

Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica

Silvia Bontempi¹ e Riccardo Dalle Grave²

¹Psicologa, Psicoterapeuta specializzata in Terapia Cognitiva, Verona

²Unità di Riabilitazione Nutrizionale. Casa di Cura Villa Garda. Garda (VR)

Riassunto

I disturbi dell'alimentazione sono un'importante causa di morbilità e mortalità nelle adolescenti e nelle giovani donne adulte. La classificazione corrente li divide in tre categorie diagnostiche: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, o NAS. I disturbi dell'alimentazione NAS costituiscono la più frequente diagnosi di disturbo dell'alimentazione effettuata nella pratica clinica, ma non sono stati studiati dalla ricerca. Recenti osservazioni hanno evidenziato che le tre categorie diagnostiche condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche e che esiste un movimento temporale tra un disturbo dell'alimentazione all'altro. Ciò suggerisce la necessità di adottare una prospettiva transdiagnostica che non tenga conto delle singole categorie diagnostiche. L'etiologia dei disturbi dell'alimentazione non è ancora completamente nota, anche se le più recenti evidenze suggeriscono l'esistenza di un'interazione tra predisposizione genetica e specifici fattori di rischio ambientali. Una forma particolare di terapia cognitivo comportamentale è attualmente il trattamento più efficace per la bulimia nervosa, mentre per l'anoressia nervosa e i disturbi dell'alimentazione NAS non sono ancora disponibili terapie basate sull'evidenza negli adulti. Una nuova forma di trattamento transdiagnostico, ideata per curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, è in corso di valutazione in studi controllati a livello ambulatoriale e di ricovero.

Summary

Eating disorders are a major cause of morbidity and mortality in adolescent and young adult women. The current classification divides eating disorders into three main diagnostic categories: anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified (NOS). Eating disorders NOS are the most common eating disorder diagnosis performed in clinical practice, but have not been studied by the research. Recent observations showed that the three diagnostic categories share most of the clinical characteristics and that there is a temporal movement between eating disorder categories. This suggests the need to adopt a transdiagnostic perspective, which does not take in account the individual diagnostic categories. The etiology of eating disorders is not yet fully understood, although recent evidences suggest the existence of an interaction between genetic predisposition and specific environmental risk factors. A particular form of cognitive behavioral therapy is currently the most effective treatment for bulimia nervosa, while no evidence-based therapies are not yet available for adults with anorexia nervosa and eating disorders NOS. A new form of transdiagnostic treatment, designed to treat all diagnostic categories of eating disorders, is under evaluation in controlled outpatient and inpatient studies.

Silvia Bontempi, Riccardo Dalle Grave, Disturbi dell'Alimentazione, N. 10, 2012, pp. 3-19.

Psicoterapeuti In-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: Viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Introduzione

I disturbi dell'alimentazione nelle ultime due decadi hanno attratto un grande interesse nei media e nella gente comune, ma tuttora costituiscono un enigma per i ricercatori e una difficile sfida per i clinici. Le loro cause non sono note, anche se un'interazione complessa di fattori biologici, psicologici e sociali sembra giocare un ruolo potenziale nell'aumentare il rischio del loro sviluppo. Negli ultimi anni, comunque, sono stati compiuti progressi significativi sia nella loro comprensione sia nel trattamento. In questa revisione sono riportati i dati della letteratura più recente sulle caratteristiche cliniche, decorso, patogenesi e trattamento dei disturbi dell'alimentazione.

Definizione

I disturbi dell'alimentazione sono definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta (Fairburn & Harrison, 2003).

Classificazione

Il DSM-IV distingue due principali disturbi dell'alimentazione, anoressia nervosa e bulimia nervosa, e un'eterogenea categoria definita con il termine disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS), ovvero condizioni che soddisfano la definizione di disturbo dell'alimentazione ma non i criteri diagnostici delle due principali categorie (American Psychiatric Association, 2000).

La caratteristica più tipica dell'anoressia nervosa è un severo calo ponderale e il raggiungimento di un peso corporeo molto basso (indice di massa corporea $\leq 17,5$ kg/m²). La perdita di peso è principalmente la conseguenza di una dieta fortemente ipocalorica, caratterizzata da regole rigide ed estreme. In alcuni casi, la dieta è associata a un'attività fisica eccessiva e compulsiva e ad altre forme estreme di controllo del peso, quali l'uso improprio di lassativi e diuretici. Lo sviluppo delle abbuffate, spesso soggettive (ovvero assunzioni di quantità non elevate di cibo con sensazione di perdita di controllo), è frequente e circa metà delle persone migra verso una diagnosi di bulimia nervosa. Il gruppo di lavoro del DSM-V ha raccomandato l'eliminazione del criterio amenorrea (<http://www.dsm5.org>), perché le persone che hanno tutti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa ad eccezione dell'amenorrea hanno problemi psicologici simili e una risposta simile al trattamento (Dalle Grave, Calugi, & Marchesini, 2008). Inoltre, il criterio amenorrea non può essere applicato alle donne che sono in menopausa o ai maschi. Sintomi comuni, quali la depressione, il deficit di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale, l'ossessività e l'isolamento sociale, peggiorano con la perdita di peso e spesso scompaiono con la normalizzazione ponderale. La perdita di peso

produce anche importanti cambiamenti nei test che valutano la personalità, come dimostrato dal Minnesota Study eseguito su individui sani volontari (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950). Dato che molti sintomi postulati come causa o come evidenza di comorbilità psichiatrica dell'anoressia nervosa sono in realtà secondari alla restrizione calorica e al sottopeso, i clinici dovrebbero essere consapevoli che un'accurata valutazione della personalità e del funzionamento psicologico dei pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione può essere effettuata solo dopo la completa normalizzazione del peso corporeo (Dalle Grave, Pasqualoni, & Marchesini, 2011).

