Progetto PIA.DAO SISDCA-ANSISA 2012-2014

Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

Elaborazione di Percorsi Italiani Assistenziali Standard

di Qualità Eccellente per lo Studio, Prevenzione e

Cura dei Disturbi-Alimentari-Obesità

11.5.a.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Anoressia Nervosa

Manzi-Prosperi, Bonanni, Bosio, Carli, Castegnaro, Cotrufo, Cosenza, Di Stani,Manzi F., Micheletti, Paolicchi, Ricci, Todisco, Zaninotto

Titolo del file: 11\_MANZI\_PROSPERI\_4

A. Introduzione

i. Definizioni

1. L’Anoressia Nervosa secondo il DSM-IV-TR (Manzi SA, Manzi F, Bonanni, Cotrufo, Di Stani) (1000 caratteri)

2. I criteri diagnostici nell’evoluzione proposta dal DSM.5 di prossima pubblicazione (Manzi SA, Manzi F, Cotrufo, Di Stani, Bonanni)(500 caratteri)

3. I due sottotipi: Restrittivo puro o criptico (ANR) e quello con binge eating e purging (ANP). (Manzi SA, Manzi F, Cotrufo, Bonanni, Di Stani) (500)

3. I Disturbi di Personalità nella AN (Bosio, Todisco, Cosenza) (2000 caratteri)

ii. Quesiti

1. Esiste solo una differenza fenotipica tra ANR e ANP? Ovvero tra i due sottotipi restrittivi senza e con purging esistono significative differenze nella loro struttura di personalità?

2. Esprimono i due sottotipi un differente livello di gravita?

3. In una prospettiva diagnostica non categoriale, ovvero dimensionale nel life time, quali sono gli aspetti psicologici, psicopatologici e psichiatrici caratteristici della restrizione, come sintomo primario, indipendentemente dalla diagnosi secondo il DSM-IV? Ovvero è la restrizione inadeguata, per tenere il peso sotto il livello di normalità, un sintomo di patologia mentale?

B. Stato dell’arte

i. Aspetti eziologici, epidemiologici e mortalità

1. Epidemiologia: Prevalenza e Incidenza (Di Stani) (1000 caratteri)
2. Eziologia: Genetico-biologica, psicologica e relazionale (Di Stani, Todisco, Cosenza) (2000 caratteri)
3. I fattori di rischio: Adiposità, Pressione Socio-culturale, Interiorizzazione dell’ideale di magrezza, Insoddisfazione corporea, Dieting. (Di Stani, Bonanni) (1000 caratteri)
4. I fattori protettivi generali e la resilienza (Di Stani, Zaninotto) (1000 caratteri)
5. L’importanza dei modelli di attaccamento (Cotugno, Carli) (1000 caratteri)
6. L’abuso sessuale e altre forme di traumi (Carli , Castegnaro) (1000 caratteri)

ii. L’assessment

1. Psicologio e Psichiatrico (Micheletti, Cosenza) (1000 caratteri)
2. L’utilità della psicometria (Ricci, Castegnaro) (500 caratteri)

iii. La clinica

1. I disturbi di personalità associati ai due sottotipi prima, durante e dopo l’insorgenza dei sintomi (Bosio, Todisco, Casenza) (1000 caratteri)
2. La disregolazione emotiva (Cotugno , Carli ) (1000 caratteri)
3. Le patologie psichiatriche associate o peggiorate dall’AN: nevrosi e psicosi. (Cosenza) (1000 caratteri)
4. Il significato dell’autolesionimo (Carli, Castegnaro)(500 caratteri)
5. L’Identità personale e l’immagine corporea: aspetti clinici e prognostici.(Micheletti)(500 caratteri)

iv. I problemi implicati nel percorso terapeutico

1. Il problema della motivazione e dell’ambivalenza (Ricci) (1000 caratteri)
2. Le tecniche di base del counseling nutrizionale e l’alleanza terapeutica (Zaninotto) (1000 caratteri)
3. Implicazioni nel trattamento della comorbidità dei disturbi di personalità (Di Stani) (1000 caratteri)
4. Lavorare con la famiglia: assessment e tecniche di intervento (Todisco) (1000 caratteri)
5. Gli studi di esito dei diversi trattamenti terapeutici dell'anoressia (Cotugno) (500 caratteri)
6. La successione dei differenti percorsi terapeutici non farmacologici (Cotugno, Cosenza, Todisco) (2000 caratteri)
7. Comportamenti assistenziali in caso di quadri clinici di grave entità e di pericolo di vita (Todisco, Cotugno) (1000 caratteri)

Discussione e Problemi aperti

C. L’Azione

i. Protocolli Diagnostico-Terapeutici Consigliati

ii. Raccomandazioni per la Pratica Clinica e per la Ricerca Finalizzata

iii. Risposte ai Quesiti

D. Riassunto e brevi conclusioni

Introduzione

Acronimi

AN: Anoressia Nervosa, APA: American Psychiatric Association, DSM: Diagnostic Statistical Manual, AN: Anoressia Nervosa senza distinzione in sottotipi, ANR: AN con restrizione ma senza purging, ANP: AN con purging ma senza binge, ANB: AN con binging ma senza purging, ANBN: BN con storia di AN e peso normale, BE: Binge Eating, BEB: Bing Eating Behaviour, BED: Binge Eating Disorder, BN: Bulimia Nervosa , CBT Cognitive Behavioral Therapy, Cc: Consensus Conference , DA: Disturbi Alimentari propriamente detti (AN, BN, BED, EDNOS), DAI :Disturbo da Alimentazione Incontrollata, DANAS: Disturbi Alimentazione non Altrimenti Specificati,DAO: Distirbi Alimentari Obesità, DCA:Disturbi del Comportamento Alimentare, DOC: Disturbo Ossessivo Compulsivo, DP: Disturbo di Personalità DPB: Disturbo di Personalità Borderline, DPRS: Depressione, DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,IPT: psicoterapia interpersonale, EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified, ESEMeD: European Study on the Epidemiology of Mental Disorders, FBT :Family-Based Treatment, ISS: Istituto Superiore di Sanità, LG: Linea Guida, NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence, OB: Obesità, PB: Purging Behaviour, RSM : Rapporto Standardizzato Mortalità, TEs :esperienze traumatiche

A.Introduzione (Manzi SA, Manzi F, Cotrufo)

I disturbi alimentari (DA) non sono patologie nuove, essi in realtà sono stati descritti per la prima volta alcuni secoli fa. Tra i disturbi alimentari sicuramente è l’Anoressia Nervosa (AN) che è stata descritta per prima, nel suo profilo psicologico e sintomatico . Chi per la prima volta, da un punto di vista medico, ha descritto in modo dettagliato le caratteristiche sintomatiche, comportamentali e relazionali dell’AN sono stati un medico inglese, Gull (1873), e uno francese, Laségue (1873), che descrissero contemporaneamente dei casi.

L’odierna classificazione dei disturbi dell’alimentazione (DA) nel Manuale Diagnostico e Statistico (DSM: Diagnostic and Statistical Manual), pubblicato dall’American Psychiatric Association(APA) è frutto della cronologia con cui le malattie sono state identificate e con ciò della tradizione della denominazione medico-psichiatrica (APA 1983, 1988, 1996)

1.I Definizione dell’AN nel DSM IV e criteri diagnostici (Manzi SA, Manzi F, Cotrufo, Di Stani)

Nel DSM IV (Quarta edizione del DSM, pubblicata nel 1994), per la prima volta, i disturbi alimentari hanno una classe diagnostica a se stante. Essa comprende: l’Anoressia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) ed i Disturbi dell’Alimentazione non Altrimenti Specificati (DANAS) o Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) (APA, 1996, 2001).

L’anoressia viene suddivisa in due sottocategorie: tipo restrittivo (ANR), tipo con abbuffate/ condotte di eliminazione (ANBP). Vengono definiti i criteri secondo cui è possibile porre diagnosi di AN.

Nel DSM IV sono definiti i seguenti criteri diagnostici necessari per porre diagnosi di AN:

1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l’età e la statura o al di sopra di esso (p.e.: perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell’85% di quello atteso; o in età evolutiva, mancanza dell’aumento di peso previsto che porta a un peso corporeo inferiore all’85% di quello atteso).
2. Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso.
3. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o le forme del proprio corpo, o eccessiva influenza del peso e delle forme del corpo sui livelli di autostima o diniego della gravità della perdita di peso attuale.
4. Nelle donne che hanno già avuto menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.
5. Specificare il sottotipo:

Tipo restrittivo

Durante l’episodio di AN la persona non presenta frequenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (p.es. vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri).

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione

Durante l’episodio di AN la persona presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o condotte di eliminazione (p.e. vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclismi).

