



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione
Dipartimento di Neuroscienze (DSN)**

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato finale

**I Disturbi del Comportamento Alimentare: approcci di
riabilitazione**

Eating Disorders: Rehabilitation Approaches

Relatore

Prof. Meneguzzo Paolo

***Laureando: Conti Marco
Matricola:1090918***

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Abstract

Introduzione

CAPITOLO 1: I Disturbi del Comportamento alimentare nel DSM-V

1.1 Anoressia Nervosa

- 1.1.1 Criteri Diagnostici
- 1.1.2 Eziopatogenesi
- 1.1.3 Decorso
- 1.1.4 Epidemiologia

1.2 Bulimia Nervosa

- 1.2.1 Criteri Diagnostici
- 1.2.2 Eziopatogenesi
- 1.2.3 Decorso
- 1.2.4 Epidemiologia

1.3 Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder

- 1.3.1 Criteri Diagnostici
- 1.3.2 Eziopatogenesi
- 1.3.3 Decorso
- 1.3.4 Epidemiologia

1.4 Altri Disturbi dell'alimentazione

- 1.4.1 Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo
- 1.4.2 Pica
- 1.4.3 Disturbo da Ruminazione
- 1.4.4 Disturbo della nutrizione con altra specificazione
- 1.4.5 Disturbo della nutrizione senza specificazione

CAPITOLO 2: Terapia Cognitivo-Comportamentale per il trattamento dei disturbi alimentari

2.1 Caratteristiche della Terapia Cognitivo-Comportamentale Migliorata (CBT-E)

2.2 Procedure della CBT-E nei Disturbi alimentari

2.3 Come affrontare i Sintomi dei Disturbi alimentari

CAPITOLO 3: Riabilitazione residenziale per i disturbi del comportamento alimentare

3.1 Livelli di Intervento

3.2 Trattamento Residenziale per i disturbi alimentari

Bibliografia

Abstract

introduzione: i disturbi del comportamento alimentare sono patologie molto diffuse in epoca moderna, coinvolgono problematiche nutrizionali e psicologiche che possono sconvolgere la vita della persone che ne soffre

obiettivo: esaminare i disturbi alimentari nel DSM-V e le varie forme di riabilitazione, con particolare attenzione alla terapia cognitivo-comportamentale in ambito residenziale

conclusioni: i disturbi alimentari sono patologie molto complesse, diversi studi dimostrano l'efficacia a lungo termine della terapia cognitivo-comportamentale migliorata e la necessità di percorsi di cura residenziali o ambulatoriali quando il disturbo è considerevolmente invasivo.

Parole Chiave: Disturbi alimentari; Terapia CBT; Riabilitazione.

Introduzione

I disturbi alimentari e nutrizionali (DCA) sono patologie invalidanti, potenzialmente mortali e sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti disfunzionali riguardo la nutrizione che hanno come risultato un'alterata assimilazione o consumo di cibo che porta alla compromissione della salute fisica e psicosociale.

Soffrire di un disturbo dell'alimentazione sconvolge la vita di una persona e ne limita le sue capacità relazionali, sociali e lavorative; vengono quindi considerati come una patologia grave e ad alta complessità. Negli ultimi decenni si è registrato un notevole incremento dei disturbi dell'alimentazione, che in passato erano considerati rarissimi.

Questo incremento è stato in parte attribuito ad aspetti della cultura contemporanea che prestano un'attenzione elevata (talvolta eccessiva) al cibo e alla forma fisica. Con l'aumento dei casi di DCA il passaggio dal DSM IV al DSM V (2013) ha permesso di classificare in modo più accurato alcuni disturbi mentali. Una delle principali innovazioni dell'ultimo manuale riguarda l'inserimento del *Disturbo da alimentazione incontrollata* (Binge-Eating disorder o BED), che precedentemente non apparteneva a nessuna delle principali categorie diagnostiche; oltre alla modifica di alcuni criteri all'interno dei disturbi dell'alimentazione, con il nuovo manuale sono descritti il disturbo Pica e il disturbo da Ruminazione, e vengono aggiunti all'interno della sezione "Disturbi della nutrizione con altra specificazione" la sindrome da alimentazione notturna e il disturbo da condotta di eliminazione.

Infine non è inclusa l'obesità come disturbo mentale in quanto viene intesa come eccesso di grasso corporeo dovuto ad un introito di calorie prolungato nel tempo ed eccessivo rispetto al consumo individuale causato da una serie di fattori genetici, comportamentali e ambientali che variano tra gli individui; l'obesità quindi non è considerata un disturbo mentale, anche se esistono forti associazioni con un certo numero di disturbi mentali (come disturbo da Binge-eating, disturbo depressivo o disturbo bipolare).

Ad oggi la terapia Cognitivo-Comportamentale Migliorata (CBT-E) rappresenta il trattamento d'elezione per i DCA, con efficacia provata nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici nel breve periodo.

Il focus di questo approccio è sui fattori di mantenimento, sulle cause e sulle caratteristiche di personalità alla base dei DCA, con lo scopo di portare i pazienti a consapevolezza della propria situazione e dell'origine del disturbo per promuovere nuove strategie di gestione del sintomo. Tuttavia le percentuali di insuccesso e le ricadute sintomatologiche nel lungo termine sono ancora significativamente alte. Trattamenti alternativi-integrativi sono dunque necessari per sopperire a tale limitazione.

Negli ultimi anni la ricerca ha dimostrato che un approccio multidisciplinare integrato si è rivelato il più efficace nella cura e nella riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare. Questo trattamento prevede la collaborazione di figure professionali come medici, psicoterapeuti, psichiatri, nutrizionisti, educatori, infermieri e fisioterapisti che lavorano in un'equipe congiunta adottando le stesse tecniche di intervento e un linguaggio comune.

Capitolo 1: I Disturbi Alimentati nel DSM V

1.1 Anoressia Nervosa (AN)

Il termine "*Anoressia*" deriva dal greco *anorexia* che si traduce come assenza di desiderio, molto spesso può risultare fuorviante in quanto in questo disturbo raramente vi è la perdita di appetito, bensì la manifestazione fondamentale dell'anoressia nervosa è il rifiuto di mantenere il peso al di sopra del peso minimo per età e statura. L'anoressia è il disturbo mentale con maggior mortalità considerando che il decesso può verificarsi sia in rapporto alla denutrizione e agli squilibri elettrolitici sia in seguito a suicidio. Quasi sempre infatti accade che i soggetti si rifiutano di ammettere la gravità della loro condizione di sottopeso e difficilmente fanno richiesta di trattamento.

1.1.1 Criteri diagnostici

All'interno del DSM 5 l'anoressia nervosa viene definita come un disturbo comprendente delle forti restrizioni alimentari e dei comportamenti alimentari disfunzionali, focalizzati sulla riduzione dell'apporto calorico giornaliero:

- Restrizione dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo abbassamento del peso in correlazione all'età, al sesso, all'evoluzione dello sviluppo e della salute fisica. Una significativa perdita di peso viene definita come un peso minore del minimo normale/atteso.
- Intensa paura di ingrassare e comportamento ossessivo adottato dal paziente per evitare di aumentare di peso, nonostante non ne abbia la necessità.
- Anomalia nella percezione del proprio peso e della forma corporea; inappropriata influenza del peso sulla propria autostima e persistente perdita della capacità di valutare la gravità della sproporzionata perdita di peso.

Vengono inoltre distinti due sottotipi di Anoressia Nervosa:

1. Con restrizione durante gli ultimi tre mesi, dove per restrizioni si intende dieta, digiuno e/o attività fisica eccessiva.
2. Con abbuffate/condotte di eliminazione (vomito, uso di lassativi, diuretici) durante gli ultimi tre mesi.

L'indice di massa corporea BMI viene utilizzato dall'OMS come principale criterio di distinzione circa la gravità della patologia (DSM 5, 2013):

- BMI < 15kg/m² viene associato ad una condizione di gravità estrema
- BMI 15-15,99 kg/m² corrisponde ad una condizione severa
- BMI 16-16,99kg/m² è associato ad una condizione moderata
- BMI > 17kg/m² corrisponde ad una gravità lieve
- BMI = 18,5kg/m² viene considerato come soglia normopeso negli adulti

Da un punto di vista psicologico il paziente manifesta pensieri ricorrenti riguardanti il cibo, il peso e l'immagine corporea con un'evidente dispercezione. Questo porta il soggetto a vedere alterata la propria immagine per ciò che riguarda forma e dimensioni del corpo o delle sue parti (in genere glutei, cosce e addome) perdendo la capacità di un'analisi oggettiva della realtà, al

limite del delirio: l'individuo tende a controllare il proprio peso sistematicamente per avere una sensazione di indipendenza e controllo.

Tutto ciò provoca comportamenti ritualizzati con un'alimentazione ipocalorica e un'assunzione di cibo molto lenta. Quando un paziente tende ad essere gravemente sottopeso si manifestano segni e sintomi depressivi, come il sentirsi demoralizzato, irritabile, avere un rifiuto sociale, una diminuzione della durata del sonno e una perdita di interesse sessuale.

Spesso sono frequenti segnali del disturbo ossessivo-compulsivo (che può essere correlato o meno alla nutrizione): negli individui con anoressia nervosa emergono comportamenti stravaganti rispetto al cibo, come collezionare ricette, nascondere o ammassare alimenti. Altri comportamenti associati all'anoressia nervosa includono forte preoccupazione nel mangiare in presenza di altri, sentirsi inadeguati, desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente in cui si trova la persona, rigidità mentale e scarsa comunicazione emotiva.

