**Disturbi del Comportamento Alimentare:**

**DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI:**

I **disturbi del comportamento alimentare** (**DCA**), secondo le ultime classificazione del DSM-V, sono un gruppo molto ampio ed eterogeneo di disturbi psichiatrici, che include al suo interno alcune forme principali, nello specifico:

* l’anoressia nervosa (AN)
* la bulimia nervosa (BN),
* ma anche altre forme psichiatriche come il BED (Binge Eating Disease), il picacismo, il disturbo di ruminazione ed altre forme generalmente indicate come OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders).

Per definizione, inoltre, non si può parlare propriamente di DCA se non sono rispettati i seguenti 4 criteri:

1. Dev’essere presente un **disturbo o un’alterazione delle abitudini alimentari o dei comportamenti specificamente volti al controllo del peso**. Cioè come e quanto un soggetto mangia e quindi quanto e come un soggetto controlla il proprio peso.
2. Dev’essere presente nel paziente **un’eccessiva influenza della forma e del peso corporeo sui livelli di autostima** (questo punto è quello fondamentale per comprendere i meccanismi alla base dei DCA, e prende il nome di **disturbo dell’immagine corporea**). Tutte le altre cose che generalmente sostengono l'autostima di una perosna sana per il paziente affetto da DCA perdono di significato. Se non c'è questo criterio non si può parlare di disturbo psichiatrico
3. I precedenti due punti devono causare un **deterioramento clinicamente significativo della salute fisica o del funzionamento psico-sociale del paziente** (come in molti altri casi psichiatrici, un certo atteggiamento o convinzione non può essere considerata patologica se non causa un cambiamento significativo del funzionamento del soggetto).
4. Dev’essere **esclusa la presenza di altre eventuali patologie internistiche o psichiatriche alla base**.

Tra questi quattro punti, quello su cui si deve focalizzare l’attenzione è il secondo, cioè il disturbo dell’immagine corporea, in quanto costituisce la caratteristica psico-patologica principale dei DCA.

**CLASSIFICAZIONE:**

I DCA vengono generalmente suddivisi in:

* **anoressia nervosa** (AN, con le due varianti AN-R e AN-P),
* **bulimia** **nervosa**
* i **DCA NAS** (Non Altrimenti Specificabili), che non rientrano né nell’AN, né nella BN.

**ETIMOLOGIA:**

Se si va a guardare ai termini letterali delle patologie:

* “anoressia” starebbe a significare “assenza di appetito”,
* “bulimia” vorrebbe dire “fame da bue”,

ma in realtà questi termini appaiono fuorvianti, perché in queste patologie psichiatriche non si ha un’alterazione dell’appetito, sebbene i pazienti arrivino spesso a negare il senso di fame, ma quello che risulta anomalo è il disturbo dell’immagine corporea, in base al quale l’autostima del paziente non può fare a meno di dipendere dalle sue caratteristiche più strettamente fisiche, ovvero il peso e la forma del corpo.

**EPIDEMIOLOGIA E MORTALITA’:**

Per quanto riguarda l’aspetto epidemiologico dei DCA, sono disturbi la cui prevalenza nelle popolazioni a rischio, in particolare negli adolescenti, sono in aumento:

PREVALENZA: per l’anoressia nervosa la prevalenza stimata è dello 0,5-1%, mentre per la bulimia nervosa la prevalenza varia tra l’1 e l’8%.

ETA’:Si tratta in ogni caso di disturbi che si sviluppano in genere durante la seconda decade di vita,

SESSO: Hanno una preferenza per il sesso femminile (rapporto maschi/femmine di circa 0,5 a 9,5 per l’anoressia nervosa, passa ad 1 a 4 per la bulimia)

TASSO DI GUARIGIONE: di questi pazienti meno del 50% riesce a guarire completamente

TASSO DI MORTALITA’: il tasso di mortalità si attesta sul 5-20%, cioè il valore più alto tra le varie patologie psichiatriche, assieme all’abuso di sostanze, e questo perché nei DCA si ha un deterioramento fisico notevolmente maggiore, a cui si va ad aggiungere anche il rischio di suicidio, che tuttavia contribuisce solo per il 2% a tutte le morti dovute a DCA

**EZIOLOGIA:**

Dal punto di vista dell’eziologia, l’origine dei DCA è complessa e ancora non del tutto definita, sebbene vi siano due modelli principali eziopatogenetici:

* **MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE:**

Il primo è il **modello bio-psico-sociale**, in base al quale diversi fattori biologici, psicologici, familiari e socio-culturali si combinano in modo additivo per produrre una patologia del comportamento alimentare. Anche quando si era parlato dei disturbi della personalità avevamo detto che questo modello non ci soddisfa del tutto perché ci da un'idea del “frullatore”, ossia frullando insieme questi fattori salta fuori la patologia. Abbiamo bisogno di un modello che ci spieghi qualcosa in più.

