

Maria Zaccagnino

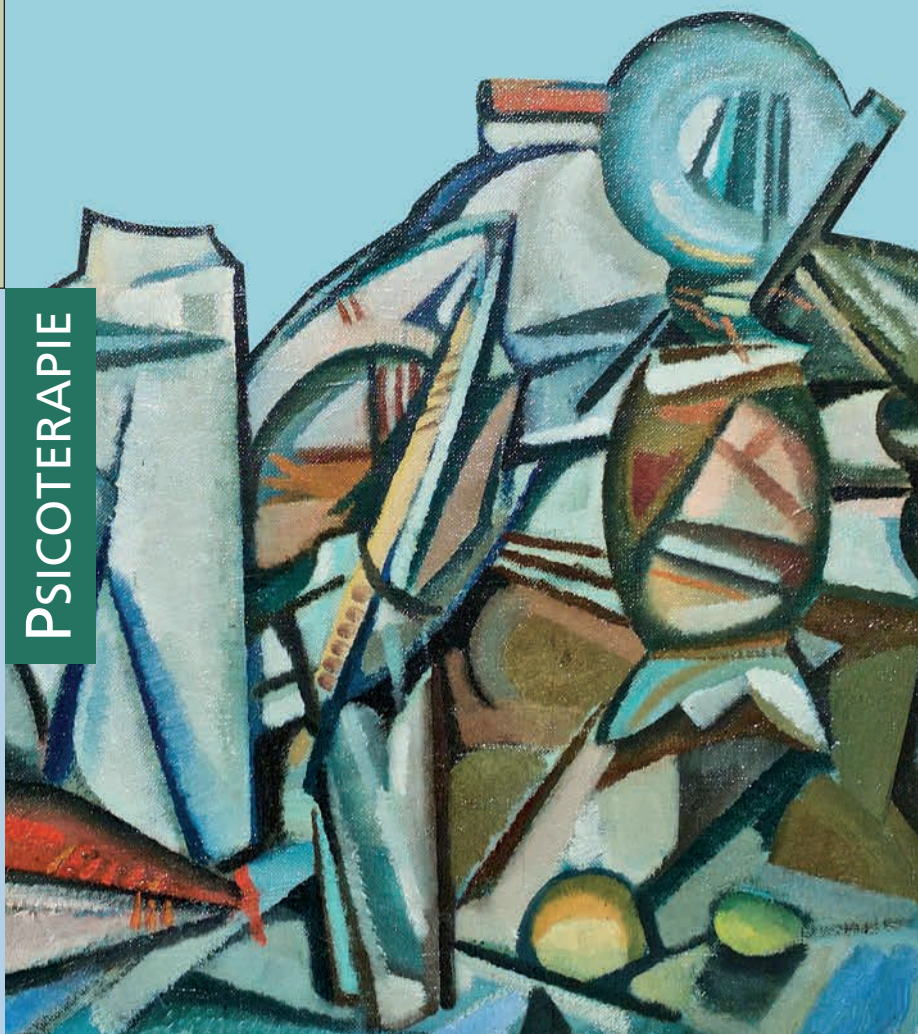
# Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari

Il ruolo dell'attaccamento  
nel lavoro clinico con EMDR

*Prefazione di Isabel Fernandez*

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Maria Zaccagnino

**Nuove prospettive  
nella cura  
dei disturbi alimentari**

Il ruolo dell'attaccamento  
nel lavoro clinico con EMDR

*Prefazione di Isabel Fernandez*

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Hanno collaborato:

**Martina Cussino:** psicologa, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, dottore di ricerca in psicologia clinica. È supervisore e facilitator EMDR Europa. Esercita la professione clinica presso il Centro di Terapia EMDR per l'Anoressia a Milano, dove lavora con l'EMDR su casi di traumatizzazione e in particolare con pazienti con disturbi alimentari. Ha pubblicato molti articoli su attaccamento, disturbi alimentari, traumi relazionali e EMDR.

