

# **La diagnosi e l' assessment nei Disturbi dell' Alimentazione**

Patrizia Moretti

# Disturbi dell'Alimentazione

disturbi psichiatrici complessi **caratterizzati da:**

- alterazioni del comportamento alimentare
- frequenti complicanze mediche
- elevata comorbidità psichiatrica

## Caratteristiche dei Disturbi dell'Alimentazione

- **I disturbi alimentari sono caratterizzati da:**
  - scarsa consapevolezza di malattia
  - bassa percentuale di richiesta d'aiuto
  - scarsa convinzione di sé (*self-efficacy*)
  - elevata frequenza di drop-out all'inizio e durante il trattamento

- 

# LA DIAGNOSI

# Approccio Diagnostico Dimensionale

**Si definisce DIMENSIONE PSICOPATOLOGICA**

un insieme di sintomi e segni che sono indicativi di una funzione alterata e che abbiano elevata specificità per la stessa.

La dimensione psicopatologica rappresenta l' estremo psicopatologico di un continuum che vede all' altro estremo la normalità.

**Evita la suddivisione dei disturbi in entità separate**

Consente di individuare precocemente il legame con altri disturbi e di tenere conto delle dimensioni del sottosoglia

ESAME DI  
REALTA'

AN restrittiva

AN  
con condotte di  
eliminazione

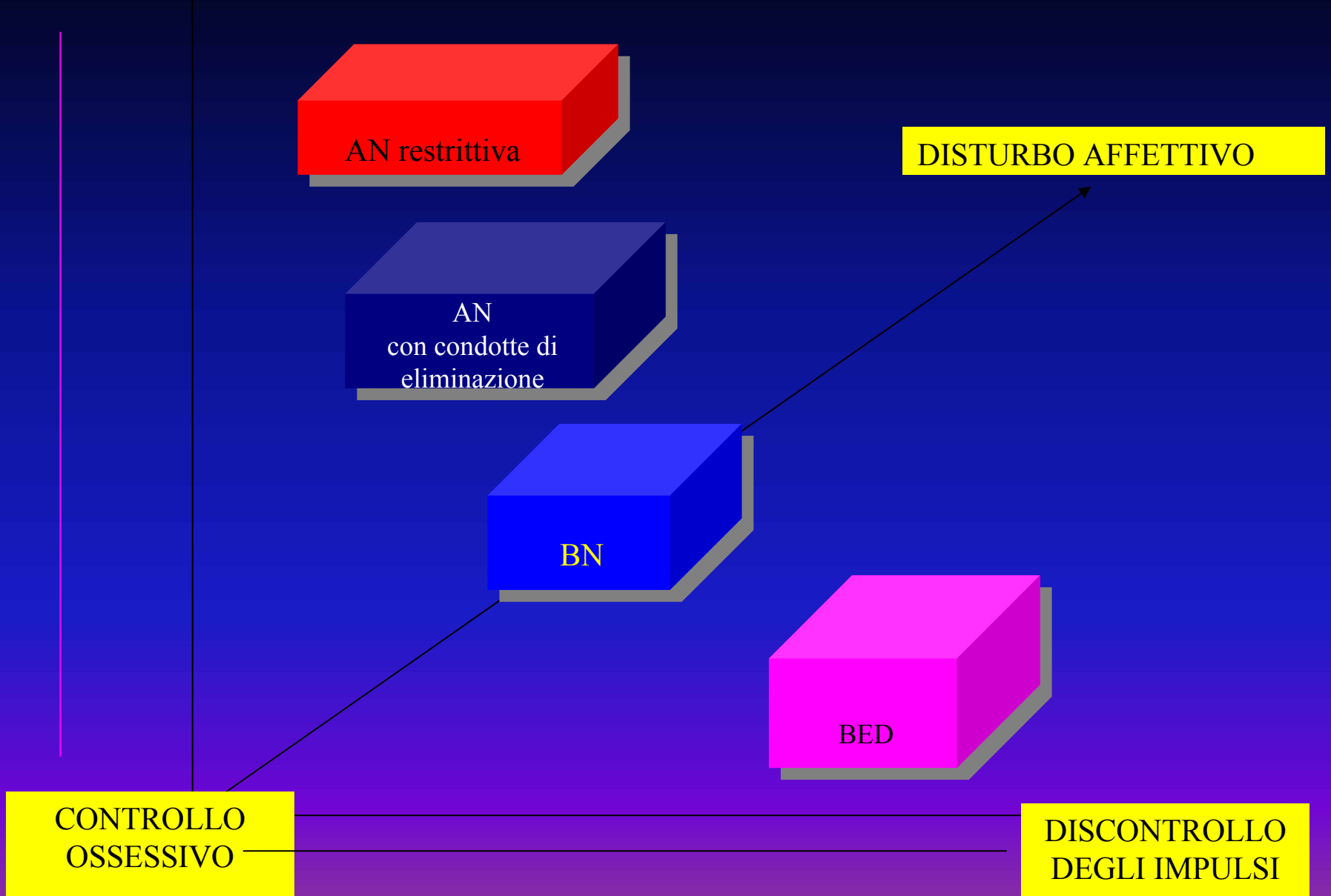
BN

DISTURBO AFFETTIVO

BED

CONTROLLO  
OSSESSIVO

DISCONTROLLO  
DEGLI IMPULSI



# Approccio diagnostico Categoriale

I disturbi psichiatrici vengono prevalentemente classificati su base sindromica.

Una sindrome è un raggruppamento caratteristico di sintomi di stato e di decorso tra loro correlati