La diagnosi può essere problematica nell’infanzia e nella prima adolescenza poiché i criteri diagnostici esistenti sono poco sensibili in età evolutiva (Bellini, 2010). Una sfida diagnostica si pone in persone con disturbi fisici comorbosi come diabete, malattie croniche intestinali, disturbi endocrini e si pone un ulteriore problema di diagnosi differenziale con la marcata inappetenza presente nella depressione, con sindromi post-infettive virali o di fatica cronica, in cui l’assunzione di cibo è scarsa, o con quadri clinici secondari a tumore cerebrale (NICE,2004)

2. I due sottotipi: Restrittivo puro o criptico (ANR) e quello con binge eating (ANB) e purging (ANP). (Manzi SA, Manzi F, Cotrufo, Bonanni, Di Stani)

Per la giovane che sviluppa un DA di tipo restrittivo con calo ponderale importante, se c’è adempimento di tutti i criteri diagnostici, porremo, secondo regole di classificazione DSM, la diagnosi di AN di tipo restrittivo (ANR).

La stessa persona può presentare, dopo un lasso di tempo che può variare da alcuni mesi ad alcuni anni, un mutamento della sintomatologia sviluppando abbuffate seguite da vomito con o senza normalizzazione del peso. In presenza di sottopeso si farà diagnosi di AN Purging (ANP); se, invece, la persona nel corso del tempo normalizzerà il peso e manterrà un comportamento di abbuffate e comportamenti compensatori la diagnosi sarà di BN; se avrà solo abbuffate senza comportamenti compensatori la diagnosi sarà di DANAS. Per es. Keel e Mitchell (2003) riportano che più del 50% di individui con AN svilupperà più tardi BN mentre il 30% di persone con la diagnosi di BN riferisce in anamnesi di aver sofferto di AN in passato. Negli anni seguenti Fairburn propone una visione trans diagnostica dei DA (Fairburn 2003, 2007). Le frequenti variazioni della sintomatologia e quindi anche della diagnosi divengono negli ultimi anni oggetto diretto di studio. L’instabilità diagnostica viene empiricamente confermata (Milos, 2009) e avrà seguito nella classificazione del DMS 5 (DSM Quinta edizione), di prossima pubblicazione.

3. I criteri diagnostici dell’AN nell’evoluzione proposta dal DSM.5 di prossima pubblicazione (Bonanni, Di stani)

I cambiamenti proposti nella nuova edizione del DSM (DSM 5) sono basati sul riesame della letteratura precedente, consultabile nei diversi numeri dell’International Journal of Eating Disorder, a partire dalla fine del 2009.

L’amenorrea come criterio diagnostico è stato eliminato in quanto rispecchierebbe in larga misura lo status nutrizionale, suggerendo quindi che è una conseguenza dell’anoressia, piuttosto che una caratteristica fondamentale della sindrome. Questo criterio inoltre perde di rilevanza per gli uomini, per le donne che assumono estrogeni, e per le fasi pre-menarca e per la menopausa(Attia, 2009).

4. I Disturbi di Personalità nella AN (Bosio, Cosenza)

Secondo la classificazione proposta nel DSM IV , si parla di Disturbo di Personalità (DP) quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattivi e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva. In genere i sintomi sono egosintonici e la persona tende a cambiare l'ambiente, non sé stesso.

La diagnosi di anoressia si presenta, nella gran parte dei casi clinici, come necessaria ma non sufficiente di per sé sola a inquadrare la condizione di cui il paziente patisce. Nella dimensione categoriale del DSM IV al quadro psicopatologico complessivo e ai tratti comportamentali costanti è spesso associato un disturbo di personalità sull’Asse II (APA, 1994). Questa considerazione preliminare si sostiene su di una premessa epistemologica discriminante articolata in due punti. Anzitutto, l’anoressia si presenta come una soluzione o una risposta che prende corpo, nella vita di un soggetto, per far fronte a una condizione problematica insostenibile che precede lo sviluppo del disturbo. In secondo luogo, l’anoressia si declina in forme differenti perché risponde a diverse strutture di personalità a partire dalle quali si esprime e sviluppa. Appare allora opportuno interrogare, in ogni caso clinico,la funzione specifica del sintomo,in ragione della struttura di personalità che la sottende. Molto utili appaiono i vari modelli proposti dalla psicoanalisi.(Bruch, 1973; Selvini Palazzoli, 1998; Speranza, 2006; Cosenza, 2008). Così molto diversi tra loro appaiono due pazienti anoressiche che articolano il loro rifiuto del cibo l’una in funzione di un delirio di contaminazione o di veneficio di marca paranoidea, l’altra in funzione di una difesa fobica dal cibo di matrice ossessivo-compulsiva con pratiche e rituali costanti di controllo (Dewambrechies-La Sagna, 2006).

ii. Quesiti (Bosio)

* 1. Esiste solo una differenza fenotipica tra ANR e ANP? Ovvero tra i due sottotipi restrittivi senza e con purging esistono significative differenze nella loro struttura di personalità? (Bosio)

Non vi è nessuna differenza fenotipica tra ANR e ANP se si fa riferimento alla teoria trans-diagnostica , anche se sono presenti significative differenze fenomeniche sull’espressività della sintomatologia. La perdita del controllo della restrizione in presenza del sottopeso potrebbe innescare il circuitry reward. Quale può essere il significato della restrizione protratta? Non abbiamo ancora conoscenze precise ma sappiamo che spesso è accompagnata da gravi disturbi psichiatrici come: DP, depressione, comportamenti ossessivi- compulsivi, disregolazione emotiva e multimpulività, abuso di alcool e sostanze.

L’interpretazione dei dati riguardanti la personalità dei pazienti con AN non è facile a causa della giovane età all’esordio, dell’influenza ambientale, delle sequele organiche del digiuno. Tuttavia gli studi concordano nel rilevare che i disturbi di personalità valutati con il DSM-IV sono comuni nell’AN, e che differiscono per frequenza, prevalendo nel sottotipo binge-purging dell’AN rispetto al sottotipo restrittivo. (Bottin, 2010).

* 1. Esprimono i due sottotipi un differente livello di gravità? (Bosio)

Non vi è differenza di gravità tra i due sottotipi di AN se si fa riferimento alla teoria trans-diagnostica. Essi possono essere presenti e succedersi nel lifetime delle pazienti. Se si interpreta il viraggio bulimico dell’AN come un fenomeno favorente la motivazione alla cura delle pazienti legato all’egodistonia, allora la forma dell’ANR può essere interpretata come indicatore di gravità perché la restrizione persistente conduce alla perdita di molte funzioni vitali fino a poter condurre alla morte.

* 1. In una prospettiva diagnostica non categoriale, ovvero dimensionale nel life time, quali sono gli aspetti psicologici, psicopatologici e psichiatrici caratteristici della restrizione, come sintomo primario, indipendentemente dalla diagnosi secondo il DSM-IV? Ovvero è la restrizione inadeguata, per tenere il peso sotto il livello di normalità, un sintomo di patologia mentale? (Bosio)

Uno studio condotto su oltre 5000 donne, di età compresa tra 18-42 anni di una popolazione normale, ha evidenziato una correlazione statisticamente significativa tra la salute mentale e l’estrema restrizione dietetica (Mond, 2011). Esiste una correlazione tra l’umore disforico e l’alterato funzionamento dei circuiti che regolano le emozioni, il reward e gli aspetti edonici del cibo, fenomeno che rende le persone vulnerabili ai disturbi del comportamento alimentare (Kaye, 2008). L’abnorme regolazione della serotonina, scatenata in soggetti predisposti biologicamente e psicologicamente, causa la disforia che trova nella restrizione dietetica un sollievo momentaneo. Sono le caratteristiche della personalità dei pazienti a indurre attraverso la restrizione alimentare la piena manifestazione del disturbo e la sua perpetuazione. Lo studio di Svaldi et al. sosterrebbe che i deficit della regolazione emotiva, centrali nell’AN e statisticamente più presenti nei DCA rispetto ai controlli, sembrano un fattore di rischio e/o di mantenimento trans-diagnostico piuttosto che un disordine alimentare-specifico (Svaldi, 2012).

B. Stato dell’arte

1. Epidemiologia: Prevalenza e Incidenza (Di Stani)

Riscontriamo la scarsità di studi epidemiologici condotti nell’ultimo quinquennio in Italia ma anche nel resto d’Europa. In considerazione di ciò, in particolare per quanto riguarda le stime di prevalenza in Italia, esse si riferiranno esclusivamente a quanto riportato da Preti et al. (2009) nell’ambito dello studio europeo ESEMeD.

In 6 Paesi Europei, tra cui l’Italia, la prevalenza dell’AN è dello 0.93% per donne di età ≥ 18 anni, e dello 0% per gli uomini, mentre la prevalenza nella vita di qualsiasi DA è pari a 3.3% in donne e uomini di età ≥ 18 anni (Preti, 2009). L’incidenza, nelle donne, nella fascia di età 15-19 anni, è di 270 per 100.000 anni-persona (Keski-Rahkonen, 2007). L’incidenza, nei maschi, nella fascia di età 10-24.9 anni, è di 15.7 per 100.000 anni-persona (Raevuori, 2009).In Italia (Gigantesco, 2010) il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 è di 22.8 per 100.000 fra le donne e 2.0 per 100.000 fra gli uomini. Il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti donne di età 15-19 anni è pari a 31.7 per 100.000.

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) è stato stimato essere pari a 6.2 (5.5-7.0) in un recente studio (Papadopoulos, 2009).