Nella bulimia nervosa i tentativi di perdita di peso sono interrotti da frequenti episodi di abbuffate oggettive, ovvero assunzione di grandi quantità di cibo associata alla sensazione di perdita di controllo. Nella maggior parte dei casi, gli episodi bulimici sono seguiti da comportamenti eliminativi quali il vomito auto-indotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici; in misura meno frequente, da comportamenti non eliminativi quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo. I comportamenti di compenso eliminano solo una parte delle calorie assunte con le abbuffate e ciò spiega perché il peso delle persone affette da bulimia nervosa sia nella norma, oppure lievemente al di sopra, o lievemente al di sotto. Il gruppo di lavoro del DSM-V ha proposto di ridurre la soglia minima di frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di compenso necessaria per fare diagnosi di bulimia nervosa da due la settimana a una la settimana negli ultimi tre mesi (<http://www.dsm5.org>). Una revisione della letteratura ha trovato, infatti, che le caratteristiche degli individui riportanti una frequenza di un episodio la settimana erano simili a quelle che soddisfano l'attuale criterio del DSM-IV di due episodi la settimana. Nei casi tipici sono frequentemente presenti sintomi di depressione e ansia e, come nell'anoressia nervosa, un sottogruppo di pazienti (sovra rappresentato nel campione che frequenta i centri specialistici) abusa di sostanze e ha comportamenti autolesionistici (Fairburn, 1990).

I disturbi dell'alimentazione NAS costituiscono circa il 50% dei disturbi dell'alimentazione diagnosticati nei centri specialistici (Dalle Grave & Calugi, 2007; Fairburn & Bohn, 2005), ma purtroppo sono stati poco studiati dalla ricerca per l'assenza di criteri diagnostici positivi che delimitano in modo chiaro la loro diagnosi (Fairburn & Bohn, 2005). Da un punto di vista clinico si possono dividere in due gruppi principali (Fairburn & Bohn, 2005). Il primo ha caratteristiche cliniche simili all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma non soddisfa la soglia richiesta dai criteri diagnostici; esempi includono individui con peso leggermente sopra il limite richiesto per l'anoressia nervosa o con frequenza di episodi bulimici sotto la soglia richiesta per la bulimia nervosa. Tali casi possono essere definiti come casi di anoressia nervosa o bulimia nervosa

“sottosoglia”. Il secondo mostra le caratteristiche cliniche dell’anoressia nervosa e della bulimia nervosa combinate in modo differente tra loro; questi casi possono essere definiti come disturbi “misti”.

Nell’ambito dei disturbi dell’alimentazione NAS, ha ricevuto molta attenzione il *disturbo da alimentazione incontrollata* (BED). Sebbene condivide con la bulimia nervosa gli episodi bulimici, il BED presenta molte differenze con i due principali disturbi. Innanzitutto, colpisce un gruppo persone di età più avanzata ed è frequente anche negli uomini; inoltre, gli episodi bulimici non sono seguiti dall’utilizzo di comportamenti di compenso e si verificano nell’ambito di una tendenza generale a mangiare in eccesso, piuttosto che di restrizione dietetica. Ciò spiega la forte associazione del disturbo con l’obesità (Fairburn & Harrison, 2003). Queste differenze e una revisione sistematica della letteratura (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009) hanno portato il gruppo di lavoro de DSM-V (<http://www.dsm5.org>) a raccomandare la sua inclusione come categoria diagnostica distinta dall’anoressia e dalla bulimia nervosa.

Un’altra diagnosi, proposta da molti anni, che potrebbe collocarsi all’interno dei disturbi dell’alimentazione NAS è la *sindrome da alimentazione notturna* (NES). Questo disturbo si caratterizza per la presenza di mancanza di appetito la mattina, alimentazione in eccesso la sera, difficoltà ad addormentarsi e necessità di mangiare prima di addormentarsi, risvegli notturni accompagnati dalla necessità di mangiare per riuscire a riaddormentarsi. Il disturbo sembra essere associato anche a depressione e stress. In contrasto con l’assunzione di cibo che a volte avviene nei disturbi del sonno, nella sindrome da alimentazione notturna le persone sono consapevoli di quello che mangiano e tendono a non avere fame e a mangiare poco nella prima parte della giornata. La NES è stata inserita nei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione non altrimenti specificati dal gruppo di lavoro del DSM-V (<http://www.dsm5.org>) poiché i dati sono insufficienti per giustificare la sua inclusione come disturbo dell’alimentazione distinto. Nel 2010, comunque, l’International NES Working Group ha proposto dei criteri diagnostici specifici per la NES; tra questi, il criterio centrale è un incremento significativo dell’assunzione di cibo la sera o di notte, che si manifesta dal consumo di almeno il 25% dell’introito calorico dopo il pasto serale e/o dai risvegli notturni accompagnati dall’ingestione di cibo almeno due volte la settimana (Allison et al., 2010).

