari. (*livello di evidenza Ia*)

4.1.5. La valutazione della famiglia

All'interno del percorso di valutazione è altamente auspicabile garantire almeno un incontro tra la famiglia (e/o il partner) e lo psichiatra o lo psicologo che si occupa specificamente dei problemi familiari per l'esplorazione delle dinamiche familiari, soprattutto per i minori e per i pazienti che convivono con la famiglia (Fisher *et al.*, 2010; Godart *et al.*, 2012). (*livello di evidenza Ia*)

Questo non solo nel caso di pazienti giovani che vivono ancora all'interno della famiglia, ma anche in pazienti adulti che presentano un DAI (o altri disturbi parziali). (*livello di evidenza IIb*)

Piuttosto che il ricorso a test o questionari risulta utile dedicare almeno una seduta (ma verosimilmente ne sarebbero necessarie due) durante la quale il terapeuta, coinvolgendo tutti i membri della famiglia, indaghi su queste aree (*livello di evidenza IIb*):

- ricostruzione della storia familiare con particolare rilevanza agli eventi che hanno preceduto l'inizio della patologia;
- osservazione della struttura familiare (invischiamento, alleanze, coalizioni, triangolazioni);
- fase del ciclo vitale;
- dinamiche nella relazione di coppia;
- livello di emotività espressa;
- tentativi messi in atto per affrontare la situazione;
- risorse disponibili.

È necessario inoltre indagare la storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici, disturbo da abuso di alcool o sostanze, obesità, interazioni familiari rispetto al disturbo del soggetto, atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, l'esercizio e la forma fisica, oltre che individuare *stressor* familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione. (*livello di evidenza Ia*)

Nel caso di pazienti adulti con un legame stabile la valutazione si incentrerà sulla relazione di coppia per verificare da un lato l'eventuale funzione protettiva del sintomo, dall'altro le risorse che il partner può mettere a disposizione nel processo di guarigione. (*livello di evidenza IIb*)

4.2. Criteri diagnostici, clinici e di compliance per la scelta del setting del trattamento nei diversi livelli

La terapia dei DCA deve necessariamente articolarsi in diversi livelli di trattamento (APA, 2006; NICE, 2004) che sono:

- Regime ambulatoriale
- Regime riabilitativo (Residenza e DH - la dicitura fa riferimento alla semiresidenzialità o centro diurno e non al DH ospedaliero)
- Regime di ricovero ospedale (acuzie)

Tali livelli non sono tra loro sovrapponibili ne viceversa disarticolati, ma rappresentano ciascuno la risposta più idonea e appropriata da utilizzare sulla base di quanto i terapeuti hanno valutato nella fase di *assessment*. (*livello di evidenza Ia*)

A seconda dei progressi o delle peculiari problematiche che possono intervenire durante il percorso terapeutico, il paziente può transitare da un livello all'altro.

4.2.1. Regime ambulatoriale

Il regime ambulatoriale rappresenta l'approccio di base, il primo filtro ed il miglior *entry point*. Nel 60% dei casi è il trattamento in grado di portare il paziente a guarigione. (*livello di evidenza Ia*) Tale livello di trattamento permette l'attuazione del programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente.

In questa fase non c'è necessità di monitorare quotidianamente le condizioni fisiche e psicologiche del paziente, poiché è adatta a pazienti la cui sintomatologia fisica e psicologica appare sufficientemente stabile e che presentano una buona motivazione al trattamento.

Il trattamento ambulatoriale per pazienti con un sottopeso rilevante è consigliato quando il paziente ha un'alta motivazione al trattamento, ha il sostegno della famiglia e i sintomi sono di breve durata. (*livello di evidenza Ib*)

4.2.2. Regime residenziale e semiresidenziale

La letteratura scientifica indica che, per i soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale, un periodo di trattamento di tipo riabilitativo in strutture residenziali o semi-residenziali, (*livello di evidenza Ia*) con l'obiettivo di riacquisire le abilità compromesse dalla patologia, determina una più alta percentuale di successi terapeutici. (*livello di evidenza III*)

Tale livello rappresenta inoltre il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o quando il rapporto costi-benefici di altri trattamenti risulti insoddisfacente. Il regime residenziale costituisce una valida alternativa alla permanenza prolungata in regime ospedaliero. (*livello di evidenza Ib*)

Il criterio di accesso a questo livello di trattamento è che il BMI dei pazienti sia superiore a 13,5 kg/m² nel caso di AN e inferiore a 45 kg/m² nel caso di DAI.

In questa fase le condizioni mediche sono stabili e non c'è necessità di cure mediche intensive. In particolare il paziente presenta uno scarso funzionamento sociale e bassa motivazione nonché comportamenti patologici nel controllo del peso e dell'alimentazione.

- Il **regime residenziale** è particolarmente adatto nelle situazioni in cui vi è la necessità di separare il paziente dal contesto familiare, che in questo caso può fungere da rinforzo e mantenimento della patologia, e in casi in cui è necessario evitare comportamenti disfunzionali (vomito autoindotto, comportamenti autolesivi). (*livello di evidenza IIa*)
- Il **regime semiresidenziale** può essere attuato come prima istanza terapeutica oppure come prosecuzione del trattamento ospedaliero e residenziale. (*livello di evidenza Ib*). Viene indicato nei casi in cui il paziente, pur non rispondendo al trattamento ambulatoriale, abbia una motivazione al trattamento maggiore e un migliore controllo sui comportamenti psicopatologici. Le condizioni psicologiche e anche quelle cliniche possono essere meno compromesse e anche il quadro familiare ha maggiori capacità di aiutare il paziente nel suo percorso.

4.2.3. Regime di ricovero ospedaliero

Tale livello, chiamato anche "*presidio salvavita*", deve essere utilizzato quando ci sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. (*livello di evidenza Ia*)

In questa fase l'obiettivo prioritario non è quello riabilitativo, bensì quello di correggere le alterazioni elettrolitiche, nutrizionali e metaboliche e di ripristinare le condizioni psicofisiche del paziente al fine di permettere la prosecuzione dell'iter terapeutico presso un altro livello di trattamento.

La decisione del ricovero è una decisione comunque traumatica per il paziente e per la famiglia e deve pertanto essere gestita con grande attenzione e in tutti i suoi aspetti. Il ricovero dovrebbe essere effettuato a una distanza ragionevole dal luogo di residenza, in modo da consentire il coinvolgimento dei familiari ed evitare quanto più possibile le difficoltà della transizione tra livelli diversi di trattamento; questo aspetto è particolarmente importante nel trattamento degli adolescenti (NICE, 2004). (*livello di evidenza Ia*)

I criteri di accesso più importanti per il ricovero in degenza ospedaliera sono sostanzialmente medici: lo stato di malnutrizione, le condizioni cardiocircolatorie e le condizioni metaboliche del paziente (*livello di evidenza Ia*). I criteri di accesso generali sono pertanto rappresentati da:

- dati di laboratorio indicanti una situazione ad alto rischio *quoad vitam*;
- presenza di gravi complicazioni mediche, come il diabete, compromissioni epatiche, renali, cardiovascolari che richiedono un trattamento in acuto;

Criteri d'accesso particolari nelle diverse fasce d'età sono descritti nella tabella sottostante.

Adulti (<18 anni)	<ul style="list-style-type: none"> • Frequenza cardiaca < 40 bpm; • PA < 90/60 mmHg; • Glicemia <60 mg/dl; • Potassiemia < 3 mEq/L; • Ipotermia; • Disidratazione; • Insufficienza epatica, renale o cardiovascolare
Età evolutiva (<18 anni)	<ul style="list-style-type: none"> • Perdita di peso severa (< 75% dell'IBW); • Frequenza cardiaca < 40 bpm; • PA <80/50 mmHg; • Variazioni clino/ortostatismo (diminuzione della pressione arteriosa al di sopra di 10-20 mmHg); • Ipopotassiemia; • Ipofosforemia

4.3. Il cambiamento di setting e la continuità delle cure

Il passaggio da un livello di trattamento ad un altro, in assenza di una sequenzialità obbligatoria, costituisce la normalità all'interno di un percorso di cura personalizzato e basato su un approccio terapeutico integrato e interdisciplinare, che può durare anche svariati anni.

Il passaggio di setting terapeutico può avvenire sia da un livello di intervento ad un più intensivo, che viceversa. Il criterio utilizzato più frequentemente per passare ad un livello

di cura più intenso è la mancata risposta al livello di trattamento in atto (*livello di evidenza IIb*). Il passaggio opposto deve avvenire qualora le condizioni del paziente risultino migliorate, andando a rappresentare quindi la continuazione del percorso terapeutico, e/o quando l'intensità del livello di trattamento si rivela non più appropriato.

In ogni caso è necessario tenere conto che il passaggio di setting è un momento particolarmente delicato sia che si aumenti l'intensità del trattamento che viceversa, in cui il paziente è ad alto rischio di destabilizzazione e pertanto è molto frequente che si verifichino fenomeni di drop-out. Per questo motivo tale passaggio deve essere effettuato con molta attenzione sia da parte dell'equipe inviante sia da parte della ricevente, ponendo particolare attenzione agli aspetti specifici che caratterizzano il paziente. (*livello di evidenza Ib*)

In particolare deve essere designato un responsabile che si occupi di tutte le fasi della transizione e che tenga i contatti tra le equipe terapeutiche. La necessità di un coordinamento stabile dei diversi interventi e delle diverse strutture è sottolineata in letteratura come elemento essenziale in tutte le fasi del percorso. (*livello di evidenza Ia*)

Le equipe terapeutiche, oltre ad essere messe in contatto, dovranno effettuare degli incontri preventivi per il passaggio delle consegne, affinché l'equipe ricevente sia messa nelle migliori condizioni possibili per accogliere il paziente.

Per facilitare la transizione del paziente tra i vari spazi di cura è necessario attuare e mantenere la realizzazione di una rete assistenziale integrata dove i quattro livelli assistenziali coesistano.

Questa modalità permette di diminuire il drop-out e garantisce al paziente una continuità nella cura.

Riferimenti bibliografici

Achenbach T.M., Krukowski R.A., Dumenci L., Ivanova M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361–382.

Achenbach T. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2–3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (APA, 2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders – Third Edition.

Fairburn C.G. & Cooper Z. (1993), EDE 12.0D, in: Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. Fairburn C. G. and Wilson, G. T. (Eds), New York: Guilford Press

Fisher C.A., Hetrick S.E. & Rushford N. (2010). Family Therapy for Anorexia Nervosa (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 6.

First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W., Davies M., Borus J., Howes M.J., Kane J., Pope H.G. & Rounsaville B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM–III–R Personality Disorders (SCID–II). Part II: Multi-site Test–retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92–104

Flett G., Hewitt P.L., Boucher D.J. Davidson L.A. & Munro Y. (2000). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, Validation, and Association with Adjustment. Unpublished manuscript.

Garner D.M. & Garfinkel P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psicol Med*, 9, 273–279.

Godart N., Berthoz S., Curt F., Perdereau F., Rein Z., et al. (2012). A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE* 7(1), e28249.

Kaufman J., Birmaher B., Rao U. & Ryan B. (2004). Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (K–SADS)

Joyce J., Leese M. & Szmukler G. (2000). The Experience of Caregiving Inventory: further evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(4), 185–9.

National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). Eating Disorder – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.

Parker G., Tupling H. & Brown L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10.

CAPITOLO 5

La motivazione

5.1. La motivazione

L'incremento della motivazione al cambiamento del paziente è considerata oggi da molti autori un focus iniziale nella terapia dei DCA ed è un predittore importante del buon esito del trattamento (Casanova *et al.*, 2007; Knight *et al.*, 2006; Treasure, Schmidt & Van Furth, 2008). Negli ultimi anni l'interesse per le dinamiche motivazionali nei pazienti con DCA è cresciuto in modo esponenziale a causa della constatazione, da parte dei terapeuti, che deficit motivazionali sono estremamente pervasivi fra questi pazienti.

Prima di affrontare il tema della motivazione è opportuno analizzare due aspetti caratteristici e critici del disturbo, presenti nei pazienti, che interferiscono in modo negativo nel processo di costruzione della motivazione.

Primo, i pazienti (in genere in quelli che soffrono di Anoressia nervosa) non sono motivati al cambiamento a causa della natura egosintonica del disturbo (per egosintonico si intende un qualsiasi comportamento, sentimento o idea che sia in armonia con i bisogni e desideri dell'io, o coerente con l'immagine di sé del soggetto). Essi non si dolgono per la loro condizione ma al contrario la glorificano. In effetti la restrizione alimentare, il calo ponderale, il mantenimento di un basso peso con i relativi sintomi da digiuno e l'attività fisica compulsiva, si associano ad un elevato senso di controllo ed autorealizzazione. Per tale motivo i pazienti non vogliono abbandonare il sintomo, che desiderano e che funziona nel mantenere attivo il loro schema di autovalutazione disfunzionale basato in modo preminente, o esclusivo, sul controllo del peso, forme corporee e alimentazione.

Secondo, i pazienti (soprattutto quelli affetti da Bulimia nervosa) manifestano una marcata ambivalenza nei confronti del cambiamento e del trattamento. Da un lato vorrebbero cambiare a causa degli alti costi psicologici e fisici causati dal disturbo (in particolare le abbuffate, l'utilizzo del vomito come condotta di eliminazione, l'uso di lassativi, la bassa tolleranza alle emozioni), dall'altro hanno paura del cambiamento per il timore che abbandonando il sintomo ci si possa trovare ancora più indifesi ed inadeguati di fronte al mondo esterno ed agli eventi della vita. Questa ambivalenza si esplicita, il più delle volte nella tipica affermazione: "Io vorrei cambiare ma ho paura di non riuscire a vivere senza il disturbo e di non accettarmi".

La discussione sulla motivazione è quindi importante per affrontare la resistenza al trattamento osservata nei pazienti con DCA.

Allo stato attuale la ricerca empirica non fornisce una guida supportata da evidenze scientifiche per la selezione di tecniche utili a favorire la motivazione al cambiamento nei DCA. I dati che emergono dai più recenti studi controllati, che abbiano indagato specificamente l'influenza e l'effetto dei diversi approcci motivazionali sul rifiuto e la resistenza al cambiamento, hanno contribuito ad incrementare il numero di definizioni della motivazione piuttosto che ad uniformare il concetto di motivazione stessa.

Tuttavia, alcune tecniche genericamente utilizzate nella pratica clinica, che sembrano influire sulla motivazione, sono costruite unicamente sulla base dell'esperienza e della sensibilità clinica del terapeuta e la ricerca empirica dimostra che nei DCA l'interazione paziente-terapeuta, più che la tecnica specifica in sé, influenza, come è ovvio supporre, la resistenza o l'adesione al cambiamento.

Alla luce di queste premesse, è più corretto e funzionale, in particolare per la pratica clinica, una concettualizzazione articolata della motivazione come "un processo dinamico,

un processo volto al cambiamento, un processo graduale e consapevole”.

La motivazione come processo dinamico non è l'espressione di una caratteristica di personalità o un tratto connaturato della persona, ma uno stato di buona disposizione o di desiderio che può fluttuare nei diversi momenti e situazioni, pertanto è uno stato suscettibile al cambiamento (Geller *et al.*, 2005; Geller *et al.*, 2008).

Sulla base di questa concettualizzazione del processo motivazionale, la più recente teoria dell'auto-determinazione o Self-Determination Theory (Maarten Vansteenkiste *et al.*, 2005) testata ed applicata in diversi settori dell'attività umana come il lavoro, lo sport, le terapie in genere, l'educazione, definisce tre aspetti critici rilevanti per lo studio e lo sviluppo della motivazione nei DCA:

- a. la qualità della motivazione al cambiamento riflette, in primo luogo, il grado di interiorizzazione piuttosto che l'intrinseca motivazione al cambiamento stesso;
- b. l'interiorizzazione del cambiamento è più della semplice espressione di un processo di motivazione interna basato su una risposta funzionale a doveri o impegni assunti, ma richiede l'accettazione dell'importanza personale del valore del cambiamento;
- c. la qualità della motivazione al cambiamento è strettamente correlata alla quantità della motivazione stessa.

La motivazione come processo volto al cambiamento indica la probabilità che la persona cominci continui e aderisca ad una specifica strategia il cui obiettivo è la modifica delle convinzioni centrali e dei comportamenti sottostanti. In tal senso un paziente può essere motivato ad iniziare e partecipare ad un tipo di percorso piuttosto che ad un altro e questo dipende dal momento e dal contesto. Dal punto di vista temporale alcune barriere principali al trattamento sono rappresentate da uno stato depressivo in atto, dal concomitante abuso di sostanze, per cui si rende necessario pulire il corpo e la mente prima di proporre una eventuale terapia, da eventi importanti che impegnano psicologicamente (traumi, lutti), da impegni concomitanti che impediscono alla persona di concentrarsi consapevolmente sul problema (impegni professionali, cambio di lavoro, luogo di vita, ecc.).

La motivazione, come processo graduale e consapevole, non è un percorso tutto o nulla, ma attraversa stadi temporali specifici seguendo spesso un percorso ciclico, progressivo ma anche regressivo. Questo implica un lavoro costante di sviluppo, mantenimento e consolidamento della motivazione al cambiamento.

È di cruciale importanza, nella fase di costruzione della motivazione, tenere in considerazione ed interpretare le complesse caratteristiche del processo di cambiamento.

L'intervento motivazionale deve essere centrato sulla persona dando rilievo all'ascolto riflessivo. Essa ha bisogno di elicitare le proprie eventuali motivazioni al cambiamento in modo che questo sia ancorato alla sua auto-consapevolezza e alla sua autoefficacia al fine di identificarsi in esso piuttosto che nel disturbo.

Compito del terapeuta è quello di aiutarla ad esprimere affermazioni auto-motivanti e sollecitare la consapevolezza della possibile frattura interiore, la percezione cioè delle possibili contraddizioni esistenti tra la propria condizione, le aspirazioni, i valori personali e le mete.

L'osservazione clinica degli ultimi anni ha consentito di selezionare alcuni principi di riferimento utili nel colloquio motivazionale (Miller & Rollnick, 2007). L'atteggiamento del terapeuta non deve essere autoritario, coercitivo o basarsi su contingenze, ma orientato a costruire una relazione di fiducia, apprezzando e riconoscendo la natura ego-sintonica del

disturbo, centrato sul supporto più che sull'argomentazione e discussione per convincere, in modo da affrontare ed eventualmente risolvere il conflitto di ambivalenza insito nella prospettiva del cambiamento. Calore, sensibilità, genuinità, onestà, flessibilità, impegno, accettazione, considerazione positiva, sono elementi che definiscono la qualità del rapporto terapeutico.

Per i pazienti è importante che avvertano il cambiamento non come una risposta a pressioni esterne o obblighi interni, e sentire la famiglia, i pari, il terapeuta intrudere nel loro "personale territorio". Pertanto, l'idea che i pazienti possano apprendere ad interiorizzare il valore del cambiamento attraverso una buona terapia può indurre il terapeuta ad assumere un ruolo seduttivo e persuasivo pur di catturare il consenso. Bisogna tenere in conto che i pazienti, soprattutto quelli restrittivi, vogliono piacere e fare buona impressione in modo da ridurre la pressione esterna ed avere più spazi di controllo. Alla luce di queste considerazioni si può quindi sostenere che la motivazione al cambiamento è importante più della motivazione al trattamento (Epton & Arris, 2008).