Nei pazienti con diagnosi del sottotipo abbuffate/condotte di eliminazione sono presenti alti tassi di impulsività e sono più propensi al consumo di alcol e altre sostanze. A livello cognitivo vi è una scarsa memoria, un'eccessiva attenzione ai dettagli e una mancanza di empatia e controllo del sé: in particolare quest'ultima assume un ruolo cruciale nell'elaborazione del sentimento di vergogna, che frequentemente accompagna pazienti con anoressia nervosa e che viene comunicata attraverso rabbia e tristezza circa il fallimento del controllo sul proprio disturbo e sui comportamenti autodistruttivi. All'opposto (del senso di vergogna) l'orgoglio tende a crescere con la perdita di peso, ottenuta tramite l'autocontrollo verso l'alimentazione e l'eccessiva attività fisica che viene considerata una grande conquista e segno di autodisciplina (F. Skarderud,2007). Il tutto si concretizza in una fierezza per la propria magrezza e una costante paura di ingrassare. Dal punto di vista fisiologico vengono identificate alcune condizioni mediche associate all'anoressia nervosa, tra le quali:

- Lieve anemia
- Disidratazione
- Bassi livelli di magnesio, zinco e fosfati dovuti al vomito autoindotto e all'abuso di lassativi
- Basse concentrazioni di estrigeni nelle femmine e di testosterone nei maschi
- Aritmie
- Perdita di densità minerale ossea con rischio elevato di fratture
- Alterazione dell'equilibrio elettrolitico
- Maggiore dispendio energetico a riposo
- Amenorrea o nelle femmine in età prepuberale ritardo del menarca
- Stipsi
- Intolleranza al freddo che porta alcuni individui a sviluppare lanugo
- Carie

1.1.2Eziopatogenesi

L'esordio di questo disturbo è molto spesso associato ad un forte evento stressante e traumatico, come ad esempio complicate relazioni familiari. Diversi contributi teorici e clinici degli anni '70 sottolineano l'influenza genitoriale sui disturbi alimentari, in particolare nelle famiglie denominate "invischiate", cioè famiglie dove ognuno è estremamente coinvolto con ogni altro membro ed in cui sono ridotti gli spazi di autonomia e differenziazione e sono labili i confini tra genitori e figli.

Tanta coesione all'interno del nucleo familiare può rendere difficili i processi di cambiamento e di crescita personale, soprattutto per i figli; così i disturbi alimentari possono diventare una soluzione che permette all'individuo di manifestare la propria autonomia (McCourt & Walzer,1995). Le caratteristiche disfunzionali del paziente anoressico possono partire infatti

dall'esigenza di costruirsi un nuovo equilibrio per distaccarsi e rendersi "indipendente" dal contesto familiare.

Proprio negli anni '70 la terapia familiare fu una grande rivoluzione per il trattamento delle disfunzioni alimentari, in cui il ricorso al setting familiare proponeva di curare la patologia non più singolarmente, ma di intervenire sul sistema familiare. Nel tempo però i risultati di guarigione si sono rivelati modesti rispetto alle aspettative, infatti oggi prevale l'idea che la cura dell'anoressia vada affidata ad un'equipè multidisciplinare dove sono presenti psicoterapeuti, psichiatri, nutrizionisti e medici. Sono inoltre identificabili alcuni fattori individuali che potrebbero predisporre l'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali, come un carente concetto di sé, un senso di inadeguatezza e mancanza di autostima, fattori ambientali in cui la magrezza è culturalmente considerata un valore e fattori genetici e fisiologici, in quanto è presente un rischio maggiore di sviluppare il disturbo tra parenti di primo grado che soffrono di tale patologia ed è nota una serie di anomalie cerebrali che causerebbero l'insorgenza dell'anoressia.

1.1.3 Decorso

L'Anoressia Nervosa si manifesta generalmente durante la prima età adulta o nell'adolescenza anche se non è possibile escludere esordi in periodi maggiormente precoci e tardivi. Lo sviluppo di tale disturbo associato a situazioni stressanti sperimentate dal soggetto ha un decorso e una remissione dei sintomi fortemente incostante, in particolare nei 2/3 dei pazienti si è osservata una guarigione completa dopo il primo episodio, mentre in altri si arriva alla cronicizzazione della malattia col passare del tempo, che può rendere necessario il ricovero in ambiente ospedaliero per riacquisire peso corporeo e una necessaria funzionalità organica. Statistiche dimostrano che la remissione dei sintomi avviene entro cinque anni dalla prima manifestazione.

Durante il decorso non è insolito il verificarsi di un crossover tra i due sottotipi, passando dal tipo con restrizioni ad abbuffate/condotte di eliminazione e viceversa: in questi casi è fondamentale descrivere i sintomi attuali per adottare il corretto intervento. Il tasso di guarigione si aggira tra il 20% e il 30% (con trattamento terapeutico CBT) mentre il tasso di mortalità oscilla tra il 5% e il 20% per conseguenze mediche, squilibri elettrolitici o in seguito al suicidio, divenendo il disturbo mentale con la maggior percentuale di decesso (Christopher G. Fairburn, 2016).

1.1.4 Epidemiologia

Da un punto di vista statistico l'incidenza dell'anoressia nervosa pienamente diagnosticata nelle donne è compresa indicativamente tra lo 0,3-1%; molto più frequenti sono eventi di entità subclinica. Questa patologia è meno comune negli uomini tanto da stimare una differenza di genere che è circa di 10:1 nel rapporto femmina-maschio. Nella maggior parte dei casi i disturbi alimentari trovano origine nell'adolescenza: dati epidemiologici suggeriscono che l'età di insorgenza ha dei picchi nell'intervallo tra i 14 e i 18 anni, anche se è possibile che si instaurino in età più avanzata o addirittura nell'infanzia.

Individui che sviluppano la malattia in età adulta hanno maggiore probabilità di intraprendere un percorso di guarigione più lungo. Problematiche adolescenziali come la conquista della propria identità, la differenziazione e l'autonomia dai genitori, la scoperta della sessualità e l'immagine corporea sembrano essere alla base della comparsa dell'anoressia; tuttavia non è semplice la distinzione delle cause tra sofferenze emotive-cognitive e tra problematiche puramente alimentari.

1.2 Bulimia Nervosa (BN)

La parola "*Bulimia*" è il risultato dell'unione di due termini derivanti dal greco, "*Bous*" e "*Limos*" rispettivamente Bue e Fame. Le origini della parola possono essere ricollegate alla necessità di descrivere il comportamento di alcuni soggetti che alternavano momenti di astinenza da cibo a momenti di abbuffate. Nel 1979 Russell utilizzò per la prima volta il vocabolo "*Bulimia*" all'interno di un articolo denominato *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia* in cui venivano presi in osservazione pazienti aventi crisi da sovralimentazione seguite da vomito autoindotto. Grandi abbuffate di cibo seguite da un forte senso di colpa e da comportamenti messi in atto per prevenire il conseguente aumento di peso sono i criteri che ad oggi vengono attribuiti alla *Bulimia Nervosa*.

1.2.1 Criteri diagnostici

La *Bulimia Nervosa* viene definita nel DSM 5 come un disturbo alimentare caratterizzato da episodi di crisi bulimiche, seguiti da comportamenti compensatori per contrastare l'aumento di peso. Episodi di crisi bulimiche consistono nell'ingerimento di grandi quantità di cibo, esagerata rispetto a quello che normalmente le persone potrebbero mangiare nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze, in un lasso di tempo breve (inferiore alle due ore). Durante questi episodi il soggetto ha la sensazione di perdere il controllo, di non riuscire a frenare le proprie compulsioni riguardo al cibo e a regolare cosa e quanto stia mangiando (Christopher G. Fairburn, 2016). Di solito gli episodi hanno termine perchè sono terminati gli alimenti a disposizione o per la sensazione di pienezza e di malessere dovuta all'eccessiva nutrizione. A seguito di tali abbuffate i comportamenti compensatori caratteristici sono:

- vomito autoindotto
- uso di lassativi, diuretici o altri farmaci
- digiuno
- esagerato esercizio fisico

Affinchè venga diagnosticata la *Bulimia*, gli episodi di crisi bulimica e le conseguenti condotte compensatorie devono manifestarsi almeno una volta alla settimana per tre mesi e solitamente la frequenza degli episodi viene utilizzata come criterio per valutare la gravità della condizione patologica:

- Lieve: 1-3 episodi a settimana
- Moderata: 4-7 episodi a settimana
- Grave: 8-13 episodi a settimana
- Estrema: 14 o più episodi a settimana

Nella maggior parte dei casi i pazienti con diagnosi di *Bulimia Nervosa* provano un sentimento di vergogna durante le abbuffate, per questo motivo le crisi bulimiche avvengono in solitudine e di nascosto a qualsiasi ora del giorno con particolare predilezione per la sera e la notte. In concomitanza alla vergogna sono presenti sintomi depressivi, ansiosi e bassi livelli di autostima, che durante gli episodi di abbuffate vengono attenuati, ma che hanno un picco alla conclusione.

Per quanto riguarda l'indice di massa corporea (BMI), nei soggetti bulimici, rientra in un range tra i 18,5 e 30 kg/m², risultando tipicamente nei limiti di un peso normale o di leggero sovrappeso. A livello sintomatologico i soggetti con BN descrivono un forte stato di tensione causato dal desiderio di mangiare poco prima di abbuffarsi, dovuto a condizioni di elevato stress connesse a stati emotivi negativi come insoddisfazione (per il proprio peso e immagine corporea), rabbia, tristezza e solitudine.

Durante l'abbuffata questa tensione tende a diminuire. Al termine della crisi bulimica i pazienti si sentono gonfi e a disagio, con sentimenti di disprezzo e angoscia provocati dal senso di colpa

(Christopher G. Fair, 2016). Livelli di autocritica, inadeguatezza e sfiducia di sé risultano piuttosto elevati portando il paziente a forte instabilità emotiva e affettiva con conseguente variabilità del tono dell'umore. Vengono rilevate problematiche evidenti nell'esprimere in maniera diretta gli stati emotivi più intensi (Lorenzini & Sassaroli, 2000), seguiti molto spesso dalla perdita di controllo degli impulsi e incapacità di tollerare eventi negativi. Normalmente i pazienti tendono a ridurre il proprio consumo calorico tra un'abbuffata e l'altra, preferendo mangiare alimenti "dietetici", evitando in modo rigido quelli che (secondo loro) possono far ingrassare; al contrario durante le crisi bulimiche propendono all'ingestione di alimenti che in altre circostanze si sarebbero negati, anche se l'anomalia tipica delle crisi rimane la quantità di cibo piuttosto che il desiderio di un alimento in specifico. L'uso di sostanze, tra cui alcol e stimolanti risulta essere del 30% nei soggetti con BN; tale uso inizia per provare a controllare l'appetito e l'aumento di peso.