Distribuzione

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono distribuite prevalentemente nei Paesi occidentali e nella popolazione di sesso femminile (90% femmine per l'anoressia nervosa, proporzione incerta per la bulimia nervosa) (Fairburn & Harrison, 2003). L'anoressia nervosa colpisce le adolescenti e le giovani donne mentre la bulimia nervosa, sebbene possa colpire anche le adolescenti, è più comune tra le giovani donne. Rispetto alla classe sociale, sembra esserci una maggior prevalenza nelle classi sociali elevate per l'anoressia nervosa, mentre la bulimia nervosa sembra distribuirsi in modo omogeneo in tutte le classi sociali (Dalle Grave, 2011a). Poco si sa sulla reale distribuzione dei disturbi dell'alimentazione NAS, perché sono stati poco studiati dalla ricerca. Il BED sembra essere presente nel 5-10% dei pazienti che richiedono un trattamento per l'obesità e circa il 3% della popolazione ne è colpita nel corso della vita (Dalle Grave, 2011a).

Decorso

L'esordio dell'anoressia nervosa avviene tipicamente fra i 14 e i 18 anni, con una dieta restrittiva fortemente ipocalorica. Soprattutto nei soggetti più giovani il disturbo può essere di breve durata e spesso richiede un breve intervento (Fairburn & Harrison, 2003). In molti casi, però, il disturbo diventa stabile e richiede pertanto un trattamento intensivo e prolungato. Infine, nel 10-20% degli individui il disturbo è intrattabile e ha un andamento persistente nel tempo (Eddy et al., 2002). Le abbuffate si sviluppano frequentemente e in molti casi si verifica un passaggio dall'anoressia nervosa verso la bulimia nervosa o il disturbo dell'alimentazione NAS (Fairburn & Harrison, 2003). Fattori prognostici positivi sono l'età precoce d'insorgenza e la breve durata del disturbo; fattori prognostici negativi sono la lunga durata del disturbo, la severa perdita di peso e la presenza di abbuffate e vomito (Steinhausen, 2002). La morte è generalmente secondaria alle complicanze della denutrizione o al suicidio (Crow et al., 2009; Herzog et al., 2000).

La bulimia nervosa ha un esordio più tardivo rispetto all'anoressia nervosa e nella maggior parte dei casi inizia con una dieta ferrea. In un quarto dei casi, per un certo periodo gli individui soddisfano i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall, & Joyce, 1996) e, dopo un tempo variabile, compaiono gli episodi bulimici che interrompono la restrizione alimentare e fanno sì che il peso corporeo sia mantenuto nella norma, o vicino alla norma. Il disturbo è auto-perpetuante e, mediamente, i pazienti ricevono la prima cura cinque anni dopo l'esordio (Mitchell, Hatsukami, Eckert, & Pyle, 1985). Il 30-50% dei pazienti presenta ancora un disturbo dell'alimentazione cinque e dieci anni più tardi, a volte nella forma NAS (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000). Alcune evidenze sembrano indicare che la presenza di

obesità nell'infanzia, bassa auto-stima e disturbo di personalità siano associati a una prognosi peggiore (Fairburn & Harrison, 2003).

Poco si sa sul decorso dei disturbi dell'alimentazione NAS; uno studio ha evidenziato che il disturbo persiste nella maggior parte dei casi dopo tre anni dall'insorgenza e che, nella metà dei casi, evolve in anoressia nervosa o bulimia nervosa (Herzog, Hopkins, & Burns, 1993). Le ricerche realizzate negli ultimi anni hanno evidenziato che, nei pazienti che non guariscono dall'anoressia nervosa, il passaggio alla bulimia nervosa è frequente; lo stesso si può dire per i disturbi dell'alimentazione NAS. Questi, infatti, sono l'esito comune dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, che a sua volta tipicamente inizia come anoressia nervosa o disturbo dell'alimentazione NAS.

Infine, pochi dati sono disponibili sul decorso del BED. I pazienti riportano in genere una lunga storia di abbuffate che aumentano di frequenza nei periodi di stress, ma riferiscono anche lunghi periodi liberi da episodi bulimici (Fairburn & Harrison, 2003). I dati provenienti da studi sulla storia naturale (Cachelin et al., 1999; Fairburn, et al., 2000) e dai trial farmacologici (Dingemans, Bruna, & van Furth, 2002) indicano che il BED è caratterizzato da un elevato tasso di guarigione spontanea, con un tasso di remissione a quattro anni dell'82% in confronto al 47% osservato nella bulimia nervosa e al 57% nell'anoressia nervosa (Agras, Crow, Mitchell, Halmi, & Bryson, 2009). Nei casi che non vanno in remissione, la migrazione del BED verso l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa è rara (Keel & Brown, 2010).