5.2. L'assenza di motivazione

5.2.1. L'interruzione non concordata del trattamento (Dropout) nei DCA

Il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione costituisce ancora una sfida terapeutica per gli operatori coinvolti nella cura di questi disordini. La natura ego-sintonica del Disturbo Alimentare, con scarsa e a volte assente consapevolezza di malattia, determina una percentuale comunque alta dei dropout con una maggiore incidenza (fino al 70%) nel trattamento ambulatoriale (Swan-Kremeir, 2005).

Infatti, i DCA sono caratterizzati da frequenti recidive o cronicizzazione, che possono derivare da una sospensione del trattamento o dropout (Wallier *et al.*, 2009). Il dropout può verificarsi fino al 50% dei casi in relazione al tipo di disordine (Fassino *et al.*, 2009). L'incidenza di dropout risulta più elevata nella variante purging dell'anoressia rispetto alla forma restrittiva, BN e EDNOS (Strober, 2004; Steinhausen, 2002).

Diversi fattori sono stati associati con il dropout nei disturbi dell'alimentazione ma con risultati variabili e spesso contraddittori (Halmi *et al.*, 2005; Woodsite *et al.*, 2004; Fassino *et al.*, 2009). Ad esempio, i parametri demografici (maggiore età, età d'insorgenza del DCA) sono risultati importanti in alcuni studi, mentre altri fattori, quali alimentazione restrittiva, insoddisfazione per la propria immagine corporea, sono stati considerati in altri. Alcuni autori hanno mostrato che la comorbilità psichiatrica, l'abuso di stupefacenti, attriti nei rapporti familiari ed interpersonali sono associati con un maggiore numero di dropout (Steel *et al.*, 2000).

In nessuno degli studi appena citati è stata osservata la frequenza di dropout con trattamenti simili ed in diversi tipi di disordine.

I fattori socio-demografici (età, peso e BMI alla diagnosi, insorgenza tardiva del disordine, livello d'istruzione e stato socioeconomico basso) non sono risultati associati con i dropout, mentre risultano correlati la difficoltà d'accesso alle cure e la scarsa collaborazione del paziente (24 e 77%).

Inoltre, meccanismi compensatori e comorbidità psichiatrica sono stati osservati con maggiore frequenza nei dropout (Surgenor *et al.*, 2004; Mahon *et al.*, 2001).

La prevenzione dei dropout è molto collegata ad un attento lavoro sulla motivazione e sui fattori di mantenimento che possono determinare una difficoltà del paziente e della sua famiglia ad aderire alla terapia.

5.2.2. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio nei DCA

Il trattamento obbligatorio dei disturbi psichiatrici è sempre stato oggetto di controversie di carattere etico, legale e clinico e, per l'anoressia nervosa, la questione è per molti aspetti ancora più complessa.

Tra i disturbi psichiatrici, l'AN è quello che presenta i più alti indici di mortalità, con valori che, negli studi di follow-up a lungo termine, sono compresi tra il 10 e 20%. Il suicidio è tra le più frequenti cause di morte nei casi di Anoressia Nervosa, che rappresenta la malattia psichiatrica con più alto tasso di mortalità negli adolescenti (Berkman, Lohr & Bulik, 2007). In alcuni pazienti la negazione della malattia e della gravità delle condizioni mediche, la paura di ingrassare, il disturbo dell'immagine corporea, l'inflessibilità cognitiva, inducono al rifiuto del trattamento anche in condizioni di grave rischio per la sopravvivenza. Nonostante non vi sia una compromissione del funzionamento globale della persona, in una minoranza di pazienti, le alterazioni del comportamento, del pensiero e della capacità di giudizio, il disturbo dell'immagine di sé e l'incapacità di rispondere alle normali necessità di sopravvivenza, sono tali da indurre molti clinici a considerare l'obbligatorietà della cura. Come per altre patologie psichiatriche, la decisione riguardo alla valutazione della capacità di consenso dovrebbe derivare da un accurato bilanciamento tra la necessità di rispettare l'autonomia del paziente e la necessità di proteggere le persone con alterazione cognitive dalle conseguenze di una decisione sbagliata.

In Italia il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio per l'Anoressia nervosa è tra i più bassi in Europa. Questa osservazione da un lato potrebbe essere valutata positivamente per la capacità dei centri per i disturbi alimentari di trattare una quota più elevata di pazienti senza fare ricorso al trattamento obbligatorio, dall'altro potrebbe indicare che una percentuale non trascurabile di pazienti più gravi, che rifiutano il trattamento, non viene adeguatamente trattata. Oltre alla diversità nelle legislazioni dei diversi Paesi, che sembrano comunque ispirarsi agli stessi principi di tutela della salute e di tutela dei diritti della persona malata, il dato potrebbe essere ragionevolmente attribuito ad una diversità nelle procedure operative adottate per realizzare il trattamento obbligatorio e, soprattutto, alla diversità delle strutture in cui l'ospedalizzazione può essere effettuata. In Italia, infatti, il TSO può essere effettuato soltanto nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (in realtà la legge non esclude di poter effettuare un trattamento obbligatorio in altri reparti, ma i problemi clinici ne escludono la fattibilità). In Australia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti i pazienti con Anoressia che necessitano di un trattamento ospedaliero, ma non lo accettano, vengono ricoverati in strutture specifiche finalizzate al trattamento dei disturbi alimentari, che prevedono l'utilizzazione di un programma di trattamento e di un approccio terapeutico in cui gli aspetti internistici, la riabilitazione nutrizionale, l'educazione alimentare, sono integrati con gli aspetti psicopatologici e psichiatrici e vengono trattati da un'equipe multidisciplinare specificamente formata. Uno studio recente attribuisce il miglioramento

della sopravvivenza di pazienti con AN, che si è manifestato in Svezia negli ultimi anni, proprio alla costituzione di queste unità di cura specializzate.

In quest'ottica, può inserirsi l'Unità Psichiatrica di Degenza Ospedaliera (SPDC) dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, che da poco più di un anno opera all'interno del Policlinico Santa Maria della Misericordia e nel quale vengono ricoverati pazienti con gravi Disturbi del Comportamento Alimentare che presentano alterazioni cognitive e comorbidità psichiatrica. Il servizio opera in collaborazione con il reparto DIMISEM, dello stesso presidio, per il monitoraggio della riabilitazione nutrizionale.

Riferimenti bibliografici

Berkman N.D., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007). Outcomes of eating disorder: a systematic review of literature. *Int J of Eat Disord*, 40, 293–309.

Casanova C. *et al.* (2007). Motivation to Change in Eating Disorders. Clinical and Therapeutic Implication. *European Eating Disorders Review*, 15, 449–456.

Epton T. & Harris P.R. (2008). Self-affirmation Promotes Health Behavior Change. *Health psychology*, 27, 746–752.

Fassino *et al.* (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67.

Geller J., Zaitsoff S.L. & Srikameswaran S. (2005). Tracking readiness and Motivation for Change in Individual with Eating Disorders over the course of Treatment. *Cognitive Therapy and research*, 29 (5), 611–625.

Geller J. *et al.* (2008). Assessing Readiness for Change in Adolescents With Eating Disorders. *Psychological Assessment*, 20 (1), 63–69.

Halmi K.A., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G.T, Bryson S.W. & Kraemer H.C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 776–781.

Knight K.M., Dickens C. & Bundy C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, 11, 319–332.

Maarten Vansteenkiste M.A. *et al.* (2005). Motivation to Change in Eating Disorder Patients: a Conceptual Clarification on the Basis of Self-Determination Theory. *Int J Eat Disord*, 37, 207–219.

Mahon J., Bradley S.N., Harvey P.K., Winston A.P. & Palmer R.L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. *Int J Eat Disord*, 30, 138–148.

Miller W. & Rollnick S. (2007), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Erickson.

Steel Z., Jones J., Adcock S., Clancy R., Bridgford-West L. & Austin J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa? *Int J Eat Disord*, 28, 209–214.

Steinhausen H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiat*, 159, 1284–1293

Strober M. (2004). Managing the chronic, treatment resistant patient with Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 36, 245–255.

Surgenor L., Maguire S. & Beumont P. (2004). Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: can risk factors be identified at point of admission? *Eur Eat Dis Rev*, 12, 94–100.

Swan-Kremeier L.A., Mitchell J.E., Twardowski T., Lancaster K. & Crosby RD (2005). Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *Int J Eat Disord*, 38, 367–370.

Treasure J., Schmidt U. & Van Furth E. (2008), *I disturbi alimentari. Diagnosi, clinica, trattamento*, Ed Il Mulino, Bologna.

Wallier J. *et al.* (2009). Dropout from inpatient treatment for Anorexia Nervosa: Critical review of the literature. *Int J Eat Disord*, 42, 636–647.

Woodside D.B., Carter J.C. & Blackmore E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161, 2277–2281.

CAPITOLO 6

Trattamenti terapeutici

Nel 1998 la Commissione di Studio del Ministero della Salute per l'Assistenza ai pazienti affetti da AN e BN aveva pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento dei DCA⁴. Questi indirizzi programmatici ipotizzavano quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera), prospettando l'istituzione di una futura rete assistenziale su tutto il territorio nazionale. Da allora, le Regioni hanno cominciato ad attivarsi, con diversa velocità.

La diffusione del DCA e la multifattorialità degli elementi etiologici e di mantenimento della malattia, confermano la necessità di promuovere livelli di intervento diversificati e integrati, con l'obiettivo di costruire Buone Pratiche nel trattamento dei DCA, da diffondere ed adottare a livello regionale.

A questo scopo è necessario individuare i criteri preliminari che consentano di identificare livelli di intervento diversificati ed appropriati, che corrispondano ad una metodologia rigorosa ed affidabile, e che applichino un protocollo terapeutico integrato e multidisciplinare. Fairburn (2003, 2009) sottolinea che le persone affette da un DCA possono migrare con una certa facilità e frequenza da un disturbo all'altro.

Per questo motivo il passaggio da un livello di trattamento ad un altro in assenza di una sequenzialità obbligatoria, deve costituire la normalità all'interno di un percorso di cura che può durare anche diversi anni. (*livello di evidenza Ia*)

Per facilitare la transizione del paziente tra i vari spazi di cura, è necessaria la realizzazione di una rete assistenziale integrata dove i quattro livelli assistenziali coesistano.

6.1. Ricovero ospedaliero

Tale livello, chiamato anche "*presidio salvavita*", deve essere utilizzato quando ci sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. (*livello di evidenza Ia*)

In questa fase l'obiettivo prioritario non è quello riabilitativo, bensì quello di correggerle alterazioni elettrolitiche, nutrizionali e metaboliche e di ripristinare le condizioni psicofisiche del paziente al fine di permettere la prosecuzione dell'iter terapeutico presso un altro livello di trattamento.

Pur essendo un intervento volto a risolvere una fase acuta, talvolta con rischio per la vita, anche in questo livello di trattamento è necessario un approccio integrato in cui il medico internista deve essere affiancato da un'equipe multidisciplinare composta da un medico nutrizionista, uno psichiatra e un dietista, oltre che da infermieri specializzati.

L'unità di ricovero ospedaliero di tipo medico deve avere caratteristiche di alta specializzazione e deve essere abilitata al trattamento acuto e alla ri-alimentazione dei pazienti con DCA. (*livello di evidenza III*)

Infatti, è dimostrato che in almeno uno studio di coorte i pazienti trattati in unità di ricovero ospedaliero specializzate hanno una prognosi migliore dei pazienti trattati in unità ospedaliere senza esperienza specifica (Long *et al.*, 2012).

Il personale medico e paramedico del reparto ove viene effettuato il ricovero deve essere adeguatamente preparato ad accogliere questo tipo di pazienti e a gestire sia il carico emotivo dovuto al paziente, specie se anoressico, sia il contesto familiare. (*livello di evidenza III*)

⁴ Ministero della Sanità - Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. Annali della Sanità Pubblica (Nuova serie), 1998; III; 1, 2, 3: 9-20

È necessario, ad esempio, che il personale sappia gestire, in maniera coerente con quanto deciso dall'equipe curante, i problemi correlati all'alimentazione dei pazienti anoressici ed il progressivo allontanamento dei familiari durante la degenza in ospedale, soprattutto durante i pasti.

In ogni caso, la modalità di relazione tra il paziente ed i suoi familiari durante il ricovero deve rientrare in una precisa strategia stabilita a priori ed esplicitamente concordata. (*livello di evidenza IV*)

Il ricovero deve protrarsi esclusivamente per il tempo necessario a gestire il superamento della fase acuta ed il ripristino delle condizioni medico-psichiatriche tali da consentire l'inizio o ripresa del trattamento in un diverso livello di assistenza (ambulatorio/residenza) e deve generalmente essere il più breve possibile per ridurre il disagio psicologico. (*livello di evidenza IIa*)

Al momento della dimissione è necessario pertanto che il paziente possa avere accesso ad una rete di assistenza adeguata dove poter completare il percorso riabilitativo, che ha dei tempi decisamente maggiori e che non deve essere praticato in degenza ospedaliera.

Un trattamento sanitario obbligatorio, contro la volontà del paziente, è necessario raramente ma diventa inevitabile in relazione alla presenza di rischio grave per la vita dello stesso. (*livello di evidenza Ia*)

6.1.1. Trattamento dell'AN

Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero di un paziente anoressico riguardano innanzitutto la stabilizzazione delle funzioni vitali e degli esami ematochimici, per ridurre il grave rischio per la vita che porta il paziente ad essere ricoverato.

Il trattamento deve inoltre portare al raggiungimento di un BMI compatibile con il proseguo della terapia in regime residenziale/ambulatoriale (almeno 14 Kg/m²), nonché preparare il paziente psicologicamente al successivo livello di trattamento (Rausch Herscovici, 2006).

Particolare attenzione deve essere volta a prevenire la sindrome da ri-alimentazione che si presenta spesso in tale situazione. (APA, 2006)

I trattamenti appropriati in regime ospedaliero per i pazienti anoressici sono:

- Valutazione delle complicanze cliniche: esami ematobiochimici, ecocardio (con particolare attenzione al prollasso mitralico), Rx torace, elettrocardiogramma (ECG), mineralometria ossea (MOC), ecografia addominale.
- Refeeding tramite Nutrizione artificiale: enterale tramite sondino nasogastrico (SNG) o gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) o parenterale tramite catetere venoso centrale o periferico (Zuercher *et al.*, 2003). Il sondino naso gastrico è preferibile ad un'alimentazione intravenosa. (*livello di evidenza Ib*)
- Pasti assistiti
- Integrazioni idroelettrolitiche (Sodio, potassio, cloro)
- Integrazione di calcio in caso di apporto inadeguato; supplemento di vitamina D in caso di adeguata esposizione alla luce solare.
- Supporto psicologico/psichiatrico. Il tentativo di condurre una psicoterapia formale con pazienti con un grave sottopeso e pensieri ossessivi e negativistici può essere inefficace.

6.1.2. Trattamento della BN

Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero di un paziente bulimico riguardano innanzitutto la correzione degli squilibri idro-elettrolitici e dell'eventuale alcalosi metabolica, quali tipiche complicanze acute del disturbo bulimico.

È necessario inoltre impostare una terapia appropriata per eventuali complicanze cliniche, quali gastrite, ulcera gastrica, esofagite, Sindrome di Mallory Weiss, polmonite "ab ingestis", stipsi cronica, nonché preparare psicologicamente il paziente al successivo livello di trattamento.

I trattamenti appropriati in regime ospedaliero per questi pazienti sono:

- valutazione delle complicanze cliniche: esami ematobiochimici con particolare attenzione al sodio e potassio), emogasanalisi, ecocardio, Rx torace, elettrocardiogramma (ECG), gastroscopia, ecografia addominale;
- pasti assistiti;
- terapia psicofarmacologica (nei casi richiesti);

6.1.3. Trattamento del DAI

Il ricovero in regime ospedaliero di pazienti affetti da DAI ha lo scopo principale di far fronte alle complicanze acute delle patologie metaboliche peso relate (diabete tipo 2, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperuricemia, ipertensione arteriosa) nonché impostare una terapia medica per le stesse, se non ancora presente (Brownley *et al.*, 2007).

Talvolta è necessario impostare anche una terapia psicofarmacologica mirata alle eventuali comorbidità psichiatriche. In particolare risultano efficaci trattamenti con antidepressivi (NICE, 2004; Reas *et al.*, 2008)(livello di evidenza Ia), consentendo al paziente di affrontare il trattamento riabilitativo.

Durante questa fase del trattamento risulta utile la valutazione della compliance al successivo livello di trattamento da parte del paziente (Molinari *et al.*, 2007).

6.2. Trattamento ambulatoriale

La terapia ambulatoriale rimane l'approccio di elezione, sia per ragioni cliniche che economiche (livello di evidenza Ia). Infatti, il trattamento ambulatoriale consente di mettere in atto il programma terapeutico senza modificare l'assetto di vita del paziente.

L'approccio terapeutico ambulatoriale ai DCA deve prevedere in tutti i casi l'utilizzazione combinata e contemporanea del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico rivolto al paziente, ed un eventuale trattamento di supporto o terapeutico per i familiari (livello di evidenza Ia).

L'associazione del trattamento psicoterapeutico con quello nutrizionale trova la sua ragione nel fatto che questi disturbi sono il risultato di condizioni disfunzionali multidimensionali in cui operano diversi fattori fisici e psichici predisponenti, precipitanti e perpetuanti. Il trattamento combinato evita inoltre il rischio delle guarigioni sintomatiche, evenienza frequente se al cambiamento del comportamento alimentare patologico non corrisponde un cambiamento degli atteggiamenti psicologici profondi (Brambilla *et al.*, 2009; Gowers *et al.*, 2007; Burton & Stice, 2006).

Le figure professionali necessarie nel trattamento in regime ambulatoriale per AN, BN, DAI sono: psichiatra, psicoterapeuta (psichiatra o psicologo), dietista, medico internista/nutrizionista, biologo nutrizionista, tecnico della riabilitazione psichiatrica.

La durata ottimale (range) della riabilitazione psico-nutrizionale in regime ambulatoriale (*livello di evidenza IV*) è rispettivamente:

- AN: 12-18 mesi
- BN: 8-12 mesi
- DAI : 18-24 mesi

6.2.1. Trattamenti appropriati in regime ambulatoriale per AN, BN, DAI

Nell'ottica di un approccio multidisciplinare, durante il regime ambulatoriale il trattamento proposto deve essere di tipo integrato tra le varie discipline. Si avranno quindi interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare. (*livello di evidenza Ia*)

Poiché il paziente non è in fase critica, il trattamento medico consiste essenzialmente nel monitoraggio dei parametri clinici (esami di laboratorio, ECG, peso, BMI, densità ossea, bioimpedenziometria, calorimetria indiretta).

Per tutte le patologie bisogna inoltre procedere all'accertamento e trattamento delle comorbilità mediche e psichiatriche.

