**ABSTRACT**

**CAF-DAO 8° - 2013 - Perugia**

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DISTURBI D’ANSIA.**

Romana Schumann, Centro Gruber, Bologna.

L’elevata comorbidità fra i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e i Disturbi d’Ansia (DA) rappresenta un dato clinico di cui è necessario tenere conto nel corso dell’assessment finalizzato alla strutturazione dell’offerta terapeutica. In particolare i pazienti DCA con comorbidità in area DA (Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbo Post-Traumatico da Stress, Fobia Sociale e Disturbo Ossessivo Compulsivo) necessitano generalemente di un trattamento più lungo e strutturato (Milos et al., 2003). È fondamentale predisporre pacchetti terapeutici ad hoc per aggredire differenti aree sintomatologiche DCA piuttosto che DA, scelta che segue necessariamente una corretta diagnosi differenziale. Altra esigenza clinica imprescindibile è legata all’individuazione del “*disturbo primario*”. Nella maggioranza dei casi, a livello esplicativo, si può constatare come il DCA rappresenti la miglior risposta trovata dal paziente per la gestione di aspetti fobico-ossessivi, primari dunque ad DCA stesso. È possibile ipotizzare che un diffuso stato di ansietà, derivato generalmente da nuclei infantili di insicurezza, piuttosto che il manifestarsi di flashback di matrice post traumatica; venga gestito dal paziente focalizzando il controllo sull’area alimentare e corporea. Tale corrispondenza ha condotto alcuni clinici (Waller, 2008) ad ipotizzare un’identità stutturale patogenetica fra il DCA e DA. L’integrazione con la terapia internistico-nutrizionale e con la Riabilitazione Psico-Nutrizionale è frutto della necessità di coinvolgere la competenza del reparto nutrizionale nel gestire gli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali legati ai disturbi in comorbidità (Ballardini e Schumann, 2011). Pazienti gravi con un percorso di DCA di lunga durata, che sono passati in diversi setting di cura con esiti parziali, con il trattamento dei disturbi primari spesso non specificatamente inseriti in un progetto terapeutico; hanno livelli bassi di speranza, di motivazione e probabilmente difficoltà nell’ istaurare relazioni terapeutiche. Il medico, la dietista, l’infermiere, l’educatore sono professionalmente meno formati del psicologo, psicoterapeuta e psichiatra a gestire gli stati di estrema attivazione nel paziente. La differenziazione tra le diverse aree psico – patogene, la gestione degli attacchi di panico o riattivazione di scene traumatiche come l’incastro fobico – ossessivo di un paziente devono essere gestiti all’interno del team terapeutico interdisciplinare con la massima trasparenza nei confronti del paziente e della sua famiglia.

Dalla letteratura possiamo evincere che:

* È presente una concordanza degli studi sulla *primarietà* dei *Disturbi d’Ansia* rispetto all’esordio del DCA fatta eccezione per il Disturbo da Panico che tenderebbe a svilupparsi successivamente (Bulik et al., 1997)
* DOC, Fobia Sociale (Goodwin e Fitzgibbon, 2002) e Fobie Specifiche sono i disturbi più comuni in comorbidità con AN e BN (Kaye et al., 2004)
* Vi è disaccordo sulla prevalenza di PTSD: 37-72% (Kaye et al., 2004; Godart et al., 2003) più frequente in BN rispetto ad AN
* Fobia Sociale e Agorafobia sarebbero associati prevalentemente a BN e BED (Hinrichsen et al., 2003)

Una logica clinica che preveda una standardizzazione e razionalizzazione degli interventi a seguito di diagnosi precisa, differenziale e sequenziale consente di:

* prediligere terapie specifiche basate sull’evidenza;
* Integrare gli orientamenti ed i linguaggi teorici in gioco;
* Rendere le azioni e le modalità degli operatori mirati e consapevoli.

Le principali psicoterapie combinabili, fondate su prove di efficacia, per la gestione della comorbidità nei DCA con i DA sono:

* Utilizzo combinato di trattamenti CBT specifici per Ansia Sociale (Clark, 2001; Wells, 1997) ed Attacchi di Panico di provata efficacia (Clark et al., 1994, 2003) con approcci cognitivo comportamentali sui DCA (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).
* CT-CBT per il DOC (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989)
* Strategie di trattamento focalizzate sulla modificazione dell’emozione e dell’antecedente cognitivo: Schema Focused Therapy (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Hinrichsen et al., 2004, Waller et al. 2007)
* Traumaterapia per il PTSD (Foa & Roth, 1998)
* Motivational Enhancement Therapy nella Bulimia Nervosa (Treasure et al., 1999)
* Dialectical Behavior Therapy per Disturbi di Personalità Borderline e Bulimia Nervosa (Linehan, 1993; Safer et al. 2001)
* Interpersonal Therapy (Fairburn, 2003)
* Training dell’Assertività e della Comunicazione interpersonale clinico per la Fobia Sociale (Ullrich & Ullrich de Muynck 1979)

Verrà esposto un caso con materiale didattico. Ai partecipanti verrà fornita una bibliografia aggiornata e la relazione in pdf.