Le sindromi vengono indicate nei sistemi classificativi come disturbi.

A loro volta inseriti in sistemi standardizzati dove diventano categorie diagnostiche

# Approccio diagnostico Categoriale 2

La diagnosi può essere fatta solo se sono soddisfatti i criteri minimi diagnostici necessari per rientrare in una delle categorie.

- Esistono entità nosografiche chiaramente distinte e separate
- nella diagnosi si deve procedere secondo criteri di presenza/ assenza quindi per alberi decisionali



# APPROCCIO DIAGNOSTICO CATEGORIALE 3

- Il sistema di classificazione categoriale più utilizzato è il DSM IV TR.

# Inquadramento nosografico clinico-descrittivo

- **Anoressia Nervosa** 
  - Con restrizioni
  - Con abbuffate/condotte di eliminazione
- **Bulimia Nervosa** 
  - Con condotte di eliminazione
  - Senza condotte di eliminazione
- **Disturbo dell'Alimentazione NAS**
- **Disturbo da Alimentazione Incontrollata**

# Nucleo psicopatologico

- Patologica paura di ingrassare
- Valutazione di Sé in termini di forma e di peso corporei
- Presenza/ Assenza di Condotte compensatorie (lassativi, vomito, attività fisica coatta, digiuno)

**Ideazione di tipo ossessivo** nei riguardi della propria immagine corporea e del controllo del cibo

**Ideazione di tipo fobico** verso il proprio corpo con timore di ingrassare e sensazione di essere grassa

# Diagnosi dispercettiva (Bruch 1973)

- Anoressia mentale primitiva
- Anoressia mentale atipica
- Malnutrizione psicogena
- Obesità psicogena