Il trattamento nutrizionale viene effettuato con vari approcci, che possono essere utilizzati in combinazione tra di loro, e sono rappresentati essenzialmente da un counseling nutrizionale rivolto ai pazienti e ai loro familiari, da un attento lavoro sui fattori di mantenimento (quali sintomi da digiuno o da iperalimentazione) e sui comportamenti disfunzionali (Scribner Reiter & Graves, 2010). L'approccio più efficace risulta quello psicobiologico, mentre non risulta efficace nel trattamento dei DCA l'approccio dietetico tradizionale. Buoni risultati ha ottenuto anche il Training di Familiarizzazione con il cibo in tutte le patologie, qualora la condizione clinico/nutrizionale/psicologica del paziente lo consenta. (*livello di evidenza IV*)

I trattamenti psicologici indicati dalla letteratura per il trattamento di AN, BN e DAI comprendono:

- Colloquio Motivazionale
- Psicoterapia analitica
- CAT (Terapia Cognitivo-Analitica)
- IPT (Psicoterapia interpersonale)
- CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale)
- Terapia Individuale
- Terapia familiare
- Evidence Based Self-Help Programmes

Esistono evidenze forti sull'efficacia a medio termine della CBT (Hay *et al.*, 2010; Shapiro *et al.*, 2007; Fairburn *et al.*, 2009)e, per i minori, della Terapia Familiare (Fisher *et al.*, 2010). (*livello di evidenza Ia*)

6.2.2. Obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine nel regime ambulatoriale per AN, BN, DAI

L'obiettivo del trattamento ambulatoriale è innanzitutto la riduzione della sintomatologia, per diminuire il rischio che il paziente debba ricorrere al ricovero ospedaliero o residenziale, ma anche per permettere allo stesso di affrontare il percorso terapeutico nelle migliori condizioni psico-fisiche possibili e con una motivazione sufficiente (Hay *et al.*, 2009).

Gli obiettivi medici da raggiungere pertanto sono:

- stabilizzazione parametri clinici e di laboratorio (alterazioni elettrolitiche) con riduzione del rischio;
- stabilizzazione del peso;
- riduzione/Sospensione degli episodi di alimentazione incontrollata e metodi di compenso;
- ripristino del ciclo mestruale (nel caso dell'AN) in modo naturale attraverso una riabilitazione nutrizionale adeguata;
- miglioramento dei quadri psichiatrici e dei disturbi comportamentali.

Per quanto riguarda gli obiettivi a livello nutrizionale possiamo declinare degli obiettivi a breve, medio e lungo termine diversi a seconda della patologia in questione:

	BREVE TERMINE (4-8 settimane)	MEDIO TERMINE (3-6 mesi)	LUNGO TERMINE (6-12 mesi)
AN	arresto perdita di peso corporeo; interruzione del digiuno/ assestamento; interruzione del semidigiuno; interruzione uso diuretici/ lassativi/iperattività; interruzione condotte dispomaniche.	recupero del peso corporeo; riequilibrio pattern nutrizionale; ripristino percezioni sensoriali di fame e sazietà.	recupero del "set point"; normalizzazione composizione corporea; adeguato pattern alimentare (aumento variabilità tipologia cibi assunti e loro quantità).
BN	strutturazione dei pasti; riduzione delle restrizioni; interruzione condotte dispomaniche;	riduzione abbuffate compulsive riduzione/interruzione metodi di compenso	normalizzazione del peso e della composizione corporea adeguato pattern alimentare (aumento variabilità tipologia cibi assunti e loro quantità)
DAI	normalizzazione del pattern alimentare; riduzione delle abbuffate.		trattamento dell'obesità;

Gli obiettivi del trattamento psicologico sono volti alla (Wilson et al., 2010):

- riduzione presenza pensieri disfunzionali,
- riduzione distorsione immagine corporea,
- consapevolezza di malattia,
- motivazione al trattamento e accettazione del cambiamento.

L'intero trattamento è volto inoltre al miglioramento della vita socio-lavorativa del paziente, per cui tra gli obiettivi vi sono:

- reinserimento sociale,
- mantenimento di un'attività di studio/lavorativa,
- ripresa di un'attività di studio/lavorativa.

6.3. Trattamento riabilitativo residenziale e semi-residenziale

Il programma di riabilitazione intensiva ha l'obiettivo generale di iniziare o continuare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e di mantenimento del disturbo alimentare. Una caratteristica importante di questo approccio è l'alta specializzazione del trattamento che permette una corretta valutazione degli esiti e la possibilità di orientare l'intervento terapeutico sui bisogni specifici del paziente e della sua famiglia.

Il trattamento all'interno di una struttura residenziale costituisce un presidio terapeutico da connettere con le altre parti della rete assistenziale; l'invio e la dimissione dalla stessa struttura quindi devono essere concordati dall'intera équipe che si occupa del paziente. *(livello di evidenza Ia)*

L'utilizzazione di un trattamento residenziale deve essere attentamente valutata anche sul piano dei costi-benefici, anche se mancano per l'Italia analisi di costo-efficacia. *(livello di evidenza IV)*

La complessità del trattamento riabilitativo necessita di un ambiente adeguato di tipo extraospedaliero.

6.3.1. Trattamenti appropriati in regime riabilitativo per AN, BN, DAI

Il trattamento riabilitativo residenziale e semi-residenziale rappresenta il livello di cura più intensivo e pertanto i trattamenti proposti devono necessariamente tenere conto di tutti gli aspetti caratterizzanti il disturbo alimentare. Il trattamento offerto deve essere di tipo integrato tra le varie discipline mediche e si avranno quindi interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare.

La riabilitazione nutrizionale, la rieducazione del comportamento alimentare e gli interventi psicologici mirati devono procedere nel corso del soggiorno residenziale con sintonia ed armonia e vanno modulati sulla base delle condizioni generali e della capacità di collaborazione del paziente. L'insieme di questi interventi, compiuti in una logica integrata, viene definito riabilitazione psiconutrizionale (Ostuzzi, 1997; Scribner Reiter & Graves, 2010). Una struttura residenziale dedicata ai DCA deve essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale, ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti. *(livello di evidenza Ib)*

Poiché i tempi di trattamento possono essere abbastanza lunghi, la struttura deve

avere una buona qualità alberghiera e spazi adeguati per momenti ricreativi ed attività occupazionali.

Con il termine assistenza ai pasti si fa riferimento alla presenza di personale specializzato durante i pasti principali, generalmente una dietista, che cerchi di mantenere le disposizioni generali e specifiche rispetto al programma concordato e riesca altresì a raccogliere le ansie e le paure dei pazienti nei confronti del cibo e del peso corporeo.

I pasti possono essere consumati in comune tra i vari ospiti con delle regole precise che sono concordate con il paziente al momento del suo inserimento. Se il paziente presenta delle importanti difficoltà alimentari possono essere necessari pasti assistiti individualizzati (Scribner Reiter & Graves, 2010).

Gli interventi utilizzati nel trattamento residenziale, oltre a quelli della valutazione internistica e dei pasti assistiti, sono gruppi di carattere psicoterapeutico e self-help, gruppi psicoeducazionali, terapie di mediazione corporea ed altre tecniche a seconda della disponibilità delle diverse strutture residenziali.

Durante la degenza i trattamenti medici sono volti a garantire un attento monitoraggio delle condizioni cliniche, con frequenza settimanale.

L'introduzione della terapia farmacologica deve essere attentamente valutata e monitorata, soprattutto nel caso dei minori.

In ambito riabilitativo l'intervento nutrizionale si focalizza sulla cosiddetta riabilitazione nutrizionale (skilled implementation of refeeding) che si attua attraverso:

- counseling nutrizionale,
- pianificazione alimentare,
- esposizione ai pasti assistita,
- esposizione settimanale al peso,
- incontri psicoeducazionali in gruppo [apprendimento e sperimentazione strategie di autocontrollo: Automonitoraggio, Problem Solving, Assertività, Desensibilizzazione Sistemica, Training di Familiarizzazione con il Cibo (TFC)].

Gli interventi psicologici devono essere concepiti in maniera più ampia come Interventi Psicosociali (Psychosocial Interventions) e comprendono:

- valutazione psichiatrica (valutazione eventuale comorbidità psichiatrica),
- colloqui psicologici individuali e gruppi terapeutici di tipo motivazionale, psicoeducazionale e di supporto,
- terapie corporee,
- gruppi con i familiari di tipo psicoeducativo e/o di supporto.

Il trattamento psicologico presenta inoltre delle caratteristiche peculiari per patologia:

AN: Durante il trattamento riabilitativo deve realizzarsi un intervento psicologico focalizzato sul sintomo, sul cambiamento del comportamento alimentare e sull'atteggiamento verso il corpo e le forme corporee e finalizzato al recupero del peso (Structured Symptom-Focused Treatment)

BN: Il trattamento di tipo psicologico, vista la frequente comorbidità psichiatrica, deve tenere conto di tali psicopatologie associate (Nevonen *et al.*, 2006).

6.3.2. Obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine nel regime riabilitativo residenziale/semi-residenziale per AN, BN, DAI

OBIETTIVI:	BREVE TERMINE	MEDIO TERMINE	LUNGO TERMINE
MEDICI	<p>Stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali;</p> <p>Gestione della comobilità psichiatrica.</p>		<p>Stabilizzazione delle condizioni generali;</p> <p>Recupero del peso naturale;</p> <p>Non utilizzazione di sintomi di controllo e discontrollo.</p>
PSICOLOGICI	<p>Lavoro sulla motivazione con il fine di acquisire una consapevolezza di malattia con l'aumento della collaborazione al trattamento.</p>	<p>Ristrutturazione cognitiva;</p> <p>Aumento della consapevolezza di malattia e aumento capacità insight;</p> <p>Attenuazione distorsioni cognitive e disturbo percezione immagine corporea (riconoscimento e disidentificazione dai sintomi) ;</p> <p>Miglioramento relazioni familiari</p>	<p>Miglioramento delle condizioni generali nel tono dell'umore e nella dispercezione;</p> <p>Recupero della funzionalità sociale, lavorativa e scolastica.</p>
NUTRIZIONALI	<p>Recupero di un comportamento alimentare che porti il paziente verso il recupero di un peso naturale;</p> <p>Riduzione degli episodi di controllo/discontrollo alimentare (restrizione/abbuffate) e le condotte compensatorie (vomito autoindotto, iperattività, uso di lassativi e diuretici)</p>	<p>Consolidamento della autonomia nella gestione del pasto e dei comportamenti disfunzionali;</p> <p>Miglioramento della alterazione dell'immagine corporea e delle dispercezioni.</p>	<p>Autonomia nella gestione della alimentazione a domicilio ;</p> <p>Acquisizione di competenze nutrizionale del paziente e della sua famiglia;</p> <p>Diminuzione del conflitto con la famiglia in merito al cibo.</p>

6.4. Trattamenti farmacologici

Attualmente, in Italia come in molti altri stati, sono pochi i farmaci con l'indicazione per il trattamento dei disturbi alimentari. In particolare, se vogliamo considerare l'indicazione specifica, possiamo dire che non esistono psicofarmaci per AN e DAI, mentre per la BN solo la fluoxetina ha l'indicazione ufficiale. (*livello di evidenza Ia*)

Nonostante le incerte basi razionali, gli psicofarmaci sono largamente utilizzati con funzione ausiliaria nella terapia dei DCA (Greetfeld *et al.*, 2012; Aigner *et al.*, 2011). In quest'ottica il razionale del farmaco viene individuato nella comorbidità psichiatrica e in alcune dimensioni bersaglio.

Tra queste le variabili esame di realtà, controllo degli impulsi e affettività permettono di determinare le coordinate di intervento di tipo farmacologico.

La dimensione rappresentata dalla conservazione/perdita dell'esame di realtà, che si estrinseca nella negazione della malattia, nella distorsione dell'immagine corporea, nonché le alterazioni della percezione corporea, giustifica l'uso dei neurolettici tipici e atipici in corso di AN.

La seconda dimensione è rappresentata dall'affettività. Sia nell'AN, che nella BN che nel DAI, si ritrova un'alta comorbidità con la patologia affettiva che si manifesta sia con sintomi atipici, come la disforia, sia con quelli classici della depressione. La presenza di questa dimensione giustifica l'impiego di farmaci antidepressivi.

La terza dimensione, ovvero quella ossessivo compulsiva, che si esprime nel controllo-discontrollo degli impulsi, giustifica l'impiego degli SSRI (Inibitori Selettivi del Re-uptake della Serotonina) e degli stabilizzanti dell'umore, soprattutto antiepilettici, nella BN e nel DAI.

6.4.1. Terapia psicofarmacologica per AN

Nonostante non ci siano farmaci specifici per AN, in letteratura si trovano numerose osservazioni aneddotiche e diversi studi *open label*. I pochi studi controllati presentano alcuni limiti: brevità dell'osservazione, dosaggi non sempre adeguati e il solo aumento di peso come principale misura di esito (Lacey & Crisp, 1980; Gross *et al.*, 1981; Biederman *et al.*, 1985). Nel caso dell'Anoressia nervosa, la prima ad essere studiata dal punto di vista farmacologico a partire dagli anni cinquanta, sono state ricercate molecole con primario effetto oressizzante, scotomizzando nelle valutazioni trasversali e longitudinali dei pazienti altri aspetti psicopatologici.

In questo senso sono state utilizzate varie classi di farmaci. Numerosi sono stati i neurolettici studiati per verificare la possibile azione sul "body set-point", piuttosto che l'effetto sulle gravi distorsioni dell'esame di realtà.

Le problematiche messe in evidenza nelle monoterapie con neurolettici sono state: la ridotta maneggevolezza dei farmaci, l'incidenza di convulsioni ed il permanere dell'amenorrea dopo la ripresa ponderale, nonché la frequenza di ricadute e di attivazioni bulimiche al termine della sperimentazione.

La pimozide ha dimostrato una grande efficacia, simile però agli effetti del placebo con cui veniva confrontata (Vanderheyken, 1987; Vandereycken & Pierloot, 1982). Tale mancata differenziazione portò ad escludere la possibile efficacia della molecola.

La scuola francese ha invece evidenziato buone risposte terapeutiche con le benzamidi

sostituite, in particolare con la sulphiride, tuttavia non riferite però negli studi di replicazione (Vandereycken, 1984).

Nell'ambito degli antipsicotici classici non esistono studi controllati su butirrofenoni, tioxanteni e dibenzodiazepine (Court *et al.*, 2008).

Per quanto attiene agli antipsicotici atipici, i buoni risultati di risperidone (Fisman *et al.*, 1996; Carver *et al.*, 2002) ed olanzapina (La Via, 2000; Yager, 2002; Powers, 2002; Bissada *et al.*, 2008) necessitano di ulteriori approfondimenti. (McKnight & Park, 2010)

Andando a considerare la dimensione affettività e l'effetto oressizante, le prime molecole ad essere studiate furono i TCA (triciclici) soprattutto amitriptilina, clorimipramina, imipramina e desipramina.

I risultati di tali studi fecero emergere dati contraddittori circa l'efficacia clinica e notevoli problemi, attinenti alla maneggevolezza in pazienti defedati, e alla difficoltà di raggiungere dosaggi terapeutici.

L'utilizzo degli SSRI nella Anoressia nervosa trae origine dal legame con il tratto ossessivo-compulsivo.

Anche in questo caso emergono dati discordanti circa l'efficacia clinica di questi farmaci, che pur manifestando una miglior tollerabilità, rispetto ai TCA, sono dotati di una attività anoressizzante spiccata. I risultati migliori si ottengono con citalopram (Pallanti *et al.*, 1997; Calandra *et al.*, 1999) e fluoxetina (Kaye *et al.*, 1991) che previene le crisi bulimiche. La fluoxetina può essere utile, ma se è in corso psicoterapia CBT questo farmaco non aggiunge benefici nella prevenzione della ricaduta dopo che il peso è stato ripristinato. (*livello di evidenza IIa*)

Gli antidepressivi possono essere utilizzati per il trattamento di sintomi depressivi, ansiosi, ossessivi-compulsivi o di altri disturbi psichiatrici concomitanti. (*livello di evidenza Ia*)

6.4.2. Terapia psicofarmacologica per BN

La BN è l'unico disturbo per il quale esiste una specifica terapia farmacologica. Infatti la fluoxetina un antidepressivo della classe SSRI è riconosciuta come farmaco specifico nella terapia della BN (Fluoxetine BN Collaborative Study Group, 1992; Romano *et al.*, 2002). (*livello di evidenza Ia*)

Il razionale è rappresentato dalla dimensione affettività, mentre la dimensione controllo-discontrollo e la similitudine tra crisi bulimiche e crisi epilettica (in particolare la crisi psicomotoria e la presenza di manifestazioni critiche quali aura, derealizzazione e depersonalizzazione prima o dopo le abbuffate), rappresenta il razionale per l'uso degli antiepilettici come fenitoina e carbamazepina e topiramato. Il topiramato tuttavia non ha sufficienti evidenze e può essere usato solo quando altri farmaci non sono stati efficaci (Arbaizar *et al.*, 2008). (*livello di evidenza Ia*)

6.4.3. Terapia psicofarmacologica per DAI

Per quanto attiene il DAI le informazioni sul trattamento farmacologico sono, a tutt'oggi, abbastanza inconsistenti (Reas & Grilo, 2008) e vedono dati soddisfacenti soprattutto nell'uso degli SSRI (Stefano *et al.*, 2008). (*livello di evidenza Ia*)

Tra questi la fluoxetina (Arnold *et al.*, 2002) appare efficace soprattutto nelle prime fasi

del trattamento, poiché sembra migliorare i risultati e la compliance terapeutica (*livello di evidenza Ia*), mentre sembra che la fluvoxamina (Pearlstein *et al.*, 2003; Hudson *et al.*, 1998) sia efficace nel diminuire le crisi bulimiche e la depressione in pazienti con DAI.

L'aggiunta di antidepressivi alle terapie di controllo comportamentale sul peso come la CBT non hanno un significativo effetto sulla sospensione dall'abbuffata quando paragonati alla sola prescrizione farmacologica. La terapia farmacologica può comunque facilitare la perdita del peso e apportare benefici psicologici. (*livello di evidenza IIa*)

Viene anche fatto un uso *open label* del topiramato soprattutto per la presenza dell'effetto collaterale anoressizzante (McElroy *et al.*, 2002). La sibutramina (attualmente non più in commercio in Italia) risultava efficace per la sospensione dell'abbuffata almeno a breve termine. (*livello di evidenza IIa*)

Nella seguente tabella sono riassunte le dimensioni bersaglio della terapia farmacologica nei disturbi alimentari:

DISTURBO	DIMENSIONE BERSAGLIO	FARMACO
CLUSTER PERCETTIVO COGNITIVO	NEGAZIONE MALATTIA	NL
	DISTORSIONE IMMAGINE CORPOREA	NL
CLUSTER AFFETTIVO	DEPRESSIONE	SSRI e TCA
	EUFORIA	STABILIZZANTI
CLUSTER OSSESSIVO COMPULSIVO		SSRI e STABILIZZANTI

6.5. Psicoterapie e trattamenti psicologici

6.5.1. Psicoterapia per AN

Gli approcci psicoterapici rappresentano il fondamento per il trattamento dell'Anoressia Nervosa; quelli utilizzati nella pratica clinica sono estremamente eterogenei e devono essere utilizzati in relazione alle caratteristiche e alla gravità della patologia e alle caratteristiche di personalità del paziente.

Per iniziare il trattamento è necessario raggiungere un'adeguata motivazione al cambiamento e al trattamento stesso e la stabilizzazione organica dei pazienti (escludendo stati di urgenza medica).

Gli studi randomizzati controllati che valutano l'efficacia delle diverse psicoterapie sono ampiamente eterogenei tra di loro e non giungono a decretare in modo assoluto la superiorità di un trattamento rispetto ad un altro (Hartmann *et al.*, 2011).

Per gli adolescenti con AN, la terapia familiare è il trattamento più ampiamente sottoposto a studi RCT; l'assenza però di confronti tra la psicoterapia familiare e controlli sani impedisce di considerare come basata sull'evidenza questa forma di intervento (Bulik

et al., 2007; Westen *et al.*, 2004; Seligman, 1995).