**Chiara Callerame:** psicologa, psicoterapeuta cognitiva dell'età evolutiva, dottore di ricerca in psicologia clinica, terapeuta EMDR. Esercita la professione clinica presso il Centro di Terapia EMDR per l'Anoressia a Milano, dove lavora con l'EMDR su casi di traumatizzazione e in particolare con pazienti con disturbi alimentari e con i bambini. Ha pubblicato molti articoli su attaccamento, disturbi alimentari, traumi relazionali e EMDR.

*Progetto grafico di copertina: Elena Pellegrini*

Copyright © 2017 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Prefazione</b> , di <i>Isabel Fernandez</i>	pag.	7
<b>Introduzione</b> , di <i>Maria Zaccagnino</i>	»	11
<b>1. Classificazione e definizione nosografica dei disturbi del comportamento alimentare</b> , di <i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame</i>	»	15
1. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione secondo il DSM-5	»	15
2. Fattori di rischio e di mantenimento implicati nei disturbi del comportamento alimentare	»	27
3. Contenuti metacognitivi nell'anoressia nervosa	»	36
4. La costruzione dell'immagine corporea	»	45
<b>2. La prospettiva dell'attaccamento nell'anoressia nervosa</b> , di <i>Maria Zaccagnino, Martina Cussino</i>	»	50
1. L'anoressia nervosa e le ferite dell'attaccamento	»	50
2. Eventi di vita traumatici e anoressia nervosa: il loro ruolo nell'insorgenza e mantenimento del disturbo	»	59
<b>3. Nuove prospettive di trattamento: stato dell'arte e EMDR</b> , di <i>Maria Zaccagnino, Martina Cussino</i>	»	69
1. La presa in carico dei disturbi alimentari: un'introduzione	»	69
2. Psicoeducazione dei disturbi dell'alimentazione	»	71
3. I trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare ad oggi: stato dell'arte	»	76
4. L'EMDR: basi teoriche e applicazioni cliniche	»	79

<b>4. Il protocollo EMDR di gestione delle condotte di alimentazione disfunzionali nell'anoressia nervosa, di <i>Maria Zaccagnino</i></b>	pag. 92
1. L'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione	» 92
2. Il protocollo EMDR di gestione delle condotte di alimentazione disfunzionali nell'anoressia nervosa	» 94
3. Protocollo di lavoro con i disturbi alimentari in fase acuta (ospedalizzazione)	» 133
<b>5. La trasmissione intergenerazionale del trauma: il protocollo di lavoro EMDR con i genitori, di <i>Maria Zaccagnino</i></b>	» 135
1. Fase 1: raccolta della storia del paziente	» 135
2. Fase 2: preparazione	» 143
3. Fasi 3-8 del protocollo: rielaborazione	» 149
4. Lavoro specifico con genitori di bambini in fase acuta o ospedalizzazione	» 150
<b>Conclusioni</b>	» 152
<b>Riferimenti bibliografici</b>	» 154



## *Prefazione*

di *Isabel Fernandez\**

La sofferenza psicologica può assumere molte sfaccettature. Esistono numerose traiettorie, ferite, mancanze, che possono condurre una persona, nel corso della vita, a sviluppare un disturbo; chi si occupa di tali sofferenze, giorno dopo giorno, si rende perfettamente conto di questo. Il dolore, i sintomi che i nostri pazienti portano nei nostri studi, fondano le loro radici lontano, nella loro storia di vita, nei bambini che sono stati, nelle cure che hanno ricevuto e negli eventi difficili che hanno dovuto superare.

Per decenni il mondo della psicologia, tuttavia, si è occupato esclusivamente di lavorare sui sintomi che il paziente manifestava, senza cercare di comprendere quali fossero i motivi alla base di tale sofferenza.

Negli ultimi anni la nostra prospettiva si è aperta, arricchendosi di nuove idee, valorizzando anche quei contributi che hanno sempre accompagnato la storia della psicoterapia. Abbiamo potuto osservare che nel panorama scientifico sono stati fatti numerosi passi avanti nella direzione della comprensione delle cause che contribuiscono allo sviluppo di molti disturbi mentali e che precipitano l'esordio della sintomatologia.