# Continuum Anoressico-Bulimico

Anoressia di tipo restrittivo

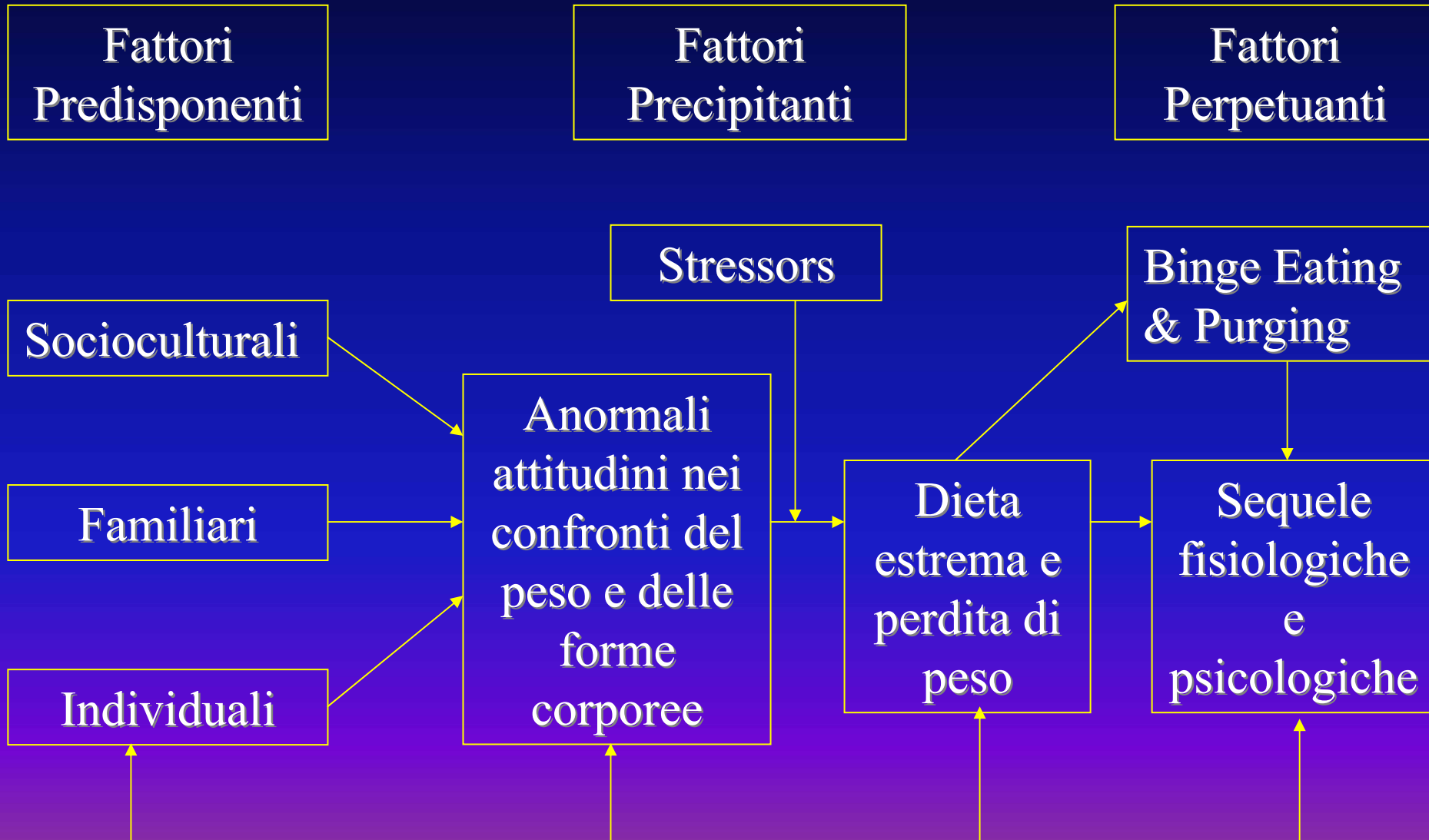
Anoressia di tipo bulimico

Bulimia con pregressa storia di anoressia

Bulimia senza storia di anoressia

(Miekalide e Andersen, 1985)

# Il modello multidimensionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare (adattato da Gamar, 1993)



# Fattori Predisponenti Individuali

- Traumi perinatali
- Sviluppo deficitario di autonomia identità autostima con eccessiva preoccupazione per peso corporeo accompagnato da errata rappresentazione dei bisogni
- Disturbi sfera percettiva e cognitiva
- Patologie concomitanti: sovrappeso, diabete



# Fattori Predisponenti Familiari

- Parametri educativi centrati su alimentazione, forma fisica bellezza
- Familiarità per disturbi affettivi, abuso di sostanze ,DCA, obesità
- Disturbi della comunicazione genitori figli con particolari stili di attaccamento, di coping,
- Abusi sessuali

# Fattori Predisponenti Culturali

- Modelli estetici di magrezza e scotomizzazione caratteri sessuali secondari
- Modelli di performances con conflitto tra le caratteristiche femminili di passività, ubbidienza, cura e quelle maschili di successo, potenza aggressività