Tre studi randomizzati indicano però che la terapia familiare è superiore a quella individuale alla fine del trattamento, tuttavia al follow-up le differenze tra i due tipi di approcci sono ridotte. (Lock *et al.*, 2010)

I dati relativi alla psicoterapia individuale sono decisamente più eterogenei, ma consentono di sostenere l'efficacia della psicoterapia grazie alla presenza del confronto con gruppi di controllo; nessun trattamento psicoterapeutico si dimostra superiore agli altri (Bulik *et al.*, 2007; Westen *et al.*, 2004; Seligman, 1995).

In uno studio che ha valutato l'esito della psicoterapia analitica alla dimissione e al follow-up non emerge una associazione significativa tra la durata e la frequenza della terapia e il BMI. Il trattamento più lungo dà risultati migliori con pazienti giovani, con quelli sopra i 40 anni e in quelli cronici che hanno un minor adattamento sociale. Al contrario, il trattamento breve, si rivela più efficace nei pazienti che hanno un buon adattamento psicosociale (Kachele *et al.*, 2001).

Alcuni autori hanno rilevato come le terapie psicoanalitiche individuali e quelle familiari sono complessivamente le più indicate, seguite dalle terapie cognitive comportamentali (Murphy *et al.*, 2010; Easter & Tchanturia, 2011).

Gli studi che hanno confrontato l'efficacia dei trattamenti combinati (Hay *et al.*, 2010) rispetto ai trattamenti singoli hanno sempre dimostrato la superiorità di un approccio integrato, senz'altro da considerare il *gold standard* specialmente per i casi con comorbilità psichiatrica. (*livello di evidenza Ia*)

6.5.2. Psicoterapia per BN

La psicoterapia è uno dei trattamenti d'elezione per i pazienti con Bulimia Nervosa, in associazione alla terapia nutrizionale ed eventualmente farmacologia. (*livello di evidenza Ia*)

I trattamenti devono essere ritagliati in base alle caratteristiche dei singoli pazienti, e devono essere accettabili per il malato e per la sua famiglia.

Nei casi adolescenziali è importante coinvolgere la famiglia, e si può ottenere un esito soddisfacente anche solo con la psicoterapia in fase ambulatoriale.

Diversi studi sostengono altresì l'efficacia della Terapia Interpersonale (Rieger *et al.*, 2010; Scocco & Toffol, 2008). (*livello di evidenza Ib*)

6.5.3. Psicoterapia per DAI

Lo stile nutrizionale patologico del soggetto con DAI è strettamente connesso ad un malessere psicologico di cui l'abbuffata rappresenta il sintomo. È prioritario, quindi, che il paziente possa elaborare e risolvere le dinamiche sottostanti alla sintomatologia, attraverso un percorso terapeutico che gli permetta di poter effettuare le scelte sul proprio stile di vita, potenziando quelle risorse che non riesce a recuperare in se stesso. Inoltre, è fondamentale affrontare il problema del peso e delle abbuffate.

La letteratura, per quanto riguarda l'efficacia del trattamento psicoterapico per il DAI, non raggiunge risultati del tutto concordanti; è importante identificare gli interventi ottimali che sono associati con astinenza sostenuta dalle abbuffate e con perdita di peso duratura (Brownley *et al.*, 2007).

Dagli studi presenti in letteratura è accertato il ruolo primario della terapia Cognitivo-Comportamentale, ma anche di quella Interpersonale o Comportamentale finalizzata alla perdita di peso. (*livello di evidenza Ib*)

La CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale) ha un'efficacia dimostrata nel ridurre le abbuffate dal 50% al 90%, soprattutto per trattamenti prolungati (Brownley *et al.*, 2007; Schlup *et al.*, 2010; Striegel-Moore *et al.*, 2010; Schlup *et al.*, 2009); gli effetti sulla perdita di peso sono però a volte limitati anche se, questi pazienti, tendono a non riacquistare peso.

La Terapia Interpersonale ha buone evidenze per la riduzione delle abbuffate (Wilson *et al.*, 2010; Winfley *et al.*, 2002), con carenze però nella riduzione del peso corporeo. (*livello di evidenza Ib*)

La remissione delle abbuffate è maggiore per la CBT rispetto a BWT (Terapia comportamentale finalizzata alla perdita di peso) e IPT (Terapia Interpersonale) (Munsch *et al.*, 2007; Wilson *et al.*, 2010), anche se diversi studi mettono in evidenza la maggior rapidità con cui si ottengono miglioramenti con la BWT rispetto alle altre terapie (Masheb & Grilo, 2007; De Zwaan, 2005).

6.5.4. I diversi approcci psicoterapici

Psicoterapia analitica (Psychodynamic Therapy) per AN, BN e DAI

La terapia psicoanalitica cerca di comprendere quali sono i conflitti inconsci del paziente, di individuare i meccanismi di difesa utilizzati per far fronte a tali conflitti e di ricercare le cause profonde dei sintomi manifesti dal paziente stesso. Il sintomo viene infatti considerato l'espressione manifesta di conflitti inconsci.

L'obiettivo è l'esplorazione dei diversi aspetti del Sé che non sono completamente conosciuti, e delle influenze che ne derivano in special modo nelle relazioni attuali e nei sintomi psicopatologici.

Viene creato un setting al fine di favorire lo sviluppo del transfert, cioè l'attualizzazione di schemi relazionali pregressi nel qui ed ora della relazione clinica; nel processo di transfert il soggetto attiva una rappresentazione inconscia di stili relazionali primari. L'interpretazione del transfert, del contro-transfert (ovvero delle reazioni emotive dell'analista a certi processi del paziente), delle libere associazioni e di altro materiale personale, favorirà l'elaborazione di conflitti per permettere al paziente di assumere maggiore consapevolezza, di poter modificare i propri stili relazionali e di ottenere una parziale ristrutturazione del proprio Sé.

La terapia analitica non sembra essere utile nelle fasi iniziali del trattamento, quando le condizioni dei pazienti sono gravi, ma può risultare efficace nei casi di Anoressia nervosa in cui le condizioni psicopatologiche si sono stabilizzate.

La durata di terapia non è definita, si sviluppa in più anni.

Terapia Individuale Supportiva (Individual Therapy) per AN, BN e DAI

La Psicoterapia Individuale Supportiva è indicata per pazienti con cronici deficit dell'Io (bassa tolleranza all'angoscia e alla frustrazione, inadeguato senso di realtà, scarso controllo degli impulsi, scarsa capacità di auto-osservazione), o per i pazienti che hanno subito difficili eventi di vita.

Il paziente viene aiutato a verbalizzare sensazioni, sentimenti e affetti legati ai comportamenti ritenuti inadeguati alle situazioni di vita e ad attuare una riflessione su di

sé fino a raggiungere una più completa e complessa consapevolezza. L'obiettivo è quindi una trasformazione sostanziale a livello sia del pensiero che del comportamento, con una diversa modalità di rapportarsi agli altri, favorendo il senso di autonomia e l'attivazione di nuove risorse. Il tempo di trattamento non è definito.

CBT (Cognitive Behaviour Therapy)

La Terapia Cognitivo-Comportamentale rappresenta il *gold standard* del trattamento dei DCA (Fairburn *et al.*, 2009; Hay *et al.*, 2009). (*livello di evidenza Ia*)

È finalizzata a modificare le distorsioni cognitive, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi dell'individuo, con conseguente riduzione o eliminazione del sintomo.

Si basa sul modello cognitivo che ipotizza che le emozioni e i comportamenti vengono influenzati dal modo in cui vengono percepite le esperienze; il sintomo infatti è l'espressione di un precedente apprendimento di schemi comportamentali e cognitivi disadattivi derivanti da peculiari esperienze di vita del paziente. Il rationale della terapia è quindi quello di modificare in modo diretto le risposte emozionali e gli schemi disadattivi e di sostituirli con nuovi schemi più funzionali.

Obiettivo principale è individuare e definire il tipo di pensiero che accompagna le emozioni negative, ristrutturare il pensiero e cercare delle modalità alternative, più funzionali, per affrontare le situazioni problematiche.

Il terapeuta lavora insieme al paziente in modo attivo ricercando le distorsioni e le possibili soluzioni adattative; il paziente, a sua volta, lavora al di fuori della seduta terapeutica per mettere in pratica le strategie apprese e svolgendo dei compiti che vengono assegnati ogni volta.

La terapia cognitivo-comportamentale è centrata sul presente e sul futuro.

a) CBT per AN

Ha una durata da 1 a 2 anni, necessari per superare gli ostacoli motivazionali, per raggiungere un incremento ponderale e per rendere egodistonico il disturbo.

La CBT per l'AN comprende 3 fasi:

1. costruire un rapporto di fiducia e stabilire i parametri di setting di trattamento;
2. modificare cognizioni distorte sul peso e sul cibo ed allargare lo scopo della terapia ad altre aree;
3. prevenzione delle ricadute e preparazione alla conclusione

b) CBT per BN

La terapia cognitivo-comportamentale è un trattamento di provata efficacia per la BN (Fairburn *et al.*, 2009; Shapiro *et al.*, 2007). (*livello di evidenza Ia*)

L'obiettivo principale è la normalizzazione del comportamento alimentare e inoltre i pazienti devono riacquistare accettabili attitudini nei riguardi del cibo e delle forme e del peso corporeo.

Vengono effettuati interventi cognitivi tesi a interrompere il circolo vizioso restrizione-abbuffata-vomito oltre ad identificare e modificare le distorsioni cognitive alla base del disturbo.

Il paziente viene riabituato ad un'alimentazione corretta, regolarizzando la frequenza dei pasti e utilizzando attività alternative alle abbuffate o alle condotte eliminatorie, fino a rendere stabile il nuovo comportamento alimentare.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale permette quindi di operare sia interpretando

e costruendo alternative alla rappresentazione di sé e della propria storia, sia intervenendo sul sintomo e sulla sua tendenza ad auto perpetuarsi.

Il trattamento è condotto a livello ambulatoriale ed è strutturato in 19 sedute che si svolgono in 4–5 mesi; ogni incontro ha durata di 50 minuti.

È finalizzata ad attaccare i principali fattori comportamentali e cognitivi di mantenimento del Disturbo; ha un effetto anche su tutti gli aspetti della psicopatologia della Bulimia Nervosa.

La CBT per la BN comprende 3 fasi:

1. tecniche comportamentali per sostituire le abbuffate ad un pattern più regolare di alimentazione;
2. lavoro di eliminazione della restrizione alimentare. Tecniche cognitive per modificare le distorsioni cognitive che mantengono il disturbo;
3. mantenimento del cambiamento e prevenzione delle ricadute.

c) CBT per DAI

La psicoterapia più diffusa ed efficace per questo disturbo è quella cognitivo-comportamentale (Fairburn *et al.*, 2009; Brownley *et al.*, 2007). (*livello di evidenza Ia*)

L'intervento terapeutico si focalizza su due aspetti centrali: il controllo dell'alimentazione (peso) e la gestione delle problematiche alla base delle abbuffate (problemi esistenziali). Il raggiungimento di un peso ragionevole di per sé non è da considerarsi un criterio valido per definire riuscito l'intervento, perché l'obiettivo primario del trattamento è quello di ridurre le abbuffate.

Attraverso le tecniche cognitive il soggetto impara a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali (pensieri disfunzionali sul sé, sul corpo, sul cibo e le relazioni con gli altri), sostituendoli con pensieri più adattivi; cioè riconosce che quando si abbuffa, sebbene l'episodio possa avvenire in situazioni e contesti differenti, lo fa perché mantiene sempre le stesse convinzioni errate su di sé, gli altri, il corpo e il cibo.

L'obiettivo delle tecniche comportamentali è quello di evitare comportamenti alimentari patologici per apprenderne di più funzionali.

Per concludere, l'obiettivo generale dell'intervento è il raggiungimento di una migliore qualità della vita, attraverso l'interruzione delle abbuffate, l'individuazione e risoluzione dei meccanismi cognitivo-comportamentali che le sostengono e il raggiungimento di obiettivi realistici nelle aree problematiche della persona.

Prevede 22 sedute per un periodo di tempo di 6 mesi, il lungo periodo è necessario per normalizzare il comportamento alimentare ed aumentare il numero di *risponders*.

La CBT per il DAI comprende 3 fasi:

1. tecniche comportamentali per sostituire le abbuffate ad un pattern più regolare di alimentazione;
2. tecniche cognitive per modificare le distorsioni cognitive che mantengono il disturbo;
3. mantenimento del cambiamento e prevenzione delle ricadute.

Terapia Comportamentale finalizzata alla perdita di peso (BWT) per il DAI

Vengono utilizzate tecniche comportamentali per ridurre il peso attraverso la restrizione dell'introito calorico e l'aumento dell'attività fisica. Non ha azione diretta sulle abbuffate anche se tende a diminuirle (Grilo & Masheb, 2005).

IPT (Interpersonal Psychotherapy) per AN, BN e DAI

La terapia Interpersonale è una psicoterapia limitata nel tempo ad orientamento dinamico che tende a considerare i diversi aspetti del contesto in cui il paziente è inserito. Il disturbo alimentare potrebbe infatti avere una valenza comunicativa rispetto a relazioni interpersonali vissute dal paziente come problematiche.

La terapia aiuta il soggetto a demarcare più chiaramente i propri confini personali attraverso un complesso processo di definizione finalizzato al recupero di una sana autostima e valorizzazione delle proprie risorse. Parte quindi dall'assunto che migliorando le funzioni interpersonali possono di conseguenza migliorare le abitudini ed i comportamenti alimentari.

Ha lo scopo di alleviare la sofferenza dei pazienti e di migliorare i loro rapporti interpersonali, pone attenzione alle relazioni per modificarle e per cambiare le aspettative al riguardo; aiuta a migliorare il supporto sociale, il disagio interpersonale e, di conseguenza, i sintomi psicologici.

Il focus della Terapia Interpersonale è centrato sulle difficoltà e sui cambiamenti relazionali, sulla comunicazione, sulla modulazione delle aspettative e sul supporto sociale.

Si basa sul qui-e-ora, cioè le esperienze passate non rappresentano il punto focale dell'intervento.

Si pone l'obiettivo di risolvere i sintomi piuttosto che cambiare le strutture dinamiche sottostanti.

IPT per BN: ha evidenze nella BN (Hay *et al.*, 2009) perché l'area problematica più comune in questi pazienti è risultata quella dei contrasti di ruolo (64%), seguita dalla transizione di ruolo (36%) e a deficit interpersonali (16%). (*livello di evidenza IIb*) Si struttura in 12–20 sedute della durata di 6–10 settimane.

IPT per DAI: Si struttura in 15–20 sedute della durata di 4–5 mesi.

Terapia di Gruppo per AN, BN e DAI

La terapia di gruppo è una forma di psicoterapia dove l'intervento clinico viene effettuato in un setting gruppale.

Può fare riferimento a vari tipi di orientamenti teorici, i più sviluppati sono quelli espressivi o supportivi, cioè possono concentrarsi sul cibo, sul mangiare, sull'immagine corporea e sulle competenze interpersonali, oppure possono essere finalizzati alla comprensione dei fattori psicologici che possono aver portato allo sviluppo e al mantenimento del disturbo.

Condividere le esperienze con gli altri in un gruppo può essere molto efficace nel contribuire a ridurre colpa, vergogna, isolamento e può portare a importanti intuizioni sulle strategie per il recupero. Viene acquisita maggiore consapevolezza di sé e delle proprie dinamiche, e si ottiene la scomparsa o il miglioramento della sintomatologia grazie all'apprendimento di nuove strategie e all'acquisizione di nuove competenze.

Gruppi di Auto-Aiuto per AN, BN e DAI

I gruppi di auto-aiuto sono un mezzo particolarmente potente ed efficace per garantire l'aderenza al trattamento a lungo termine e ridurre il tasso di ricaduta (Perkins *et al.*, 2009). Nello specifico tali gruppi possono essere efficaci nel ridurre a breve termine i sintomi alimentari nel DAI e le condotte bingeing/purging nella BN lieve. (*livello di evidenza Ia*) I pazienti scoprono la somiglianza di pensiero con gli altri ed ottengono risposte obiettive circa la propria immagine corporea e un maggiore sostegno sociale.

	Psicoanalisi	Psicoterapia espressiva	Psicoterapia cognitiva
Chiarimento - confronto	Prerequisiti dell'interpretazione	Prerequisiti dell'interpretazione	Principali strategie
Interpretazione di per sé	Strategia principale	Strategia principale	Sostituita da analisi delle distorsioni cognitive, supporto cognitivo e affettivo e intervento ambientale
Processo interpretativo (qui-e-ora, lì-e-allora)		Solo negli stadi successivi	
Analisi del transfert	Scopo principale del trattamento	Scopo principale del trattamento ma la realtà esterna e scopi terapeutici della terapia a lungo termine devono essere scopi sempre controllati	Gestito piuttosto che analizzato. Ridotto con il chiarimento, evidenziate la realtà della relazione e/o, spostato sugli oggetti extra-transferali
Neutralità tecnica	Mantenuta sempre	Mantenuta quando è possibile. Può venire meno a causa delle manifestazioni del paziente, da ripristinare poi con la tecnica interpretativa	Liberamente si rinuncia a questa neutralità senza necessariamente ripristinarla

6.6. Interventi sulla famiglia

Nell'ambito dell'ampio spettro che costituisce l'insieme dei DCA è opportuno, prima di introdurre il discorso relativo all'opportunità e all'efficacia degli interventi familiari, operare una netta distinzione tra le Anoressie da un lato e i DAI e la Bulimia dall'altro. Mentre per le anoressie esistono svariati studi ed evidenze che mostrano come la terapia familiare debba essere ritenuta il trattamento di elezione (Fisher *et al.*, 2010) (*livello di evidenza Ia*), per gli altri disturbi non si può dire altrettanto. Un elemento che più di tutti spiega questa differenza è da rintracciare nell'età di insorgenza del disturbo, che per l'AN è da collocarsi nella fase adolescenziale mentre per le altre patologie è generalmente successiva. Per questo l'esame degli interventi familiari che verranno presi in considerazione è limitato alle pazienti anoressiche adolescenti che vivono ancora all'interno della famiglia di origine.

Bisogna inoltre sottolineare il fatto che, a livello clinico, si riconosce ormai l'importanza del coinvolgimento e degli interventi rivolti alla famiglia, a partire dalla fase di valutazione, per tutti i tipi di DCA e per ogni fascia d'età. (*livello di evidenza III*)

A livello di letteratura però si dispone di evidenze più forti nel caso dei minorenni,

mentre risultano minori gli studi nel caso di adulti.

Esistono da ormai molti anni numerose ricerche che testimoniano esiti positivi di un trattamento che coinvolga la famiglia per le pazienti anoressiche. Tra i più significativi occorre ricordare quella di Minuchin (1978) che riporta un esito positivo nell'86% dei casi; quella ed Eisler (1997) che arriva fino al 90%.

Tali risultati sono supportati dalla più recente letteratura scientifica che conferma la convinzione secondo la quale non coinvolgere completamente i genitori nell'intervento terapeutico determina risultati peggiori e può ritardare la guarigione (Fisher *et al.*, 2010; Godart *et al.*, 2012; Smith & Cook-Cottone, 2011).

Negli ultimi anni l'attenzione degli studi relativi al rapporto tra DCA e famiglia si è progressivamente spostato dal considerare quest'ultima come uno dei fattori causale del disturbo all'evidenziare come la presenza di un disturbo alimentare abbia un notevole impatto nella vita familiare fino a diventare il principio organizzativo centrale che finisce per fungere da meccanismo di mantenimento del disturbo stesso. Nelle anoressiche adolescenti quindi il trattamento deve necessariamente includere i familiari soprattutto nella fase iniziale, ma sempre nell'ottica dell'integrazione con un parallelo intervento nell'ambito nutrizionale.