Una recente rassegna (Arcelus, 2011) ha riferito un RSM pari a 5.86. Il RSM per suicidio in pazienti affetti da AN è di 31.0 (Preti, 2011). Un RSM di 10 è stato riportato in uno studio condotto in un’unità altamente specialistica di Uppsala che trattava pazienti molto gravi (Rosling, 2011).

2.Eziologia: Genetico-biologica, psicologica e relazionale (Di Stani, Cosenza, Manzi, Cotrufo)

Non vi sono attualmente certezze sull’eziologia e sull’eziopatogenesi dell’AN. In letteratura vi sono diverse ipotesi :

Eziotatogenesi multifattoriale: sono coinvolti diverse componenti e fattori nell’eziologia dell’AN che interagiscono e si potenziano: genetici, familiari, socio-culturali, biologici, caratteristiche del temperamento e disturbi di personalità .

Fattori genetici: Striegel-Moore et al.(2007) evidenziano come non ci siano dati conclusivi sui fattori di rischio genetici e non sono stati ancora evidenziati genotipi che aumentino in modo chiaro il rischio di sviluppare i DCA. Dati preliminari suggeriscono che lo sviluppo e il mantenimento dei DCA possa essere causato dall’interazione gene-ambiente che altera l’espressione genetica attraverso processi epigenetici (Campbell, Mill, Uher, & Schmidt, 2011).

Fattori familiari: Studi epidemiologici hanno evidenziato che nelle famiglie con un componente sofferente di AN sono presenti particolori dinamiche relazionali ridondanti che possono influenzare l’espresività sintomatica alimentare di un suo membro. Secondo Loriedo la famiglia anoressica tende a negare la complessità e ad assumere modalità di pensiero e di atteggiamenti aut-aut piuttosto che sia-che. Vengono prese in considerazione soltanto posizioni del tutto o del niente, modi di pensare dicotomici senza la capacita di negoziare gli opposti.(Loriedo 1989).

Fattori biologici: il modello biologico mette in evidenza implicazioni del sistema serotoninergico, dopaminergico.

Disturbi di Personalità (DP): i tratti di personalità, la vulnerabilità del temperamento e i DP sono fattori di rischio comuni all’AN, ma non si possono trarre conclusioni relativamente a specificità eziopatogenetiche.

Fattori psicologici: Negli anni '60/'70 l’AN veniva considerato un disturbo ancora esotico, per la sua rarità, e elitario, per l’appartenenza delle pazienti affette, in genere alle classi sociali più elevate. Attualmente il disturbo è divenuto endemico e democratico, le pazienti si mostrano sempre più rappresentate unicamente dal sintomo e dalle sue declinazioni, e affette da comorbidità tossicofiliche.

Diverse sono le interpretazioni eziopatogenetiche che i differenti modelli psicologici danno dell’AN.In letteratura le più frequenti ipotesi esplicative dell’AN fanno riferimento a divesri modelli: psicoanalitico, relazionale, psicodinamico, cognitivo, cognitivo-comportamentale, sistemico-familiare ecc. La psicoanalisi,nelle sue varie espressioni, si interroga sull’esistenza di una struttura a se stante che sostanzi l’anoressia vera come psicosi monosintomatica (Selvini Palazzoli, 1998) e sulle relazioni con gli altri DCA. Altrettanta importanza assumono i modelli sistemico-relazionali,le teorie dell’attaccamento e della relazione d’oggetto. In particolare l’anoressia vera (Dewambrechies-La Sagna, 2006), nel rifiuto assoluto della convivialità, del consumismo delle società opulente,tende, attraverso l’astinenza dal cibo,a sottrarre radicalmente il corpo alla presa dell’Altro; il corpo anoressico si presenta come un’ eccedenza entropica, in fuga dal consumo orgiastico e reiterato promosso dal discorso del capitale, esibisce un rifiuto radicale dell’inconscio pulsionale quando cominciano a palesarsi i primi segni della femminilità. La pulsione di morte la consegna a un cannibalismo bianco, autofagico; forma terminale di resistenza all’Altro, il suo digiuno va nella direzione di un atto, sacralizzato dall’orrore, per cui mangia se stessa. La cucina dell’anoressica, la cucina dell’angoscia, è cucina del matricidio e del figlicidio. Che la stirpe, che mi ha generato come monstrum si estingua. Tale il vaticinio del suo martirio.

1. I fattori di rischio: Adiposità, Pressione Socio-culturale, Interiorizzazione dell’ideale di magrezza, Insoddisfazione corporea, Dieting. (Di Stani, Bonanni)

A partire da una importante revisione sistematica (Jacobi, 2004), la prospettiva, con cui si affronta il tema dei fattori di rischio per i DCA, fa riferimento ad un approccio descrittivo e a-teoretico ben radicato nelle evidenze dei dati, per poi giungere alla formulazione e alla suggestione di un modello più complesso, in cui di primaria importanza appaiono le interazioni dinamiche fra i fattori di rischio. La sfida attuale è quella di poter integrare i fattori di rischio all’interno di un modello di sviluppo dei DCA. Accanto a questo nasce l’esigenza di comprendere quanto i singoli disturbi (AN, BN, BED, EDNOS) abbiano in comune rispetto ai fattori di rischio e se e come i loro modelli di sviluppo si differenzino.

Per la donna le probabilità di soffrire di AN sono dieci volte superiori rispetto all’uomo (Striegel-Moore, 2007; Jacobi, 2004; Stice, 2007,2008,2010, 2011, 2012; Hautala, 2011).

Striegel-Moore (2007) evidenziano come non ci siano dati conclusivi sui fattori di rischio genetici e non sono stati ancora evidenziati genotipi che aumentino in modo chiaro il rischio di sviluppare i DCA. Dati preliminari suggeriscono che lo sviluppo e il mantenimento dei DCA possa essere causato dall’interazione gene-ambiente che altera l’espressione genetica attraverso processi epigenetici (Campbell, 2011). Nello studio di Hautala et al (2011), si evidenzia come la depressione e i disturbi d’ansia siano fattori di rischio variabili che assumono un ruolo significativo nel condizionare l’esordio o il persistere di sintomi di DCA. I dati suggeriscono che le azioni preventive dovrebbero concentrarsi sui disturbi depressivi ed essere attuate prima dell’adolescenza (Beesdo, 2007).Studi longitudinali (Jacobi, 2004) hanno indagato il fattore preoccupazione per il peso, che si è dimostrato predittivo dello sviluppo di DCA, così come altri fattori di rischio variabili (non causali), quali la pressione culturale percepita per la magrezza, l’interiorizzazione dell’ideale di magrezza, l’insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi (Stice e Shaw, 2010). È stata anche osservata una maggiore prevalenza di sottopeso e di disturbi dell’alimentazione parziali nelle modelle professioniste, rispetto ai controlli di pari età (Preti, 2008). Non è però ancora chiaro se sia la professione di modella ad aumentare il rischio di sviluppare un disturbo dell’alimentazione o se le persone più a rischio siano selezionate con maggiore frequenza da questa professione. Sempre Stice e Shaw (2010) sottolineano come il nesso causale fra dieting e DCA sia difficile da individuare, soprattutto in relazione al fatto che quasi la metà delle adolescenti si sottopone a delle diete e solo una minima parte di esse sviluppa un DCA.

4.I Fattori protettivi: I fattori protettivi generali e la resilienza (Di Stani ,Zaninotto)

Alcuni dati indicano come l’influenza dei pari sembri incidere, in maniera negativa o positiva, nel comportamento alimentare degli adolescenti(Salvy, 2009).

Dallo studio di Hautala (2011) emergono elementi importanti rispetto al ruolo protettivo delle famiglie. In generale, relazioni genitoriali positive prevengono la ricorrenza o l’insorgenza dei DCA nella tarda adolescenza e favoriscono la remissione nelle forme ad esordio precoce.

Lo stesso studio mette in evidenza come anche il rapporto padre-figlia svolga un ruolo importante rispetto ai DCA in questa fascia d’età; maggiore sostegno emotivo paterno nel favorire autonomia e indipendenza appaia essere fattore protettivo.

Tra i fattori protettivi viene indicata anche la resilienza. La ricerca mostra come le qualità resilienti e l’abilità di adattarsi positivamente abbiano un effetto di prevenzione sullo sviluppo di un disturbo alimentare. In particolare, Summerhays (2008) ha rilevato una correlazione negativa significativa, seppure debole, tra la resilienza e il rischio di sviluppare un DA caratterizzato da ricerca della magrezza, comportamenti bulimici e insoddisfazione per il corpo.

È necessario ricordare che lo studio dei fattori protettivi necessiterebbe l’acquisizione di un punto di vista maggiormente inclusivo, allargando l’ottica dai DCA ai disturbi psichiatrici in generale, integrando l’indagine con una riflessione sui determinanti di salute.

5.L’importanza dei modelli di attaccamento (Carli, Castagnaro)

Lo stile di attaccamento costituirebbe il modello dominante in base al quale il bambino, che poi diventerà adulto, andrà a costruire una rappresentazione del sé, dell’altro e della relazione, ripetibile ed applicabile alle relazioni significative nel corso della vita (Main, et al. 1993).