In questo senso si sta dando un ruolo molto importante alla storia di vita dei nostri pazienti, riconoscendo a pieno titolo il ruolo degli eventi di vita difficili, stressanti e/o traumatici. Grazie alla ricerca scientifica sull'argomento, oggi siamo in grado di comprendere come eventi di vita avversi e traumatici vissuti in età infantile (soprattutto se cumulativi e gravi) abbiano un impatto devastante sulle traiettorie di sviluppo in età adulta, dando ampio spazio ad esiti psicopatologici importanti.

La consapevolezza clinica di chi, come noi, lavora tutti i giorni con le problematiche e con il dolore dei pazienti, ha finalmente trovato riscon-

\* Psicologa, psicoterapeuta. Direttrice – con Maria Zaccagnino – del Centro EMDR per l'Anoressia (Milano); direttrice del Centro di Psicotraumatologia (Milano); presidente dell'Associazione EMDR Italia; presidente EMDR Europe Association.

tro nella ricerca scientifica. Ad oggi, infatti, le più importanti linee guida internazionali e anche il DSM-5 (APA, 2013) riconoscono l'importanza e l'impatto degli eventi di vita difficili e dei traumi dell'attaccamento (traumi relazionali) alla base di moltissimi disturbi psicologici.

Maria Zaccagnino, nel suo libro, ci guida sapientemente nella comprensione di una categoria di tali disturbi psicologici: i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Tali disturbi sono sicuramente tra i più complessi e diffusi ai nostri giorni. Non si deve far altro che sfogliare una qualsiasi rivista o accendere la televisione per rendersi conto dell'esposizione continua ad un'immagine di bellezza che esalta la magrezza come obiettivo da raggiungere, a volte come prerequisito fondamentale per essere accettati. Oggigiorno si stima che l'Anoressia Nervosa abbia un tasso di mortalità superiore al 5% e che si posizioni al secondo posto tra le cause di morte tra i giovani, subito dopo gli incidenti stradali.

Sono numeri allarmanti. Sono numeri che ci obbligano a fermarci e a cercar di capire quali sono i meccanismi che spingono questi pazienti a sviluppare tale patologia? Quali sono i fattori e gli stress a cui questi pazienti cercano di reagire in questo modo? Ma soprattutto, qual è il modo più efficace per intervenire per prevenire e aiutare i nostri pazienti che soffrono di tali disturbi?

Leggendo le pagine del libro della mia collega e amica Maria Zaccagnino si coglie un accompagnamento passo dopo passo dentro i meccanismi di tali patologie, alla scoperta delle dinamiche disfunzionali che, a vario titolo, hanno contribuito all'esordio di tale sintomatologia.

Maria, nel suo libro, ci insegna a riconoscere la sofferenza, a dare senso e significato a ciò che questi pazienti cercano di comunicare attraverso i loro gesti e il loro corpo. Ma soprattutto ci insegna come lavorare con questi pazienti. Mette al nostro servizio tutta la sua competenza clinica, maturata in anni di lavoro sul campo, per permetterci di accostarsi in modo completo ed efficace ai processi psicologici che stanno alla base della loro sofferenza. E lo fa con la convinzione che per aiutare questi pazienti sia fondamentale comprendere la loro storia di vita e intervenire su tutti quei ricordi estremamente dolorosi che hanno contribuito a generare il disturbo. Lo fa con la convinzione che in particolare un metodo come l'EMDR possa essere davvero efficace nel perseguire tali obiettivi.

Nel libro troviamo spiegato passo passo come affrontare le prime fasi della terapia, fornendoci delle linee guida indispensabili per la presa in carico di questi pazienti, insegnandoci come riconoscere le diverse parti del sé che giocano un ruolo fondamentale nella patologia, favorendo la loro integrazione attraverso il riconoscimento del loro valore protettivo e di difesa verso le ferite profonde che hanno segnato le vite di questi pazienti.

Ci accompagna, con la sua consueta chiarezza espositiva, verso la comprensione di quanto le dinamiche di attaccamento disfunzionali possano svolgere un ruolo importante in patologie gravi come i disturbi alimentari; è essenziale, infatti, tenere in considerazione anche le persone che stanno accanto a chi soffre, poiché tra le ferite dell'anima che possono aver condotto allo sviluppo della patologia, si possono celare anche traumi irrisolti dei genitori, nel ciclo vizioso della trasmissione intergenerazionale del trauma. È solo attraverso un lavoro specifico sulla genitorialità che si può spezzare tal circolo vizioso, favorendo uno sviluppo funzionale e adattivo delle persone coinvolte.