Due sono i modelli di riferimento maggiormente strutturati: da un lato c'è il family-based approach elaborato da Lock e altri (2001) a partire dall'esperienza del Maudsley Hospital di Londra, che può essere attuato sia in regime ambulatoriale che residenziale e si articola in 4 fasi, che passano dall'obiettivo della ripresa di un corretto comportamento alimentare e del recupero del peso corporeo, inizialmente attribuito alla responsabilità dei genitori e poi trasferito all'adolescente, all'affrontare le difficoltà nel processo di crescita e di individuazione dell'adolescente e le tematiche irrisolte nella storia familiare e nella relazione della coppia dei genitori; dall'altro lato l'ultimo contributo della Selvini (1998) che all'intervento di terapia familiare congiunta, che ha caratterizzato l'approccio sistemico-relazionale, ha sostituito un modello più articolato e complesso, che combina insieme sedute di terapia familiare congiunta con un percorso individuale parallelo per la paziente, spazi riservati per affrontare le dinamiche relazionali nella coppia dei genitori e un eventuale lavoro individuale per i genitori stessi.

Oltre a questi due principali modelli di intervento sono comunque da ritenere utili i percorsi riservati ai genitori di pazienti che si trovano ad affrontare un trattamento riabilitativo in regime residenziale. La presa di consapevolezza delle tematiche che il proprio figlio sta affrontando nel suo percorso di guarigione predispone, infatti, ad una possibilità di continuare al rientro in casa un processo evolutivo e diminuire il rischio di ricadute.

In tal senso andrebbero sperimentate anche nel territorio nazionale interessanti esperienze di terapie multifamiliari sviluppando quanto elaborato a Dresda (Scoltz & Asen, 2001) e al Maudsley Hospital di Londra (Dare & Eisler, 2000).

Riferimenti bibliografici

Aigner M., Treasure J., Kaye W. & Kasper S.; WFSBP Task Force On Eating Disorders (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 12(6):400–43.

APA, American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the Treatment of patients with Eating Disorders. 3rd ed. Washington (DC).

Arbaizar B., Gomez-Acebo I. & Liorca J. (2008). Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30, 471–475.

Biederman J., Herzog D., Rivinus T., et al. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: A double blind placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*, 5, 10–16.

Bissada H., Tasca G.A., Barber A.M. & Bradwejn J. (2008). Olanzapine in the Treatment of Low Body Weight and Obsessive Thinking in Women With Anorexia Nervosa: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 165, 1281–8.

Brambilla F., Samek L., Company M., Logo F., Cioni L. & Mellado C. (2009). Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol*, 24, 312–317.

Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007). DAI Treatment, A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Eat Disord*, 40, 337–348.

Bulik C.M., Berkman N.D., Brownley K.A., Sedway J.A. & Lohr K.N. (2007). Anorexia Nervosa Treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, 40, 310–320.

Burton E. & Stice E. (2006). Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: a preliminary randomized trial. *Behav Res Ther*, 44(12), 1727–38

Calandra C., Gulino V., Inserra L. & Giuffrida A. (1999). The use of citalopram in an integrated approach to the treatment of eating disorders: An open study. *Eating and Weight Disorders*, 4, 207–10.

Carver A., Miller S., Hagman J. & Sigel E. (2002). The use of risperidone for the treatment of anorexia nervosa. In: *2002 International Conference on Eating Disorders*. Office AN, ed. Boston, MA, USA: Academy for Eating Disorders, pag.82.

Court A., Mulder C., Hetrick S.E., Purcell R. & McGorry P.D. (2008). What is the Scientific Evidence for the Use of Antipsychotic Medication in Anorexia Nervosa? *Eat Dis*, 16, 217–223.

Dare C. & Eisler I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disord Rev*, 8, 4–18.

De Zwaan M. (2005). *Binge eating, EDNOS and obesity*. In Norring c, Palmer B, eds.(2005). EDNOS: eating disorder not otherwise specified. Scientific and clinical perspectives on the other eating disorders. London–New York: Routledge, Taylor and Francis group, 83–113.

Easter A. & Tchanturia K. (2011). Therapists' experiences of Cognitive Remediation Therapy for anorexia nervosa: Implications for working with adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry, 16*(2), 233–46.

Eisler I., Dare C., Russell G.F.M. *et al.* (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 54*, 1025–1030.

Fairburn C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407–416.

Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H.A., O'Connor M.E., Bohn K., Hawker D.M., Wales J.A. & Palmer R.L. (2009). Transdiagnostic Cognitive–Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two–Site Trial With 60–Week Follow–Up. *Am J Psych, 166*, 311–319

Fisher C.A., Hetrick S.E. & Rushford N. (2010). Family Therapy for Anorexia Nervosa (Review). *The Cochrane Library 2010*, Issue 6.

Fisman S., Steele M., Short J., Byrne T. & Lavalley C. (1996). Case study: anorexia nervosa and autistic disorder in an adolescent girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35*, 937–40.

Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry, 49*, 139–47.

Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, et al. (2012) A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE 7*(1): e28249.

Gowers S. G., Clark A, Roberts C., Griffiths A., Edwards V, Bryan C., Smethurst N., Byford S. & Barrett B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry, 191*, 427–35

Greetfeld M., Cuntz U. & Voderholzer U. (2012). Pharmacotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Fortschr Neurol Psychiatr, 80*(1), 9–16.

Grilo C.M. & Masheb, RM (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*(11).

Gross H., Ebert M., Faden V., Goldberg S., Nee L. & Kaye W. (1981). A double-blind controlled trial of lithium carbonate in primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol, 51*, 378–82.

- Harnold L.M., McElroy S.L., Hudson J.I. et al. (2002). A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*, 63,1928-33.
- Hartmann A., Weber S., Herpertz S. & Zeeck A. (2011). Psychological Treatment for Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Standardized Mean Change. *Psychother Psychosom.*, 80(4), 216-226.
- Hay P.P. J., Bacaltchuk J., Stefano S.,& Kashyap P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Hay P.P.J.,Bacaltchuk J., Byrnes R.T., Claudino A.M.,Ekmejian A.A. & Yong P.Y. (2010) Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Hay P.P.J., Claudino A.M. & Kai M.H. (2010). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Review). The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Hudson J., McElroy S.L. & Raymond N.C. (1998). Fluvoxamine in the treatment of Binge-Eating Disorder: a multicenter placebo controlled, double-blinded trial. *Am J Psychiatry*, 155,1756-62.
- Kachele H., Kordy H., Richard M. (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorder in Germany: data from a multicenter study. *Psychot Res*, 11,239-257.
- Kaye W., Weltzin T., Hsu L. & Bulik C. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*,52,464-71.
- Lacey J. & Crisp A. (1980). Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgraduate Medical Journal*, Suppl.1, S79-S86.
- La Via M., Gray N., Kaye W. (2000). Case reports of olanzapine treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 27, 363-66.
- Lock J.& Le Grange D. (2001). Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res.*, 10, 253-261.
- Lock J. (2010). Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatr.*, 51(3), 207-216.
- Long C.G., Fitzgerald K., & Hollin C.R. (2012). Treatment of chronic anorexia nervosa- a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 1-13.

Masheb R.M. & Grilo C.M. (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder; implications for stepped care. *J Consult Clin Psychol*, 75, 639–44.

McElroy S., Arnold L., Keck P., Shapira N., Rosenthal N., Hudson J. et al. (2002). Topiramate in the treatment of DAI associate with obesity (Abstract 093). In: 2002 International Conference on Eating Disorders. Office AN, ed. Boston, MA, USA: Academy for Eating Disorders, pag.65.

McKnight R.F. & Park R.J. (2010). Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disorders*, 18, 10–21.

Minuchin S., Rosman B.L. & Baker L. (1978), *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in context*. Harvard University Press.

Molinari E., Baruffi M., Croci M., Marchi S. & Petroni M.L. (2005). DAI in obesity: comparison of different therapeutic strategies. *Eating and Weight Disorders*, 10(3), 154–61.

Munsch S., Biedert E., Meyer A., Michael T., Schlup B., Tuch A. & Margraf (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.*, 40(2), 102–13.

Murphy R., Streabler S., Cooper Z. & Faiburn C.G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, 33(3), 611–27.

Nevonen L. & Broberg A.G. (2006). A comparison of sequenced individual and group psychoterapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39:117–127.

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2004). Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical Guideline 9*. National Collaborating Centre for Mental Health.

Ostuzzi R. (1997). La riabilitazione nutrizionale dei DCA. *Quon*, 4, 13–16.

Pallanti S., Quercioli L. & Ramacciotti A. (1997). Citalopram in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 2, 216–21.

Pearlstein T., Spurell E., Hohlstein L.A., et al. (2003). A double blinde, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge-eating disorder: a high placebo response. *Arch Womens Ment Health*, 6, 147–51.

Perkins S.J., Murphy R.M., Schmidt U.S. & Williams C. (2009). Self-help and guided self-help for eating disorders. The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library*, Issue 1.

Powers P. (2002). Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. In: 2002 International Conference on Eating Disorders. Office AN, ed. Boston, MA, USA: Academy for Eating Disorders, pag.6.

- Rausch Herscovici C. (2006). Lunch session, weight gain and their interaction with the psychopathology of anorexia nervosa in adolescents. *Vertex*, 17(65), 7–15.
- Reas D.L. & Grilo C.M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for Binge-Eating Disorder. *Obesity*, 16, 2024–38
- Rieger E., Van Buren D.G., Bishop M., Tanofsky-Kraff M., Welch R. & Wilfley D.E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev*, 30(4), 400–10.
- Romano S. (1999). Fluoxetine maintenance therapy for bulimia nervosa. In Paper presented at the EDRS annual meeting. San Diego, CA, USA: Society EDR.
- Romano S., Halmi K., Sarkar N., Koke S. & Lee J. (2002). A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*, 159, 96–102.
- Schlup B., Munsch S., Meyer A.H., Margraf J. & Wilhelm F.H. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 47(7), 628–35.
- Schlup B., Meyer A.H. & Munsch S. (2010). A non-randomized direct comparison of cognitive-behavioral short- and long-term treatment for binge eating disorder. *Obes Facts*, 3(4), 261–6.
- Scholz M. & Asen K.E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 9, 33–42.
- Scocco P. & Toffol E. (2008). Group interpersonal psychotherapy: a review. *Sante Ment Que*, 33(2), 105–31.
- Scribner Reiter C. & Graves L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract*, 25, 122–136.
- Seligman, M.P.E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Research Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M. & Sorrentino A. M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Shapiro J.R., Berkman N.D., Brownley K.A., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007). Bulimia Nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, 40, 321–336.
- Smith A. & Cook-Cottone C. (2011). A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescent. *J Clin Psychol Med Settings* 18, 323–334.

Stefano S.C., Bacaltchuck J., Blay S.L., et al (2008). Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Eat Behave*, 9, 129-36.

Striegel-Moore R.H., Wilson G.T., DeBar L., Perrin N., Lynch F., Rosselli F. & Kraemer H.C. (2010). Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol.*, 78(3), 312-21.

Vandereycken W. & Pierloot R. (1982). Pimozide combined with behaviour therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 66,445-50.

Vandereycken W. (1984). Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa: a double-blind placebo-controlled study with sulphiride. *Br J Psychiatry*, 144, 288-92.

Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). Empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.

Wilfley D.E., macKenzie K.R., Welch R.R. et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 713-21.

Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S. & Bryson, S.W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(1), 94-101.

Yager J. (2002). Are Atypical antipsychotics helpful for anorexia nervosa? *Eating Disorders Review*, 11, 8.

Zuercher J.N., Cumella E.J., Woods B.K., Eberly M. & Carr J.K. (2003). Efficacy of voluntary nasogastric tube feeding in female inpatients with anorexia nervosa. *J Parenter Enteral Nutr*, 27(4), 268-76

CAPITOLO 7

Gli esiti: strumenti per la valutazione e follow-up

7.1. Sul tema della “guarigione”

Il concetto di “guarigione” viene ben poco esplorato dall’attuale cultura medica e psicologica. In effetti conoscere il decorso e gli esiti dei disturbi dell’alimentazione è importante sia per i terapeuti che curano tali malattie, ma anche per i pazienti che possono così porsi degli obiettivi ragionevoli e realistici nei confronti delle varie terapie proposte.

La letteratura non scientifica, e in parte anche quella scientifica, contribuiscono a diffondere molti miti e informazioni scorrette che riguardano l’esito di questi disturbi, tra i quali il più pericoloso è quello che “dai disturbi dell’alimentazione non si può mai definitivamente guarire”. Questo tipo di informazioni sono potenzialmente pericolose perché inducono molti pazienti a procrastinare nel tempo la decisione di intraprendere una terapia e alcuni addirittura sono scoraggiati ad iniziare una terapia.

A rinforzare questo tipo di decisione contribuisce il fatto che i disturbi dell’alimentazione sono caratterizzati dalla natura egosintonica dei sintomi; in altre parole le persone che ne sono colpite non pensano di essere malate e anzi trovano nella magrezza e nel controllo dell’alimentazione, del peso e delle forme corporee una pseudosoluzione ad alcuni loro importanti problemi individuali ed interpersonali. Perché guarire dunque da qualcosa che in definitiva funziona?

Il termine guarigione diventa quindi “imbarazzante” perché espone chi lo utilizza a far riferimento più ad una necessità culturale e/o professionale piuttosto che a un bisogno personale del paziente. Nel linguaggio comune guarire significa ripristinare uno stato originario di benessere percepito come normale. La cultura medica ortodossa definisce la guarigione come: *“il risolvimento favorevole e positivo di una condizione morbosa che ha avuto un’insorgenza e un decorso”*.

Nel caso di malattie specifiche come i DCA, giustamente inquadrare in un ambito psicologico e spesso caratterizzate anche da una forte componente psichiatrica, il concetto mostra tutta la sua fragilità perché *“il disturbo psichico non è una malattia che cambia il corso dell’esistenza ma è il cambiamento stesso dell’esistenza; è un’esperienza, un pezzo di vita, una crisi e una vicenda che mutano una persona”*.

Per affrontare e definire il termine ed il senso della parola guarigione nei DCA è necessario distinguere il decorso, il quale si riferisce all’andamento temporale di una malattia, dall’insorgenza alla guarigione, alla parziale guarigione fino alla non guarigione, dall’esito che descrive lo stato di un individuo affetto da una malattia in un momento specifico dello sviluppo del suo disturbo.

Nella tabella che segue è riportata una sintesi quali-quantitativa della letteratura sugli studi di esito dell’AN e della BN. I dati fanno riferimento quasi esclusivamente a campioni clinici di pazienti trattati da centri specialistici. Ad una prima valutazione, le stime di esito possono apparire pessimistiche, ma bisogna considerare che quando si fa riferimento a campioni clinici questi sono costituiti, in genere, da pazienti affetti dai disturbi dell’alimentazione più gravi.

Dominio	Esito intermedio e a lungo termine (≤ 10 anni)	
	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Assenza del disturbo dell'alimentazione	50%	70%
Persistenza del disturbo dell'alimentazione	10%	10%
Presenza di disturbo dell'alimentazione sotto soglia ^a	15%	20%
Passaggio da un disturbo all'altro (es. da anoressia nervosa a bulimia nervosa e vice versa)	15% ^b	~ 1%
Morte	10%	~ 1%

Sintesi degli studi di esito dell'Anoressia nervosa e della Bulimia nervosa⁵

A partire da questi studi, quali sono i criteri ai quali possiamo riferirci per considerare una persona guarita? La ricerca scientifica nel campo dei DCA ci viene scarsamente in sostegno. I dati ad oggi disponibili indicano che i principali segnali positivi di una guarigione stabile, per così dire, sembrano essere rappresentati da:

- un aumento in positivo dell'autostima,
- una migliore accettazione della propria immagine corporea,
- la normalizzazione del peso (raggiungimento del peso naturale) con il ritorno spontaneo delle normali funzioni biologiche,
- una drastica riduzione e successiva eliminazione dei comportamenti disfunzionali.

Ritornando agli studi di esito, dopo dieci anni il 50% circa delle persone affette da AN non presenta più le caratteristiche cliniche per soddisfare i criteri richiesti per porre diagnosi di questo disturbo, ma questo dato è sufficiente per definire la guarigione? Molti di questi pazienti, un quarto circa, continua ad essere sintomatico, e in un 10% circa persistono i sintomi ed una psicopatologia centrale che rientra nei quadri descritti di forme croniche di AN. Alcuni di questi pazienti soddisfano ad un certo punto della propria vita i criteri diagnostici della BN, per cui possiamo paradossalmente affermare che sono guarite dall'AN e si sono ammalate di un altro disturbo?

Alcune osservazioni indicano che un potente fattore di rischio per lo sviluppo della BN

⁵ Le stime sono approssimazioni qualitative dalla letteratura scientifica accumulata

^a Si intende la presenza di disturbi dell'alimentazione che non o non sono abbastanza gravi da andare oltre la soglia richiesta per fare la diagnosi di Anoressia nervosa o Bulimia nervosa (vedi capitolo 1).

^b Ad un certo punto del decorso circa la metà del soggetto soddisfa i criteri diagnostici della bulimia nervosa.

Adattata da Sullivan P.K. (2002). Course and outcome of Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. In Fairburn C.G. & Brownell K.D (Eds.), Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook (pp. 226-230). New York: Guilford Press.

è la guarigione “apparente” dall’AN. Un decorso simile si osserva anche nella BN, dove in percentuale gli esiti favorevoli sono maggiori rispetto all’Anoressia, ma una minoranza continua ad avere il disturbo o un disturbo sottosoglia. Alcuni individui sembrano guarire completamente dall’AN e non presentano alcuna caratteristica che li distingue dalle persone che non hanno avuto questo disturbo. Altri, continuano ad avere delle caratteristiche cognitive e comportamentali tipiche di questo disturbo in particolare: un peso corporeo basso o nel range minimo del peso normale, la psicopatologia centrale specifica dei disturbi dell’alimentazione e cioè lo schema di autovalutazione disfunzionale basato sull’eccessiva valutazione del comportamento alimentare, del peso e delle forme corporee e del loro controllo, e la persistenza di maggiori difficoltà in ambito sociale, lavorativo, nelle relazioni interpersonali rispetto ai gruppi di controllo.

Nel caso della BN, le persone definite guarite spesso conservano nel tempo caratteristiche residue del disturbo, come ad esempio la preoccupazione eccessiva per l’alimentazione, il peso e le forme corporee, la tendenza a restringere l’alimentazione, la tendenza a perdere il controllo sull’alimentazione ed avere episodi di abbuffate soggettive e di usare quindi le condotte di compenso anche in risposta alle emozioni negative.

Si pone quindi il problema di definire i criteri, una misura diretta o anche indiretta del risultato ottenuto dal paziente in una patologia in cui la riduzione del quadro sintomatologico (aspetto quantitativo) spesso non si accompagna ad una modifica della psicopatologia centrale del disturbo aspetto qualitativo. L’esito, inoltre, è spesso influenzato da altre variabili piuttosto che dalla qualità delle cure erogate. Uno per tutti è rappresentato dalle differenti caratteristiche dei pazienti, ad esempio a causa delle differenze nella gravità o nella durata dei loro problemi, nell’entità di eventuali problemi concomitanti e/o per la presenza di circostanze complicate della vita che interferiscono seriamente sulla terapia, il che può determinare una variazione nella loro risposta al trattamento

Concordando con alcuni autorevoli esperti possiamo affermare che: “possiamo autorizzarci probabilmente ad utilizzare il termine guarigione anche nei casi in cui nel paziente, pur persistendo negli anni il desiderio anoressico o uno schema di autovalutazione disfunzionale basato sul controllo del peso, corpo e alimentazione, questi non utilizza nessuna strategia cognitiva o comportamentale disfunzionale per metterlo in atto”.