Esso sembra svolgere un ruolo di rilievo in ogni ambito eziologico del comportamento normale e patologico.

Hilde Bruch (1977) fu la prima studiosa che attribuì all’attaccamento un ruolo centrale nello sviluppo dei DA. Descrisse come una relazione deficitaria nelle prime fasi di sviluppo comporti un'incapacità di riconoscere le proprie sensazioni corporee ed emotive facendo sì che il bambino cresca pieno di perplessità e confusione ogni qualvolta tenti di distinguere i suoi bisogni fisiologici, l’avere fame o l’essere sazio, dalle esperienze emotive e interpersonali (Bruch, 1977).

Alcuni autori hanno evidenziato come, in un campione di studenti di un college, lo stile di attaccamento fosse predittivo della presenza di sintomi psichiatrici (Love, 2009) e come a sua volta tali sintomi fossero precursori di disturbi alimentari.

Soggetti con attaccamento insicuro riportano maggiori preoccupazioni relative al peso e alla forma corporea rispetto ad individui con attaccamento sicuro (Sharpe, 1998)

Un recente studio di Rothschild-Yakar et al (2010) ha indagato il livello di mentalizzazione correlato alla qualità delle relazioni con i genitori in un gruppo di soggetti con DA. I risultati hanno evidenziato una capacità di mentalizzare significativamente minore nelle pazienti rispetto a ragazze senza disturbi alimentari e che la relazione con i genitori era vissuta come maggiormente carente.

Esiste una cospicua mole di dati a sostegno della prevalenza fra attaccamento insicuro e DCA (Fonagy, 1996)

Ward et al 2001 hanno trovato nel loro campione che il 95% di pazienti con DCA mostrava attaccamento insicuro.

Una recente metanalisi effettuata su 262 articoli (Zachrisson, 2010) evidenzia la presenza di un'alta prevalenza di attaccamento insicuro nei DA, ma non ci sono sufficienti evidenze per definire in modo univoco uno specifico nesso causale.

6.L’abuso sessuale e altre forme di traumi nell’AN (Castegnaro , Carli)

Da tempo l'interesse di molti autori si è focalizzato sulla relazione esistente fra DA e aspetti traumatici(Wonderlich, 1997; Bruch, 1977; Vanderlinden, 1993).

Un’indagine retrospettiva (Sanci, 2008), relativa a un campione costituito da 1936 soggetti adolescenti (di cui 999 femmine), ha rilevato che: l’incidenza della BN era 2,5 volte più alta fra coloro che riferivano un episodio di abuso sessuale nell’infanzia (avvenuto in età inferiore ai 16 anni) e ben 4,9 volte più alta tra coloro che riportavano due o più episodi traumatici, rispetto a coloro che non riportavano alcun episodio. È stata inoltre dimostrata un’associazione, seppur lieve, fra abuso sessuale e incidenza di sintomi anoressici, indipendentemente dalla presenza di comorbilità psichiatrica e comportamento di controllo dietetico.

Nel 2012 Carretero-Garcìal hanno analizzato l’associazione tra esperienze traumatiche (TEs) e sintomi alimentari, considerandone anche la loro gravità, sia in un gruppo di studenti senza sintomi psichici (N=150) sia in un gruppo con DA (N=150) in regime di cura di Day-Hospital.

Nei DA le esperienze traumatiche risultavano più frequenti nei pazienti con comportamenti di tipo purging (AN di tipo binge-eating/purging -ANBP), BN di tipo purging (BN-P) piuttosto che nelle AN-R. Nei pazienti con comportamenti di tipo purging le TEs spesso iniziavano nell’infanzia e venivano ripetute nel tempo. É stata inoltre rilevata una tendenza all’aumento della gravità dei sintomi associata a traumi ripetuti. Sono comunque necessari ulteriori approfondimenti per poter trarre conclusioni sugli effetti di esperienze traumatiche differenti, e sulle conseguenze che traumi ripetuti possono avere sulla gravità dei sintomi.

Altri studi in merito all’incidenza del trauma di tipo sessuale solo nell’AN (Carter, 2006) suggeriscono che i soggetti con episodi traumatici riportavano comorbilità psichiatrica significativamente più grave rispetto al campione senza abusi. I pazienti abusati, inoltre, tendono ad aderire al programma di cura senza particolari drop-out, contrariamente a quanto ci si potrebbe generalmente aspettare.

Jaite et al (2012) sostengono che la maggior parte degli studi che ha voluto indagare la relazione tra trauma infantile e AN, si è soffermata sul ruolo dell’abuso sessuale infantile e del trauma fisico nei pazienti adulti, trascurando il ruolo del trauma di tipo emotivo sui DA.

L’obiettivo del loro studio è stato proprio di indagare le esperienze traumatiche di tipo sessuale, fisico ed emotivo, avvenute nell’infanzia, su adolescenti sia con AN-R che con AN-BP sia su un gruppo di controllo.

I risultati indicarono incidenze più elevate di abusi sessuali, fisici e emotivi nei pazienti con AN-BP rispetto ai pazienti con AN-R e al gruppo di controllo. Nessuna differenza statisticamente significativa è stata rilevata tra AN-R e gruppo di controllo.

Infine in uno studio longitudinale a 5 anni (Vrabel, 2010) è stato dimostrato che il disturbo di personalità evitante e l’abuso sessuale infantile sono due variabili che interagiscono nel predire alti livelli di DA nel lungo periodo. Da ciò è stata dedotta l’importanza di considerare target di trattamento, all’interno dei DA, il disturbo evitante di personalità e conseguenze di abuso sessuale infantile, fattori che comunque necessitano ulteriori approfondimenti di ricerca.

ii. L’assessment

1. Psicologico e Psichiatrico (Manzi, Cotrufo, Micheletti)

Nell’AN, sebbene il peso e il BMI sono dati clinici importanti , non dovrebbero essere considerati gli unici indicatori per la diagnosi ed il trattamento .

Nel valutare se una persona ha l'anoressia nervosa e quale intervento terapeutico necessita, occorre prestare attenzione alla valutazione clinica globale con particolare attenzione al profilo psicologico ed alla sintomatologia psichiatrica.

L’assessment psicologico è la raccolta e integrazione di dati ai fini di una valutazione, decisione, indicazione per l’intervento (APA Dictionary of Psychology, 2007).

Fondamentale è l’anamnesi . Essa ha lo scopo di raccogliere la maggior quantità possibile di informazioni utili all’inquadramento del paziente ed a delineare il miglior indirizzo terapeutico da proporre , sulla base delle caratteristiche psicologiche , psicopatologiche , psichiatriche del soggetto. Si articola su diversi livelli : 1) studio del profilo psicologico e della personalità , 2) valutazione della presenza di patologie psichiatriche lifetime ed attuali , 3) formulazione della diagnosi psichiatrica , 4) valutazione della motivazione al trattamento , informazionin sulla sfera familiare ,sociale e professionale, 5) Esecuzione di test psicologici o di questionari di approfondimento per l’assessment dei DCA.

2.L’utilità della psicometria (Carli, Castagnaro)

L’esecuzione di test psicologici ,questionari o interviste strutturate di approfondimento per l’assessment dell’AN ha lo scopo di definire meglio la diagnosi e di indirizzare con maggiore precisione il trattamento . Le scale psicometriche si distinguono in scale di eterovalutazione ( che permettono una valutazione diretta da parte dell’operatore ) o scale di autovalutazione ( il soggetto risponde ad interviste strutturate).I Test psicometrici più comunemente utilizzati sono :

1)EDE 6.0- Eating Disorder Examination (Fairburn, Cooper, 1993).

Intervista semi-strutturata basata sui criteri diagnostici del DSMIV.

2) EDI-2- Eating Disorder Inventory (Garner, 1983)

É l'unico questionario che indaga, oltre ai sintomi alimentari, anche i costrutti psicologici rilevanti per una diagnosi di DCA (es. assenza di consapevolezza enterocettiva, sentimenti di inadeguatezza, perfezionismo, impulsività ecc.

3)EAT-26- Eating Attitude Test (Garner 1982)

Questionario che esplora 3 fattori: stare a dieta, bulimia e ossessione per il cibo e controllo orale. Esso dà informazioni su: la ricerca della magrezza, le ideazioni ossessive sul cibo, le condotte compensatorie.

4)BUT- Body Uneasiness Test (Cuzzolaro, 2000)

Indaga da un punto di vista multidimensionale il disturbo dell'immagine corporea, non solo in termini di insoddisfazione per peso e forma corporea ma anche delle attitudini disfunzionali circa il corpo (es. sentimenti di estraneità ecc.)

5) SAFA - Scala Autosomministrata per Fanciulli ed Adolescenti

La batteria di Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA).