È proprio per tutti questi motivi che il libro di Maria Zaccagnino è un libro importante, che considero un'opera essenziale per tutti i clinici che lavorano nel campo della psicoterapia integrando la metodologia tipica dell'approccio EMDR. Questo libro racchiude il senso profondo di cosa significhi aiutare i pazienti attraverso l'EMDR, poiché l'autrice, profonda conoscitrice dell'approccio, è riuscita a farlo suo e grazie al lavoro costante e proficuo con i suoi pazienti, ha fatto tesoro di tutto ciò che ha appreso e l'ha declinato all'interno di un metodo di lavoro preciso, strutturato, efficace. È grazie a persone come lei che oggi l'EMDR viene utilizzato e considerato estremamente efficace non solo per la cura dei traumi maggiori (quelli che nel linguaggio EMDR vengono definiti con la "T" maiuscola), ma anche per tutte le ferite dell'anima apparentemente più piccole, ma che lasciano cicatrici vistose, che devono essere curate, ovvero i traumi con la "t" minuscola.

Sono ormai lontani i tempi in cui l'EMDR veniva considerato efficace esclusivamente nel campo del PTSD. Da allora sono state pubblicate numerose ricerche scientifiche che attestano la sua efficacia anche in altri ambiti di utilizzo, sostenendo sempre più fermamente la convinzione che l'EMDR possa essere utilizzato con qualsiasi tipo di paziente e ogni tipo di patologia per risolvere ed elaborare le conseguenze di eventi di vita stressanti.

Nelle pagine di questo libro si resta piacevolmente colpiti dalla delicatezza e il profondo rispetto dell'autrice per la sofferenza che si nasconde dietro ad un disturbo spesso considerato ostico da trattare. Sono questi gli ingredienti principali che fanno di questo libro un'opera completa, profonda e utile. Le pagine di questo libro ci offrono tutto quello che ci serve per lavorare in modo efficace con i disturbi alimentari; non resta che sperimentarsi, imparare e credere, esattamente come noi, nell'efficacia della terapia EMDR. I pazienti e la loro straordinaria capacità di insegnarci sempre qualcosa di nuovo, faranno il resto.



# *Introduzione*

di *Maria Zaccagnino*

*Ciò che conosciamo di noi è solamente una parte,  
e forse piccolissima,  
di ciò che siamo a nostra insaputa.*  
Luigi Pirandello

È ormai da molto tempo che lavoro con pazienti affetti da un disordine alimentare e sono molti anni che, giorno dopo giorno, mi accosto alla loro sofferenza cercando di comprendere il loro dolore e le cause profonde che li hanno condotti all'esordio di una patologia così complessa.

Solo grazie ai miei pazienti, alla loro esperienza e alla conoscenza delle loro storie mi sono resa conto che la chiave più profonda di lettura di tale sofferenza è da ricercare nelle loro storie di vita, nelle relazioni con le loro prime figure di riferimento, nella qualità dell'accudimento che è stato riservato loro.

La teoria dell'attaccamento ci insegna che è proprio all'interno delle prime relazioni con chi si prende cura di noi che impariamo «chi siamo». È all'interno di quegli abbracci e del riconoscimento da parte dell'altro significativo che costruiamo una rappresentazione di noi e del mondo che ci circonda. È lì che iniziamo a comprendere cosa aspettarci dagli altri e a costruire modelli di pensiero e comportamento che poi caratterizzeranno le nostre relazioni durante tutto il corso della nostra vita. È lì che costruiamo le nostre aree di forza, ma anche di vulnerabilità.

Osservare i miei pazienti in tale ottica mi ha permesso di entrare in contatto con le loro ferite più profonde, quelle legate alle carezze non date o troppo intrusive, sguardi assenti o richieste di vicinanza e cura disfunzionali. Mi ha permesso di rileggere i sintomi così evidenti nel presente alla luce dei bisogni relazionali non soddisfatti durante tutto il corso della loro vita.

Ad oggi, a conferma di tutto questo, sono stati pubblicati numerosi studi che indagano la presenza di eventi di vita difficili e/o traumatici nella storia di vita dei pazienti con disturbi alimentari.