# Fattori Scatenanti

- Dieta
- Separazioni e perdite con alterazione dell'omeostasi familiare
- Nuove richieste dell'ambiente con minaccia diretta all'autostima
- Malattie concomitanti

# Fattori Perpetuanti

- Restrizione alimentare prolungata
- Vomito
- Disturbi dell' immagine corporea
- Condotte di eliminazione
- Abbuffate
- Vantaggi secondari e primari
- Funzionamento dell' Io
- Comorbidità psichiatrica

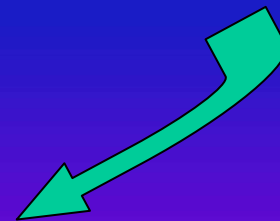
Restrizione alimentare



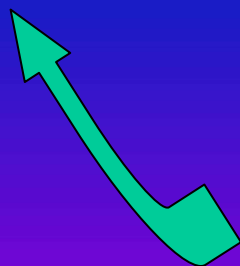
Perdita di peso e  
Bisogno di cibo



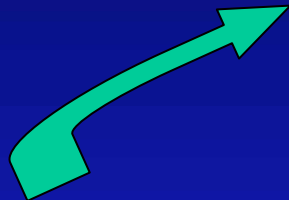
Abbuffata



Senso di colpa



Vomito  
autoindotto



# Inquadramento nosografico clinico-descrittivo

- Anoressia Nervosa
  - Con restrizioni
  - Con abbuffate/condotte di eliminazione
- Bulimia Nervosa
  - Con condotte di eliminazione
- Disturbo dell'Alimentazione Non Specifico
  - Senza condotte di eliminazione
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata

# Criteri diagnostici per F50.0 Anoressia Nervosa [307.1]

# Criterio A

A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).



# Criteri B e C

- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

# Criterio D

D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

# Specificare il sottotipo:

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

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

# **Criteri diagnostici per F50.2 Bulimia Nervosa [307. 51]**

# Criterio A

Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es., due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili
- 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

# Criteri B e C

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

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

# Criteri D ed E

- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

# Specificare il sottotipo

**Con Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

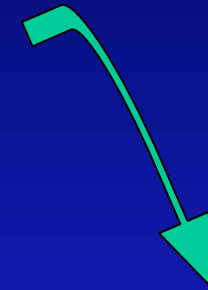
**Senza Condotte di Eliminazione:** nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.



Aumento assunzione cibo

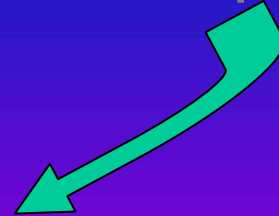


Aumento di peso e  
Bisogno di cibo

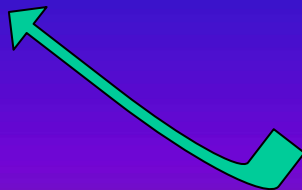


Iperfagia

Compulsione per il cibo

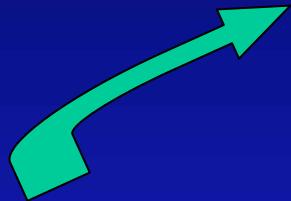


Autosvalutazione



Riduzione attività  
compensatorie

Isolamento



# **Criteri di ricerca per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata**

# Criterio A

**Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:**

- 1) mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili**
- 2) sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).**

# Criteri B e C

**B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:**

- 1) mangiare molto più rapidamente del normale**
- 2) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni**
- 3) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati**
- 4) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando**
- 5) sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.**