**CASO CLINICO: ESERCITAZIONE**

**Il Caso clinico è stato modificato a fini didattici per non permettere l’identificazione della paziente.**

Come allenamento alla diagnosi differenziale e sequenziale seguirà la presentazione del caso clinico di Flora, 15 anni figlia unica di genitori cinquantenni. Flora è nata a termine, da parto regolare. Ha sofferto delle usuali malattia dell’infanzia. Ha un’intolleranza al lattosio di grado lieve. Dalla prima infanzia si è evidenziato un eccesso ponderale (all’età di 10 anni: BMI > 97° percentile). Il menarca avviene a 11 anni e 4 mesi. Dagli 11 anni comincia una restrizione alimentare, dapprima rinforzata come cura dell’obesità. La ragazza ha dapprima perso gradualmente peso, quindi il calo si è accentuato con l’avvio di comportamenti di restrizione e controllo del cibo estremamente rigidi, fino ad arrivare nell’arco di un anno ad un BMI = 16.4 (anni 12). A 12 anni ricovero presso unità NPI per 3 mesi. Durante il ricovero il recupero del peso è ostacolato dal comparire di sintomi ossessivi-compulsivi in occasione dei pasti e di iperattività fisica. La paziente è stata inviata a e presa in carico da un Centro specializzato (ambulatoriale e semiresidenziale con una terapia intensiva giornaliera) con un approccio integrato interdisciplinare per i DCA di lunga durata in età adolescenziale.

La paziente presenta un quadro di Anoressia Nervosa tipo Restricter (ANr) secondo il DSM IV –TR e altri disturbi in comorbidità. Utilizzare le informazioni seguenti per la scelta delle strategie di assessment, per una diagnosi differenziale e per la bozza di un progetto terapeutico integrato e interdisciplinare.

Verranno forniti durante le esercitazioni i risultati della fase di assessment, i test psicometrici con la discussione e restituzione di tali risultati. I punti di integrazione con la parte di anamnesi medica e di assessment della Riabilitazione Psico-Nutrizionale saranno evidenziati. Gli aspetti dell’assessment della famiglia ossia dei genitori sarà esposto.

**ALCUNE INFORMAZIONI E ASPETTI RICAVATI DALL’ASSESSMENT** :

* La paziente dice di sentirsi molto isolata dal resto del mondo, diversa dagli altri, di non appartenere ad alcun gruppo o comunità.
* Ha la convinzione di essere incapace a gestire con competenza le proprie responsabilità quotidiane senza aiuto considerevole da parte dei suoi genitori, si sente impotente.
* Racconta un’attenzione pervasiva che perdura da sempre, verso aspetti negativi della vita, mentre gli aspetti positivi o ottimistici vengono mimetizzati o trascurati.
* Ha un’aspettativa esagerata che le cose andranno a finire malissimo, o che alcuni aspetti della propria vita che sembrano procedere bene andranno in rovina
* Esprime un forte disagio, apprensione e riservatezza nelle situazioni sociali. Ha una forte tendenza ad essere chiusa ed a isolarsi e riporta grande difficoltà ad esprimere agli altri i propri pensieri e sentimenti
* Riporta una negativa valutazione di se stessa, legata ad un senso di inadeguatezza, incapacità e mancanza di valore personale. Riporta un senso di vuoto emotivo dovuto a un deficit nell’identità personale.
* Ha una paura elevata di essere criticata, giudicata e di sbagliare, sente una grande influenza dalle aspettative e dai giudizi degli altri nel programmare e mettere in atto i propri comportamenti. Ha la tendenza a basarsi sui consigli degli altri per prendere ogni tipo di decisione.
* Riporta una difficoltà nel gestire la vita di tutti i giorni, una incapacità di cogliere le opportunità che si prospettano e di controllare il mondo che la circonda.
* Riporta le relazioni con gli altri come poche e poco affidabili. Ha difficoltà di essere calorosa, aperta e interessata alle vicende altrui. E isolata e frustrata dalle relazioni interpersonali. Non si sente molto disposta a scendere a compromessi per mantenere un rapporto.
* Riporta una elevata presenza di sensi di colpa sociali
* Evidenzia un senso di insoddisfazione nei confronti di se stessa e di come sono andate le cose nella vita trascorsa. Vorrebbe essere diversa da come è in realtà perché ci sono alcuni aspetti della personalità con cui è in conflitto.
* Riporta una bassa convinzione delle sue capacità metacognitive e si sente afflitta da pensieri non controllabili e rimuginii.
* Studia solo in piedi, regolarmente ma con fatica, ha difficoltà di concentrarsi, tiene la luce accesa mentre studia anche di giorno, se cambia penna deve cancellare un pezzo di testo, non usa lo sgabello con il tavolo da disegno (che i suoi le hanno comprato, perché sta solo in piedi per studiare)
* Dice di non avere amici oltre un amico di lunga data e che non riesce a frequentare i compagni di classe
* Dice di perdere tantissimo tempo con l’iperattività, correre per bruciare le calorie, correre per le scale dentro casa per stancarsi
* Dice di perdersi a rimuginare e a deprimersi
* Compie le azioni della giornata con lo stesso ordine tutti i giorni, ripetutamente, deve tenere i vestiti per due giorni in quanto appartengono a due categorie o dei giorni pari o dispari, deve tenere un ordine simmetrico nell’armadio (abitudine della madre: ogni indumento è riposto in una busta di plastica)
* Deve tenere i capelli legati
* Deve lavarsi i denti appena ha finito i pasti