7.2. Strumenti per la valutazione degli esiti

È necessario premettere che la valutazione degli esiti dei trattamenti nei disturbi di natura psichiatrica non è ancora una prassi di routine e si realizza soprattutto in ambiti di ricerca. Peraltro, questo aspetto valutativo va assumendo progressivamente un interesse crescente. La valutazione degli esiti in psichiatria richiede diverse avvertenze dal punto di vista metodologico. Ne sottolineiamo due in particolare:

- la necessità di una valutazione multidimensionale;
- l’attenzione a molteplici prospettive.

Ad ogni livello assistenziale dovrebbero essere previsti almeno tre momenti di valutazione: all’inizio del trattamento, al termine dello stesso e nel momento di follow-up, preferibilmente sia a medio (6 mesi circa) che a lungo termine (12 mesi circa).

È necessario, inoltre, che la valutazione degli esiti del trattamento dei pazienti tenga conto sia degli aspetti somatici che di quelli psichici. Oltre ai parametri fisici (BMI e

composizione corporea), appare dunque importante valutare le seguenti dimensioni:

- i tratti comportamentali e psicologici legati ai DCA;
- la sintomatologia psicopatologica e la comorbilità psichiatrica;
- l'immagine corporea;
- il livello di funzionamento e adattamento psico-sociale del soggetto;
- le caratteristiche dell'interazione genitore-figlio sia dalla prospettiva del figlio che da quella dei genitori;
- la presenza di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del paziente, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici dalla prospettiva dei genitori.

Si descrivono di seguito, relativamente ad ogni dimensione, gli strumenti maggiormente validati e utilizzati nella pratica clinica nell'ambito del trattamento dei DCA.

Eating Disorder Inventory- 3 (EDI-3)

L'EDI-3 è uno strumento per l'autovalutazione dei tratti comportamentali e psicologici e dei sintomi comunemente associati all'anoressia e alla bulimia nervosa.

Esso è composto dai 91 item dell'EDI-2, con risposta graduata da "Sempre" a "Mai". Si articola in 12 scale principali: 3 specifiche per i disturbi alimentari [Impulso alla magrezza (DT); Bulimia (B); Insoddisfazione per il corpo (BD)] e 9 scale psicologiche generali, ma rilevanti per i disturbi alimentari [Bassa autostima (LSE); Alienazione personale (PA); Insicurezza interpersonale (II); Alienazione interpersonale (IA); Deficit interocettivi (ID); Disregolazione emotiva (ED); Perfezionismo (P); Ascetismo (A); Paura della maturità (MF)]

Il test fornisce inoltre 6 punteggi compositi (uno specifico e 5 relativi costrutti integrativi): Rischio di disturbo alimentare (EDRC), Inadeguatezza (IC), Problemi interpersonali (IPC), Problemi affettivi (APC), Ipercontrollo (OC), Disadattamento psicologico generale (GPMC). Sono presenti anche 3 indicatori dello stile di risposta: Incoerenza (IN), Infrequenza (IF), Impressione negativa (NI).

Lo strumento ha mostrato una larga concordanza con il giudizio clinico e con criteri oggettivi esterni; è inoltre in grado di distinguere non solo i diversi sottogruppi di pazienti con DCA, ma anche i soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta ed all'immagine corporea.

Questo test, applicato a più riprese, durante il processo terapeutico, può essere uno strumento ideale per il controllo di quali vissuti emotivi possono rappresentare una maggiore difficoltà e dis-funzionalità per il paziente. Infatti ci permette di:

- capire quali tratti personali caratterizzano il paziente;
- "fotografare" il percorso terapeutico e il periodo di follow up;
- comprendere il vissuto corporeo del paziente, oltre che sul dato reale (peso, massa corporea, ecc.), anche sulla percezione fenomenica della persona riguardo a se stessa;
- pianificare il percorso terapeutico futuro e impostare un valore prognostico;
- comunicare in modo più facile e diretto con gli operatori che seguono il paziente durante e dopo la terapia.

Eating Disorder Examination 15. 0D/ C4 (EDE)

L'EDE è designato alla valutazione dello stato attuale e per generare una diagnosi operativa di disturbo dell'alimentazione. E' un'intervista basata sull'intervistatore, si fonda quindi sulla spiegazione dettagliata all'intervistato dei concetti che devono essere valutati e dello schema di valutazione, piuttosto che sull'uso preciso di parole nelle singole domande. La maggior parte degli item si focalizza sulle quattro settimane (o 28 giorni) precedenti l'intervista. Tuttavia, alcune caratteristiche di importanza diagnostica riguardano un periodo di tre mesi.

Si compone di 35 item raggruppati in 5 sottoscale: Restrizione; Preoccupazione per il mangiare; Preoccupazione per il peso; Preoccupazione per la forma del corpo; Item diagnostici.

Symptom Check List-90 (SCL-90)

Utilizzato come strumento di screening dello stato psicopatologico, è un questionario autosomministrato composto da 90 item, riguardo ai quali il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) [Scala Likert] sui disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana. I risultati ottenuti sono espressione di nove dimensioni sintomatologiche di diverso significato costituite da: Somatizzazione, Ossessione-compulsione, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo. Inoltre, è possibile calcolare l'indice globale "Global Score Index" (GSI) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test.

A differenza di altri reattivi che misurano i tratti psicopatologici, data la sua facilità di impiego e l'ampio range di sintomi esplorati, la SCL-90 può essere utilizzata come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico, ma anche in altri contesti, e può trovare collocazione anche nella ricerca, dove ben si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia, essendosi dimostrata sufficientemente sensibile ai cambiamenti. Esiste anche una versione computerizzata della SCL-90 mediante la quale il paziente interagisce con il computer.

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Breve)

È un questionario finalizzato alla valutazione del livello di funzionamento e adattamento psico-sociale del soggetto. Si articola in 26 item che valorizzano la percezione soggettiva dello stato di salute individuale, consentendo di valutare la malattia non soltanto in termini clinici, ma anche in relazione al suo impatto sulle relazioni sociali, sull'attività lavorativa, sulle condizioni socio-economiche, così come sono percepite dal soggetto. Permette di esplorare quattro aree di funzionamento: fisico, psicologico, sociale e ambientale. Gli item sono valutati su una Scala Likert a cinque punti. In accordo con la definizione del WHO, la qualità della vita viene valutata in termini di percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserito, e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard ed interessi.

Il successo terapeutico della terapia potrà certamente essere valutabile in termini di risoluzione o miglioramento clinico della patologia trattata, ma il beneficio più rilevante sarà espresso dalla recuperata abilità da parte dell'individuo ad agire normalmente nel quotidiano e dal ripristino del proprio senso di benessere.

Il WHOQOL contribuisce inoltre a valutare l'efficacia di una strategia terapeutica nei *trials* randomizzati e controllati. In questi studi, la misurazione della qualità di vita inserisce un nuovo end-point nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti, e può essere molto utile nel decidere quale, tra due terapie di pari efficacia, risulti più efficace per il paziente.

Parental Bonding Instrument (PBI)

Il questionario PBI fornisce indicazioni sulla qualità delle relazioni che il soggetto ha con il padre e la madre. Gli autori Parker, Tupling e Brown, in accordo con i principi della teoria dell'attaccamento, sostengono l'influenza dello stile di accudimento genitoriale sulla qualità della relazione con il figlio.

Lo strumento è costituito da due parti: nella prima il soggetto risponde in merito alla relazione con la madre, nella seconda al soggetto è richiesto di rispondere sulla relazione con il padre. Si compone di 21 item costituiti da affermazioni relative a comportamenti/atteggiamenti genitoriali, quali l'attitudine a prendersi cura, gli affetti, la sensibilità, la cooperazione, la disponibilità, l'indifferenza, il rifiuto, il controllo etc.,.

La modalità di risposta è rappresentata su scala di tipo Likert a quattro punti (1= non corrisponde affatto; 4= corrisponde pienamente).

Experience of Caring Inventory (ECI)

Il questionario ECI è uno strumento di tipo auto valutativo pensato per la valutazione di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle del genitore e ad eventi situazionali-demografici dalla prospettiva dei genitori. Complessivamente comprende 66 item di cui 52 negativi e 14 positivi. Nello specifico il test è composto da 8 scale negative e 2 scale positive. Le 8 scale negative sono: Comportamenti difficoltosi (8 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato che lui sia lunatico.*), Sintomi negativi (6 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato al suo rischio di suicidarsi.*), Stigma (5 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato di nascondere la sua malattia.*), Problemi con i servizi (8 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato che i professionisti della salute mentale non mi prendono sul serio.*), Effetti sulla famiglia (7 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato che i membri della famiglia non mi prendono sul serio.*), Bisogno di sostegno (6 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato alle sue difficoltà a gestire il denaro.*), Dipendenza (5 item, es. *Nell'ultimo mese ho pensato di aiutarlo ad impegnare il suo tempo durante il giorno.*) e Fallimento (7 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato alle sue opportunità perse.*). Le 2 scale positive sono: Esperienze Personali (8 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato di avere imparato di più riguardo a me stesso.*) e Aspetti Positivi della Relazione (6 item, es. *Durante l'ultimo mese ho pensato che ho contribuito al suo benessere.*).

Body Uneasiness Test (BUT)

Il BUT è un test costruito in Italia per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo. È composto da 71 item con risposta a scelta multipla ed è diviso in due parti:

- BUT a, composto da 34 item clinici
- BUT b, composto da 37 item che elencano parti e funzioni del corpo

Gli item clinici forniscono un punteggio generale di gravità e 5 punteggi di scala:

- WP (weight phobia, paura morbosa dell'aumento di peso)

- BIC (Body Image Concerns, preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico)
- A (Avoidance, comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo)
- CSM (Compulsive Self Monitoring, controllo compulsivo dell'aspetto fisico)
- D (Depersonalization, depersonalizzazione, vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo).
- Il punteggio per ogni item varia da 0 a 4.

Body Shape questionnaire (BSQ)

Il BSQ si propone di valutare l'immagine corporea che i pazienti hanno di sé, poiché è ampiamente accettato che l'immagine di sé abbia un ruolo centrale nei DCA, in particolare nell'AN. La valutazione dell'immagine corporea, basata tipicamente sull'atteggiamento assunto nei confronti del proprio peso corporeo, viene studiata ponendo domande che esplorano il grado di intensità della sensazione dei pazienti di "sentirsi grassi". Attraverso una serie di studi preliminari, sono stati individuati i 34 item che costituiscono la scala di valutazione e ai quali il soggetto è invitato a rispondere, scegliendo fra 6 livelli di gravità, espressa dalla frequenza con cui i pensieri, le sensazioni ed i comportamenti descritti negli item si manifestano. Siccome i problemi dipendenti dall'immagine che si ha di sé sono abbastanza comuni, ciò che è importante è il livello di gravità raggiunto: punteggi inferiori a 70 indicano assenza di AN; fra 70 e 100 l'assenza di AN è probabile; fra 100 e 130 la presenza dell' AN è probabile e oltre 130 la presenza dell'AN è certa.

7.2.1. La valutazione dell'immagine corporea

Un aspetto di fondamentale importanza, che richiede il monitoraggio durante tutto l'arco dell'iter terapeutico e al momento della valutazione dell'esito, è quello legato all'immagine corporea (Sepulveda *et al.*, 2002). L'interesse scientifico per le problematiche cliniche legate all'immagine corporea ha portato ad una progressiva elaborazione di un'ampia e variegata quantità di metodi, tecniche e strumenti mirati a valutare le diverse componenti di tale tipo di rappresentazione mentale. In linea con la psicologia tradizionale, le ricerche di base si sono orientate soprattutto verso l'approfondimento teorico e la misurazione degli atteggiamenti e degli orientamenti francamente patologici, o comunque negativi, che alcune persone maturano verso il proprio corpo.

Fra i numerosi strumenti psicometrici, introdotti nel corso degli ultimi anni come ausilio per la rilevazione dei disturbi dell'immagine corporea, nello specifico si prendono in considerazione quei dispositivi o questionari deputati ad analizzare le componenti percettive, cognitive ed affettive delle rappresentazioni corporee.

Questi strumenti psicometrici appartengono fondamentalmente a 3 gruppi.

Il primo gruppo comprende quei presidi a cui si riconosce la capacità di valutare la componente percettiva dell'immagine del proprio corpo, partendo dalla constatazione che un paziente anoressico si percepisce grasso, pur essendo emaciato (Sachdev *et al.*, 2008; Mizes *et al.*, 2004). Si è molto studiato, in questi casi, se è presente un disturbo a livello della percezione delle dimensioni e delle forme corporee, ma la maggior parte delle ricerche ha dimostrato che un paziente che soffre di anoressia definisce grasso se stesso, ma non un altro paziente con il suo stesso disturbo.

Del secondo gruppo fanno parte tutti quei test che misurano la differenza fra l'immagine

reale che si ha di se stessi nel momento attuale e come si vorrebbe essere, cioè quale dovrebbe essere l'immagine ideale o desiderata. L'utilità di tali test è sostenuta dall'ipotesi che quanto è maggiore la differenza tra la dimensione reale e quella ideale, tanto più grande sarà anche l'insoddisfazione del proprio corpo e di conseguenza l'alterazione dell'immagine mentale di se stessi.

Al terzo gruppo appartengono quegli strumenti, mediante cui sia possibile studiare gli atteggiamenti verso l'immagine del proprio corpo. Il limite consiste nel fatto che l'immagine mentale del corpo si articola in molteplici aspetti che riguardano il versante percettivo, le numerose componenti affettive, il comportamento, le strategie di evitamento e, infine, i vissuti profondi di estraneità, di distacco da sé del corpo, di depersonalizzazione.

Da questi 20 anni di ricerca sull'immagine corporea, il quadro che ne deriva appare caratterizzato da un'evidente confusione concettuale e metodologica, e da numerose difficoltà emergenti quando si cerca di confrontare ed interpretare i risultati delle varie ricerche (Smeets *et al.*, 1997). Innanzitutto, dalla rassegna della lettura risulta evidente la mancanza della conferma dell'ipotesi percettiva, una lacuna che spiega gli insuccessi dei metodi percettivi nella rilevazione dei disturbi dell'immagine corporea (Williamson *et al.*, 2002). La risposta più comune di fronte a tale difficoltà è stata quella di tentare di analizzare la componente attitudinale, in particolare l'insoddisfazione per il proprio corpo, come l'aspetto più rilevante da sondare nel disturbo dell'immagine corporea, ragion per cui è stato messo a punto un grande numero di strumenti per misurare tale requisito. Si è constatato, tuttavia, che mediante l'uso di tecniche differenti si conseguono risultati in conflitto fra di loro e, confrontando i vari studi, non si ottengono dati di un qualche significato che sia dirimente dal punto di vista valutativo. Sembrerebbe, dunque, che le discrepanze ottenute, esplorando la stima corporea, derivino dall'applicazione di metodologie valutative dissimili, ciascuna delle quali è in grado di misurare uno specifico costrutto, non sovrapponibile agli altri (Mussap *et al.*, 2008). In realtà, la questione riguarda la diatriba sull'ipotesi che la distorsione dell'immagine corporea sia causata da fattori o percettivi o affettivi, trascurando un aspetto fondamentale, cioè che le componenti affettive e cognitive sono state ampiamente riconosciute come parte dello stesso processo percettivo (McCabe *et al.*, 2006). Allora, quando si cerca di definire l'immagine corporea (Skrzypek *et al.*, 2001), è di fondamentale importanza prendere in considerazione tanto i fattori sensoriali-percettivi, quanto i fattori non sensoriali-attitudinali.

7.3. Problemi di metodo, problemi di esito

La valutazione di esito nei DCA deve tenere conto di un elemento fondamentale che riguarda il mantenimento dei risultati ottenuti, perché tutti gli studi rilevano una grande differenza tra gli outcome a breve e a lungo termine (Berkman *et al.*, 2007). Una metaanalisi di Hans-Cristoph Steinhausen del 2002 ci riassume alcune delle questioni che si pongono analizzandogli studi di esito a lungo termine; 119 studi a lungo termine: effettuati in Inghilterra e Germania ci confermano che è necessario tenere conto di diversi aspetti per potere valutare complessivamente l'esito di un disturbo alimentare nella biografia della persona che si ammala. Dallo studio di Steinhausen emerge infatti che i sintomi psichiatrici dopo la remissione della patologia alimentare sono molto elevati (ansia, disturbi ossessivi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, depressione, disturbo di personalità) e tendono a

permanere molto a lungo.

A confermare la necessità di una valutazione a lungo termine dell'evoluzione del DCA, gli studi di follow up disponibili in letteratura sono essenzialmente quelli riferiti alla AN, mentre meno dati sono disponibili per la BN, che è stata oggetto di studio solo dagli anni 80. Gli studi presenti però ci indicano un esito peggiore e con conseguenze psichiatriche significative nella BN.

Il decorso dei DCA è variabile: talvolta, specie nei casi di un episodio singolo di AN, presenta una remissione più o meno completa, in particolare nei pazienti più giovani e con migliore adattamento sociale e lavorativo preesistente; altre volte l'andamento appare irregolare, continuo o sub-continuo, con remissioni e riesacerbazioni. L'AN rimane comunque la seconda causa di morte per esiti psichiatrici e il rapporto con la popolazione dello stesso range di età la percentuale di decessi è di 12:1 (Berkman *et al.*, 2007; Huas *et al.*, 2011). Negli studi di follow up, per quanto riguarda l'AN, (Long *et al.*, 2012; Fairburn *et al.*, 2009) emerge una compromissione a lungo termine rilevante nell'area psichica e sociale, che può determinare forti riduzioni dell'autonomia globale del paziente.

Benché la risposta alla psicoterapia, correttamente programmata e condotta, sia buona a breve termine, non ci sono dati sufficienti per valutare gli effetti del trattamento nel più lungo periodo.

Fattori prognostici sfavorevoli sono l'appartenenza al sesso maschile, la comorbilità con altri problemi psicopatologici, una marcata entità del calo ponderale, un grave disturbo dell'immagine corporea, l'ostinata negazione di malattia. Fattori prognostici favorevoli sono invece l'età più giovanile, che implica una più breve durata di malattia, e la presenza di un buon adattamento sociale e lavorativo preesistente. Trattandosi di un disturbo cronico e studiato in modo rigoroso relativamente da poco tempo, rispetto ad altre malattie psichiatriche, sono rari gli studi esenti da limiti metodologici: il periodo di *follow-up* è in genere troppo breve e il numero di soggetti reperiti insufficiente.

In circa la metà dei casi trattati rimangono sintomi residui o sequele psicopatologiche, come, ad esempio, la presenza di sintomi depressivi, tratti ossessivi-compulsivi di personalità e dipendenza da farmaci (Long *et al.*, 2012).

Le più frequenti cause di morte sono la denutrizione e gli squilibri elettrolitici, più raramente il suicidio. È da notare che gli studi con periodi di *follow-up* più lunghi riportano in genere le percentuali più elevate di esito fatale (Berkman *et al.*, 2007).