**C. È presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.**

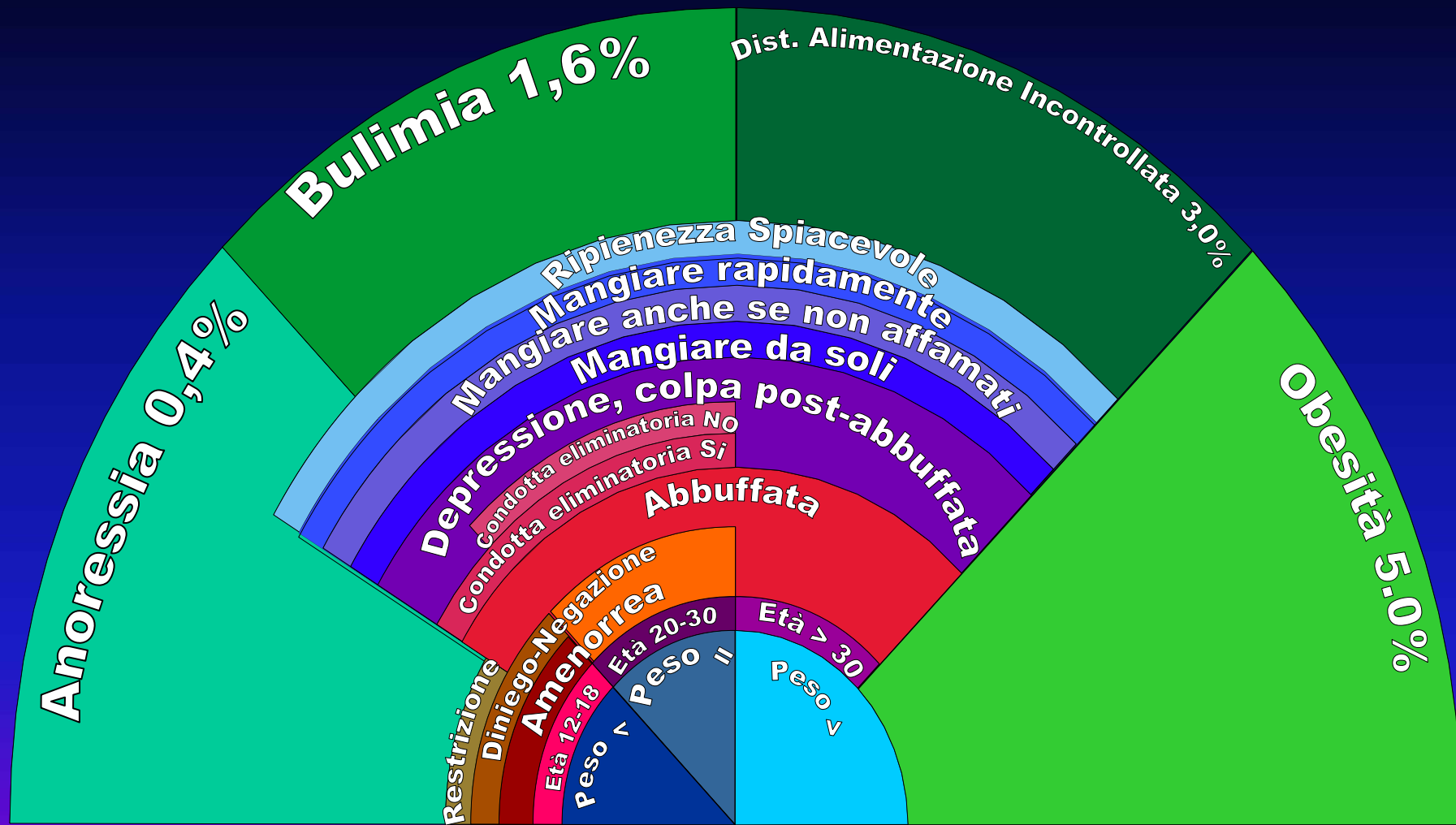
# Criterio D

**Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.**

**Nota Il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la Bulimia Nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata.**

# Criterio E

**L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.**



$$\text{BMI} = \text{PESO KG} / \text{ALTEZZA}^2$$



# Determinazione BMI

BMI: livelli	Categorie di peso
$18 < 25$	Normopeso
$25 < 27$	Lieve sovrappeso
$27 < 30$	Sovrappeso
$30 < 35$	Obesità I
$35 < 40$	Obesità II
$> 40$	Obesità III

# L' assessment nel Servizio di Psichiatria dell'Università di Perugia

- Colloquio clinico e Psichiatrico
- Consulenze: medico-internistica, dietetica, altre
- Intervista Strutturale di Kernberg
- MMPI
- Rorschach
- EAT-EDE
- Colloquio con i familiari (eventualmente)