Prevede tra le altre una scala per i disturbi alimentari psicogeni (SAFA-P): valuta le condotte bulimiche, le condotte anoressiche, l'accettazione/valutazione del proprio corpo, la paura della maturità, il perfezionismo, l'inadeguatezza.

iii. La clinica

1. I disturbi di personalità associati ai due sottotipi prima, durante e dopo l’insorgenza dei sintomi (Bosio)

La struttura della personalità è diversa nei due sottotipi: i tratti compulsivi, inibiti e nevrotici, persistenti nel tempo, si ritrovano con maggior frequenza nel sottotipo restrittivo dell’AN (Wonderlich, 2005). Il comportamento purgativo nell’AN è invece fortemente correlato con l’impulsività, la ricerca di sensazioni, le ossessioni e le compulsioni (Hoffman, 2012). Quando si applica la classificazione in Assi del DSM IV, i disordini ossessivo-compulsivi ed evitanti dell’Asse II, Cluster C, si riscontrano più frequentemente nel sottotipo restrittivo dell’AN, mentre le patologie nel Cluster B sono più frequentemente associate al sottotipo purgativo (Cassin, 2005). I dati epidemiologici dimostrano che i disturbi borderline di personalità avrebbero una prevalenza del 35% nell’AN: il 25% nel sottotipo purgativo e il 10% nel sottotipo restrittivo (Sansone, 2005).

Gli studi comparativi con gruppi di controllo hanno dimostrato che nei pazienti con AN sono comuni alti livelli di perfezionismo, inflessibilità e coercizione oltre a tratti ossessivo-compulsivi. La loro presenza è risultata indipendente dallo stadio della malattia e persistente dopo il recupero ponderale: ciò fa supporre che essi costituiscano fattori predisponenti per lo sviluppo dell’AN, in particolare di tipo restrittivo. I disordini d’ansietà precedono fin dall’infanzia la manifestazione dell’AN, e persistono nel corso dell’esistenza di oltre la metà delle persone anoressiche, soprattutto nelle forme ossessivo-compulsiva e di fobia sociale (Bulik, 2004). Nello studio di follow-up prolungato di 51 adolescenti anoressiche (Wentz, 2009), i disordini di personalità ossessivo-compulsivi persistenti e i tratti autistici sono stati considerati costituzionali e non causati dall’AN. L’alessitimia sembrerebbe un importante fattore predisponente l’AN; è anche un sintomo della depressione, la quale prevale con l’impulsività nel gruppo di donne che manifestano ANP e abuso di sostanze (pazienti con ridotto controllo), dove l’outcome è peggiore rispetto alle anoressiche restrittive iper-controllate. Ciò è confermato da studi di meta-analisi che evidenziano un sostanziale tasso di viraggio dall’anoressia restrittiva a quella purgativa, mentre è minore l’inverso (Peat, 2009).

1. La disregolazione emotiva (Bosio)

I deficit della regolazione emotiva appaiono centrali nell’AN; si pone la questione se siano specifici dell’AN, dei DCA o della struttura psicopatologica più in generale delle pazienti. Lo studio di Svaldi et al (2012) sosterrebbe che i deficit della regolazione emotiva, statisticamente più presenti nei DCA rispetto ai controlli, sembrano un fattore di rischio e/o di mantenimento trans-diagnostico piuttosto che disordine specifico (Svaldi 2012). Non è inoltre chiaro se gli alterati modelli cognitivi che si riscontrano nell’AN sono un fattore causale del disturbo o sono l’esito del digiuno prolungato, anche se quest’ultimo non sembra sufficiente a spiegarli.

3.Le patologie psichiatriche associate o peggiorate dall’AN (Manzi, Bonanni).

Le pazienti sofferenti di AN presentano frequentemente associati altri disturbi psichiatrici: depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, ansia, DP, disturbi psicotici, disturbi da abuso di sostanze e di alcool. La frequente presenza di DA e di altri disturbi psichici ha fatto ipotizzare che vi fossero correlazioni psicopatologiche tra DCA e altri disturbi psichiatrici, per es. i disturbi di personalità.

A volte quando i disturbi psichiatrici associati all’AN sono rilevanti può essere fatta una doppia diagnosi in asse I del DSM. Nell’assessment psichiatrico individuare altri disturbi psichiatrici coesistenti insieme all’AN è di fondamentale importanza ai fini del progetto terapeutico e della prognosi.

Uno studio condotto su un campione della popolazione generale statunitense (Hudson, 2007) riporta la presenza di comorbilità con almeno 1 disturbo (fra disturbo d’ansia, disturbo dell’umore e disturbo del controllo degli impulsi) nel 56.2% dei rispondenti alla diagnosi di AN; la comorbilità è meno frequente nella AN rispetto a BN e DAI .

4.Il significato dell’autolesionismo (Carli, Castagnaro)

La carenza di dati epidemiologici generali non permette di trarre valide conclusioni a riguardo, ma i principali report clinici ci indicano che tra il 4% e il 10% dei pazienti psichiatrici mette in atto comportamenti autolesivi in modo deliberato. L’autolesionismo è infatti presente come sintomo all’interno di varie diagnosi psichiatriche: disturbi di personalità borderline, antisociale, disturbi dissociativi o pazienti con ritardo mentale. Pochi studi si sono focalizzati sull’incidenza dei comportamenti autolesivi nei DA, tuttavia è acclarata l’idea che i pazienti con DA sono ad elevato rischio di autolesionismo.

Paul et al. (2002) si sono concentrati sulla fenomenologia del self-injury nei DA e sull’incidenza sia in 6 mesi sia nel lifetime. In un campione di 376 donne in regime di ricovero per DA (AN: N=119, BN: N=137, EDNOS: N=120) è risultato che l’incidenza di self-injury nel lifetime era del 34.6% (ed era più elevata tra gli EDNOS=35.8% e le BN=34.3%), mentre in 6 mesi era del 21.3%.

Nella review di Klonsky (2007), a parte le similitudini evidenziate sia sulla percentuale di genere che sull’età di esordio, sono state osservate caratteristiche psicopatologiche comuni tra i DA e i comportamenti autolesivi. Entrambi sono stati collegati a esperienze traumatiche( principalmente abusi sessuali o fisici) e a generale dissociazione. Molti studi hanno suggerito che i comportamenti autolesivi possono essere collegati sia a esperienze di abuso sessuale infantile, sia a esperienze traumatiche più tardive. La dissociazione è comunque una concomitante frequente, mentre vi sono risultati discrepanti sull’idea che l’abuso costituisca un fattore di rischio generale per il DA o più specifico.

Favazza (2010) in proposito ha evidenziato che la combinazione tra autolesionismo, AN, BN e altri sintomi (come episodi di abuso di alcool o episodi di cleptomania) potrebbe essere manifestazione di un deficit di controllo degli impulsi conosciuta come: sindrome da autolesionismo deliberato.

5.L’Identità personale e l’immagine corporea: aspetti clinici e prognostici (Micheletti, Notaro, Manzi)

La distorsione dell’immagine corporea, in tutte le nosologie psichiatriche, è considerata un sintomo fondamentale per porre diagnosi di AN o di DA. L’immagine corporea nei pazienti con disturbi alimentari, secondo il modello psicofisiologico, risulta essere un’immagine a buchi, che sono per il soggetto buchi percettivi, zone mute, cosiddette in quanto non più in grado di inviare segnali di presenza al Sistema Nervoso Centrale. (Ruggieri, Fabrizio, 1994)

Essendo l’immagine corporea un elemento strutturale della costruzione dell’Io, secondo un modello circolare mente-corpo, l’Io del soggetto con disturbo alimentare risulterà essere un Io fragile, frammentato, scisso. Nella circolarità del modello psicofisiologico, un intervento alla periferia corporea, orientato all’integrazione dei distretti corporei e delle relative funzioni, può modificare aspetti dell’identità.

Nell’AN si perde una corretta coscienza critica del proprio corpo e del proprio aspetto, si identifica il concetto di magrezza con bellezza sia in una prima fase di dimagrimento sia successivamente, anche quando il corpo raggiunge livelli davvero emaciati. Molto spesso le pazienti motivano le loro preferenze con ragioni di ordine non solo estetico ma anche di salute: ingrassare fa male, essere leggeri aiuta la concentrazione, mi sento più stimolata.

Questo aspetto è cosi’ costante e cosi evidente da essere considerato da Hilde Bruch uno dei tre fattori patognomici di anoressia. (Bruch, 1983)

Sempre per la Bruch non si tratterebbe di una carenza intellettiva né cognitiva ma di una disarmonia della maturazione di funzioni intellettive e di particolari caratteristiche del pensiero che si manifestano nella rigida interpretazione delle relazioni umane e nella eccessiva autovalutazioe del concetto di sé .

Gli interventi possono essere vari, dalla danza terapia alla ginnastica, dalla terapia dello sport alla bioenergetica e all’intervento psicofisiologico.

iv. I problemi implicati nel percorso terapeutico

1.Il problema della motivazione e dell’ambivalenza (Ricci)

La natura ego-sintonica dei sintomi dell’AN, produce nelle pazienti comportamenti ambivalenti se non perfino contrari alle cure. La restrizione alimentare e l’attività fisica sono completamente coerenti con l’obiettivo esistenziale di queste persone ovvero la magrezza e l’autocontrollo (Vandereyken, 2006).