Patogenesi

I dati provenienti dalla ricerca più recente indicano che i disturbi dell'alimentazione sembrerebbero derivare dalla combinazione complessa di predisposizione genetica e fattori di rischio ambientali (Fairburn & Harrison, 2003). Rimangono tuttavia sconosciuti i processi causali individuali coinvolti e il modo in cui i fattori genetici interagiscano con quelli ambientali. Gli studi sono stati eseguiti soprattutto nell'anoressia nervosa e con minor frequenza nella bulimia nervosa, mentre non ci sono dati sulla patogenesi dei disturbi dell'alimentazione NAS.

La tabella 1 riporta un elenco dei potenziali fattori di rischio evidenziati da una serie di studi integrati retrospettivi caso-controllo eseguiti sulla collettività (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997) e da alcuni studi prospettici (McKnight longitudinal risk factor study, 2003; Stice, Ng, & Shaw, 2010) sull'anoressia nervosa e sulla bulimia nervosa. I fattori di rischio generali si riferiscono a condizioni non modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare i disturbi dell'alimentazione; quelli individuali-specifici si

riferiscono, invece, a condizioni che colpiscono in modo specifico il sottogruppo di individui che sviluppa il disturbo dell'alimentazione (Dalle Grave, 2012a).

Fattori di rischio generali

Sesso femminile

Adolescenza e prima età adulta

Vivere in una società occidentale

Fattori di rischio individuali-specifici

Storia familiare

Disturbi dell'alimentazione di qualsiasi tipo

Depressione

Alcolismo (bulimia nervosa)

Obesità (bulimia nervosa)

Tratti ossessivi e perfezionistici (anoressia nervosa)

Esperienze premorbose

Problemi con i genitori (specialmente basso contatto, alte aspettative, dispute genitoriali)

Abusi sessuali

Diete tra i familiari

Commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o altri

Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza

Esposizione ad immagini di persone magre nei media*

Caratteristiche premorbose

Obesità (bulimia nervosa)

Bassa auto-stima

Perfezionismo (anoressia nervosa e in minor misura bulimia nervosa)

Interiorizzazione dell'ideale di magrezza

Ansia e disturbi d'ansia

A condizionare l'ingresso nel DA vi sarebbero inoltre una serie di fattori precipitanti, che intervengono entro un anno precedentemente alla comparsa del disturbo stesso.

Tabella 1. Principali fattori potenziali dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa . Tratta da Dalle Grave R. (2012). Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Positive Press: Verona. Riprodotta con il permesso dell'editore.

Trattamento

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione ha compiuto numerosi progressi, ma molti altri ne deve fare. Nel 2004, nel Regno Unito, il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha

pubblicato le linee guida per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione che hanno migliorato significativamente i limiti delle precedenti raccomandazioni delle associazioni professionali o di specialisti autorevoli (National Institute of Clinical Excellence, 2004). Le linee guida NICE sono basate sull'evidenza scientifica e le raccomandazioni utilizzano il seguente sistema di gradazione gerarchico:

- Grado A: l'evidenza deriva da almeno uno studio randomizzato.
- Grado B: l'evidenza deriva da studi clinici ben condotti, ma non randomizzati.
- Grado C: l'evidenza deriva dall'opinione di esperti, ma non da studi clinici.

Le raccomandazioni prodotte dalle NICE per i disturbi dell'alimentazione sono più di 100 e, purtroppo, sono quasi tutte di Grado C. La tabella 2 mostra le principali raccomandazioni con un grado di evidenza A o B.

Terapia cognitivo comportamentale per gli adulti con bulimia nervosa (CBT-BN) e BED (grado di evidenza A).

Terapia interpersonale per gli adulti con bulimia nervosa e BED (grado di evidenza B).

Terapia basata sulla famiglia con "pasti familiari" per gli adolescenti (meno di 18 aa) con anoressia nervosa (grado di evidenza B).

Terapia farmacologica con antidepressivi per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B).

Auto-aiuto con manuali per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B).

Tabella 2. Le principali raccomandazioni NICE con grado di evidenza A o B.

Derivata da National Institute of 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.

Le poche raccomandazioni con Grado A e B delle linee guida NICE sottolineano che per migliorare le raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione molti problemi devono ancora essere risolti.

Nella bulimia nervosa sono necessarie nuove strategie terapeutiche per migliorare l'efficacia dei trattamenti disponibili. La CBT-BN, pur essendo il trattamento più efficace disponibile per gli adulti, ottiene un tasso di remissione attorno al 40%. È anche necessario sviluppare trattamenti efficaci per gli adolescenti e testare l'efficacia della CBT-BN nel mondo reale fuori dai centri di ricerca.

Nell'anoressia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS c'è una mancanza di terapie basate sull'evidenza scientifica per gli adulti; per il BED nessun trattamento sembra essere efficace nel determinare una perdita di peso a lungo termine. La terapia basata sulla famiglia ottiene risultati positivi nel 50% circa dei pazienti ed è stata confrontata in solo due studi controllati con la terapia di supporto e la terapia individuale psicodinamica focalizzata per gli adolescenti: due terapie che non hanno un'evidenza di efficacia e che non affrontano il problema del sottopeso e della restrizione calorica. Non è perciò chiaro se i risultati positivi ottenuti dalla terapia basata sulla famiglia siano attribuibili al coinvolgimento dei famigliari o al suo focus prevalente sulla normalizzazione del peso corporeo.