* **MODELLO DIATESI STRESS:**

Il secondo modello, oggi più accreditato, è il **modello diatesi-stress**, in base al quale esiste una predisposizione biologica, su base multigenica, che determina una predisposizione ai DCA e ne determina anche la forma (ad esempio la vulnerabilità all’AN piuttosto che alla BN), ed è poi un’eventuale esposizione ad eventi stressanti a determinare se il disturbo si svilupperà o meno. Quindi questo modello, vulnerabilità-stress, recita che una predisposizione biologica, ad esempio genetica, determina se io ho rischio di sviluppare un disturbo alimentare e in particolare se ho il rischio di sviluppare AN piuttosto che BN. La predisposizione da sola non fa il disturbo. L'esposizione a momenti di vita stressanti che possono essere sia psicologici (interni) che ambientali, determina a partire dalla predisposizione se il disturbo si svilupperà o meno. E' un po' la teoria gene-ambiente. Questo vuol dire che noi tutti differiamo nella probabilità di sviluppare un disturbo alimentare e dunque nella “sensibilità” agli eventi stressanti tipicamente associati all'eziologia di un dca.

Ovviamente, oltre ai fattori predisponenti su base genetica, ve ne sono diversi altri di natura ambientale e culturale, Il fattore cardine che dobbiamo spiegare nell'eziologia di questo disturbo è **l'insoddisfazione per il corpo** che è una caratteristica comune ad entrambe le patologia in essere.

Questa insoddisfazione per il corpo è dovuta anche a **FATTORI DI TIPO CULTURALE** che inseriamo nei fattori di rischio di tipo ambientale e sociale nei modelli precedentemente accennati.

In prevalenza questi disturbi hanno incidenza più alta in dei posti dove c'è abbondanza di cibo, ma culturalmente viene **idealizzata la magrezza** poiché essendoci rischio di obesità essa non è considerata solo “bella” ma anche “giusta” perché è sana. Sana in quanto l'obesità, l'ipercolesterolemia, il sovrappeso ecc... fanno morire un sacco di gente da noi. I fattori di rischio culturali non sono solo quelli passati in televisione (la modella magrissima che sfila), ma anche il pediatra che a ragione “prescrive” al bambino in sovrappeso una dieta, essendo tale patologia un fattore di rischio specie se insorge in età pediatrica. Dunque queste culture danno alla magrezza non solo un valore estetico, bensì anche un valore etico. Ci spiegano anche la prevalenza in adolescenza perché è un momento in cui volente o nolente il fisico cambia e il peso si fa sentire sotto forma di presa in giro da parte dei coetanei o sotto forma di cambiamenti dovuti al menarca. E' un età in cui insorgono anche cambiamenti dovuti all'enfasi del soggetto sul corpo perché è importante per essere accettati dagli altri, per trovare un fidanzati.

Altri fattori di rischio sono **l'influenza dei coetanei** (sono state osservate delle piccole epidemie di anoressia in delle classi) e **l'influenza dei media**. E' stato visto che questi fattori sono tutti correlabili nell'insorgenza dei disturbi alimentari. Ce lo spiega anche il fatto che l'incidenza di queste patologie nei paesi occidentali è aumentata tra il 1930 e il 1980, con l'incremento dell'abbondanza e della possibilità dunque di aumentare di peso

Quello che questi fattori culturali non ci spiegano è la stima dell'**EREDITABILITÀ**: la proporzione di varianza fenotipica ascrivibile a cause genetiche è alta. Se questi disturbi dipendessero solo da fattori di rischio culturali, non ci aspetteremmo l'ereditarietà. Questo vuol dire che la società ha colpa, ma c'è qualcosa di più profondo sotto. Possiamo fare molto in termini di prevenzione primaria, ma non tutto. Parliamo di cose che hanno a che fare anche con la biologia, non sono solo dei capricci del soggetto che segue i dettami della moda.

Dell'insoddisfazione per il corpo chi più e chi meno ne soffrono tutti coloro i quali non abbiano una forma fisica invidiabile e questo è sicuramente dovuto a fattori culturali, però essa da sola non fa un DCA.