Per questi motivi è stato ipotizzato che un intervento motivazionale finalizzato ad aumentare la motivazione intrinseca del paziente con AN potesse aumentare l’efficacia del trattamento. A tale proposito ci sono studi che confermano l’ipotesi suddetta. Geller (2005) sottolineano l’importanza di un intervento motivazionale per aumentare la prontezza al cambiamento e ridurre i tempi di ricovero. Bewell et al (2008), McHugh (2007) e considerano l’intensità motivazionale come un predittore di cambiamento a lungo termine (Wollburg, 2012).

L’intervento motivazionale (MI) maggiormente preso in esame si basa sul Modello Transteoretico del Cambiamento (Dray, 2012).

Gli obiettivi della MI sono: migliorare la motivazione intrinseca, far realizzare la discrepanza tra lo stato attuale e quello desiderabile, esprimere empatia, indurre ottimismo, aumentare l’autoefficacia e migliorare l’autostima (Ventura, 2009).

A seconda dello stadio di cambiamento in cui si trova il soggetto, è necessario utilizzare tecniche di intervento diverse, finalizzate all’avanzamento nella fase di cambiamento successiva.

2.Relazione terapeutica nel trattamento dell’AN secondo il modello cognitivo-comportamentale (Micheletti)

Si deve risalire ad Eysenck (1959) per trovare le prime definizioni di terapia del comportamento, mirata a modificare, in termini clinici, il comportamento e le emozioni umane.

Agras (1979) introduce l’aspetto cognitivo nella terapia del comportamento . Per processo cognitivo si intende una modalità mediante la quale elaboriamo le informazioni, selezioniamo e valutiamo in modo funzionale o disfunzionale alcuni aspetti della realtà.

Per l’approccio cognitivo comportamentale è indispensabile stimolare la possibilità di riconoscere e modificare atteggiamenti, comportamenti e pensieri anche in modo autonomo attraverso metodi e tecniche che favoriscano la capacità di discussione e di comunicazione.

Ciò che si deve ricordare è che: i DCA sono definiti egosintonici, cioè fanno sentire la persona in sintonia con se stessa. Questi pazienti quando accettano una cura in realtà hanno in mente la loro cura, hanno una progettualità che può anche limitare i danni della loro condizione ma non può portare ai cambiamenti che loro sperano o vogliono. (Ostuzzi, 2009)

Le basi della relazione terapeutica iniziano con il valutare la/le motivazioni.

Il sistema motivazionale è un insieme di comportamenti innati e di regole che li organizzano, mantenuti nel patrimonio genetico con lo scopo di salvaguardare l’individuo; fra i sistemi operativi dalla nascita vi sono quelli che controllano e regolano il comportamento alimentare.

La fase iniziale della relazione terapeutica con pazienti sofferenti di AN è resa difficile dalla costante paura di deludere e dalla difficoltà a fidarsi di queste pazienti.

Non ci sono regole definite per gestire la relazione terapeutica ma linee guida per il terapeuta: 1)mantenere autorevolezza; 2) essere una presenza costante, supportiva ma mai intrusiva o sostitutiva di altri affetti; 3) non deve mai farsi trascinare dal paziente nella manipolazione, tratto tipico di questa malattia;4) deve ricondurre sempre l’attenzione alla definizione del sé, dell’identità personale e delle relazioni affettive e sociali.

3.Le tecniche di base del counseling nutrizionale e l’alleanza terapeutica

(Zaninotto)

In tutte le psicoterapie una buona alleanza terapeutica è un predittore di successo del trattamento e mette al riparo da eventuali drop-out. Con le pazienti che soffrono di anoressia nervosa tale rischio è sempre presente per via dell’elevata negazione del disagio, per la compromissione cognitiva dovuta alla sottoalimentazione, per l’ambivalenza, e perché difficilmente giungono al trattamento con un richiesta propria (o spesso vi giungono in fase acuta). Un modo per evitare che ciò accada, è necessario, fin dalle prime battute, veicolare il messaggio che si lavorerà sulla persona e non sul sintomo perché la terapia mirerà a modificarne il vissuto e quindi il comportamento.

Stabilire un contratto terapeutico personalizzato con il paziente che può essere rinegoziato è importante perché aiuta nell’adesione al trattamento. Nei casi di anoressia grave, tuttavia, se non vi è un certo recupero del peso, la psicoterapia è destinata al fallimento.

Per costruire una buona alleanza terapeutica anche nel counseling nutrizionale, è necessario trovare un equilibrio tra essere consiglieri, maestri e facilitatori, rimanendo al tempo stesso direttivi ed evitando di attuare trattative estenuanti sul cibo. L’approccio collaborativo è alla base. È necessario, però, oltre a fornire informazione, consigli e incoraggiamento, non adeguarsi troppo al ritmo del paziente, poiché ciò può condurre a stallo e alla perdita di peso, oltre che ad impedire progressi comportamentali, ed essere di intralcio alla psicoterapia. Cioè, è importante tener conto delle sue difficoltà a lasciare andare il controllo su cibo e peso e allo stesso tempo aiutarlo a raggiungere obiettivi adeguati ai suoi problemi e al suo livello di insight e comprensione.

4.Implicazioni nel trattamento della comorbilità dei disturbi di personalità (Di Stani)

Le prime osservazioni cliniche portano ad evidenziare che vi è una maggiore difficoltà al trattamento ed al recupero delle pazienti sofferenti di AN nelle quali sia presente comorbilità , specialmente i Disturbi di personalità.

L’AN-R presenta tassi di comorbilità più elevati con la depressione unipolare e con i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, secondo la definizione di Hollander (1995), in cui le dimensioni della compulsività e dell’ipercontrollo costituirebbero gli elementi psicopatologici distintivi. I tratti temperamentali di tipo nevrotico, cioè caratterizzati da instabilità emotiva sono associati con la presenza di DCA (Diaz-Marsá, 2000). Queste caratteristiche sono importanti per delineare un piano di trattamento più adeguato e l’individuazione di strategie più consone. In particolare, l’AN che si manifesta con disregolazione emotiva, aggressività, impulsività, è associata ad una bassa risposta al trattamento intensivo per AN (Wildes, 2011)

Ci sono evidenze che i tratti ed i disturbi di personalità possono aumentare il rischio di sviluppare DCA, causando un aumento della sua gravità ed una minore risposta al trattamento. Per esempio, negli adolescenti con AN ed in comorbilità un disturbo di personalità, il DCA insorge ad un’età più precoce, il BMI è più basso, e si verificano numerose ospedalizzazioni per AN (Santino, 2011)

5.Lavorare con la famiglia: assessment e tecniche di intervento (Paolicchi)

Gli studi sui sistemi familiari con componente sofferente di AN e di BN , se da un lato hanno confermato quanto detto da Minuchin sulle famiglie psicosomatiche (Minuchin, 1989), dall’altro hanno aggiunto ed approfondito le conoscenze sul funzionamento di tali sistemi familiari e sulle loro caratteristiche.

I sistemi familiari anoressici sono caratterizzati da invischiamento ed iperprotettività, da intrusioni negli spazi fisici ed emotivi dei membri, così da rendere difficile la costruzione della propria identità e capacità di autonomia. Utilizzano strategie di evitamento del conflitto, la tensione e il conflitto sono situazioni emotive e relazionali catastrofiche. Il conflitto di solito rimane implicito e negato, ma se si avvicina ad esprimersi, il sistema cerca di coprirlo e di spostarlo.

Tali sistemi familiari sono caratterizzate da strategie comunicative che ostacolano il dissenso e la differenziazione e al tempo stesso la definizione delle relazioni con una scarsa delimitazione dei confini generazionali. Sono inoltre sistemi rigidi cioè hanno una grande difficoltà a ricercare e sperimentare nuove possibilità interattive verso la crescita e cambiamento.

Secondo Costa e Loriedo la famiglia anoressica tende a negare la complessità e ad assumere modalità di pensiero e di atteggiamenti aut-aut piuttosto che sia- che. Vengono prese in considerazione soltanto posizioni del tutto o del niente, modi di pensare dicotomici senza la capacita di negoziare gli opposti. Descrive le modalità di relazione presenti in queste famiglie e le raggruppa in categorie di opposti (Costa, Loriedo, 2007).

Altri autori mettono l’accento sul significato del sintomo anoressico che deriva dalla necessità del sistema di attivarsi di fronte al pericolo di cambiamento. Il sintomo è il tentativo della paziente designata d’inserirsi nel gioco relazionale della coppia genitoriale, ma è l’unico modo con cui essa può rispondere all’attivarsi del suo sistema di appartenenza di fronte al pericolo di cambiamento, ad una nuova organizzazione dei ruoli e delle funzioni (Onnis, 2004).

Onnis ha identificato miti di unità e miti di rottura che riguardano la pericolosità dell’esplicitazione dei conflitti e della rivendicazione dell’autonomia e del distacco. Inoltre sottolinea come sia molto difficile coniugare i compiti di lealtà con la crescita individuale. I miti familiari riguardano anche le modalità con cui si affrontano le fasi di passaggio e gli eventi critici delle storia familiare. Da questo punto di vista lo stallo dello sviluppo riguarda sia l’adolescente che la famiglia. Differenziazione, individuazione, separazione sono i processi tipici dell’adolescenza che richiedono capacità di adattamento dell’organizzazione familiare e che sono particolarmente difficili nelle famiglie dove si manifesta un disturbo del comportamento alimentare.