In tutti i disturbi dell'alimentazione, infine, è necessario valutare l'efficacia reale di livelli di cura più intensivi come ad esempio il day-hospital e il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva.

Terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E)

Per affrontare alcuni dei problemi evidenziati dalle NICE, è stato sviluppato recentemente un trattamento derivato dalla CBT-BN chiamato CBT-E (E = *Enhanced* - tr. it. migliorata). Il trattamento è basato sulla *teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica* sviluppata presso l'Università di Oxford (UK), che considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che tre disturbi separati come proposto dalla classificazione DSM-IV (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Secondo gli autori inglesi due osservazioni sembrano indicare che la classificazione medica dei disturbi dell'alimentazione sia un artefatto e non una descrizione accurata della realtà clinica, dunque che esista un'unica categoria diagnostica: (1) i disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche (vedi tabella 3); (2) i disturbi dell'alimentazione tendono a persistere nel tempo modificandosi, ma non a evolvere in altri disturbi mentali (vedi figura 1).

Secondo la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, la psicopatologia specifica e centrale dei disturbi dell'alimentazione è *l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione*. Si definisce "specifica", perché è presente solo nei disturbi dell'alimentazione, e "centrale", perché la maggior parte delle caratteristiche cliniche osservate negli individui con disturbi dell'alimentazione deriva direttamente o indirettamente da essa. Mentre la maggior parte delle persone si valuta sulla base delle prestazioni in vari domini della sua vita (es.: la qualità delle relazioni, della prestazione al lavoro, dei risultati sportivi), quelle con disturbi

dell'alimentazione giudicano il proprio valore largamente, e in alcuni casi esclusivamente, in termini di alimentazione, peso, forma del corpo e loro controllo (Fairburn, et al., 2003).

Caratteristiche cliniche	AN	BN	DA NAS
Psicopatologia specifica			
Eccessiva valutazione dell'alimentazione, peso e forma del corpo	+++	+++	++
Preoccupazioni per alimentazione, peso e forma del corpo	+++	+++	++
Dieta estrema e rigida	+++	++	++
Episodi bulimici	+	+++	++
Vomito auto-indotto	+	++	+
Uso improprio di lassativi	+	++	+
Uso improprio di diuretici	+	+	+
Esercizio fisico eccessivo e compulsivo	++	+	+
Altri comportamenti di compenso	+	+	+
Check dell'alimentazione	+++	+	+
Check del corpo	+++	+++	++
Evitare l'esposizione del corpo	+	++	++
Sensazione di essere grassi	+++	+++	+++
Basso peso e sindrome da denutrizione	+++	+	+
Psicopatologia generale			
Sintomi depressivi	+	+++	
Sintomi di ansia	+	++	
Sintomi ossessivi	++	+	
Uso improprio di sostanze	-/+	+	
Personalità			
Valutazione negativa di sé	++	++	
Perfezionismo	++	++	
Impulsività	-/+	+	

AN = Anoressia nervosa; BN = bulimia nervosa; DA-NAS = disturbi dell'alimentazione NAS. I problemi psicologici generali e la personalità dei DA-NAS non sono riportati perché sono stati poco studiati.

Tabella 3. I disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche. Tratta da Dalle Grave R. (2012). Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Positive Press: Verona. Riprodotta con il permesso dell'editore.

Dalla psicopatologia specifica e centrale derivano direttamente e indirettamente altri processi che a loro volta contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione. Fra questi i più

importanti sono la restrizione dietetica cognitiva e/o calorica, le abbuffate favorite dalla restrizione alimentare, gli effetti negativi delle abbuffate sulla preoccupazione per il peso e la forma del corpo e sul senso di essere in controllo, l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo, l'uso improprio di lassativi e diuretici, i sintomi da denutrizione associati al sottopeso che aumentano la necessità di controllare l'alimentazione (Dalle Grave, Di Pauli, Sartirana, Calugi, & Shafran, 2007, Dalle Grave, Di Pauli, Sartirana, Calugi, Shafran, 2007), il check del corpo (Calugi, Dalle Grave, Ghisi, & Sanavio, 2006) e l'evitamento dell'esposizione del corpo, l'etichettamento inaccurato della sensazione di essere grassi. La figura 2 riporta una rappresentazione schematica dei più importanti meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione secondo la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica.