Malgrado la normalizzazione del peso corporeo, possono residuare anomalie del pattern alimentare e il rapporto con il cibo può rimanere alterato a lungo, con restrizioni caloriche, costante preoccupazione per il peso, crisi bulimiche.

L'amenorrea si risolve in buona parte dei casi, anche se, nella maggior parte delle pazienti, rimangono varie irregolarità mestruali; in altri casi, invece, nonostante la normalizzazione del peso, l'amenorrea persiste. È stato osservato che per circa un terzo delle pazienti trascorre più di un anno tra il recupero di un peso corporeo adeguato e la ricomparsa del ciclo mestruale.

Il peso corporeo rimane al di sotto dei valori medi dell'Indice di Massa Corporea (BMI) in circa un quarto dei pazienti; nella maggior parte dei casi si ha il ritorno ad un valore normale; talvolta si determina una condizione di sovrappeso e più raramente l'obesità.

L'adattamento sociale risulta generalmente compromesso soprattutto nell'area socio-lavorativa e sessuale.

Fino ad oggi, non si hanno dati attendibili circa il decorso a lungo termine della BN. Comunque, si osserva generalmente che, anche dopo la scomparsa delle crisi bulimiche, permangono la polarizzazione ideativa sul cibo, sul peso e sull'aspetto fisico, e un aumentato rischio di patologie psichiatriche. La cronicizzazione del disturbo sembra verificarsi in meno di un quarto dei pazienti. Nella maggior parte dei casi, ad un anno dall'inizio del trattamento, viene riportata una completa remissione della sintomatologia bulimica. Si osservano ricadute in circa la metà dei casi, a seconda del periodo di *follow-up* studiato e dei parametri considerati.

Il tasso di mortalità associato alla BN non è definito, ma sembra essere comunque superiore rispetto a quello della popolazione generale. Fattori prognostici positivi sembrano essere la minore durata della malattia e l'assenza di Disturbi di Personalità. Eventuali disturbi presenti in comorbilità con la BN non sembrano condizionarne la prognosi. Al contrario, al miglioramento della patologia bulimica corrisponde un parallelo miglioramento della patologia associata (Hay *et al.*, 2009).

La maggior parte dei trattamenti finora impiegati nel DAI ha dato risultati modesti, solo in circa la metà dei pazienti e nel breve termine. In assenza di linee guida specifiche, appare ragionevole fondare il trattamento di questi pazienti su un approccio integrato, indirizzato sia al disturbo della condotta alimentare, sia alla condizione di sovrappeso, visto anche l'effetto reciproco di potenziamento delle abbuffate e dell'incremento ponderale. Un approccio combinato, attraverso la riduzione dell'anomalo controllo alimentare, sostenendo la spinta motivazionale al dimagrimento e favorendo l'adesione alla terapia dietetica, potrebbe migliorare nel lungo periodo la prognosi del disturbo (Brownley *et al.*, 2007).

Riferimenti bibliografici

Berkman, N.D., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Dis*, 40, 293-309.

Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007). DAI Treatment, A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Eat Disord*, 40, 337-348

Derogatis LR. (1997). The SCL-90 manual. Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore (MD): Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Hay P.P.J., Bacaltchuk J., Stefano S. & Kashyap P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. The Cochrane Collaboration. In *The Cochrane Library*, Issue 4

Huas C., Caille A., Godart N., Foulon C., Pham-Scottet A., Divac S., Dechartres A., Lavoisy G., Guelfi J.D., Rouillon F. & Falissard B. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Scand*, 123, 62-70

Fairburn C.G & Cooper Z.(2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behav Res Ther*, 49(6-7), 373-378.

Garner D. M. (2001) Eating Disorder Inventory - 2 - Manuale - edito da Organizzazioni speciali.

Long C.G., Fitzgerald K.A. & Hollin C.R. (2012). Treatment of Chronic Anorexia Nervosa: A 4-Year Follow-Up of Adult Patients Treated in an Acute Inpatient Setting. *Clin Psychol Psychother*, 19, 1-13 (2012)

McCabe M.P., Ricciardelli L.A., Sitaram G., & Mikhail K. (2006). Accuracy of body size estimation: role of biopsychosocial variables. *Body Image*, 3, 163-171.

Mizes J. S., Heffner M., Madison J.K. & Varnado-Sullivan, P. (2004). The validity of subjective measures of body image disturbance. *Eating Behaviors*, 5, 55-66.

Murphy B., Herrman H., Hawthorne G., Pinzone T. & Evert H. (2000). Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOQoL Field Study Centre, Melbourne, Australia.

Mussap A.J., McCabe M.P. & Ricciardelli L.A. (2008). Implications of accuracy, sensitivity, and variability of body size estimations to disorder eating. *Body Image*, 5, 80-90.

Ruocco R., Alleri P. (2006). *Il "peso" del corpo. Conoscere, affrontare e vincere i disturbi dell'alimentazione*. Manuale di auto-aiuto. Ed. Franco Angeli. Maggio 2006.

Sachdev P, Mondraty N, Wen W, & Guilford K. (2008). Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: an fMRI study. *Neuropsychologia*, 46, 2161-2168.

Sepulveda A.R., Botella J., & Leon J.A. (2002). Body image disturbance in eating disorders: a meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6, 83-95.

Skrzypek S., Wehmeier P.M. & Remschmidt H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies in Anorexia Nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221..

Smeets M.A.M., Smit F., Panhusysen G.E.M., & Ingleby J.D. (1997). The influence of methodological differences on outcome of body size estimation studies in anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 263-277.

Steinhausen H.C., & Weber S.,(2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psych*, 166: 1331-1341.

Sullivan P.K. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Fairburn C.G. & Brownell K.D (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 226-230). New York: Guilford Press.

Williamson D.A., Stewart T.M., White M.A., & York-Crowe E. (2002). An information-processing perspective in body image. In T.F. Cash e T. Pruzinsky (Eds) (2002). *Body image:*

A handbook of theory, research, and clinical practice (pp.47-54). New York: Guilford Press.

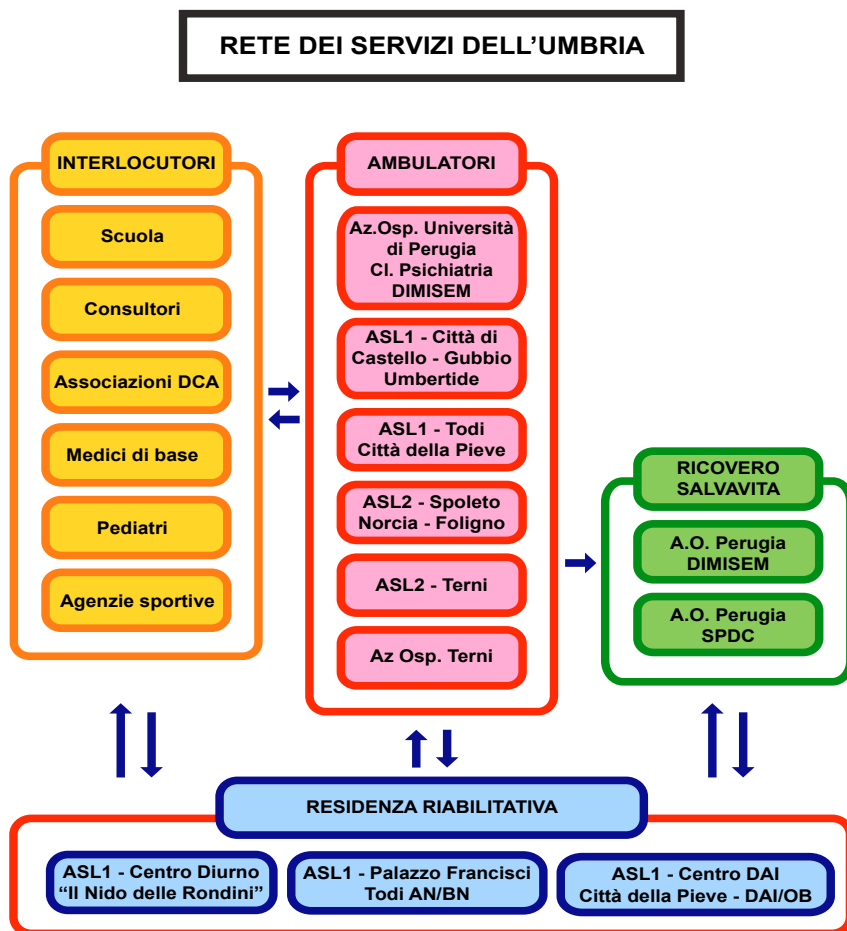
CAPITOLO 8

I livelli di assistenza e i modelli organizzativi in Umbria

Di seguito vengono illustrati i livelli di trattamento attivati in Umbria per la diagnosi e la cura dei soggetti affetti da DCA, così come indicato dal Ministero della Salute: dagli ambulatori dedicati distribuiti su tutto il territorio regionale ai due Centri di riabilitazione residenziale e al Centro Diurno per i trattamenti prolungati nel tempo, fino ai posti letto per il ricovero nel caso di quadri acuti.

I Servizi rappresentati nella grafica sottostante operano in rete, cercando di garantire il passaggio appropriato da un setting all'altro, quando se ne ravvisi la necessità.

Per questo poco importa che le diverse strutture sanitarie dedicate alla diagnosi e al trattamento dei DCA siano incardinate, all'interno delle Aziende Sanitarie, in macrostrutture diverse (dal Dipartimento di Salute mentale a quello Materno-infantile o al Distretto) a seconda dei territori in cui insistono in quanto, dal punto di vista funzionale, esse operano seguendo i criteri della integrazione specialistica e della interdisciplinarietà.



AUSL Umbria 1 Alto Tevere Umbro

Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale integrato all'interno dell'attività del Dipartimento di Salute Mentale (nell'articolazione dei CSM di Città di Castello, Gubbio e Umbertide), con rapporti formalizzati con specialisti internisti e nutrizionisti.

AUSL Umbria 1 del Perugino

Centro DCA "Palazzo Francisci", Todi

Il Centro, operativo dal 2003, eroga prestazioni ambulatoriali, residenziali e semi-residenziali ed è interamente ed esclusivamente dedicato a pazienti affetti da Anoressia e Bulimia, particolarmente in età evolutiva. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto USL Umbria 1 Media valle del Tevere. L'equipe integrata è composta da medici (psichiatri, endocrinologi, nutrizionisti), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, infermieri. La struttura dispone di 15 posti letto.

Centro DAI, Città della Pieve

Il Centro, operativo dal 2008, eroga prestazioni ambulatoriali, residenziali e semi-residenziali interamente ed esclusivamente dedicati al trattamento dell'Obesità e del Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto del Lago Trasimeno. L'equipe integrata è composta da medici (psichiatri, endocrinologi, nutrizionisti), dietisti, psicologi, infermieri, educatori, operatori socio sanitari. La struttura dispone di 17 posti letto.

Centro diurno "Il Nido delle Rondini", Todi

Il Centro, operativo da marzo 2012, è interamente ed esclusivamente dedicato a pazienti che presentano una lunga storia di malattia e necessitano di un trattamento riabilitativo meno intensivo rispetto ad un ricovero residenziale, ma più prolungato nel tempo, che consenta un graduale ripristino delle abilità sociali e il reinserimento nel mondo lavorativo o dello studio. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto Media valle del Tevere. L'equipe integrata è arricchita da un'insegnante e un assistente sociale che si occuperanno specificatamente del reinserimento sociale. La struttura dispone di 15 posti letto.

AUSL Umbria 2 Valle Umbra Sud

Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale (Foligno, Spoleto e Norcia) di tipo integrato all'interno del DSM con rapporti strutturati e dedicati con Servizio di Endocrinologia.

AUSL Umbria 2 Terni

Ambulatorio integrato dedicato, nell'ambito del DSM, per la diagnosi, terapia e la prevenzione dei DCA particolarmente centrato su terapie della famiglia.

Azienda Ospedaliera di Perugia

Il Di.M.I.S.E.M. (Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche) e la Clinica Psichiatrica dell'Università di Perugia propongono un programma di ricerca

e di terapia, con interventi sia in regime ambulatoriale integrato che di ricovero, in collaborazione con l'SPDC dell'Azienda Ospedaliera stessa e i Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse USL della Regione Umbria. È attualmente l'unico presidio di ricovero in acuzie della regione.

Azienda Ospedaliera di Terni

Presso l'Azienda Ospedaliera di Terni è operativo, con delibera n°490/98, un Centro per la diagnosi e cura dei DCA con struttura interdipartimentale e attivo tramite la collaborazione tra Servizio Dietetico e di Psicologia. Vengono erogati interventi di tipo integrato in regime ambulatoriale.

CAPITOLO 9

Il ruolo delle Associazioni di familiari e pazienti in Umbria

9.1. Il ruolo delle Associazioni di familiari e pazienti

Le associazioni di familiari e pazienti sono una realtà importante della politica di intervento nell'ambito della prevenzione e cura ai DCA, sia per quanto concerne la regione Umbria che in ambito nazionale.

Le Associazioni non si sovrappongono all'intervento del Servizio, ma intervengono in tutti quegli ambiti, afferenti alla patologia, che non sono di specifica competenza degli stessi ma che contribuiscono in maniera altrettanto efficace al percorso di guarigione.

Nella recente rilevazione del Ministero della Salute sui servizi e associazioni DCA ne sono state censite circa cinquanta su tutto il territorio nazionale.

La peculiarità di queste realtà, a prescindere dalle specifiche finalità, è quella di essere costituite da persone interessate dalla problematica, dai loro familiari ma anche da persone che hanno deciso di mettere a disposizione le loro risorse umane e professionali a tutti coloro che, direttamente o indirettamente, si sentono coinvolti nella patologia.

Tale condivisione consente, intanto, di affrontare e superare quei sentimenti di colpa, vergogna, rabbia, paura che spesso accompagnano il vissuto del DCA, rendendo ancora più difficile la richiesta di aiuto e quindi la possibilità di intraprendere un possibile cambiamento. Ciò che si intende offrire è uno spazio di Accoglienza e di Ascolto, in cui potersi scambiare tali vissuti ed essere orientati il prima possibile verso un percorso terapeutico, evitando quei fenomeni di cronicità della patologia che spesso rendono inefficace anche l'intervento dei servizi e la possibilità di guarigione. Tuttavia, in questo caso l'obiettivo è sempre quello di trasmettere speranza, migliorando la qualità della vita, ponendosi obiettivi intermedi che consentano di mantenere una situazione di equilibrio e di ridurre il rischio di mortalità.

Le associazioni svolgono pertanto nell'ambito del territorio della provincia di Terni e Perugia le seguenti attività:

ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, ORIENTAMENTO E SOSTEGNO nella fase di esordio della malattia, accompagnando ed orientando le persone verso i servizi territoriali dedicati, e sostenendola nei momenti più critici sia della patologia che della terapia, laddove c'è una disponibilità della persona ad intraprenderla.

In proposito, le Associazioni operano in sinergia ed integrazione con i Servizi specialistici territoriali attraverso la stipula di appositi protocolli operativi, promuovendo un'accoglienza totale della persona, indipendentemente dalla sua iniziale disponibilità a farsi curare, poiché l'obiettivo è sostenerla in un percorso motivazionale, in quanto il contesto informale, peculiarità delle Associazioni, consente un lavoro complementare a quello clinico, "allentando" eventuali resistenze e pregiudizi sia della persona che dei suoi familiari e facilitandone l'accesso al Servizio. Tale attività consente di costruire intorno alle persone ed alle famiglie reti di supporto in grado di rispondere in modo più efficace alla complessità di un disturbo, che investe diversi ambiti della vita della persona (psico-fisico, socio-relazionale, familiare, scolastico e lavorativo), per cui il solo intervento clinico non sembra più sufficiente.

RUOLO ISTITUZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI

Le associazioni, rispetto ai diversi contesti istituzionali con i quali interagiscono, possono svolgere un ruolo propositivo nella programmazione e gestione dei servizi alla persona,

facendosi portavoce delle istanze e del diritto alla salute dei cittadini, perché rispondano in maniera efficace ed adeguata ai bisogni reali delle persone coinvolte nella patologia e dei loro familiari. Non tutte le realtà locali, infatti, sono in grado di offrire anche per carenze di risorse umane ed economiche, servizi e risposte efficaci. A tale scopo, le associazioni dovrebbero essere sempre più coinvolte nei tavoli di concertazione tra i diversi soggetti istituzionali.

SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA

Le associazioni presenti in Umbria promuovono attività di sostegno alla famiglia, anch'essa direttamente coinvolta nella problematica, attraverso interventi educativi e di mutuo-aiuto, avvalendosi a volte della consulenza di esperti per affrontare tematiche specifiche legate alla gestione della sofferenza e delle difficoltà relazionali. Tale contesto consente ai familiari di recuperare un ruolo attivo potenziando, nel confronto con i pari, le proprie abilità educative e genitoriali, così da rendere più efficace lo stesso percorso terapeutico intrapreso presso un servizio specialistico.

ATTIVITÀ DI SUPPORTO NELLA FASE DELLA DIMISSIONE E DEL REINSERIMENTO SOCIALE

Le associazioni possono svolgere un ruolo importante nella fase di dimissione del soggetto in carico ad un servizio specialistico (ambulatoriale o residenziale), svolgendo attività di supporto per un più adeguato reinserimento sociale e lavorativo.

È ormai noto come la patologia dei DCA interferisca in modo significativo nella vita della persona e della famiglia cui appartiene, ostacolandone spesso i percorsi scolastici, lavorativi e della socializzazione, aspetti che nella fase di cura non sempre possono essere affrontati, in quanto l'intervento terapeutico è centrato essenzialmente sulla cura della malattia. In proposito, le associazioni svolgono funzioni di filtro, raccordo e orientamento con tutti i soggetti istituzionali e non (centri per l'impiego, privato sociale, istituzioni scolastiche e mondo del lavoro) che possono contribuire a promuovere la piena riabilitazione ed integrazione del soggetto nel tessuto sociale, accompagnandolo e sostenendolo nelle fasi più critiche del percorso anche attraverso specifici progetti.

9.2. Le Associazioni di familiari e pazienti in Umbria

Le Associazioni di familiari e pazienti affetti da DCA sono una realtà importante in Umbria.

All'interno della regione sono infatti presenti 6 Associazioni che costituiscono una realtà consolidata e diffusa nell'intero territorio umbro. Sono sorte prevalentemente a fianco di servizi dedicati e costituiscono un forte appoggio per gli stessi in tutte le attività di sensibilizzazione e prevenzione sul territorio.

Associazione "Il Pellicano" – Perugia

Il Pellicano è sorta nel 1997 a Perugia da un gruppo di giovani ragazze affette da DCA insieme ad alcuni operatori dei servizi di salute mentale, con l'intento di essere punto di riferimento per donne e uomini affette da dette patologie.

L'associazione svolge attività terapeutica attraverso una convenzione con l' USL Umbria 1 di Perugia, che ha messo a disposizione i locali e il personale, e con l'Azienda

Ospedaliera di Perugia per la parte internistico-nutrizionale. L'attività che viene svolta nella sede dell'Associazione non è sostitutiva dell'attività dei servizi sanitari ma è, si può dire, una risorsa, un'esperienza in più che si integra e collabora con i servizi psichiatrici ed internistici.

L'Associazione svolge inoltre una funzione di informazione e formazione rivolta ai pazienti, ai familiari, alle scuole e agli insegnanti, ai medici di base, una funzione di stimolo nei confronti delle istituzioni tesa a migliorare la rete delle risorse già esistenti e promuovendo l'attivazione di nuove, svolge attività di ricerca sia sugli aspetti psicopatologici dei DCA, sia su quelli collegati al sorgere e all'evoluzione di una identità di genere a cui la sintomatologia sembra profondamente collegata.