Tra i fattori genetici, i principali sono i fattori che regolano il **temperamento**, infatti si è visto che i DCA sono associati a particolari tratti comportamentali (ad esempio, l’AN è tipica di soggetti perfezionisti e dalla volontà forte, finanche ossessiva, mentre la BN è più comune in soggetti impulsivi e con affettività negativa).

Infine abbiamo i **FATTORI FAMILIARI**, che sono in realtà alquanto aspecifici, poiché presenti anche in molte altre patologie psichiatriche; tra questi vanno ricordati la familiarità psichiatrica, la storia di DCA materna, l’abuso fisico o sessuale e una storia infantile di scarse cure parentali ma con elevato controllo (**fenomeno dell’Over Protection**).

Per esempio: madre affetta da DCA non solo trasmette alla figlia la predisposizione alla malattia, ma la sottopone in seguito a commenti riguardo la sua forma e peso corporei.

Per esempio: L'ambiente familiare, quello del controllo senza affetto: genitori iperprotettivi che fanno fatica ad accettare che i figli facciano le cose in autonomia ma allo stesso tempo poco empatici, poco capaci di dare affetto. In una percentuale non indifferente di casi c'è abuso sessuale o fisico nell'infanzia.

**ESORDIO:**

Ma come si sviluppa un disturbo dell’alimentazione? Alla base, come accennato, vi sarebbe un personalità predisponente, caratterizzata da un **SENTIMENTO PERVASIVO DI INSICUREZZA E DA UN SENSO DI SÉ INSTABILE**, che si accentua particolarmente all’inizio dell’adolescenza; questi giovani pazienti sono spesso in leggero sovrappeso, e vengono stimolati dai parenti, dai coetanei o addirittura dal medico di medicina generale a perdere un po’ di peso, essenzialmente per prevenire ulteriori problemi fisici.

Quando questi fattori di rischio si uniscono in modo non casuale, per via delle correlazioni gene-ambiente di cui prima, il soggetto si affaccia all'adolescenza con una cosa che ha la caratteristica nucleare di tutti i disturbi del comportamento alimentare, senza questa caratteristica **l'insoddisfazione per il corpo** non si trasforma in dca ed è indicata con il termine inglese “unaffectiveness” che viene tradotto con l'italiano ***“inadeguatezza*”**. E' un senso pervasivo di non sapere chi si è in ogni data circostanza e non sapere come essere efficaci: come cambiare l'ambiente che hanno intorno se non gli piace, come parlare con gli altri; queste persone vi dicono “*mi sento non all'altezza*”, “*mi sento non adeguato*” davanti a tutto: scuola, genitori, amici.

Quindi c'è un problema di identità e di controllo del mondo esterno, non si sentono “equipaggiati”. Ciò che per gli altri è automatico e spontaneo per loro è impossibile. E' solo con questi presupposti che arrivando all'adolescenza, incontrando i fattori culturali che loro trasferiscono la “soluzione” al loro problema con la ricerca estrema della magrezza: *“se io riesco a controllare il mio peso e ad essere magro, non avrò più questi problemi”*.

Questi pazienti affermano che prima non erano buoni a nulla ma ora poi dimagrendo valgono. Questo è il punto cardine per capire i DCA e le difficoltà di trattamento: **nessun peso è abbastanza basso** (disturbo dell'immagine corporea) per i pazienti non è un problema ma per loro è la soluzione. Di fatto conferisce senso e significato alla vita del paziente e rappresenta la via finale dei fattori di rischio osservato.

Il **disturbo dell'immagine corporea** comporta che tutta la soddisfazione di sé dipende solo e soltanto dal peso corporeo che rende la vita del paziente più semplice,più efficace e più sicura. Trova una soluzione maladattativa alla sua sofferenza, confusione e senso di inadeguatezza identificando tutto se stesso con il suo peso: valgo solo se sono sempre più magra. E' per questo che si tratta di una patologia psichiatrica.

Trovandosi davanti ad un medico che sia psichiatra o internista che sostiene che bisogna che il paziente riprenda peso per aver salva la vita, il paziente diventa non collaborante perché sente che cercano di sottrargli l'unica certezza della vita. E' una lotta incredibile.