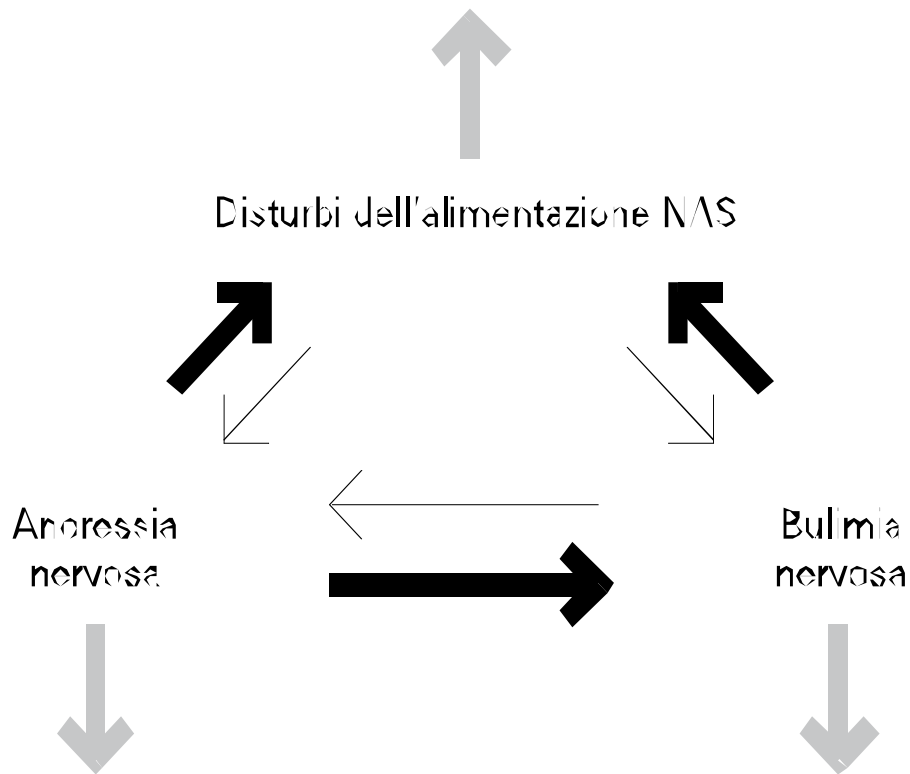


Figura 1. La migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra. La dimensione delle frecce indica la probabilità del movimento nella direzione indicata. Le frecce in grigio indica- no l'uscita dal disturbo dell'alimentazione. Tratta da Dalle Grave R. (2012). Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Positive Press: Verona. Riprodotta con il permesso dell'editore.

La teoria sostiene anche che in un sottogruppo di individui possono operare, interagendo con i processi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione descritti sopra, anche uno più dei

seguenti meccanismi di mantenimento aggiuntivi (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, & Hawker, 2008) (figura 3): perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali. L'intolleranza alle emozioni, inclusa inizialmente come meccanismo aggiuntivo della psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione (Fairburn, et al., 2003), è stata incorporata nella versione più recente della teoria all'interno dei meccanismi di mantenimento specifici (Fairburn, 2008). Vi sono evidenze sempre maggiori che l'interruzione dei fattori di mantenimento sia necessaria per la guarigione dal disturbo dell'alimentazione (Fairburn, et al., 2003).

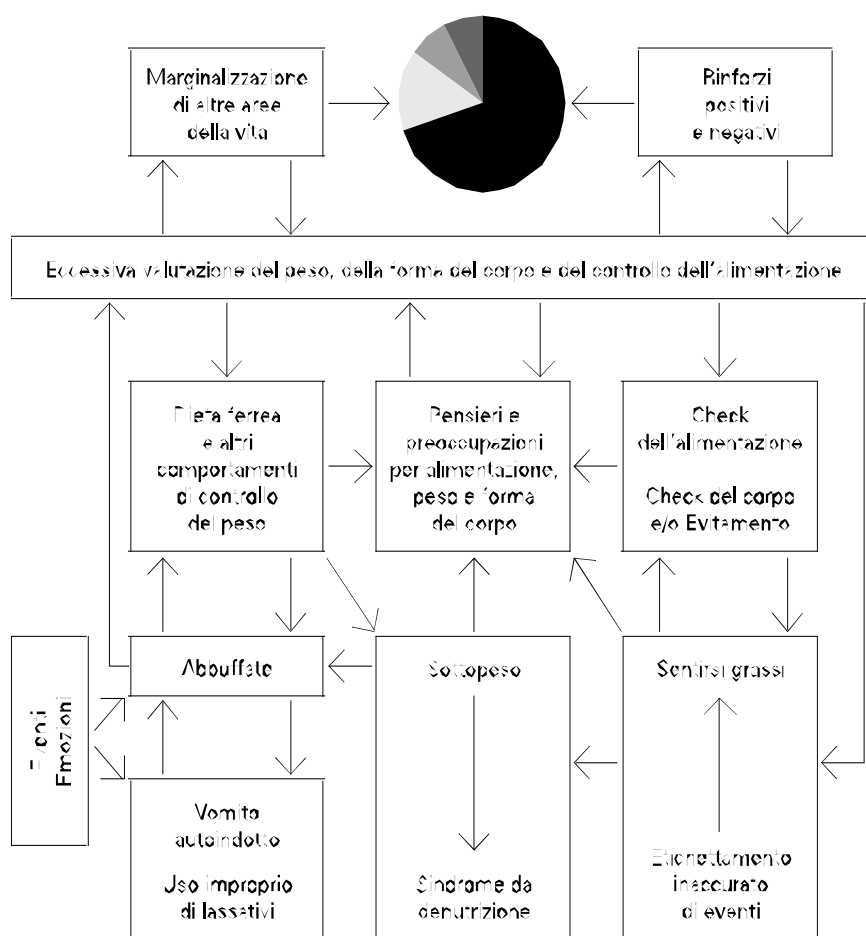


Figura 2. Formulazione che include i principali meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione della teoria transdiagnostica.
Da Dalle Grave R. (2012). *Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione*. Positive Press: Verona. Riprodotta con il permesso dell'editore.