Uno di questi studi ha sicuramente segnato la svolta in tale direzione: nel 1994, Felitti iniziò a chiedersi quali fossero gli eventi di vita che avevano segnato il passato di un campione di pazienti affette da un'obesità

grave. Si rese conto che la maggior parte di loro utilizzava l'obesità come modo per difendersi, proteggersi. Dallo studio condotto, infatti, emerse come molte di queste pazienti fossero state abusate fisicamente e/o sessualmente durante l'infanzia. Per tali pazienti, quindi, nonostante l'obesità potesse essere considerata un problema, in realtà era anche il modo per fronteggiare altri disagi, molto più gravi, che appartenevano alla loro storia di vita passata.

Felitti parla di Eventi Sfavorevoli Infantili, e annovera tra di essi non solo eventi traumatici come violenze fisiche o sessuali, ma anche eventi di vita apparentemente meno prorompenti, come ad esempio situazioni di trascuratezza emotiva o gravi crisi familiari che esitano in separazioni o divorzi. Tali situazioni, che possono essere definite a tutti gli effetti traumi relazionali, hanno un notevole impatto sulla qualità di vita del bambino durante tutto il corso della sua vita. Ancora una volta si parla di traumi interpersonali, dove ciò che viene minato, più di ogni altra cosa, è il senso di "sicurezza" all'interno di quei legami che dovrebbero proteggere e rassicurare e non essere essi stessi fonte di paura, insicurezza e disorientamento.

I pazienti con disturbi alimentari provengono da storie di vita come queste, costellate da eventi difficili. Per questo motivo risulta indispensabile «vedere» dentro di loro, dietro il loro sintomo, la presenza di parti del sé fragili, che racchiudono tutto il dolore degli eventi di vita terribili che hanno dovuto attraversare.

La domanda, dunque, che ogni clinico deve porsi è relativa a tutto ciò che è importante conoscere e fare per essere davvero efficaci con pazienti così complessi come quelli con disturbo alimentare, come accogliere la loro sofferenza, restituendo senso e significato al sintomo e alla loro vita.

Grazie all'approccio EMDR sicuramente è possibile rispondere con più chiarezza a questa domanda. L'EMDR mi ha insegnato a leggere e concettualizzare il paziente partendo dalla sua storia di vita, dagli eventi difficili per comprendere la sua sofferenza attuale. Mi sono resa conto sin da subito della potenza di questo metodo in grado di curare le ferite più profonde di ogni essere umano e di quanto la sua applicazione anche con questa tipologia di pazienti riuscisse ad avere risultati straordinari.

Questo libro è proprio il frutto di tutto quello che ho appreso in tanti anni di lavoro sul campo. È il risultato del mio lavoro clinico, delle molte ricerche, di riflessioni, pensieri, domande, di tentativi e di errori. È una condivisione di scoperte e intuizioni maturate in molti anni di applicazione dell'EMDR, di studi sui casi e di presa di consapevolezza di cosa realmente possa essere efficace.

Il presente testo vuole essere una guida per tutti terapeuti EMDR presenti e futuri. Oltre a una serie di contributi scientifici a supporto e guida del lavoro clinico contiene due protocolli integrali di lavoro EMDR: uno

specifico riguardante i pazienti affetti da disturbi alimentari e l'altro, altrettanto prezioso soprattutto quando i nostri pazienti sono preadolescenti o adolescenti, che fornisce linee guida importanti per il lavoro sulla genitorialità.

Ecco che la la frase di Pirandello racchiude tutto il mio pensiero sottostante questo testo. I pazienti portano nei nostri studi tutto il loro dolore, mostrandoci tutte le loro parti più sofferenti e quelle che hanno dovuto imparare a proteggerli in tanti momenti della loro vita. Ci raccontano dei momenti difficili che hanno dovuto superare, le cui ferite, tuttavia, li hanno condotti fino da noi. I pazienti faticano a comprendere cosa succede loro e il nostro compito è proprio quello di vedere, riconoscere e accogliere tutti i loro aspetti. È solo attraverso la genuina curiosità verso ciascun aspetto e la voglia di comprendere la loro storia e le loro motivazioni che si può progredire con il lavoro terapeutico con i nostri pazienti. Quello che ci mostrano non è altro che una piccola parte di ciò che sono in realtà. Sta a noi fare luce su tutto il resto.