# Eating Attitude Test (EAT)

Scala di autovalutazione che indaga 7 fattori:

- Ideazione ossessiva nei confronti del cibo
- Ricerca della magrezza
- Vomito e abuso di lassativi
- Dieta
- Mangiare lentamente
- Mangiare di nascosto
- Sentire pressioni esterne che incitano a mangiare

# Eating Disorder Examination (EDE)

1. Area della restrizione comprende le risposte relative a restrizione alimentare, evitamento dell'alimentazione e/o del cibo, regole dietetiche, stomaco vuoto
2. Area della preoccupazione dell'alimentazione valuta la preoccupazione per il cibo, alimentazione e quantitativo calorico, paura di perdere il controllo, alimentazione in pubblico, alimentazione in segreto, senso di colpa %

3. Area della preoccupazione per la forma fisica comprende gli items che riguardano addome piatto, forma fisica, paura di ingrassare, disagio nel guardare il corpo, sensazione di essere grassi
4. Area della preoccupazione per il peso valuta l'importanza del peso, reazioni all'obbligo di pesarsi, desiderio di dimagrire, preoccupazione per il peso e la forma fisica,

# Intervista Strutturale Kernberg

	<b>Nevrosi</b>	<b>Borderline</b>	<b>Psicosi</b>
<b>Identità</b>	Integrazione d'identità, aspetti contraddittori di sé o degli altri sono integrate in immagini comprensive	Diffusione d'identità: aspetti contraddittori di sé o degli altri non sono ben integrati o sono tenuti separati	
	Le rappresentazioni del sé sono ben differenziate da quelle degli altri	Le rappresentazioni del sé non sono ben differenziate da quelle degli oggetti, ovvero vi è una identità delirante	
<b>Operazioni difensive</b>	Rimozione ed altre difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento, razionalizzazione, intellettualizzazione	Splitting ed altre difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, negazione, onnipotenza, svalutazione	

	Nevrosi	Borderline	Psicosi
Operazioni difensive	Le difese proteggono il paziente dai conflitti intrapsichici. L'interpretazione provoca miglioramento		Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione del sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione
Esame di realtà	L'esame di realtà è conservato, differenziazione del sé dal non sé; differenziazione degli stimoli ad origine intrapsichica da quelli ad origine esterna		L'esame di realtà è perduto
	Capacità di valutare sé e gli altri realisticamente e in profondità	Alterazione del rapporto con la realtà e del sentimento di realtà	