Dalla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica è stata derivata la CBT-E (Fairburn, et al., 2003), un trattamento ideato per curare tutti disturbi dell'alimentazione. Nel nuovo trattamento

la diagnosi del disturbo dell'alimentazione non è rilevante per la cura, piuttosto il suo contenuto è dettato dalla psicopatologia e dai meccanismi di mantenimento presenti nel singolo paziente.

La CBT-E è stata inizialmente ideata come forma di cura ambulatoriale per pazienti adulti. La collaborazione del gruppo di Oxford con l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale di Villa Garda, ha portato ad adattare la CBT-E anche per livelli più intensivi di cura, come ad esempio il ricovero riabilitativo ordinario, il day-hospital e il trattamento ambulatoriale intensivo (Dalle Grave, 2011b, 2012b; Dalle Grave, Bohn, Hawker, & Fairburn, 2008). La CBT-E è stata anche adattata per i pazienti adolescenti trattati sia a livello ambulatoriale sia a livello di ricovero e per pazienti che presentano condizioni mediche e psichiatriche coesistenti al disturbo dell'alimentazione. La disponibilità di diverse intensità di cura - dal trattamento ambulatoriale al ricovero - permette di somministrare la CBT-E all'interno di un modello di trattamento a passi successivi, chiamato CBT-E Multi-Step, che possono essere adattati in base alle risorse disponibili nella comunità e alle necessità del paziente. La caratteristica unica e distintiva della CBT-E Multi-Step è che a ogni livello di cura sono applicate la stessa teoria e le medesime procedure terapeutiche. L'unica differenza è l'intensità del trattamento: meno intenso nella CBT-E ambulatoriale, più intenso nella CBT-E ospedaliera.

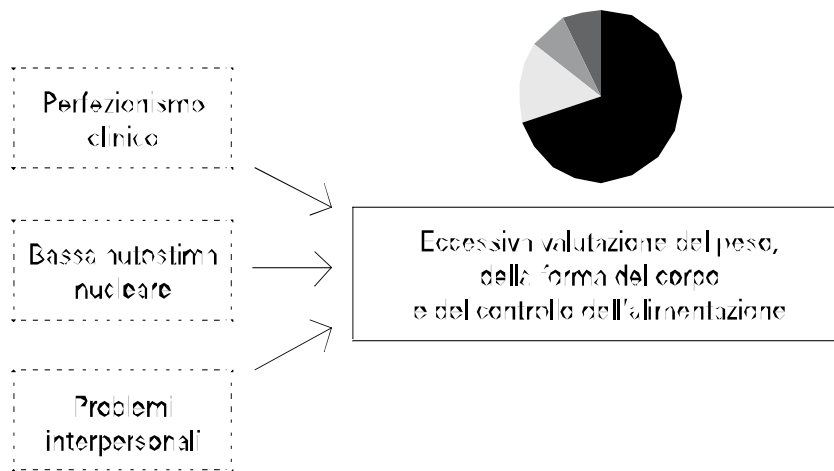


Figura 3. I tre meccanismi di mantenimento aggiuntivi dei disturbi dell'alimentazione secondo la teoria transdiagnostica
Da Dalle Grave R. (2012). *Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione*. Positive Press: Verona. Riprodotta con il permesso dell'editore.

La CBT-E può essere somministrata in due versioni. La versione "focalizzata" (CBT-Ef) affronta esclusivamente i meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione ed è

considerata la versione standard del trattamento. La versione “allargata” (CBT-Ea) affronta anche uno o più dei tre meccanismi di mantenimento aggiuntivi descritti dalla teoria transdiagnostica (perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali) in moduli che vanno aggiunti alla CBT-Ef. Questa forma di trattamento dovrebbe essere riservata ai pazienti in cui i problemi aggiuntivi sono molto marcati e contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione.

Il protocollo del trattamento è stato descritto in modo dettagliato in un manuale per i terapeuti disponibile in lingua italiana (Fairburn, 2010) e in un manuale per i pazienti (Dalle Grave, 2012a).

La CBT-E, valutata nella bulimia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS non sottopeso, determina un tasso di remissione in chi completa il trattamento del 60-70% (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Bohn, Hawker et al., 2009). Due recenti studi, uno sugli adulti (Dalle Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2012) e uno sugli adolescenti (Fairburn et al., 2012), hanno evidenziato che due terzi dei pazienti completa la CBT-E e tra chi la completa si verifica una risposata sostanziale e ben mantenuta a 60 settimane di follow-up. Dati preliminari, che stanno emergendo sull'applicazione della CBT-E a livello di ricovero su pazienti con anoressia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS sottopeso, sono promettenti e indicano che i cambiamenti osservati (normalizzazione del peso e dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) sembrano ben mantenuti anche dopo la conclusione a 12 mesi di follow-up in circa il 60% di casi (Fairburn, Cooper, Palmer, & Dalle Grave, 2008).

Direzioni future

Da quanto descritto in questa revisione sui disturbi dell'alimentazione emergono numerose linee di ricerca e priorità di assistenza che dovranno essere affrontate nei prossimi anni.