Concludendo voglio ringraziare le persone senza le quali non avrei potuto realizzare tutto questo.

Ringrazio ciascuno dei miei pazienti, uno ad uno, perché senza di loro non sarei tutto quello che sono.

Ringrazio Isabel Fernandez, mia luce, guida, maestra e figura di riferimento per il mio cammino professionale e umano.

Ringrazio il mio gruppo di lavoro e soprattutto le mie amiche, colleghe e anche autrici di alcuni capitoli di questo libro: Martina Cussino e Chiara Callerame, loro sono la forza che mi permette di affrontare gli ostacoli e di andare sempre avanti ed essere migliore.

Ringrazio tutti i miei affetti più profondi che mi alimentano ogni giorno di amore, stima, fiducia e mi hanno sempre sostenuto e incoraggiato credendo in me profondamente.





# *1. Classificazione e definizione nosografica dei disturbi del comportamento alimentare*

di *Maria Zaccagnino, Chiara Callerame*

## **1. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione secondo il DSM-5**

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione sono definiti e classificati dall'American Psychiatric Association nella quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder (DSM-5, American Psychiatric Association (APA, 2013) come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica e il funzionamento psicosociale e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta. I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche definite, nelle classificazioni psichiatriche, "severe mental illness" che, come tali, necessitano di trattamenti specializzati, ad alto livello di integrazione.

Nei paesi industrializzati ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni), 10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare, 1-2 nelle forme più gravi. Si tratta di patologie gravi, che possono avere un decorso prolungato e tendere alla cronicizzazione (20-30%). Frequentemente tali disturbi si manifestano in comorbidità con altri disturbi psichici (30-50% disturbi d'ansia, depressione, suicidio, dipendenze) e presentano un indice di mortalità molto alto (5%) che ne fa la seconda causa di morte fra le adolescenti dopo gli incidenti stradali e la prima causa di morte tra le patologie psichiatriche. In Italia, secondo quanto riportato dallo studio di Preti *et al.* del 2009, la prevalenza durante il corso della vita di qualsiasi DCA (intendendo per questi AN, BN, DAI e DCA sottosoglia) è pari a 3,3%. Nonostante l'età di esordio di tali patologie si collochi tra i 10 e i 30 anni, con una maggiore incidenza durante il periodo dell'adolescenza, non sono rare le forme premenarcali e quelle prepuberali. Sono descritte in letteratura anche forme di esordio tardive, successive alla menopausa, per le quali è

tuttavia necessaria una diagnosi differenziale che tenga conto delle comorbidità con eventuali sintomi depressivi (DSM-5, APA, 2013).

Negli ultimi decenni si è inoltre osservato un rapido cambiamento nella manifestazione della psicopatologia del comportamento alimentare. Negli anni sessanta, infatti, i quadri clinici più frequenti erano le anoressie restrittive, nei decenni successivi sono diventate sempre più frequenti le forme bulimiche. I numerosi studi epidemiologici che si sono occupati di tale argomento inoltre, hanno messo in evidenza come l'incidenza di tali patologie sia maggiore nei paesi industrializzati e risulti fortemente correlata allo sviluppo economico e ad un ideale di bellezza e canoni estetici largamente condivisi nella cultura occidentale (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Infatti, secondo il DSM-5 (APA, 2013), si riscontra una prevalenza di disturbi alimentari pari al 13% nelle donne all'età di vent'anni (Stice, Marti, & Rohde, 2013). Tuttavia, se consideriamo che molti disturbi alimentari insorgono anche dopo quest'età, l'indice di prevalenza risulta sicuramente superiore (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, & Fairburn, 2006). I dati presentati fanno pensare ad una patologia che colpisce esclusivamente il mondo femminile; tuttavia, negli ultimi anni stiamo assistendo ad un sempre maggiore incremento di casi maschili che soffrono di disturbi del comportamento alimentare, anche se la loro incidenza assume proporzioni notevolmente inferiori rispetto al genere femminile. Si stima infatti un rapporto tra casi femminili e casi maschili di 10:1 per l'anoressia e di 20:1 per la bulimia (Hoek, 2006; Sukkar, Foppiani, Campostano, 2005).