Associazione "Il Paguro" - Città di Castello

L'associazione nasce nel 2004 da un gruppo di genitori afferenti al Servizio DCA di Città di Castello, con i seguenti obiettivi: corretta informazione sui DCA, sostegno a tutti coloro che vivono direttamente e indirettamente i disagi della malattia, collaborazione con le strutture e i soggetti pubblici e privati atti a migliorare il trattamento e l'assistenza dei DCA. L'Associazione promuove inoltre corsi di formazione e aggiornamento professionale per operatori del settore e iniziative di sensibilizzazione e collaborazione con il mondo della scuola, ai fini di un opportuno sostegno ai soggetti con DCA, nonché proposte e iniziative per l'inserimento e il mantenimento nel mondo del lavoro dei soggetti con DCA.

Associazione "Federica Alessi" - Terni

L'associazione, costituitasi nel Marzo 2006 su iniziativa della famiglia di Federica Alessi, scomparsa dopo 13 anni di malattia, è composta essenzialmente da volontari (non solo familiari e persone direttamente coinvolte) che hanno deciso di mettere a disposizione le loro risorse umane e professionali a tutti coloro che direttamente o indirettamente si sentono coinvolti nella problematica.

È stato attivato, grazie alla collaborazione con il Comune di Terni, un Centro di ascolto presso i locali del Centro Famiglie, al fine di offrire alle persone direttamente interessate ed ai loro familiari uno spazio di condivisione e di ascolto in cui potersi scambiare opinioni e vissuti ed essere orientati rispetto ai Servizi e al fine di affrontare precocemente la cura della malattia.

Da circa tre anni, inoltre, l'associazione svolge attività di prevenzione e sensibilizzazione sia in ambito scolastico che comunitario, avvalendosi della collaborazione di esperti, inseriti in appositi progetti portati avanti grazie alla collaborazione con il CESVOL di Terni ed altre realtà istituzionali ed associative (Provveditorato agli Studi, Centro per i DCA della USL Umbria 2 di Terni, alcuni Istituti scolastici sia medie inferiori che superiori).

In proposito, l'Associazione ha attivato gruppi di mutuo aiuto e di arte terapia rivolti prevalentemente agli utenti dei Servizi specialistici territoriali, al fine di potenziare i percorsi terapeutici individuali e soprattutto la socializzazione, spesso molto carente in tali pazienti.

Associazione "Mi Fido di te" ONLUS - Todi

L'Associazione "Mi fido di te" nasce nel 2006 per volontà di un comitato promotore di genitori di pazienti con DCA afferenti al centro Palazzo Francisci di Todi. L'Associazione

persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale e socio-sanitaria, operando in sostegno dei pazienti e dei loro familiari in collaborazione con i Centri Palazzo Francisci, Nido delle Rondini e Centro DAI dell'USL Umbria 1.

Le attività dell'associazione si svolgono all'interno di rapporti di convenzione con la Provincia di Perugia, con la USL Umbria 1 (convenzione n. 346 del 01/06/2011, rinnovata successivamente il 2/10/2012) e con l'ente tuderte ETAB La Consolazione (convenzione del 24/07/2012).

Le attività previste sono:

- Sensibilizzazione e prevenzione mediante l'organizzazione di seminari specifici rivolti ad operatori sanitari, organizzazione di incontri pubblici rivolti alla cittadinanza sui temi e le problematiche legate ai DCA e incontri di formazione e prevenzione nelle scuole medie e superiori, per informare gli studenti e soprattutto gli insegnanti sulle principali caratteristiche di tali sindromi.
- Gestione dell'appartamento "la casa di Pandora", per ospitalità di pazienti affetti da DCA e delle loro famiglie, in accordo di convenzione con l'ente ETAB la Consolazione.
- Sostegno psicologico alle famiglie mediante la creazione di gruppi di aiuto e sostegno per genitori, parenti e amici di persone affette da DCA presso il Centro Palazzo Francisci. Da qualche anno l'Associazione organizza dei seminari residenziali destinati a genitori, parenti o operatori del settore in cui vengono approfonditi dei temi importanti riguardanti la patologia attraverso interventi teorici e lavori esperienziali.
- Formazione di operatori o persone interessate ad approfondire la tematica dei DCA attraverso l'organizzazione di un Master di durata annuale, in collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia, dal titolo "Le buone Pratiche di cura dei disturbi del comportamento alimentare", di cui la prima edizione si è svolta nel 2009. Attualmente si è giunti alla terza edizione, .
- Sensibilizzazione attraverso materiale informativo e produzione di testi quali "Il vaso di pandora" e "Universi confusi", come guida per i genitori e operatori socio-sanitari.

Associazione "I Girasoli" - Spoleto

L'Associazione I Girasoli viene istituita nel 2010 a Spoleto per volontà di un gruppo di familiari afferenti al Servizio integrato DCA dell' USL Umbria 2 . Svolge compiti di accoglienza e ascolto dei familiari e si propone compiti di sensibilizzazione e prevenzione.

Associazione "Il Bucaneve" - Castiglione del Lago

L'associazione si costituisce per sostenere persone e famiglie che vivono una situazione problematica legata in particolare ai DCA, tramite l'ascolto, il supporto, l'orientamento, la collaborazione con enti, istituzioni ed altri soggetti pubblici e del privato sociale presenti nel territorio locale, provinciale, regionale e nazionale.

APPENDICE

Criteria diagnostici secondo il DSM-IV-TR

ANORESSIA NERVOSA

- a. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo considerato normale in rapporto all'età e alla statura o al di sopra di esso (per esempio perdita di peso che porta a mantenere un peso corporeo al di sotto dell'85% di quello stesso, o, in età evolutiva, mancanza dell'aumento di peso previsto, che porta a un peso corporeo inferiore all'85% di quello atteso).
- b. Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, anche se sottopeso.
- c. Disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé o diniego della gravità della perdita di peso attuale.
- d. Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Si considera una donna amenorrea se i suoi cicli avvengono solo in seguito a somministrazione di ormoni, per esempio di estrogeni).

Tipo restrittivo: durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto non presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi (per esempio vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi o diuretici).

Tipo bulimico purgativo: durante l'episodio di anoressia nervosa il soggetto presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o comportamenti purgativi (per esempio vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi o diuretici).

BULIMIA NERVOSA

- a. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti (entrambi necessari).
 - Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
 - Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- b. Ricorrenti comportamenti di compenso volti a prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- c. Le abbuffate compulsive e utilizzo improprio di mezzi di compenso avvengono in media almeno due volte a settimana per tre mesi.
- d. La valutazione di sé è inappropriatamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.
- e. Il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Tipo purgativo: il soggetto ha l'abitudine di provocarsi il vomito, o quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.

Tipo non purgativo: il soggetto usa altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non ha l'abitudine di provocarsi il vomito né quella di usare in modo inadeguato lassativi o diuretici.

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

- a. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita da entrambe le caratteristiche seguenti:
 - Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili;
 - Sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- b. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti sintomi:
 - Mangiare molto più rapidamente del normale;
 - Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 - Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - Mangiare in solitudine perché ci si vergogna di quanto cibo si sta assumendo;
 - Provare disgusto verso di sé, depressione o intenso senso di colpa dopo ogni episodio.
- c. Le abbuffate compulsive suscitano marcato disagio e sofferenza.
- d. Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni alla settimana, per un periodo di sei mesi.
- e. Le abbuffate compulsive non si associano all'uso regolare di comportamenti compensatori inappropriati (per esempio vomito, lassativi, digiuno, esercizio fisico eccessivo) e non si verificano esclusivamente nel corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.

DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (DCA-NAS o EDNOS)

La categoria include quei disturbi alimentari che non soddisfano i criteri di nessuno specifico disturbo dell'alimentazione.

Gli esempi includono:

1. per il sesso femminile, tutti i criteri dell'anoressia nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare.
2. Tutti i criteri dell'anoressia nervosa risultano soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.
3. Tutti i criteri della bulimia nervosa 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 (per esempio induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).
5. Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

Disturbo da alimentazione incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della bulimia nervosa.

APPENDICE I

Raccomandazioni

Forza delle Raccomandazioni

A	Richiede: almeno un RCT come parte dell'insieme di letteratura di complessiva buona qualità e consistenza che suggerisce specifiche raccomandazioni. [Livello di evidenza Ia, Ib]
B	Richiede: disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCT sui temi della raccomandazione. [Livello di evidenza IIa, IIb, III]
C	Richiede: evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità. [Livello di evidenza IV]

CAPITOLO DIAGNOSI E SCELTA DEL SETTING

Inquadramento diagnostico

[A] La diagnosi è multidisciplinare e condivisa tra i vari professionisti. In fase di valutazione si esamina il paziente a livello clinico, nutrizionale e psicologico al fine di formulare una diagnosi (di stato) riguardo al disturbo alimentare, di valutare eventuali comorbidità cliniche e psichiatriche associate e definire, di conseguenza, il livello di trattamento più adeguato per quel paziente in quel momento.

[A] Il primo passo per fare diagnosi di DCA è l'attenta valutazione della storia clinica del paziente attraverso sintomi, comportamenti e stato mentale/condizione psichiatrica (ideazione suicidaria, comportamenti autolesivi, tratti di personalità, comorbidità psichiatrica). Un'attenzione particolare è riservata all'assetto cognitivo ed emotivo circa il peso, la forma corporea e l'impostazione dell'attività fisica.

[A] È necessario determinare il grado di emergenza medica e/o psichiatrica durante la valutazione.

[A] È necessario indagare la storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici, disturbo da abuso di alcool o sostanze, obesità, interazioni familiari rispetto al disturbo del soggetto, atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, l'esercizio e la forma fisica.

[A] È necessario individuare *stressor* familiari che possono favorire o ostacolare la guarigione.

[A] Quando si valutano bambini ed adolescenti è essenziale coinvolgere pazienti e genitori, il personale della scuola quando appropriato o altre figure professionali sanitarie che ruotano attorno al giovane paziente. Per gli adulti il coinvolgimento della famiglia deve essere considerato caso per caso.

[A] La valutazione deve comprendere l'esame di parametri e condizioni fisiche: BMI,

funzioni cardiovascolari e periferiche, manifestazioni dermatologiche e evidenza di comportamenti autolesivi.

[A] È necessaria una valutazione clinica approfondita della motivazione al trattamento, in mancanza di strumenti psicometrici standardizzati.

[A] Durante la valutazione l'operatore deve fornire al paziente tutte le informazioni circa le caratteristiche, il corso e la durata eventuale del trattamento e offrire al paziente e ai suoi familiari l'opportunità di partecipare a gruppi di supporto e/o di auto-aiuto.

Scelta del setting terapeutico

[A] La terapia dei DCA deve necessariamente articolarsi in diversi livelli di trattamento: Regime ambulatoriale specialistico, ospedaliero e non, in rete interdisciplinare; regime semi-residenziale che include le diverse tipologie di servizi diurni; regime residenziale terapeutico-riabilitativo e regime ospedaliero per ricoveri ordinari e d'urgenza.

Tali livelli non sono tra loro sovrapponibili ne viceversa disarticolati, ma rappresentano ciascuno la risposta più idonea e appropriata da utilizzare sulla base di quanto i terapeuti hanno valutato nella fase di assessment.

[A] La scelta del setting deve essere fatta tenendo conto di tutti i parametri fisici/medici, psicologici/psichiatrici, familiari.

[A] Nel passaggio tra un setting e l'altro è necessario mantenere una continuità di cura.

[A] Tale continuità può essere favorita scegliendo un case-manager che coordini questi passaggi.

[A] L'ospedalizzazione è suggerita per i casi in cui i parametri medici sono di una certa gravità clinica.

[A] La dimissione da un setting residenziale e/o ospedaliero non si può basare solo sui parametri legati al peso.

[B] Nel caso di regime di ricovero, le evidenze indicano che gli esiti sono migliori quando i pazienti sono ricoverati in strutture specializzate nel trattamento dei DCA rispetto a quando sono ricoverati in contesti privi di specializzazione ed esperienza specifica.

[A] La terapia ambulatoriale rimane l'approccio di elezione, sia per ragioni cliniche che economiche.

[B] Il trattamento ambulatoriale per pazienti con un sottopeso rilevante è consigliato quando il paziente ha un'alta motivazione al trattamento, ha il sostegno della famiglia e i sintomi sono di breve durata.

[A] Ai soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale viene indicato un periodo di trattamento di tipo riabilitativo in strutture residenziali o semi-residenziali.

[A] Il regime residenziale costituisce un'alternativa efficace alla permanenza prolungata in regime ospedaliero.

[A] Il regime residenziale deve essere in grado di fornire un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale, ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti.

CAPITOLO TRATTAMENTI

Presa in carico

[A] È raccomandato un approccio multidisciplinare a carattere medico, psicologico, nutrizionale e sociale. Le figure professionali coinvolte dovrebbero essere, a seconda dell'età del soggetto: il medico di medicina generale o il pediatra di famiglia; psichiatri o neuropsichiatri infantili; psicologi; psicoterapeuti; nutrizionisti clinici; internisti o pediatri; dietisti.

[A] A tutti i livelli terapeutici è necessario rendere efficace la comunicazione fra i professionisti.

[A] La presa in carico psichiatrica si basa su un'alleanza terapeutica.

Scelta di trattamenti specifici per l' AN

Intervento nutrizionale

[A] La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per: il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psicologiche della malnutrizione.

[A] Durante il trattamento nutrizionale, l'introito calorico, l'andamento del peso, gli elettroliti, l'attività fisica devono essere monitorati.

[A] Quando il paziente si rifiuta di alimentarsi è necessario un intervento salvavita. Il sondino naso gastrico è preferibile ad un'alimentazione intravenosa. Per attivare una alimentazione forzata il clinico deve considerare attentamente tutti i parametri clinici, l'opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali.

[A] Il ritorno del ciclo mestruale deve avvenire in modo naturale attraverso una riabilitazione nutrizionale adeguata.

[A] Quando l'apporto di calcio è inadeguato, si può considerare di introdurre un supplemento, così come un supplemento di vitamina D quando non c'è una adeguata esposizione alla luce solare.

Interventi psicologici e farmacologici

[A] È opportuno che anche in fase acuta il programma di riabilitazione nutrizionale sia accompagnato da una psicoterapia individuale con finalità supportiva.

[B] Il tentativo di condurre una psicoterapia formale con pazienti con un grave sottopeso e pensieri ossessivi e negativistici può essere inefficace.

[A] Per bambini ed adolescenti la terapia familiare o il coinvolgimento della famiglia in gruppi psicoeducativi è l'intervento più efficace.

[C] Sulla base dell'esperienza clinica nelle forme croniche, per i pazienti che hanno difficoltà a verbalizzare i propri disagi, metodi terapeutici non verbali quali terapie occupazionali, artistiche e corporee possono essere utili.

[B] Per prevenire le ricadute, la psicoterapia CBT sembra essere la più efficace per la popolazione adulta.

[A] Trattamenti che hanno come obiettivo solo il raggiungimento dell'astinenza dal sintomo senza prendere in considerazione l'assetto cognitivo-emotivo e comportamentale del paziente non sono raccomandati.

[A] La decisione di prescrivere psicofarmaci si basa sullo stato clinico del paziente.

[A] Gli SSRI non facilitano l'aumento del peso, ma se combinati alla psicoterapia possono facilitare il trattamento.

[C] Per gli antipsicotici di seconda generazione mancano i dati certi, ma possono essere di aiuto rispetto alla dimensione ossessiva. Devono essere attentamente monitorati gli effetti extrapiramidali.

[B] La fluoxetina può essere utile, ma se è in corso psicoterapia CBT questo farmaco non aggiunge benefici nella prevenzione della ricaduta dopo che il peso è stato ripristinato.

[A] Gli antidepressivi possono essere utilizzati per il trattamento di sintomi depressivi, ansiosi, ossessivi-compulsivi o di altri disturbi psichiatrici concomitanti

Scelta di trattamenti specifici per la BN

Intervento nutrizionale:

[A] Il focus principale è la strutturazione di un programma alimentare finalizzato alla riduzione della sintomatologia alimentare. Un BMI nella norma non assicura un apporto nutrizionale appropriato.

Interventi psicosociali:

[A] La CBT si rivela la più efficace. Programmi di auto-aiuto semplici o assistiti da terapeuta risultano comunque efficaci.

[B] I pazienti che non rispondono a CBT possono rispondere ad una terapia interpersonale o alla fluoxetina o ad altri trattamenti quali psicoterapie di gruppo o terapia della famiglia.

[B] Interventi psicodinamici o interpersonali associati a CBT danno l'esito migliore.

[B] I pazienti con comorbidità psichiatrica richiedono un trattamento più lungo.

[A] La terapia familiare è indicata per gli adolescenti

[B] La terapia familiare può essere indicata per pazienti adulti che hanno interazioni conflittuali con la famiglia.

[B] La terapia di coppia è indicata per pazienti che hanno un rapporto conflittuale con il coniuge.

[C] Report clinici suggeriscono che approcci psicodinamici e psiconalitici individuali o di gruppo migliorano la sintomatologia alimentare.

Terapia farmacologica:

[A] Gli antidepressivi, in particolare SSRI (fluoxetina a dosaggi più elevati rispetto a quelli per la depressione) sono indicati ed efficaci per la parte iniziale del trattamento.

[B] Le evidenze a supporto dell'utilizzo della fluoxetina per la prevenzione delle ricadute sono limitate.

[A] I triciclici e gli inibitori MAO non sono raccomandati come trattamento iniziale.

[B] La combinazione di antidepressivi e psicoterapia dà l'esito migliore in alcuni studi.

[A] Il topiramato non ha sufficienti evidenze e può essere usato solo quando altri farmaci non sono stati efficaci. Il litio non è efficace.

Scelta di trattamenti specifici per il DAI

Intervento nutrizionale:

[A] Programmi di controllo del peso sono raccomandati per aiutare il paziente sia a perdere peso sia a ridurre la sintomatologia alimentare

Interventi psicosociali:

[A] La CBT individuale, di gruppo o di auto-aiuto sono raccomandati.

[B] La terapia “interpersonale” e “comportamentale dialettica” si sono rivelate efficaci per i sintomi comportamentali e psicologici.

[A] Gruppi di auto-aiuto possono essere efficaci nel ridurre a breve termine i sintomi alimentari nel DAI e le condotte bingeing/purging nella BN lieve

Terapia farmacologica:

[A] Antidepressivi, SSRI sono associati ad una riduzione della sintomatologia psichiatrica e alimentare a breve termine, ma non facilitano la perdita di peso.

[B] La sibutramina è efficace per la sospensione dell’abbuffata almeno a breve termine ed è associata ad una significativa perdita di peso. Il topiramato è allo stesso modo efficace ma ha maggiori effetti collaterali.

[B] L’aggiunta di antidepressivi alle terapie di controllo comportamentale sul peso come la CBT non hanno un significativo effetto sulla sospensione dall’abbuffata quando paragonati alla sola prescrizione farmacologica. La terapia farmacologica può comunque facilitare la perdita del peso e apportare benefici psicologici.

Edizioni Regione Umbria - 2013

Direzione Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza
Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare

Via M. Angeloni, 61 - 06124 Perugia
tel. 075 5045235 fax 075 5045569
www.regione.umbria.it

Finito di stampare nel mese di giugno 2013