Per quanto riguarda la patogenesi, la ricerca dovrà focalizzarsi sui processi che regolano la relazione genetica-ambiente e valutare i potenziali fattori di rischio con studi prospettici di lunga durata. Appare necessario e urgente rivedere l'attuale sistema classificatorio dei disturbi dell'alimentazione; i tre disturbi dell'alimentazione maggiori (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS) sembrano, infatti, avere molti più caratteristiche cliniche in comune che elementi che li distinguono. Inoltre, il 50% circa dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione che richiede un trattamento con l'attuale sistema di classificazione ottiene una diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS (disturbo che nelle intenzioni dei classificatori doveva rappresentare un piccola parte di individui affetti da disturbi dell'alimentazione). Il risultato negativo di questo incidente classificatorio è che gli individui con disturbo dell'alimentazione NAS non sono stati praticamente studiati dalla ricerca. È urgente compiere anche in Italia studi di

incidenza per valutare se effettivamente si stia verificando un aumento reale dell'anoressia nervosa e degli altri disturbi dell'alimentazione e per capire quante risorse economiche dovremo dedicare al loro trattamento. Poiché anche il miglior trattamento non riduce l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione, è auspicabile che maggiori fondi siano dedicati alla valutazione dell'efficacia di specifici programmi di prevenzione di queste disturbi.

Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, una priorità da affrontare è quella di disseminare forme di trattamento basate sull'evidenza come ad esempio la CBT-E, che è scarsamente applicata in Italia perché non è insegnata nel curriculum di studio tradizionale. È auspicabile anche che si inizi a richiedere, per l'accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la presentazione di dati su studi di esito delle terapie effettuate e che si spingano i centri di ricerca a compiere studi controllati per valutare l'efficacia di terapie, fino ad ora testate solo nei Paesi anglosassoni. È urgente aumentare il numero di strutture dedicate alla riabilitazione intensiva ospedaliera dei casi di anoressia nervosa e degli altri disturbi dell'alimentazione che non rispondono al trattamento ambulatoriale; il numero delle strutture attualmente presenti nel nostro paese è del tutto insufficiente a soddisfare le richieste e i pochi reparti specialistici presenti sono gravati da lunghissime liste d'attesa. È anche opportuno sperimentare forme intensive di cura che non richiedono l'ospedalizzazione, come ad esempio il trattamento ambulatoriale intensivo con pasti consumati in ambulatorio con l'assistenza di un terapeuta. Infine, appare urgente ripensare il trattamento sanitario obbligatorio per quel sottogruppo di pazienti che abbisognano di questa forma di cura estrema. In Italia le strutture deputate alla gestione di questo trattamento non sono state ideate per i pazienti affetti da anoressia nervosa che richiedono, oltre all'alimentazione artificiale forzata, un supporto specialistico per fronteggiare le loro problematiche comportamentali, cognitive, emotive e relazionali.

Bibliografia

- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A., & Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 565-570.
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., et al. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 45-54.

- Calugi, S., Dalle Grave, R., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). Validation of the Body Checking Questionnaire (BCQ) in an Eating Disorders Population *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(2), 233-242
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., et al. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346.
- Dalle Grave, R. (2011a). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160.
- Dalle Grave, R. (2011b). Intensive cognitive behavioural treatment for eating disorders. *European Psychiatric Review*, 4(1), 59-64.
- Dalle Grave, R. (2012a). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale* Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2012b). *Intensive Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders*. Hauppauge, NY: Nova.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. (2012). Enhanced CBT for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Palmer, R. L., Doll, A. H., O'Connor, M. E., & Dalle Grave, R. (2012). A UK-Italy study of enhanced cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>.
- Dalle Grave, R., Bohn, K., Hawker, D., & Fairburn, C. G. (2008). Inpatient, day patient, and two forms of outpatient CBT-E. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 231-244). New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 340-349.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1290-1294.
- Dalle Grave, R., Di Pauli, D., Sartirana, M., Calugi, S., & Shafran, R. (2007). The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*, 12(3), 108-113.
- Dalle Grave, R., Pasqualoni, E., & Marchesini, G. (2011). Symptoms of Starvation in Eating Disorder Patients. In V.R. Preedy Watson & C. R. Martin (Eds.), *Handbook of Behavior, Food and Nutrition* (pp. 2259-2269): Springer Science+Business Media: New York.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26(3), 299-307.
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord*, 31(2), 191-201.
- Fairburn, C. G. (1990). Bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 300(6723), 485-487.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Firenze: Eclipsi di IPSICO.
- 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(6), 691-701.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2008). *Enhanced CBT (CBT-E) for Anorexia Nervosa*. Paper presented at the Eating Disorders Research Society 14th Annual Meeting.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker, D. (2008). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 47-123). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.

- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., et al. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26.
- Herzog, D. B., Hopkins, J. D., & Burns, C. D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 261-267.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 482-485.
- National Institute of 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.
- Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. (2003). *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., Gendall, K. A., & Joyce, P. R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 253-261.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*.

Silvia Bontempi

Psicologa, Psicoterapeuta Specializzata a Verona, didatti: Elena Prudetti e Franco Baldini

e-mail: bontempi.silvia@tiscali.it

Riccardo Dalle Grave

Unità di Riabilitazione Nutrizionale. Casa di Cura Villa Garda. Garda (VR)

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it