A livello fisiologico l'eccessiva attenzione riposta sulla forma e sul peso del corpo porta l'individuo al frequente ricorso di condotte compensatorie; vomitare è la condotta eliminatoria più comune. Questi comportamenti possono costituire un grave problema medico, soprattutto per le alterazioni dell'equilibrio elettrolitico e altre complicazioni potenzialmente fatali come lacerazioni esofagee, rottura gastrica e aritmie cardiache.

1.2.2 Eziopatogenesi

L'eziologia di questo disturbo comprende fattori sia culturali che individuali che si influenzano a vicenda. I primi sono determinati dall'ideale sociale di un corpo (eccessivamente) magro con preoccupazioni relative al peso (Onnis, 2014), che porta a depressione, bassi livelli di autostima e disturbi d'ansia. I secondi includono la stima del proprio valore personale sulla base dell'aspetto fisico, aver vissuto abusi sessuali durante l'infanzia, predisposizione familiare e aver sofferto di obesità infantile. L'insorgere di questa patologia è riscontrabile tra i 16 e i 20 anni in modo progressivo, frequente soprattutto in studenti universitari e in casi più rari in studenti di scuole medie e superiori.

1.2.3 Decorso

La Bulimia Nervosa solitamente si manifesta in adolescenza o nella prima età adulta, anche se sono stati riscontrati alcuni casi di insorgenza prima della pubertà e dopo i 40 anni. Numerosi eventi stressanti sembrano essere alla base del disturbo, nel quale durante le fasi iniziali è possibile rilevare periodi di restrizioni dietetiche. Con le conseguenti abbuffate emergono sentimenti di estraniamento e perdita di controllo, che a disturbo avanzato vengono manifestati con l'irrefrenabile impulso di alimentarsi accompagnato dalla progressiva incapacità di frenarsi. A seconda del livello di gravità della patologia le abbuffate possono condizionare l'intera vita del paziente, interferendo con il normale svolgimento delle attività lavorative o scolastiche e con le relazioni sociali: spesso infatti le persone affette da BN evitano eventi e situazioni di interesse sociale, come feste con amici per paura di perdere il controllo in pubblico.

Il decorso della malattia risulta variabile: nei casi di disturbo transitorio le possibilità di remissione completa aumentano in maniera evidente, in altri casi si possono alternare periodi di fase acuta di abbuffate e condotte compensatorie a periodi di remissione parziale dei sintomi. Nelle situazioni più gravi si può arrivare ad una cronicizzazione sintomatica e ad una compromissione funzionale dell'organismo.

Frequentemente il senso di colpa e di vergogna possono dare origine ad atti autolesionistici o eccezionalmente a tentativi di suicidio. La possibilità di guarigione attraverso un percorso terapeutico si riscontra nel 50% dei pazienti, anche se nella maggior parte dei casi vi è una tendenza repulsiva a prendere parte alla psicoterapia (l'80% dei casi preferisce evitare percorsi di cura) rendendo il tutto più complicato. Il passaggio dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa viene diagnosticato nel 10-15% dei pazienti; una volta sperimentata l'anoressia i

pazienti tornano alla bulimia con molteplici possibilità di oscillare tra questi due disturbi. È riscontrato un significativo tasso di mortalità dovuto a complicanze mediche e al suicidio, in particolare quest'ultimo riporta una percentuale elevata.

1.2.4 Epidemiologia

La frequenza di questo disturbo nella popolazione si aggira intorno all' 1-3% ed è molto più presente nel sesso femminile (90% dei casi) rispetto a quello maschile, con un rapporto femmina-maschio di circa 10:1. Solitamente l'età di insorgenza varia dall'adolescenza alla prima età adulta (dai 12 ai 35 anni). Giocano un ruolo rilevante fattori psicologici successivi ad eventi traumatici-stressanti nell'insorgenza della bulimia, tanto che sono molto frequenti comorbilità multiple con alcuni disturbi mentali, come il disturbo bipolare, disturbi depressivi dell'umore e in particolare il disturbo borderline di personalità. I tassi di mortalità si aggirano intorno al 3-4% e il decesso può essere provocato da forme gravi di deperimento organico, arresti cardiaci dovuti a squilibri elettrolitici, patologie derivanti da diete rapide e non bilanciate, suicidio a seguito di forti episodi depressivi.

1.3 Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED)

Il disturbo da Binge-Eating nasce intorno alla metà del '900 dall'osservazione di alcuni soggetti obesi che avevano come caratteristica peculiare ricorrenti episodi di alimentazione incontrollata seguiti da forti sentimenti di colpa e disagio. Fino agli anni novanta del secolo scorso queste osservazioni non vennero considerate rilevanti, tanto che questi soggetti non appartenevano a nessuna categoria diagnostica conosciuta; con la pubblicazione della quarta edizione del DSM venne inserito il disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), dato il numero crescente di casi, senza però essere classificato come categoria a sé stante. Solamente nel 2013 con l'uscita del nuovo manuale (DSM 5) si riconobbe il Binge-Eating come disturbo autonomo.

1.3.1 Criteri diagnostici

Nel DSM 5 il disturbo da Alimentazione Incontrollata viene caratterizzato dai seguenti criteri diagnostici:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate, definiti con i seguenti aspetti:
 - A. Mangiare in un periodo definito di tempo (circa due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore rispetto a quella che mangerebbero altre persone nello stesso tempo e in circostanze simili
 - B. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (come sensazione di non riuscire a fermarsi o controllare cosa e quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono contraddistinti da tre o più dei seguenti criteri:
 - A. Mangiare molto più rapidamente del normale
 - B. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
 - C. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
 - D. Mangiare in solitudine perché ci si sente in imbarazzo per la quantità di cibo che si sta mangiando
 - E. Sentirsi disgustati, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
3. È presente un marcato disagio riguardo le abbuffate.
4. L'abbuffata si verifica in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
5. L'abbuffata non è correlata alla messa in atto successiva di condotte compensatorie inappropriate come nella Bulimia Nervosa.

La frequenza degli episodi determina il livello di gravità della patologia (DSM , 2013):

- Lieve: da 1-3 episodi di abbuffata a settimana
- Moderata: da 4-7 episodi di abbuffata a settimana
- Grave: da 8-13 episodi di abbuffata a settimana
- Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana

Come evidenziato dai criteri diagnostici sopra riportati, nel disturbo da Binge Eating è distintiva la presenza di episodi ricorrenti di abbuffate senza i conseguenti comportamenti compensatori (presenti invece nella BN) (Frances, 2015): l'assenza di tali comportamenti comporta un'alta predisposizione allo sviluppo di obesità. Questi episodi devono avere una durata minima di tre mesi perchè il disturbo venga diagnosticato e i soggetti riportano comunemente il sentimento di perdita di controllo sulla quantità di cibo ingerita.

L'alimentazione incontrollata termina solo con la presenza di una forte sensazione di disagio, molto spesso connessa ad una percezione di eccessiva sazietà. Durante l'abbuffata il soggetto consuma alimenti che tendenzialmente non si concederebbe, in quanto ad alto contenuto di grassi e potenzialmente nocivi per la salute: nello specifico viene privilegiata la consumazione di dolci e carboidrati (Loriedo, Bianchi, Perrella, 2002). Solitamente le persone durante i loro episodi di crisi tendono a mangiare più rapidamente del normale con conseguenti e marcati sentimenti di vergogna dovuti alle loro abitudini alimentari. In genere infatti i momenti di alimentazione incontrollata tendono a verificarsi in solitudine. Quando il disturbo risulta di estrema gravità agisce negativamente sulla qualità di vita del paziente promuovendo insoddisfazione e problemi sociali, che portano alla manifestazione di depressione, senso di inadeguatezza e disgusto verso sé stessi.

1.3.2 Eziopatogenesi

"La comparsa del disturbo da Binge-Eating è stata necessaria per diagnosticare le persone che fanno ricorrenti abbuffate, ma non ricorrono ad attività compensatorie come il vomito autoindotto e lassativi osservati nella Bulimia Nervosa (Frances, 2015)". L'entrata in vigore di questa nuova categoria ha permesso di approfondire lo studio della patologia. È possibile ricercare l'eziopatologia del BED all'interno di influenze socioculturali che spingono i soggetti, soprattutto di sesso femminile al controllo del cibo; l'origine della patologia viene considerata a livello multifattoriale, in quanto è causata dall'interazione di fattori ambientali e biologici. Nello specifico tra le principali cause è necessario indicare fattori individuali, familiari, socioculturali, scatenanti e di mantenimento:

Fattori Individuali:

- Genere sessuale (maggiore predisposizione femminile)
- Età (gli adolescenti hanno più probabilità di soffrirne)
- Genetici (anomalie neuro-trasmittitoriali)
- Depressione e Ansia
- Deficit emotivi e cognitivi
- Disturbi dell'immagine corporea
- Abusi
- Bassi livelli di autostima
- Disturbi di personalità.

Fattori Familiari:

- Dipendenza da alcol di uno o entrambi i genitori
- Invischiamento
- Alte aspettative genitoriali

- Genitori con particolare preoccupazione per la fisicità o peso corporeo
- Obesità genitoriale

Fattori Socioculturali:

- Pressione sociale sull'immagine corporea
- Figura idealizzata della donna
- Alte aspettative sociali
- Competitività elevata
- Dipendenza dal consenso altrui

Fattori Scatenanti:

- Eventi o situazioni vissute potenzialmente traumatiche
- Delusioni affettive
- Incapacità di gestione degli insuccessi
- Sviluppo adolescenziale

Fattori di Mantenimento:

- Attenzione dei Familiari
- Comportamento evitanti in risposta a situazioni che creano malessere (o stati d'animo negativi)

(Christopher G.Fairburn, 2016; Dakanalis, Caslini, et al., 2012).