Con la pubblicazione della quinta edizione del DSM, è stata proposta una nuova classificazione dei DCA che ha modificato alcuni dei precedenti criteri diagnostici al fine di migliorarne la definizione, la comprensione e la successiva presa in carico. Seguendo infatti i criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994) più della metà dei pazienti in cura rientravano nella diagnosi di "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato", sottolineando così la confusione classificatoria o l'impossibilità di una chiara identificazione sintomatologica relativa a ciascun disturbo. Le persone con questa diagnosi non presentavano, tuttavia, un livello di gravità del disturbo significativamente diverso rispetto a quelle con diagnosi piena di anoressia o di bulimia. Tali considerazioni, quindi, hanno spinto la task force che si è occupata di delineare le classificazioni diagnostiche del DSM-5 a rendere meno restrittivi i criteri diagnostici per le tre categorie maggiori: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (APA, 2013).

Nel DSM-5 i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione vengono così suddivisi:

1. anoressia nervosa;
2. bulimia nervosa;

3. disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder);
4. disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;
5. disturbo della ruminazione;
6. pica;
7. altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione;
8. disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati.

Nonostante l'esigenza diagnostica di categorizzare le diverse manifestazioni dei comportamenti alimentari disfunzionali, è importante sottolineare che i DCA condividono tutti lo stesso nucleo psicopatologico: la tendenza a giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso e forma del corpo. In letteratura, così come nella pratica clinica, inoltre, è molto difficile imbattersi in forme cosiddette "pure", poiché tali disturbi tendono a persistere nel tempo e a migrare frequentemente da una forma all'altra della stessa categoria diagnostica. La letteratura scientifica che si è occupata di indagare in modo specifico i meccanismi di mantenimento delle differenti forme che può assumere un disturbo del comportamento alimentare ha inoltre osservato che essi condividono numerose caratteristiche con tutte le categorie del disturbo. Proprio per tale motivo è possibile considerare i DCA come un'unica categoria diagnostica, un unico DCA che si declina con caratteristiche diverse non solo tra gli individui ma anche nello stesso soggetto.

### 1.1. *Anoressia nervosa (AN)*

Il termine anoressia (dal greco *anorexia*) significa letteralmente "perdita di desiderio". Tale definizione, tuttavia, non rispecchia il cuore della patologia che si articola attorno ad un netto e categorico rifiuto del cibo da parte dei soggetti anoressici, piuttosto che da una inappetenza. Proprio per tale ragione, nel 1891 Sollier arrivò ad utilizzare una nuova terminologia che meglio si adattava alle caratteristiche cliniche di tale disturbo; propose, infatti, il termine "*sitieirgia*" che significa appunto "tenere lontano il cibo". Tuttavia, tale curiosità rimane esclusivamente etimologica data la ormai universale accettazione del termine anoressia per riferirsi a questa categoria di disturbi alimentari.

I criteri diagnostici proposti dal DSM-5 (APA, 2013) per l'anoressia nervosa sono i seguenti:

- a) Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce ad un peso corporeo significativamente basso se rapportato all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e allo stato di salute fisica del soggetto. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso.

- b) Intensa paura, da parte del soggetto, di un aumento ponderale e di diventare grasso; il soggetto mette in atto comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche in condizioni di evidente ed eccessiva magrezza.
- c) Il soggetto percepisce il proprio peso e la forma del proprio corpo in modo alterato, e tali percezioni influenzano negativamente la sua autostima e la sua capacità di comprensione della gravità clinica della propria condizione. È necessario specificare anche il sottotipo:

*Tipo restrittivo:* durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti abbuffate o condotte purgative (cioè, vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclismi). I casi appartenenti a questa categoria raggiungono la considerevole perdita di peso in modo esclusivo attraverso le condotte restrittive, come ad esempio la dieta, il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.

*Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione:* durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Inoltre bisogna specificare se:

*In remissione parziale:* a seguito di un periodo in cui tutti i criteri diagnostici per l'AN vengono pienamente soddisfatti, si assiste ad un miglioramento delle condizioni relative al criterio A per un prolungato periodo di tempo; tuttavia, il soggetto continua a soddisfare le caratteristiche relative al criterio B e al criterio C.

*In remissione piena:* a seguito di un periodo in cui tutti i criteri diagnostici per l'AN vengono pienamente soddisfatti, si assiste ad un generale miglioramento delle condizioni del soggetto che lo conducono al non soddisfacimento di tutti i criteri per l'anoressia nervosa per un prolungato periodo di tempo.

Infine bisogna specificare la gravità attuale.

Il livello di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I soggetti adulti vengono inclusi in categorie definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti. La gravità può essere lieve (IMC  $\geq 17$  kg/m), moderata (IMC 16-16,99 kg/m), grave (IMC 15-15,99 kg/m) o estrema (IMC  $< 15$  kg/m).

#### *Novità rispetto al DSM-IV*

Le novità rispetto al DSM-IV (APA, 1994) riguardano principalmente il criterio B che è stato ampliato in modo da poter includere non solo il timore apertamente espresso da parte del soggetto di un aumento ponderale, ma tutti quei comportamenti persistenti che interferiscono in modo

significativo con l'aumento di peso. È stato inoltre eliminato come criterio diagnostico l'amenorrea in modo da poter includere tutti i soggetti che, per diverse ragioni, non presentano il ciclo mestruale (ad es. i maschi, le donne in menopausa o premenarcali). Inoltre, i dati empirici evidenziano che molti soggetti soddisfano tutti i restanti criteri per una diagnosi di AN pur mantenendo inalterato il ciclo mestruale.

### *Caratteristiche associate all'AN, prevalenza, sviluppo e decorso*

Le condotte alimentari disfunzionali messe in atto da soggetti anoressici possono sfociare in condizioni mediche assai pericolose per la vita stessa dell'individuo, quali, ad esempio, amenorrea, anomalie dei parametri vitali o nella termoregolazione, dolori addominali, letargia (o, al contrario, eccesso di energia), stipsi, ipotensione, bradicardia e sviluppo del lanugo (fine e soffice peluria che compare su tronco e viso a causa della persistente condizione di malnutrizione). Da un punto di vista psicologico, i pazienti con sintomatologia anoressica possono manifestare anche sintomi depressivi, quali, ad esempio, umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia e diminuito interesse sessuale. Non è infrequente, inoltre, osservare tratti ossessivi-compulsivi nei pazienti che soffrono di tale disturbo; tali tratti, infatti, tendono a declinarsi nel controllo del cibo, del peso, del corpo attraverso rigidi rituali applicati in modo compulsivo quali controllare il peso degli alimenti, mangiare il cibo seguendo un certo ordine, tagliare il cibo in piccoli pezzi, ecc. Generalmente l'AN è spesso associata a disturbi come il disturbo bipolare, il disturbo depressivo e ai disturbi d'ansia. Anche il disturbo ossessivo compulsivo è legato all'AN soprattutto nel sottotipo con restrizioni (Brand-Gothelf *et al.*, 2014; Bühren *et al.*, 2014; Mitchell & Crow, 2006; Kaye *et al.*, 2004). Infine, specialmente con il sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione, l'AN può correlare con il disturbo da uso di alcol e altri disturbi relativi all'uso di sostanze (APA, 2013).

Altre caratteristiche legate all'AN riguardano la "preoccupazione nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità sociale ed espressività emotiva eccessivamente repressa" (APA, 2013, p. 394). Facendo riferimento ai tassi di prevalenza dell'AN, si stima che essa, nei soggetti femminili, sia approssimativamente intorno allo 0,3-0,9% (Hudson *et al.*, 2007; Swanson *et al.*, 2011), mentre per i soggetti maschili non è possibile ricorrere ad un dato certo, anche se è noto che tale patologia colpisca la popolazione maschile con molta meno frequenza, con un rapporto di 1:10 rispetto alla popolazione femminile.

L'esordio dell'AN avviene tipicamente durante l'adolescenza o prima età adulta, e spesso è associato ad un evento stressante. Ultimamente si assiste