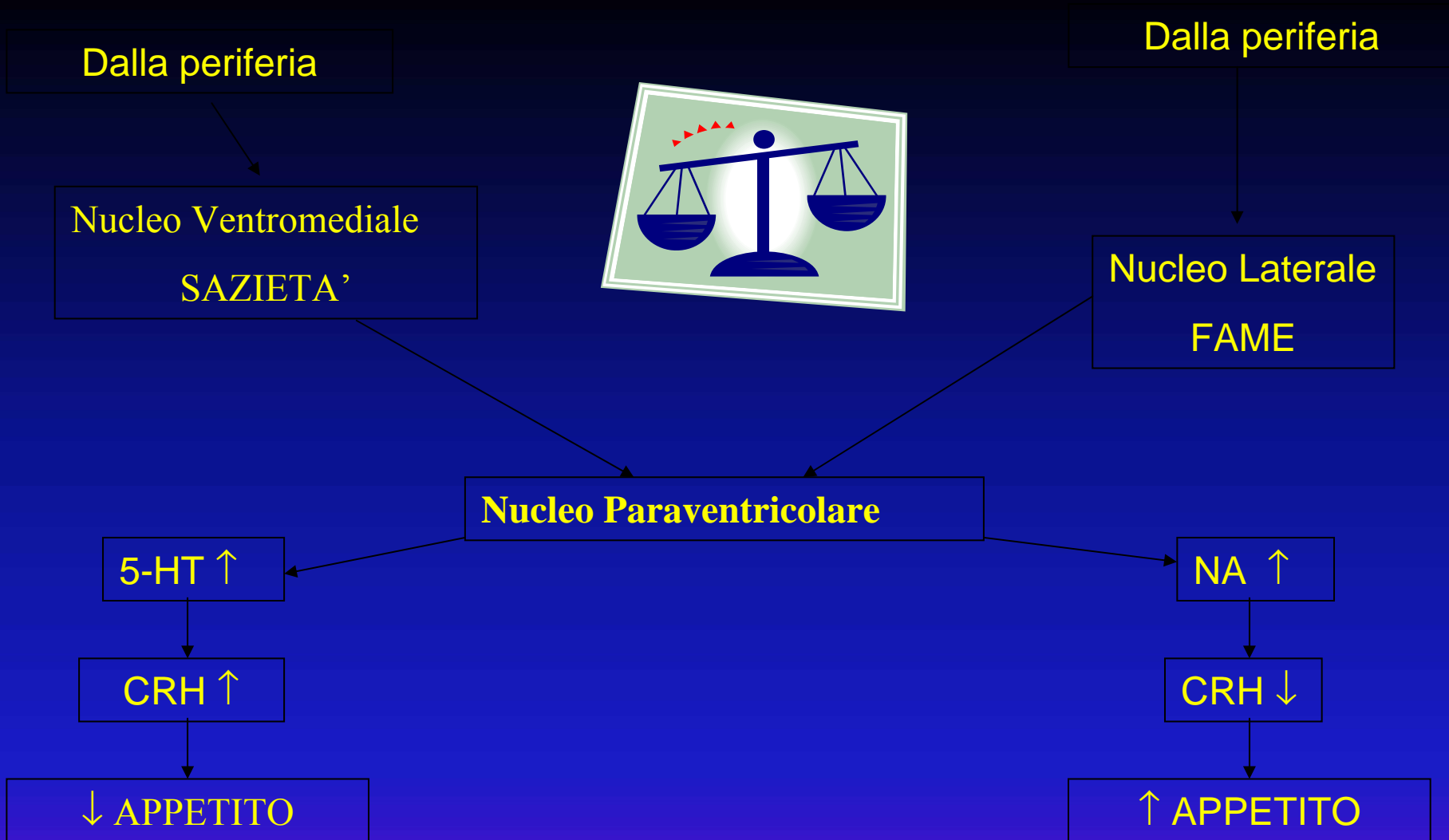


# Caratteristiche della Personalità

- Presenza di un falso Sé con organizzazione della personalità di tipo pseudo-indipendente
- Estroversione: la stima di sé dipende dall'esterno
- Iperattività
- Difficoltà nel controllo delle emozioni
- Instabilità delle relazioni interpersonali

# Approccio terapeutico multimodale

- counselling endocrinologico-nutrizionale
- assistenza ai pasti
- terapia cognitivo-comportamentale
- psicoterapia espressivo-supportiva
- terapia psicofarmacologica
- terapia familiare di supporto



# Psicofarmacologia

# Terapia Cognitivo Comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale è prevalentemente in grado di affrontare le distorsioni cognitive legate al cibo ma non rappresenta una cornice sufficientemente sicura nella quale affrontare gli acting out auto ed etero distruttivi e le richieste insolite o i conflitti legati al confronto con il femminile materno che si esprime nella fuga negazione dal corpo madre tipica dell'anoressia può quindi rappresentare un ponte per favorire lo sviluppo di un alleanza di lavoro più solida e duratura.

# Continuum espressivo-supportivo



## Tappe fondamentali nel Trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione

- diagnosticare e trattare le complicanze mediche
- ↑ motivazione e collaborazione al trattamento
- ↑ peso corporeo
- ristabilire un'alimentazione adeguata per quantità, qualità e regolarità  
(*psicoeducazione alimentare*)
- correggere cognizioni e atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso
- curare i disturbi psichiatrici associati
- cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- ↑ autostima
- ↑ prevenire le ricadute

(APA, 2000)

Fase iniziale

Fase intermedia

Fase avanzata

Valutazione psichiatrica

Valutazione internistica

Trattamento complicanze e comorbidità  $\Psi$

Contatti con i familiari

Lavoro sulla motivazione

Contratto terapeutico

Educazione alimentare

Psicoterapia individuale  
o di gruppo (BN)

Mantenimento e  
prevenzione ricadute