1.3.3 Decorso

L'insorgenza della patologia si verifica di norma precocemente nei bambini mediante le abbuffate, nonostante i periodi con maggiore frequenza di alimentazione incontrollata sono nell'adolescenza (in particolare studenti universitari) o nella prima età adulta (Stice et al., 2013). Alcune ricerche evidenziano che le persone richiedenti aiuto terapeutico per risolvere il disturbo da BED hanno un'età maggiore rispetto ai pazienti con diagnosi di BN o AN. Contrariamente a ciò che si riscontra nella Bulimia, la dieta disfunzionale si presenta come conseguenza dell'eccessiva alimentazione. Diversamente il decorso sembra essere simile a quello della Bulimia Nervosa per durata e gravità. La malattia è correlata ad una serie di conseguenze funzionali dovuti a problemi di salute come difficoltà nell'adattamento della vita sociale, un aumento del peso con possibile sviluppo di obesità. È frequente infatti che la patologia sia associata a individui normopeso o in sovrappeso: tuttavia è necessario distinguere il disturbo da binge-eating dall'obesità. La maggior parte delle persone obese non si abbandona a ricorrenti abbuffate ed è stato osservato che pazienti con il disturbo da Binge-eating consumino più calorie, possiedono una maggiore compromissione organica e di conseguenza minore qualità di vita e un maggiore disagio soggettivo dettato da un'elevata comorbidità psichiatrica (tra cui disturbi bipolari, depressivi, d'ansia e disturbo da uso di sostanze).

1.3.4 Epidemiologia

Nella maggior parte dei casi questo disturbo si manifesta in individui normopeso e obesi, soprattutto in donne e studenti; il BED è presente nel 10-30% dei casi in donne di età compresa tra i 12 e 25 anni e in popolazione adulta obesa (APA,2000). Si stima che nella popolazione generale la percentuale di sviluppo sia di circa l'1%, con un'incidenza del 10,1% nelle donne e del 0,66% negli uomini (Field et al.,2008). Tuttavia non è ancora possibile da un punto di vista scientifico trarre delle precise conclusioni sulla diffusione del disturbo da Binge-Eating a causa dell'incoerenza dei risultati mostrati dalle varie ricerche, se non che la patologia è

maggiormente predominante tra individui che richiedono un trattamento per la perdita di peso (in relazione alla popolazione generale).

1.4 Altri Disturbi dell'Alimentazione

1.4.1 Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo

Il disturbo Evitante/Restrittivo viene diagnosticato in presenza di evitamento o di restrizione nell'assunzione di cibo tale da manifestare un'incapacità clinica nel soddisfare i requisiti della nutrizione. Questo comportamento è osservabile tipicamente durante l'infanzia quando è comune che i bambini si rifiutano di mangiare determinati alimenti selezionandoli in base a colori, consistenza o odore; tuttavia affinché quell'atteggiamento diventi un disturbo alimentare (inteso come mancanza di interesse per il mangiare, evitamento sensoriale del cibo e preoccupazione per le conseguenze negative nell'ingerire alimenti) deve rispettare i seguenti criteri diagnostici (DSM5, 2013):

- significativa perdita di peso o una mancata crescita nei bambini
- significativo deficit nutrizionale
- dipendenza da nutrizione parenterale (come il sondino per l'alimentazione) o da supplementi nutrizionali orali
- funzionamento psicosociale marcatamente disturbato
- la restrizione non è causata da indisponibilità di cibo, da una pratica culturale (ad es. digiuno religioso), da una malattia fisica né da un altro disturbo alimentare come l'Anoressia Nervosa o la Bulimia Nervosa.

Un'importante differenza rispetto a AN e BN è la mancanza in questo disturbo di un'eccessiva preoccupazione relativa al peso e alla forma corporea. Generalmente con il termine evitamento o restrizione dell'assunzione di cibo si fa riferimento al paziente che seleziona gli alimenti basandosi su caratteristiche sensoriali, in particolare ad aspetto, colore, consistenza, odore, temperatura o gusto; questa condotta alimentare viene definita come "alimentazione restrittiva o selettiva" (persino schizzinosa) e può manifestarsi anche come rifiuto di mangiare specifiche marche o di non tollerare l'odore del cibo consumato da altri. L'origine del disturbo può essere ricondotta sia a fattori fisiologici sia ambientali. I primi includono una ampia comorbilità con disturbo d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo dello spettro dell'autismo, deficit di attenzione/iperattività e disabilità intellettive che possono aumentare il rischio di comportamento evitante/restrittivo; caratteristici sono anche problemi legati a reflusso gastroesofageo, condizioni gastrointestinali e vomito. I secondi comprendono situazioni che anticipano un'esperienza avversa (risposta condizionata negativa), contesti di ansia familiare e l'essere figli di madri con disturbi alimentari.

1.4.2 Pica

La particolarità principale del Picacismo è la persistente assunzione di uno o più alimenti non nutritivi (cioè sostanze non alimentari) per un periodo di tempo di almeno 1 mese. Criteri essenziali per diagnosticare la patologia sono (DSM 5, 2013): l'età in cui compare l'ingestione di prodotti non alimentari (di solito è un atteggiamento tipico della fase di sviluppo fisiologico in bambini con età inferiore a 2 anni, tanto da non venire considerato inadeguato) e un comportamento che non fa parte di una tradizione culturale o è socialmente riconosciuta. Di norma il mangiare alimenti non commestibili si verifica in presenza di un altro disturbo mentale, pertanto è possibile accertare un'ipotesi separata di pica solo se il comportamento di ingestione è sufficientemente grave da causare seri danni clinici; I disturbi più comunemente associati al Pica sono il disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo.

La comparsa della Pica può manifestarsi in età infantile, in adolescenza e in età adulta, sebbene sia verificato l'esordio più comune nell'età infantile. Nei bambini il portare alla bocca oggetti per essere ingeriti è considerato parte integrante dello sviluppo naturale fisiologico (fino ai 2 anni di età) mentre negli adulti questo comportamento si rileva in presenza di disabilità intellettiva o altri disturbi mentali; solitamente non c'è avversione nei confronti del cibo. Il decorso del disturbo con comorbidità è duraturo (soprattutto negli adulti); nei casi in cui il decorso della Pica è persistente per diverso tempo può causare emergenze mediche in base alle sostanze ingerite, tanto da essere potenzialmente letale (DSM 5, 2013). Il funzionamento fisico infatti rischia di essere compromesso gravemente, mentre il funzionamento sociale è correlato di solito ad altri fattori.

1.4.3 Disturbo da Ruminazione

La sindrome da Ruminazione è un disturbo alimentare contraddistinto da un rigurgito di cibo non digerito dallo stomaco fino alla bocca; successivamente il paziente potrebbe procedere ad una nuova masticazione e poi deglutirlo, oppure sputarlo. Questo comportamento dovrebbe verificarsi di solito una volta al giorno o diverse volte a settimana per almeno un mese per accertare il disturbo da Ruminazione. Gli alimenti ingeriti, assimilati solo in parte, vengono rigurgitati in bocca senza sensazioni di vomito, nausea o disgusto e possono essere rimasticati o sputati. Per diagnosticare il disturbo è necessario escludere (DSM 5, 2013):

- condizioni mediche particolari come problematiche gastrointestinali
- la presenza durante il decorso di un altro disturbo alimentare (AN, BN, Binge-Eating o disturbo Evitante/Restrittivo).

Il disturbo da Ruminazione può manifestarsi a qualsiasi età e viene associato a individui che hanno una disabilità intellettiva; i pazienti descrivono il proprio comportamento come abituale e fuori dal loro controllo. L'esordio della patologia può avvenire durante la prima infanzia, l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. Solitamente nell'età infantile il disturbo va incontro a remissione spontanea. Negli individui (sia neonati che adulti) con disturbo dello sviluppo intellettivo o altri disturbi del neurosviluppo il comportamento da ruminazione sembra avere una funzione autocalmante e autostimolante, come lo sbattere la testa.

1.4.4 Disturbo della nutrizione con altra specificazione

Questa classe di disturbi si riferisce a disordini alimentari che causano difficoltà nella vita sociale e lavorativa degli individui e problematiche di salute, ma che non soddisfano completamente i criteri dei disturbi fino ad ora descritti. In questi casi il medico associa la diagnosi ad una condizione atipica e non includibile nelle altre classi; i disturbi più comuni specificati con la dicitura "altra specificazione" includono (DSM 5, 2013):

- Anoressia Nervosa Atipica: sono soddisfatti tutti i criteri per l'AN tranne il peso che rimane all'interno del range di normalità
- Bulimia Nervosa a bassa frequenza: le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano meno di una volta alla settimana per meno di 3 mesi
- Disturbo da Binge-Eating a bassa frequenza: le abbuffate si verificano meno di una volta a settimana per meno di 3 mesi
- Disturbo da condotta di eliminazione: sono presenti ricorrenti condotte di eliminazione per controllare il peso e la forma corporea (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- Sindrome da alimentazione notturna: Ripetuti episodi di alimentazione notturna che si manifestano dopo il risveglio dal sonno; vi è la consapevolezza e il ricordo di aver mangiato.

1.4.5 Disturbo della nutrizione senza specificazione

All'interno di questa categoria diagnostica troviamo tutti quei casi clinici in cui i criteri delle varie patologie non sono soddisfatti totalmente o parzialmente e di conseguenza non può essere attribuita nessuna diagnosi nonostante l'alto disagio nel funzionamento fisiologico generale dell'individuo. Per questo motivo è necessario considerare sindromi parziali in cui i soggetti presentano evidente sofferenza psichica, stati depressivi con tentativi suicidari che possono essere precursori di un disturbo più grave in futuro. Questa categoria viene utilizzata anche in situazioni in cui il medico sceglie di non specificare i criteri diagnostici causa insufficienti informazioni approfondite per la diagnosi (ad esempio in contesti di pronto soccorso) (DSM 5,2013).

Capitolo 2: Terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dei Disturbi Alimentari

2.1 Caratteristiche della terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E)

I disturbi del comportamento alimentare sono gravi malattie psichiatriche per lo più di natura cognitiva, scatenati e influenzati, come detto nel capitolo precedente da fattori socioculturali (in tempi moderni rafforzati dall'esposizione ai media), genetici/fisiologici e psicologici; il trattamento dipende dallo specifico disturbo e dai sintomi, ma tipicamente comprende percorsi di terapia psicologica, di educazione alimentare e se necessario l'assunzione di farmaci con il monitoraggio continuo del medico; questo approccio multidisciplinare favorisce la gestione dei sintomi e il mantenimento della propria salute mentale. La terapia psicologica è una componente molto importante nel percorso di guarigione: la terapia cognitivo comportamentale (CBT) nello specifico aiuta il paziente ad identificare e cambiare i pensieri disfunzionali che sfociano nei disordini alimentari (Christopher G. Fairburn, 2016).