Tutto ciò converge nel corpo reale e metaforico che diviene l’unica espressione possibile di una sofferenza che solo così riesce a parlare (Onnis, 2004), dove il ciclo evolutivo sembra arrestarsi o rimanere ancorato al passato. La crescita viene vissuta come una minaccia per l’unità familiare a cui si devono i vincoli di lealtà che trattiene lega e sospende il tempo che non scorre. Il linguaggio del corpo dell’AN è il linguaggio dell’intero corpo familiare che esprime modelli interattivi condivisi per preservare il mito familiare. Corpo individuale, mente individuale e mente della famiglia seguono un modello circolare, in cui il multilivello dei sistemi biologico psicologici e sociali in questo senso le sofferenze umane sono inestricabilmente connesse con le relazioni familiari (Onnis, 2004).

6.Gli studi di esito dei diversi trattamenti terapeutici dell'anoressia (Di Stani)

Probabilmente la psicoterapia ha un ruolo centrale nel trattamento dell’AN sia nella prima fase di management (fase 1), che successivamente al ripristino del peso (fase 2). Negli adolescenti si ottengono risultati soddisfacenti nella fase 1 della terapia, se i genitori sono coinvolti nel trattamento, mentre si dispone di minori certezze nella gestione dell’AN dell’adulto.

Vi sono evidenze di efficacia per diversi tipi di psicoterapie quali la terapia cognitivo-analitica, la terapia cognitivo comportamentale (CBT), la psicoterapia interpersonale (IPT), terapie focali psicodinamiche e interventi familiari esplicitamente focalizzati sul disturbo alimentare. La scelta del tipo di psicoterapia dovrebbe tener conto delle preferenze del paziente e dei familiari (NICE grado C). Vi è qualche evidenza che in pazienti adolescenti, con breve durata di malattia, la terapia basata sulla famiglia (FBT), nella quale i genitori vengono considerati una risorsa nel trattamento e nella cura del figlio affetto da AN, possa essere più efficace di altri tipi di intervento psicologico nell’indurre un miglioramento sintomatologico a breve termine (Consensus Conference-ISS 2012).

La psicoterapia deve essere erogata da personale specializzato, in funzione dell’età e con competenza ed esperienza nei trattamenti basati sulle evidenze per i DCA. (NICE grado C).

L’intervento psicoterapeutico deve essere accompagnato da una regolare valutazione delle condizioni fisiche che includa il misurazione del peso corporeo e di specifici parametri in grado di segnalare un eventuale aumento del rischio per la salute fisica (NICE grado C). Il trattamento ambulatoriale e il monitoraggio delle condizioni fisiche su base ambulatoriale dovrebbero durare almeno 6 mesi (NICE grado C).

Per quanto riguarda il trattamento in regime di ricovero ordinario, le evidenze indicano che gli esiti sono migliori quando i pazienti sono ricoverati in strutture specializzate nel trattamento dei DCA rispetto a quando sono ricoverati in contesti privi di esperienza specifica (APA II).

Per gli adolescenti seguiti in regime di ricovero, la partecipazione a gruppi psicoeducativi familiari può aiutare nel recupero del peso e può essere efficace quanto forme di terapia familiare intensiva (APA III).

7.Comportamenti assistenziali in caso di quadri clinici di grave entità e di pericolo di vita (Todisco, Di stani)

Le linee guida dell’APA (2006) riconoscono 5 livelli di cura di intensità crescente :ambulatorio, ambulatorio intensivo, ospedalizzazione parziale-DH, trattamento residenziale, ospedalizzazione. Alla valutazione del clinico viene lasciata la scelta di quale livello di cura applicare al paziente in base al soddisfacimento di almeno 1 dei criteri di quel livello che considerano le condizioni fisiche generali, le caratteristiche psicologiche e comportamentali, l’ambiente sociale e non solo il parametro peso. Secondo queste linee guida i soggetti considerati gravi dovrebbero essere trattati con l’ospedalizzazione in reparti specializzati con personale competente ed esperto (APA livello I).

Anche secondo le linee guida NICE (2004) il trattamento in regime di ricovero ordinario, in un contesto che sia in grado di garantire una competenza specifica per la rialimentazione, con monitoraggio delle condizioni di salute fisica e specifici interventi psicosociali deve essere considerato per i pazienti con AN in condizioni di rischio elevato (NICE grado C). Il ricovero deve essere sempre considerato in presenza di rischio di suicidio o di condotte autolesive gravi (NICE grado C, APA).

Quando il paziente rifiuta di alimentarsi può rendersi necessario il ricorso a un ricovero forzato (NICE grado C, APA livello I) che, secondo la normativa italiana, può essere attivato solo nella forma del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) di tipo psichiatrico . Deve essere considerato comunque un’ultima risorsa e richiede il coinvolgimento di psichiatri esperti di DCA (APA livello I, NICE grado C).

Quando si debba procedere a un’alimentazione forzata vanno considerati attentamente tutti i parametri clinici, l’opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali (APA I) e va preferita la nutrizione attraverso sondino naso gastrico a quella per via intravenosa, monitorando costantemente indici specifici (APA livello I).