Tale terapia si basa su due principi interconnessi tra loro, ovvero che (1) i processi cognitivi hanno un ruolo primario nella conservazione dei problemi e che (2) nel percorso di cura è necessario individuare tali processi cognitivi e affrontarli; per questo si è dimostrata particolarmente efficace nel raggiungimento della guarigione dei DCA (così come per disturbi d'ansia e depressione).

È stato sviluppato un trattamento più recente denominato CBT-E, cioè terapia cognitivo comportamentale migliorata, che ha come fondamento l'approccio transdiagnostico: oltre ad analizzare pensieri e comportamenti tipici dei disturbi alimentari è possibile estendere con piccole modifiche la teoria a tutte le categorie diagnostiche presenti nella sezione dei DCA. La CBT-E è un trattamento individualizzato che propone strategie e procedure terapeutiche in relazione alle singole patologie; terapeuta e paziente lavorano insieme creando una relazione collaborativa con lo scopo di superare le problematiche alimentari e produrre cambiamenti cognitivi.

La durata della terapia solitamente comprende un ciclo di 20 sedute da svolgere in 20 settimane nei pazienti con una compromissione non troppo severa, come nel caso dell' Anorexia nervosa di gravità lieve o moderata, e di 40 sedute da svolgere in 40 settimane quando troviamo pazienti con BMI pericolosamente alterato, lontano dal normopeso; questi due tipi di intensità di trattamento standardizzato sono da intendersi come un'indicazione terapeutica che il professionista può modificare in relazione all'importanza della malattia (Christopher G. Fairburn, 2016). Vantaggio notevole della CBT-E è di riuscire in tempi relativamente brevi a concludere il percorso di guarigione con successo, anche quando (entro certi limiti) non vi è una remissione completa dei sintomi come abbuffate, rigurgiti o forte preoccupazione del peso, in quanto trattando i fattori di mantenimento della patologia il miglioramento continua anche dopo il fine ciclo di terapia, attribuendo un ruolo primario al paziente che impara a gestire pensieri e comportamenti negativi favorendo lo sviluppo della propria autostima e autoefficacia.

All'interno del ciclo di terapia è possibile distinguere quattro fasi tipiche della CBT-E:

Fase 1: è la fase iniziale del percorso di cura e per questo anche molto delicata, si articola in 6/7 sedute da svolgere in 4 settimane con la finalità di fornire informazioni riguardo alla terapia cognitivo-comportamentale migliorata e alle sue implicazioni, pesare il paziente e metterlo a conoscenza dei rischi sul cambiamento ponderale, stabilire accordi sul mangiare e sostenere abitudini alimentari sane (come pasti e/o spuntini giornalieri regolari).

Fase 2: è considerata una fase di transizione (due sedute in due settimane circa) in cui si compie una revisione del lavoro svolto precedentemente, si osservano i progressi fatti, si identificano gli ostacoli incontrati modificando la terapia in base alle esigenze personali e all'andamento del disturbo alimentare, pianificando di conseguenza la fase 3.

Fase 3: è la parte centrale e nodale del trattamento dove l'obiettivo è quello di fronteggiare e superare i meccanismi principali di mantenimento dei disturbi alimentari; per questo è anche la fase più consistente e impegnativa (8 o più sedute con frequenza settimanale).

Fase 4: lo scopo principale è il potenziamento e rafforzamento dei traguardi raggiunti, con sguardo al futuro post-terapia cercando di ridurre i rischi di ricaduta a medio-lungo termine; in genere in questa fase il numero di sedute è programmata con il paziente (troviamo quindi più flessibilità), tenendo presente la rilevanza del disturbo, con cadenza bisettimanale fino a quando il terapeuta valuta l'interruzione del percorso (Christopher G. Fairburn, 2016).

Il numero di sedute indicate sono illustrative di un percorso di cura con gravità moderata (max. circa 20 sedute); è ragionevole pensare che il terapeuta possa variare il numero di sedute e settimane in base alle necessità del paziente e alla serietà della malattia (avviene mediamente nell'80% dei casi) (G. Wilson, 2007).

2.2 Procedure della CBT-E nei disturbi alimentari

L'autenticità di questo tipo di trattamento è da ricercare in una procedura semplice, meno complessa rispetto ad altre forme di terapia; il terapeuta collabora con il paziente per approfondire pensieri e schemi mentali alterati. Non è necessaria l'integrazione con altre tipologie di terapia in quanto la CBT-E è già un trattamento completo e dunque è consigliabile non intraprendere esperimenti comportamentali, se non approvati prima scientificamente. Il terapeuta ha un ruolo molto delicato, coopera con il paziente per il raggiungimento della guarigione e al contempo può essere fonte di paragoni all'interno della rapporto: le caratteristiche personali del professionista, come l'età, l'aspetto e la forma fisica, il sesso sono elementi rilevanti per chi soffre di un disturbo alimentare, e possono suscitare atteggiamenti negativi, contrasti e curiosità alimentari non adatti al percorso di cura (Crow & Swigart, 2005). Spetta al terapeuta naturalmente saper gestire queste situazioni. Può presentarsi la condizione in cui il terapeuta abbia sofferto di un DCA: da una parte vi è la maggiore comprensione e sensibilità sui processi cognitivi del paziente, dall'altra è possibile che l'analisi della realtà con la conseguente efficacia del trattamento vengano compromesse; in questi casi è importante che l'informazione rimanga personale e non venga condivisa (un professionista adeguatamente formato conosce questa procedura). Tenendo presente queste situazioni è opportuno che il percorso di cura sia condotto da un unico terapeuta (affiancato da figure come il nutrizionista e il medico) per evitare perdite di informazioni nel quadro generale della malattia e mettere in difficoltà il paziente (Christopher G. Fairburn, 2016).

Durante le prime sedute (fase 1) è utile servirsi di un'intervista clinica per ottenere un profilo dettagliato del paziente, definendo la natura del problema e la gravità del disturbo; ciò aiuterà il terapeuta nella preparazione e svolgimento dei successivi incontri. La valutazione iniziale ha un duplice vantaggio: favorire una relazione positiva nella diade medico-paziente dato che la maggior parte di coloro che soffrono di DCA non ammette di avere un problema e conseguentemente di avere bisogno di aiuto, e ricercare approfonditamente le caratteristiche del disturbo alimentare. Nello specifico gli argomenti che è necessario trattare riguardano:

- la storia personale del paziente con eventuali malattie psichiatriche pregresse in famiglia
- il pensiero e l'atteggiamento verso il percorso di cura

- i principali problemi del disordine alimentare con le conseguenze che comporta a livello fisico e sociale, ovvero quali sono le abitudini nutrizionali del paziente, come controlla il peso corporeo, le opinioni relative alla forma fisica e su ciò che vorrebbe di diverso in sé stesso/a per poter analizzare l'evoluzione del disturbo.

L'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) è uno dei principali strumenti diagnostici per indagare le caratteristiche dei disturbi alimentari; questo questionario viene utilizzato quando ancora non è presente una diagnosi precisa, è composto da 21 item che focalizzano l'attenzione sulla frequenza dei comportamenti alimentari disfunzionali avuti nelle ultime quattro settimane – come descritto nelle istruzioni. È possibile cogliere la gravità del disturbo attraverso le sotto-scale di questo test che esaminano evitamento e restrizione alimentare, preoccupazione per la nutrizione e apprensione per la forma e il peso del corpo (Fairburn & Beglin, 2008) (molteplici sono i test specifici che approfondiscono i criteri dei singoli disturbi tra cui l'EAT, il BITE, la BES).

Durante i primi incontri se i pazienti lo desiderano possono farsi accompagnare da familiari o amici; ciò consente alla persona malata di avere un possibile sostegno emotivo e al terapeuta di poter acquisire ulteriori informazioni. È doveroso distinguere in questi casi se il paziente è adulto o giovane: con gli adulti spesso è necessario prestare attenzione a non forzare la presenza di accompagnatori per non creare disagio, dato che di frequente chi soffre di un disturbo alimentare tiene segreto il problema; con i pazienti più giovani invece è fondamentale la presenza dei genitori in quanto sono parte integrante della valutazione clinica generale. Di norma la CBT-E predilige il coinvolgimento unico del paziente; detto questo il terapeuta dopo aver valutato quanto "gli altri" possano essere d'aiuto o di ostacolo in colloquio privato, può decidere di intraprendere il percorso di cura inserendo la figura del familiare o dell'amico qual'ora risulti strumento positivo per il paziente.

Supportare le persone vicine al malato, come parenti e amici stretti, aiuta loro stessi a gestire il disagio della patologia: infatti accade spesso che queste persone possano diventare parte del problema non sapendo come sostenere e incoraggiare chi soffre, nonostante le buone intenzioni. Esempio tipico nei disturbi alimentari sono le rassicurazioni che vengono cercate nell'altro per avere un sollievo temporaneo in momento di crisi, agevolando così la cronicizzazione della patologia; la CBT-E suggerisce in questi casi di diminuire le consolazioni, favorendo di conseguenza la riduzione del "bisogno" che a lungo termine aiuta positivamente il paziente. Per concludere il colloquio di valutazione iniziale è essenziale misurare il peso e l'altezza del paziente: ovviamente è una parte molto delicata, il paziente frequentemente cercherà di evitare in tutti i modi di sottoporsi a questa prassi, ma è opportuno conoscere con esattezza i dati della persona e non fidarsi delle misure che vengono fornite dal paziente stesso. È consigliato generalmente non affrontare domande molto specifiche sui sintomi del disturbo durante i primi incontri, ma discutere certe tematiche dopo alcune sedute permettendo al paziente di prendere confidenza con la situazione ed essere più rilassato (Christopher G. Fairburn, 2016).

2.3 Come affrontare i sintomi dei disturbi alimentari

Uno degli ostacoli più problematici durante il percorso di cura è quello di affrontare lo stile alimentare del paziente e intervenire con alcuni consigli per fronteggiare le complicazioni di salute fisica. Per prima cosa occorre formalizzare i pasti suggerendo alcune semplici norme:

- Delimitare luogo e orario, ben definiti, e programmare in anticipo la quantità di cibo (con l'ausilio del nutrizionista).
- Evitare di mangiare nei tegami e con utensili usati per preparare il pasto.
- Cercare di non alimentarsi mentre si svolgono altre attività che possono favorire un'assunzione involontaria e eccessiva.

- Evitare di mangiucchiare il cibo mentre lo si prepara; è un momento delicato soprattutto per chi soffre di alimentazione incontrollata.
- Durante il pasto cercare di controllare il ritmo con cui si ingerisce il cibo: nei casi di un'assunzione rapida per chi soffre di abbuffate è consigliato distrarsi conversando, bevendo un bicchiere d'acqua e lasciando le posate per qualche istante sul tavolo; per chi soffre di Anoressia Nervosa rallentare l'assunzione di cibo può portare al rifiuto del pasto, è necessario quindi come detto in precedenza stabilire una quantità che il paziente sente di poter mangiare interamente (Christopher G. Fairburn, 2016).

Oltre ai pasti è fondamentale gestire con il paziente tutti quei comportamenti compensatori tipici dei disturbi alimentari che comprendono pratiche di vomito autoindotto, l'uso eccessivo di lassativi e diuretici. Questi atteggiamenti vengono definiti "*Purging*" e ne sono riconoscibili due forme: Il *Purging compensatorio* per contrastare la sovralimentazione e le abbuffate, e il *Purging non compensatorio* che racchiude tutte quelle forme di controllo ossessivo del peso, come pesarsi continuamente o praticare diete ferree.

Con i pazienti che mettono in pratica questi comportamenti è importante illustrare dettagliatamente queste "operazioni" compensatorie e rimarcare l'inefficacia nell'indurre la perdita di peso; ad esempio il vomito autoindotto elimina solo in parte il cibo ingerito pochi minuti prima. Nei casi di persone Bulimiche può essere utile calcolare effettivamente le calorie ingerite complessivamente in una giornata con e senza l'abbuffata, per spostare l'attenzione sulla sensazione di perdita di controllo piuttosto che sulla quantità di cibo mangiato. Nei pazienti che utilizzano lassativi è consigliato ridurne l'uso poco a poco per permettere al soggetto di abituarsi all'incremento ragionevole del peso dovuto alla ritenzione dei liquidi (Farrell & Shafran, 2006). Questi tipi di atteggiamenti hanno sostanzialmente le funzioni di compensare la sensazione di pienezza e di appiattire l'addome (con lassativi) per sentire lo stomaco vuoto, di autopunizione in casi in cui il paziente ha bassa autostima o forme gravi di depressione e di regolare l'umore permettendo di gestire forte stress ed emozioni intense. Quindi i comportamenti compensatori vengono compiuti per eliminare l'idea di essere grassi e di aver mangiato eccessivamente; in realtà la sensazione di "pienezza" è associata al pensiero di sentirsi in sovrappeso, gonfi, la pancia sporgente causata dall'aver mangiato troppo e di indossare vestiti troppo stretti.

Al fine di una buona riuscita del percorso terapeutico nella CBT-E è consuetudine monitorare il paziente nel primo periodo di incontri per capire quali siano le sue sensazioni di "pienezza" e come affrontarle (Jansen, 2006); questo fenomeno di natura cognitiva è molto comune nei pazienti con un indice di BMI molto basso. Educando chi soffre di disturbi alimentari (fase 3) sul giusto apporto calorico giornaliero, risignificando la relazione che c'è tra l'essere e il pensare di essere in sovrappeso, contestualizzando le pressioni sociali è possibile che queste sensazioni distorte tornino nella norma; di primaria importanza per la normalizzazione del paziente è ad ogni modo un'alimentazione sana e regolare per almeno alcuni mesi. Un altro comportamento disfunzionale messo in atto frequentemente è l'eccessivo esercizio fisico, che può essere considerato come una forma di Purging, tanto da venire diviso in compensatorio e non compensatorio:

- Nell'esercizio fisico compensatorio (come nel Purging) l'attività viene utilizzata per rimediare ad abbuffate, o addirittura per contrastare future e previste mangiate di grandi quantità di cibo.
- L'esercizio fisico non compensatorio invece racchiude quelle abitudini che permettono al paziente di tenere sotto controllo il peso e le forti emozioni, fungendo da anti-stress.

Questa pratica ossessiva di esercizio fisico è molto ricorrente nei pazienti con peso corporeo al di sotto della norma, e può essere di difficile gestione qualora la persona si trovi in un contesto ospedaliero o residenziale in cui vengono a mancare gli spazi idonei, e quelli disponibili sono

molto ristretti. Solitamente questa tipologia di attività motoria si svolge con un eccesso di movimento giornaliero (come ad esempio camminare per lunghe distanze senza mai fermarsi), con una frequenza atipica, cioè praticando allenamenti normali più volte al giorno (più del dovuto), e svolgendo queste attività con intensità esagerata.

Per valutare se un esercizio fisico è eccessivo è compito primario notare nel paziente se vi è una sensazione di costrizione nel procedere all'allenamento, se l'attività fisica sostituisce altre attività piacevoli per la persona, come socializzare con gli amici, e se nonostante la situazione pericolosa per la salute viene comunque svolta l'attività; questi comportamenti devono essere presi come criteri per esaminare l'anomalia nel modo di condurre l'esercizio fisico.

All'interno del percorso di terapia, dopo aver monitorato il comportamento del paziente in relazione all'attività motoria, è opportuno comunicare alla persona i rischi che corre per la propria salute e le conseguenze che possono verificarsi (infortuni come fratture, problemi cardiaci, eccesso di appetito che provocherà atteggiamenti disfunzionali) (Christopher G. Fairburn, 2016). Normalmente l'eccessiva attività fisica tende a decrescere spontaneamente con l'avanzare della terapia, fino al punto in cui il paziente si rifiuta di svolgere allenamenti anomali, sebbene ne abbia ancora il pensiero (impara a gestirlo). Più difficoltosa è la situazione in cui la persona utilizza l'attività fisica per controllare le proprie emozioni: in questo caso è necessario più tempo e più incontri per approfondire il ruolo che hanno le emozioni per la persona. È giusto precisare che tendenzialmente la CBT-E non sconsiglia il "movimento" bensì ne incoraggia la regolarità (su tutti i criteri) per mantenere una buona salute fisica e mentale. Per fare questo il terapeuta suggerisce al paziente di svolgere attività fisica in compagnia per favorire il confronto diretto con alcuni aspetti legati al disturbo alimentare, come tenere una vita sociale più attiva, esporre il proprio corpo ad un giudizio "sano" di altre persone paragonandolo al pensiero che ha di sé stesso/a, e poter osservare e riconoscere quel comportamento eccessivo che gli appartiene (accade spesso che l'eccessiva attività motoria sia fonte di disturbo se guardata da chi soffre di disturbi alimentari).

Capitolo 3: Riabilitazione residenziale per i disturbi alimentari

3.1 Livelli di intervento nella riabilitazione dei dca

In Italia la cura dei disturbi alimentari si sviluppa in cinque livelli di intervento, in base alla severità del disturbo (secondo la normativa prevista dal ministero della salute nel 2016): (1) Medico di medicina generale o pediatra → (2) Terapia ambulatoriale → (3) Terapia ambulatoriale intensiva o semi-residenziale → (4) Riabilitazione residenziale → (5) Ricovero ospedaliero.

Il livello di intervento si decide in base ad una valutazione clinica che tiene in considerazione i seguenti elementi: tipo, durata e gravità del disturbo; l'età del paziente e il suo stato di salute attuale; il profilo psicopatologico del paziente, evidenziando se sono presenti altre patologie psichiatriche e la storia clinica del paziente, compresa la situazione familiare.

1. il primo passo riabilitativo si riscontra nel medico di medicina generale o pediatra, che solitamente ha il compito di notare comportamenti disfunzionali riguardo al cibo o una marcata atipicità del peso compiendo una prima valutazione generica del paziente e consigliando successivamente quale percorso riabilitativo sia necessario;
2. il secondo livello di intervento è la terapia ambulatoriale, contesto in cui il paziente intraprende un percorso di cura con specialisti, non interrompendo la vita quotidiana (come accade nel ricovero e day-hospital) e per questo risulta essere ideale nel raggiungimento della guarigione, anche se buona parte di coloro che soffrono di DCA (più del 30%) non risponde alla trattamento ambulatoriale e necessita di cure più intensive. L'unità ambulatoriale svolge attività diagnostica e terapeutica, con compiti di monitoraggio periodico dei soggetti che hanno terminato un percorso residenziale. In questo livello di intervento non è necessario seguire il paziente quotidianamente poiché le condizioni fisiche e psicologiche sono sufficientemente stabili ed è presente una buona motivazione al trattamento. L'approccio terapeutico è gestito da un'equipe multidisciplinare che ha come obiettivo quello di affrontare la malnutrizione e le conseguenti variazioni di peso, i fattori di mantenimento della patologia e i comportamenti disfunzionali con strategie psicologiche opportune (come descritto nel capitolo 2). Qualora non avvenga con successo la riduzione della sintomatologia, è opportuno preparare il paziente ad affrontare nelle migliori condizioni un percorso più intensivo.
3. La terapia ambulatoriale intensiva o semi-residenziale è un trattamento pensato per i pazienti che non rispondono all'ambulatorio convenzionale. Si svolge in una struttura specializzata per i disturbi alimentari che offre un trattamento diurno analogo a quello residenziale, ed anche in questo caso il percorso riabilitativo è gestito da psichiatri, psicologi, nutrizionisti, educatori e infermieri. Punto di forza di questo livello di intervento è la possibilità per il paziente di avere la partecipazione dell'equipe durante la consumazione dei pasti e collaborare con questa per la pianificazione dei pasti fuori dall'orario giornaliero del centro riabilitativo, soffermandosi anche su eventuali problematiche e dubbi. Infatti il soggetto è esposto a situazioni stressanti all'esterno del luogo di cura (durante il weekend per esempio), in cui si ritrova in circostanze ambientali di quotidianità: questo permette di ridurre la percentuale di ricaduta una volta terminato il percorso di cura. Altro aspetto importante è la collaborazione tra l'equipe medica e la famiglia del paziente, soprattutto nei casi in cui il soggetto sia minorenni: mantenere costanti rapporti con i familiari aiuta a tenere monitorata la situazione e i cambiamenti del paziente, e al tempo stesso consente alle figure

professionali di guidare, fornire nozioni e strumenti adeguati alle persone a stretto contatto con il paziente durante la preparazione e la consumazione dei pasti.