Discussione e Problemi aperti

Bibliografia Essenziale

* Ahrén JC et al. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa--results from the Stockholm Birth Cohort Study. Int J Eat Disord. 2012 Apr;45(3):362-9.
* Agras S et al. Behavior therapy:toward an applied clinical science. Freeman, San Francisco,1979.
* Alliance of Psychoanalitic Organizations (2006), Manuale diagnostico psicodinamico (PDM). Tr. it., Cortina, Milano 2008.
* American Psychiatric Association (2006), APA Dictionary of Psychology.
* American Psychiatric Association (1980), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, (DSM-III). Tr. it. Masson, Milano 1983.
* American Psychiatric Association (1987), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III-R). Tr. it. Masson, Milano 1988.
* American Psychiatric Association (1994), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Tr. it. Masson, Milano 1996.
* American Psychiatric Association (2000), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR). Tr. it. Masson, Milano 2001.
* Arcelus J et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011 Jul;68(7):724-31.
* Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Int J Eat Disord. 2009 Nov;42(7):581-9.
* Baker JH et al. Temporal sequence of comorbid alcohol use disorder and anorexia nervosa. Addict Behav. 2013 Mar;38(3):1704-9.
* Bellini M (2010). (a cura di), La Maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile con il corpo. CLUEB, Bologna.
* Beesdo K et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry. 2007 Aug;64(8):903-12.
* Bewell CV, Carter JC. Readiness to change mediates the impact of eating disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2008 May;41(4):368-71.
* Binetti P et al. (2006). Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate. Società Editrice Universo, Roma.
* Borri C et al. Comorbilità psichiatrica di anoressia e bulimia nervosa. NÓOs. 2009 Jen-Apr; 15(1) :65-77.
* Bottin J et al. Personality disorders in adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2010 Sep;38(5):341-50.
* Bowlby J (1988).Una base sicura.Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Cortina, Milano 1989.
* Bruch H (1973). Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità. Feltrinelli, Milano 1977.
* Bruch H (1983). La gabbia d'oro: L'enigma dell'anoressia mentale. Feltrinelli, Milano 1983.
* Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosom Med. 1962 Mar-Apr;24:187-94.
* Bulik CM. Genetic and biological risk factors. In: Thompson JK (2004). Handbook of eating disorders and obesity. John Wiley and Sons Ltd, New Jersey, pag 3-16.
* Campbell IC et al. Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. Neurosci Biobehav Rev. 2011 Jan;35(3):784-93.
* Carretero-García A et al. Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. Eat Weight Disord. 2012 Dec;17(4):267-73.
* Carter JC et al. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. Child Abuse Negl. 2006 Mar;30(3):257-69.
* Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. Clin Psychol Rev. 2005 Nov;25(7):895-916.
* Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. Int J Eat Disord. 1993 Jan;13(1):1-11.
* Cosenza D. Il muro dell’anoressia. Astrolabio, Roma, 2008.
* Costa E, Loriedo C (2007), Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia, Franco Angeli, Milano.
* Cuzzolaro M et al. Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. Eat Weight Disord 2006 Mar; 11(1):1-13.
* Dalle Grave R et al. Trauma and dissociative experiences in eating disorders. Dissociation 1996 Dec;9(1): 274-281.
* Dewambrechies-La Sagna C. L’anorexie vraie de la jeune fille. La Cause Freudienne. 2006 Jun, 63:57-70.
* Díaz-Marsá M et al. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. J Pers Disord. 2000 Winter;14(4):352-9.
* Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. Clin Psychol Rev. 2012 Aug;32(6):558-65.
* Eisler I et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. J Child Psychol Psychiatry. 2000 Sep;41(6):727-36.
* Eysenck HJ. Learning theory and behaviour therapy. J Ment Sci. 1959 Jan;105(438):61-75.
* Fabrizio ME (2011). Obesità. Conoscerla per vincerla. Edizioni Universitarie Romane, Roma.
* Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003 Feb 1;361(9355):407-16.
* Fairburn CG, Cooper Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. Int J Eat Disord. 2007 Nov;40 Suppl:S107-10.
* Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behavior in anorexia nervosa. J Nerv Ment Dis. 2000 Aug;188(8):537-42.
* Favazza AR et al. Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav. 1989 Winter;19(4):352-61.
* Fonagy P et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1996 Feb;64(1):22-31.
* Garner DM et al. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord. 2009 Dec; 2(2): 15-34.
* Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982 Nov;12(4):871-8.
* Garner DM et al. [Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia](http://www3.interscience.wiley.com/journal/112413209/abstract). Int J Eat Disord. 1983 Spring 2(2): 15–34
* Gaudio S, Di Ciommo V. Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. Psychosom Med. 2011 Nov-Dec;73(9):769-74.
* Geller J et al. Tracking readiness and motivation for change in individuals with eating disorders over the course of treatment. Cognit Ther Res 2005 Oct; 29(5):611-625.
* Gigantesco A et al. Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. Riv Psichiatr 2010;45(3):154-62.
* Gordon KH et al. The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. Arch Suicide Res. 2010;14(4):329-41.
* Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders andpersonality disorders. Curr Psychiatry Rep. 2002 Feb;4(1):18-24.
* Grover VP et al. Gender differences in implicit weight identity. Int J Eat Disord. 2003 Jul;34(1):125-35.
* Gull W.W. (1873). Anorexia nervosa. In: Kaufman HR, Heiman M. Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: a paradigm. International University Press, New York (1964).
* Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):770-82.
* Hautala L et al. The role of gender, affectivity and parenting in the course of disordered eating: a 4-year prospective case-control study among adolescents. Int J Nurs Stud. 2011 Aug;48(8):959-72.
* Herrin M (2002). Nutrition counseling in the treatment of Eating Disorders, Routledge.
* Hoffman ER et al. Understanding the association of impulsivity, obsessions, and compulsions with binge eating and purging behaviours in anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2012 May;20(3):e129-36.
* Hollander E. Behavioral response to pharmacological challenges: potentials and pitfalls. Biol Psychiatry. 1995; 37: 831-3.
* Hudson JI et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2012 Jul 15;72(2):164-174.
* Isserlin L, Couturier J. Therapeutic alliance and family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. Psychotherapy (Chic). 2012 Mar;49(1):46-51.
* Istituto Superiore di Sanità (ISS) ( 2013 ) , acura di De Virgilio G. et al. , : Consensus Conference on Eating Disorders (ED) in adolescents and young adults. ,2013, 109 p., Rapporti ISTISAN ;
* Jacobi C et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull. 2004 Jan;130(1):19-65.
* Jacobi C et al. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. Int J Eat Disord. 2007 Mar;40(2):114-9.
* Jaite C et al. Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. Psychopathology. 2012;45(1):61-6.
* Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav. 2008 Apr 22;94(1):121-35.
* Keel PK et al. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. Int J Eat Disord. 2011 Sep;44(6):553-60.
* Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J, Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry. 2007 Aug;164(8):1259-65.
* Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. J Clin Psychol. 2007 Nov;63(11):1045-56.
* Kothari R, Solmi F, Treasure J, Micali N. The neuropsychological profile of children at high risk of developing an eating disorder. Psychol Med. 2013 Jul;43(7):1543-54.
* Kotler LA et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Dec;40(12):1434-40.
* Lasegue E.C. (1873). De l’anorexie histerique. In: Ectrits Psychiatrique, Privat, Paris, 1971.
* Loriedo C. Il sistema familiare e gli interventi relazionali nell’anoressia mentale. In: I Disturbi del comportamento alimentare. Ager, Modena, 1989.
* Love KM, Murdock TB. Parental attachment, cognitive working models, and depression among African American College students. Journal of College Counseling. 2012 Jul;15(2):117-129.
* Main M et al (1985). La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell’età adulta: il livello rappresentazionale. In: Riva Crugnola C (a cura di). Lo sviluppo affettivo del bambino. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
* McHugh MD. Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2007 Nov;40(7):602-12.
* Milos G. Diagnosi e instabilità diagnostica nei disturbi del comportamento alimentare. NOOs. 2009 Apr; 15(1): 7-14.
* Minuchin S et al (1978). Famiglie psicosomatiche. L’anoressia mentale nel contesto familiare. Astrolabio, Roma 1980.
* Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Mental health impairment associated with eating-disorder features in a community sample of women. J Ment Health. 2011 Oct;20(5):456-66.
* Onnis L. Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società. Franco Angeli, Milano 2004.
* Ostuzzi R (2009). Anoressia e bulimia domande e risposte. Regione Veneto.
* Papadopoulos FC et al. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 2009 Jan;194(1):10-7.
* Paul T et al. Self-injurious behavior in women with eating disorders. Am J Psychiatry. 2002 Mar;159(3):408-11.
* Peat C et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2009 Nov;42(7):590-4.
* Preti A et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2011 Jul;124(1):6-17.
* Preti A et al. Eating disorders among professional fashion models. Psychiatry Res. 2008 May 30;159(1-2):86-94.
* Preti A et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res. 2009 Sep;43(14):1125-32.
* Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS One. 2009;4(2):e4402.
* Rosling AM et al. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. Int J Eat Disord. 2011 May;44(4):304-10.
* Rothschild-Yakar L et al. Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. J Nerv Ment Dis. 2010 Jul;198(7):501-7.
* Ruggieri V, Fabrizio ME (1994). La problematica corporea nell’analisi e nel trattamento dell’anoressia mentale. Edizioni Universitarie Romane, Roma.
* Salvy SJ et al. Effect of peers and friends on youth physical activity and motivation to be physically active. J Pediatr Psychol. 2009 Mar;34(2):217-25.
* Sanci L et al. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008 Mar;162(3):261-7.
* Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. Eat Disord. 2005 Jan-Feb;13(1):7-21.
* Sansone RA, Levitt JL. Self-harm behaviors among those with eating disorders: an overview. Eat Disord. 2002 Fall;10(3):205-13.
* Selvini Palazzoli M (1963). L ’anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare. Feltrinelli, Milano.
* Selvini Palazzoli M et al (1998). Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare, Cortina, Milano.
* Sharpe TM et al. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. Int J Eat Disord. 1998 Jan;23(1):39-44.
* Speranza AM. La complessità della diagnosi: il caso dei disturbi alimentari. In: Dazzi N, Lingiardi V, Gazzillo F (2009). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. Cortina, Milano, pag. 261-270.
* Stice E et al. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. J Consult Clin Psychol. 2011 Aug;79(4):500-8.
* Stice E et al (2011). Progetto corpo. Promuovere l'accettazione del corpo e prevenire i disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona.
* Stice E et al. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. J Consult Clin Psychol. 2008 Apr;76(2):329-40.
* Stice E et al. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. J Consult Clin Psychol. 2012 Feb;80(1):164-70.
* Stice E et al. Risk factors and prodromal eating pathology. J Child Psychol Psychiatry. 2010 Apr;51(4):518-25.
* Stice E et al. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. Behav Res Ther. 2011 Oct;49(10):622-7.
* Stice E et al. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. J Consult Clin Psychol. 2007 Feb;75(1):20-32.
* Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. American Psychologist. 2007 Apr 62(3):181-198.
* Summerhays, J. F. (2008). Core Resilience and Risk for Eating Disorders among College Females. Ph.D. dissertation, The University of Utah, United States - Utah. Retrieved April 14, 2010, from Dissertations & Theses @ University of Utah. (Publication No. ATT 3340345).
* Svaldi J et al. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? Psychiatry Res. 2012 May 15;197(1-2):103-11.
* Swanson SA et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 2011 Jul;68(7):714-23.
* Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. Eur Eat Disord Rev. 2007 Jul;15(4):253-74.
* Todisco P (2003).Insuccessi terapeutici nei disturbi del comportamento alimentare. L'esperienza ci insegna. McGraw-Hill Companies, Milano.
* Treasure J et al. L’efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. NOOs. 2003 Apr;9(1):67-82.
* Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa a conceptual review: Part 2-different forms and meanings. Eur Eat Disord Rev. 2006 Oct;14(5):352-368.
* Vanderlinden J et al. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. Int J Eat Disord. 1993 Mar;13(2):187-93.
* Vietri A, Romano C. I legami affettivi familiari. In: Onnis L (2004). Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società. Franco Angeli, Milano.
* Vrabel KR et al. Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. J Abnorm Psychol. 2010 Aug;119(3):623-9.
* Waller G. The myths of motivation: time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? Int J Eat Disord. 2012 Jan;45(1):1-16.
* Ward A et al. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. Br J Med Psychol. 2001 Dec;74(Pt 4):497-505.
* Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychol Med. 2012 Dec 10:1-24.
* Wentz E et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry. 2009 Feb;194(2):168-74.
* Wildes JE et al. The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. J Consult Clin Psychol. 2011 Oct;79(5):665-74.
* Wonderlich SA et al. Personality and anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2005;37 Suppl:S68-71;discussion S87-9.
* Wonderlich SA et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Aug;36(8):1107-15.
* Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2010 Mar;18(2):97-106.