4. La riabilitazione residenziale viene intrapresa per fornire al paziente un'assistenza di tipo fisico, nutrizionale e psicologico più intensiva rispetto ad altri livelli di intervento, proprio a causa della gravità della patologia che impatta in maniera marcata sulla vita della persona. Nello specifico un percorso residenziale è da preferire se la risposta al trattamento ambulatoriale non è stata efficace, e la presenza di rischio fisico, psichiatrico e sociale è elevato al punto da rendere necessario un controllo quotidiano del paziente. Il trattamento residenziale è il livello di cura più intensivo e propone un percorso che tiene in considerazione tutti gli aspetti caratterizzanti dei disturbi alimentari; una struttura residenziale dedicata fornisce un'assistenza nutrizionale e psicologica analoga all'ambulatorio, ma con maggiore presenza da parte dell'equipe medica. Particolare attenzione va posta anche in questo caso ai familiari o alle persone di riferimento del paziente, per consentire successivamente la sperimentazione delle abilità di rinforzo acquisite durante il percorso residenziale in maniera adeguata anche all'esterno.
5. A causa di complicanze mediche gravi dovute alla malnutrizione o alla difficile gestione di comorbidità psichiatriche del paziente, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero ordinario: attraverso screening dello stato nutrizionale e valutazioni cliniche del disturbo, si pianificano e gestiscono i pasti (anche tramite nutrizione artificiale) per consentire al soggetto di recuperare una condizione di buona salute per poter proseguire poi con un percorso residenziale. La decisione del ricovero è molto spesso traumatica per il paziente, è opportuno coinvolgere i familiari e il luogo del ricovero dovrebbe essere ragionevolmente vicino al luogo di residenza. Il personale del reparto ospedaliero è necessario sia adeguatamente formato riguardo alle complicanze tipiche dei disturbi alimentari, come i comportamenti che si manifestano e la difficile collaborazione che si può creare con il paziente. In generale dovrebbe essere presente un'equipe specializzata per i disturbi alimentari; lo scopo primario in questo livello di trattamento è la sopravvivenza della persona che arriva in condizioni critiche, rischiando la vita (Direzione generale Sanità e politiche sociali, 2009).

Il passaggio tra i vari livelli di trattamento può avvenire sia da uno meno intensivo a uno più intensivo, sia viceversa. Il criterio più frequentemente utilizzato per il passaggio ad un livello di cura più intensivo è la mancata risposta al trattamento attuato precedentemente. Al contrario quando il paziente migliora in maniera significativa in aspetti fisici, sociali e psichiatrici è possibile passare ad un livello meno intensivo, adeguato ai progressi del soggetto. Lo scambio tra due livelli a volte comporta la presa in carico del caso da parte di una nuova équipe terapeutica: in questa delicata operazione le due équipe (invianti e ricevente) devono condividere il piano terapeutico, il quadro clinico con la documentazione nutrizionale del paziente e le motivazioni del trasferimento. È consuetudine che l'equipe inviante rimanga a disposizione per chiarimenti eventuali e confronti sui progressi del soggetto. Il passaggio tra un livello di trattamento e un altro è un momento delicato per il paziente, che si trova ad affrontare ulteriori cambiamenti nel percorso di cura e può risultare destabilizzante: fondamentale è far partecipare la famiglia (quando possibile), mettendo in evidenza il nuovo piano terapeutico, gli obiettivi da raggiungere e le caratteristiche dettagliate del nuovo trattamento, offrendo strumenti appropriati per la gestione della situazione (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

3.2 Trattamento residenziale per i disturbi alimentari

Il trattamento residenziale è indicato per persone affette da disturbi alimentari di qualsiasi età che non hanno risposto in maniera positiva al trattamento ambulatoriale o hanno terminato il

ricovero ospedaliero e si trovano ad avere gravi complicanze mediche (come problemi cardiaci, disturbi elettrolitici o alterazioni epatiche), un peso corporeo molto basso (indice di BMI<15) e significative problematiche interpersonali (Dalle Grave, 2015). Le strutture destinate ad accogliere questi pazienti in day-hospital solitamente sono organizzate su diversi piani, con camere che possono ospitare da 1 a 4 persone, con sale relax dotate di tv, biblioteche, aule studio, medicheria, sale per gruppi psico-nutrizionali, così come una cucina adibita a gruppi nutrizionali, stanze dedicate ai colloqui individuali, palestra e piscina attrezzata, e, dove possibile, spazi all'aperto, con lo scopo di proporre attività di giardinaggio.

Il trattamento ha come obiettivo quello di affrontare i fattori di mantenimento del disturbo alimentare nel singolo individuo, che comprende solitamente l'eccessiva valutazione del peso e della forma fisica attraverso il controllo della nutrizione, per consentire poi il ritorno alla quotidianità (Dalle Grave, 2015). Come menzionato nei capitoli precedenti alcuni pazienti possono far uso continuo di sostanze stupefacenti, che influiscono sul percorso di guarigione, ed è quindi necessario che le persone che risiedono all'interno della struttura abbiano trascorso un periodo di astinenza di almeno 3 mesi (Direzione generale Sanità e politiche sociali, 2009). La preparazione al ricovero in residenza avviene con alcuni incontri introduttivi per il paziente e i familiari, in cui vengono fornite informazioni dettagliate sui disturbi alimentari, è compresa una visita della struttura per far osservare direttamente l'ambiente in cui avverrà il ricovero, e si discute sui motivi per cui è conveniente al paziente intraprendere questo percorso di cura.

OBIETTIVI	BREVE TERMINE	MEDIO TERMINE	LUNGO TERMINE
MEDICI	Stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali Gestione della comorbidità psichiatrica		Stabilizzazione delle condizioni generali
NUTRIZIONALI	Riduzione di comportamenti non salutari di controllo del peso Interruzione degli episodi Bulimici Recupero di un comportamento alimentare che porti il paziente verso il recupero di un peso naturale Riduzione di comportamenti non salutari di controllo del peso Interruzione degli episodi Bulimici	Consolidamento della autonomia nella gestione del pasto e dei comportamenti non salutari del controllo del peso	Recupero del normopeso Interruzione dei comportamenti non salutari di controllo del peso Interruzioni delle abbuffate (se presenti) Autonomia nella gestione dell'alimentazione a domicilio Acquisizioni di competenze nutrizionali del paziente e della sua famiglia Diminuzione del conflitto con la famiglia in merito al cibo

(Obiettivi a breve, medio e lungo termine della riabilitazione intensiva dei disturbi dell'alimentazione; da *Quaderni del ministero della salute n.29, 2017*)

Il trattamento viene presentato come un'opportunità per guarire dal disturbo alimentare e per migliorare la visione di una vita futura caratterizzata da buona salute; per fare questo il comportamento molto spesso suggerito dai terapeuti durante i primi incontri è quello di concentrare le proprie forze ed energie verso il trattamento stesso, spostando l'attenzione dai pensieri ricorrenti sull'alimentazione e il peso e ponendo massima priorità alla guarigione. All'ingresso in struttura il paziente viene assegnato a un'equipe medica che fin da subito illustra il programma giornaliero delle varie attività ed esegue esami diagnostici per la valutazione generale del soggetto: calcolo del BMI, valutazione della composizione corporea e massa ossea, valutazione psichiatrica, analisi umorali e anamnesi alimentare.

Il peso corporeo viene misurato una volta a settimana (solitamente nei primi giorni). Una buona condotta all'interno della residenza include il rispetto degli orari stabiliti dall'equipe medica, sia per i gruppi terapeutici, sia per i pasti, sia per tutte le attività inerenti al percorso di cura: questo permette ai pazienti di prepararsi a ciò che li attende e applicare quelle che sono le pratiche di gestione dei sintomi del disturbo (concordate col terapeuta di riferimento) concentrandosi unicamente su queste. Il trattamento è individualizzato e ha lo scopo di affrontare i principali meccanismi del singolo disturbo alimentare; per conseguire un cambiamento cognitivo il paziente è motivato e supportato a fare piccoli e graduali cambiamenti nel modo di formulare i pensieri ed analizzare come questi cambiamenti influenzino il suo comportamento – nelle fasi più avanzate del percorso il paziente è aiutato ad individuare preventivamente i pensieri disfunzionali e risignificarli.

Durante i momenti (delicati) dei pasti assistiti il paziente viene incoraggiato a svolgere un ruolo attivo nel controllare i pensieri alterati riguardanti il cibo, applicando le giuste strategie consigliate dai terapeuti, per consentire la riduzione di ansia e avere un controllo mentale sul disturbo durante la successiva e progressiva normalizzazione del peso; un comportamento passivo nei confronti del pasto è poco utile in quanto non permette di apprendere quelle strategie che fuori dal contesto residenziale consentono di gestire il disturbo alimentare in autonomia, senza l'assistenza dell'equipe medica.

Solitamente durante le prime settimane i pasti vengono consumati con la presenza di un nutrizionista e/o un psicoterapeuta, che collaborano con il paziente aiutandolo ad utilizzare strategie cognitivo-comportamentali per mangiare senza dover ricorrere a rituali disfunzionali e senza farsi influenzare dalla preoccupazione del peso (Scribner & Graves, 2010); le persone che soffrono di un disturbo alimentare infatti hanno la convinzione che se assumono alcuni tipi di cibi o ingeriscono una quantità ritenuta abbondante perderanno il controllo sul proprio peso, generando forte ansia che può essere ridotta da dieta ferrea o altri atteggiamenti disfunzionali non salutari (Hughes EK, 2012). Per affrontare questo problema e applicare un comportamento attivo è essenziale seguire alcuni punti fondamentali:

- misurare il peso periodicamente con la presenza del nutrizionista, interpretarlo in modo funzionale al percorso di cura, anche con l'aiuto di grafici per comprendere meglio le variazioni di peso, e pianificare l'alimentazione (settimanalmente) insieme al nutrizionista di riferimento basandosi sui cambiamenti ponderali.
- Applicare strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare i pensieri disfunzionali del disturbo alimentare; i suggerimenti più comuni dati ai pazienti sono di rispettare il piano alimentare concordato per avere prevedibilità su ciò che riguarda il pasto, di non seguire le sensazioni di fame e sazietà in quanto sono alterate dalle condizioni cliniche del disturbo, di non lasciarsi influenzare dai pensieri riguardanti il cibo perchè distorti dal disturbo, di non mettere in pratica rituali alimentari (come spezzettare gli alimenti) perchè si rischia di rendere il pasto più complesso di quello che è realmente, e di scrivere un diario al termine del pasto dove raccogliere sensazioni e pensieri su ciò che si è appena fatto.
- Imparare a gestire i momenti seguenti al pasto, praticando attività alternative svolte in aule studio, sale relax con tv e biblioteche per prevenire i comportamenti compensatori;

subito dopo i pasti solitamente non è consentito l'accesso al bagno se non per urgenze imminenti.

Dopo che il paziente è riuscito a normalizzare il proprio peso, è possibile procedere con l'alimentazione non assistita, che prevede la consumazione dei pasti senza l'ausilio medico e (quando possibile) fuori dal luogo di cura; tutto questo viene stabilito in accordo con il nutrizionista di riferimento e, come per i pasti in struttura, anche quelli non assistiti vengono programmati precedentemente in collaborazione con il paziente. Anche in questo caso vengono suggerite delle procedure che è opportuno seguire:

- Imparare a considerare i comportamenti disfunzionali come un problema da affrontare e non come soluzione al disturbo alimentare.
- Provare ad essere più flessibili sulle regole da adottare durante la preparazione e la consumazione del pasto (es. evitare specifici alimenti, cambiare le porzioni stabilite misurando le calorie con massima precisione, mangiare in presenza di altri)
- In caso di comportamenti disfunzionali o di ricadute in questa fase provare ad identificare i fattori scatenanti per poi affrontarli con il terapeuta.

A disposizione dei pazienti per tutto il trattamento ci sono le sedute individuali di psicoterapia con il terapeuta di riferimento assegnato all'ingresso; l'obiettivo principale è quello di operare sui fattori di mantenimento del disturbo, risignificare l'immagine corporea, in particolare peso e forma fisica e fornire strumenti adeguati per gestire emozioni ed eventi che influiscono sull'alimentazione; per consolidare e implementare il lavoro svolto nelle sedute individuali, vengono condotti gruppi psicoeducativi, cognitivo-comportamentali e nutrizionali (Christopher G. Fairburn, 2016). I gruppi sono pensati per favorire il reciproco aiuto tra i pazienti che stanno affrontando il proprio disturbo alimentare e per superare i sentimenti di vergogna che è caratteristica comune nei DCA, oltre ad avere la possibilità di approfondire diversi temi legati alla malattia. L'intervento psicoeducativo ha l'intento di migliorare la socializzazione dei pazienti attraverso il potenziamento delle abilità individuali con attività ludico-ricreative come ad esempio laboratori di disegno, pittura, giochi da tavolo e di ruolo, teatro, cucito e ricamo; l'aspetto cognitivo-relazionale è molto importante durante il percorso di cura per i pazienti, che imparano a condividere le proprie esperienze e problematiche con "altri" che si trovano in condizioni analoghe (Donovan & Bransford, 2007).

I gruppi cognitivo-comportamentali esaminano vari aspetti psicologici come la coscienza, la percezione di sé, la memoria, il pensiero e il linguaggio, la motivazione, la personalità e le emozioni fornendo nozioni che potranno essere di supporto nel comprendere i disturbi alimentari (Christopher G. Fairburn, 2008): questo lavoro può essere svolto tramite differenti modalità tra cui la scrittura, la lettura di un racconto, la discussione di un argomento e con prove pratiche situazionali, dove i pazienti sono i protagonisti e si mettono in discussione assieme al terapeuta che dirige l'attività.

I gruppi nutrizionali sono parte indispensabile del trattamento: durante questi gruppi il nutrizionista dialoga con i pazienti sui vari alimenti spiegando approfonditamente le caratteristiche dei cibi che poi troveranno durante i pasti; quando le condizioni psicologiche dei soggetti lo permettono, è possibile svolgere laboratori di cucina in cui i pazienti preparano in prima persona alcuni pasti, che poi mangeranno successivamente. Ciò favorisce una corretta interpretazione di cosa si assume (soprattutto in termini di calorie) e diminuisce l'avversione nei confronti degli alimenti.

Se i pazienti si trovano in una condizione di salute buona (ovvero la situazione clinica generale non indica pericoli per il benessere del soggetto), partecipano a sedute di fitness condotte dal fisioterapista (Kratz O & Roessner V., 2003): vengono eseguiti esercizi di rinforzo muscolare per favorire il recupero della massa muscolare e per aiutare il soggetto ad accettare la propria forma fisica senza preoccuparsi del peso e del controllo sull'alimentazione. Per agevolare l'accettazione del proprio corpo (quando i pazienti iniziano a gestire meglio l'ansia collegata

alla dispercezione corporea rispetto al loro arrivo in struttura) è possibile intraprendere un programma di terapia dello specchio: questa tecnica ha lo scopo di modificare le convinzioni mentali legate all'immagine corporea distorte dal disordine alimentare.

La tecnica della terapia dello specchio consiste nell'esposizione ad uno specchio in cui i pazienti sono guidati dal terapeuta nel descrivere il proprio corpo senza giudicare: la procedura prevede un massimo di 6/7 sedute da svolgere una a settimana, il soggetto viene posizionato di fronte ad uno specchio e invitato dal terapeuta a illustrare il suo corpo facendo attenzione a non essere critico, osservandosi e ascoltando le emozioni che emergono in maniera intensa. Alla fine della seduta sforzandosi di mantenere un atteggiamento il più possibile oggettivo, viene chiesto al paziente di assegnare da 0 a 10 un livello di ansia provato per ogni parte del corpo descritta (Dalla Ragione, 2012). All'interno di un percorso di cura residenziale questa tecnica aiuta i pazienti a diminuire i pensieri e le sensazioni disfunzionali riducendo i livelli di ansia generale.

Durante le prime fasi del trattamento vengono prescritte vitamine e/o sali minerali; quando è presente una condizione di depressione grave legata al disturbo alimentare è necessario prescrivere dei farmaci antidepressivi. Le medicine devono essere assunte e somministrate in presenza degli infermieri; è severamente vietato l'utilizzo di lassativi e di alcolici all'interno della struttura.

Nel caso in cui il paziente ricoverato in struttura sia minorenne, i genitori vengono inclusi nel percorso di cura, gli viene assegnato un terapeuta di riferimento e un nutrizionista con cui collaborare e apprendere nozioni sui disturbi alimentari per creare un ambiente familiare positivo, migliorare la comunicazione tra i membri e far apprendere strategie funzionali per la gestione delle crisi alimentari. Questo permette alla famiglia di essere preparata quando il paziente è pronto a lasciare la residenza e si ritrova esposto a fattori ambientali stressanti, che possono portare ad una normale ricaduta (Fisher, 2010).

La fase conclusiva del trattamento (fase 4) prepara il paziente ad intraprendere un percorso di cura ambulatoriale; è vantaggioso che la terapia post-ricovero sia condotta dalla solita equipe che aveva in carico il paziente in residenza. Ciò permette di continuare ad applicare in modo efficace le procedure e gli strumenti appresi diminuendo il tasso di ricaduta; questa prassi basata sulla collaborazione creata con il terapeuta e il nutrizionista di riferimento, permette di avere l'opportunità di un trattamento specifico focalizzato sulle problematiche del singolo disturbo alimentare e di avere un supporto intensivo durante i primi mesi dopo la dimissione (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

Bibliografia

- American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.). Washington, D.C.
- Christopher G.Fairburn, (2016).La Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Firenze:Eclipsi.
- Crow,S.,& SWigart, S.(2005). Medical and Psychological assesment. In J.E.Mitchell&C.B,Peterson (Eds), assessment of eatingdisorders (pp. 120-128). New York:Guilford Press.
- Dalla Ragione L, Mencarelli S. L'inganno dello specchio. Franco Angeli, Milano, 2012
- Dalle Grave R. La Terapia Cognitivo Comportamentale Multistep dei Disturbi dell'Alimentazione. Teoria, Trattamento e Casi Clinici. Firenze: Eclipsi, 2015.
- Direzione generale Sanità e politiche sociali. Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (attuazione DGR 1298/09) Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna, 2009.
- Donovan, M.S., Bransford, J.D., and Pellegrino, J.W. (Eds.), (2007). How People Learn; Bridging Research and Practice, Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, National Academy Press, Washington DC.
- Fairburn CG, Bailey-Straebler, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, O'Connor ME, Cooper Z. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. Behav Res Ther 2015; 70: 64-7.
- Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, 2008.
- Fairburn, C.G.,Beglin,S.J.(1994).Assessment of eating disorder Psychopatology:Interview of self-report questionnaire. International Journal of Eating Disorders.
- Farrel,C.,Shafran,R.,&Lee,M.(2006).Empirically evaluated treatments for body image disturbance:Areview. European Eating Disorder Review,14,289-300.
- Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Data-base Syst Rev. 2010.
- Frances,A., (2015). La diagnosi in psichiatria. Ripensare al dsm 5. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hughes EK. Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. J Clin Psychol 2012; 16: 15-24.
- Jansen,A.,Smeets,T.,Martijn,C.,&Nederkoorn,C.(2006). I see what you see:The lack of a self-serving body-image bias in eating disorders. British Research and Therapy.
- Kratz O, Roessner V. Change in muscle strength in patients with anorexia nervosa during inpatient treatment—a pilot study Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2003; 31: 277-8.
- Lorenzini & Sassaroli, (2000).La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva.Milano:Cortina Raffaello editore.
- Loriedo,C.,Bianchi,G.,Perrella,C.,Binge eating disorder: aspetti clinici, nosografici e terapeutici Bingeeatingdisorder: clinical, nosological and. (2002).Journal of Psychopatology.
- Onnis, L. (2014).Il tempo sospeso. Milano: Franco Angeli.

- Scribner Reiter C, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract* 2010; 25: 122–36.
- Skarderud, F., (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study.
- Stice E, Marti N, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8 year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013.
- Wilson, G.T. ., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.