Caso clinico: *ragazzino di 13 anni con un BMI di 12.5 che presentava iperattività (vedremo che è un meccanismo di compenso), calo di peso repentino che con una frequenza di 34 bpm è scappato veloce come il vento per i viali dell'ospedale tanta era la disperazione con cui si opponeva al ricovero, una questione di vita o di morte per lui. I genitori son dovuti corrergli dietro per recuperarlo, finché non è stato predisposto il ricovero è stato letteralmente piantonato in casa con i genitori ed i nonni perché in bagno di notte con la luce spenta saltava nella doccia. Quando è arrivato in ospedale aveva già un versamento pericardico e saltava ancora. Ridurre il più possibile il peso anche a rischio di gravissime conseguenze per loro è davvero una questione di vita o di morte.*

**DIAGNOSI:**

Anche se non tutti i futuri medici faranno gli psichiatri potrebbero ugualmente essere utili per riconoscere i prodromi di questi disturbi, quindi per fare una diagnosi precoce si parte dall'**anamnesi**:

1. Familiarità per disturbi psichiatrici che per i soggetti che sviluppano AN in genere sono disturbi d'ansia o disturbo ossessivo-compulsivo, nel caso di BN si tratta invece di disturbi dell'umore, abuso di alcol o di altre sostanze.
2. Per entrambi c'è DCA materno con basso peso alla nascita perché la madre ha un DCA parzialmente guarito.
3. Ci possono essere complicanze neonatali e problemi alimentari nell'infanzia come rifiuto di alcuni cibi, alimentazione selettiva, disturbi gastroenterologici, ritardo nella crescita.

In adolescenza, quelli che necessiterebbero di uno **screening** sono:

* Soggetti a bassa crescita,basso peso e con disturbi mestruali. Il ginecologo per prima cosa prescrive la pillola ed è un grave errore, infatti va prima indagato se c'è un DCA.
* Soggetti che si presentano con vomito e disturbi gastroenterologici non spiegati.
* Pazienti affetti da diabete mellito di tipo I che presentano anche predisposizione per DCA (sono particolarmente a rischio perché si manifesta con perdita marcata del peso finché non si inizia il trattamento e il peso risale e si fa un regime dietetico controllato, di questo il paziente non sarà felice).
* Soggetti che si presentano con disturbi depressivi od ossessivi (la psichiatria dell'adolescenza è più complicata, il paziente è il crescita!).

Se sarete medici di medicina generale, sarà importante per fare diagnosi precoce saper riconoscere i segnali e approfondire le situazioni di questi ragazzi e monitorare la crescita, dando molta attenzione alla preoccupazione della gente che il paziente ha intorno.

La *modalità di esordio* più comune parte da una **condizione di lieve sovrappeso** nell'adolescenza che innesca l'inizio di una dieta e qui non siamo nella patologia, la dieta è giusta e magari gli è stata data per una serie di ottimi motivi dal pediatra.

La situazione si *sviluppa* perché in questi soggetti ciò che gli era stato prescritto come dieta dopo un po' lo dimenticano e cominciano a ridurre sempre di più a partire dallo schema dietetico l'apporto calorico.

Arrivano a mangiare sempre meno, il peso diminuisce molto e si assiste alla **fase di “luna di miele”** delle anoressiche a cui tutte vorrebbero tornare: aumenta il tono dell'umore ed entrano in una **fase ipomaniacale** (non è un episodio maniacale vero è proprio) in cui la sensazione è quella di avere più forza, più energia, più voglia di fare molte cose e si ha la sensazione che tutto venga piuttosto facile. Per questo soggetto questa non è una sensazione usuale e per la prima volta sente l'efficacia personale e interpersonale e non chiederà di certo un trattamento.

Le cose progrediscono e si struttura il **disturbo dell'immagine corporea**, : l’insicurezza e l’insoddisfazione del paziente vengono placate dal controllo di quelle che sono le caratteristiche fisiche immediatamente controllabili, cioè il peso e la forma del corpo:ossia il paziente inizia ad avere la smania di controllare il suo peso e di dimagrire sempre di più per potersi sentire adeguato. Per stare bene i soggetti si chiudono in questa “gabbia d'oro” fatta solo del controllo del peso. Il paziente giunge alla convinzione, spesso inconscia, che controllando il proprio peso possa controllare tutti gli aspetti della sua personalità che trova inadeguati, e ciò conferisce alla vita del paziente un senso ed un significato che prima mancavano, in quanto questi identifica tutta la sua persona nel peso e nella forma del corpo. Qui siamo già entrati nella patologia.

Per mantenere il peso più basso possibile si strutturano le **strategie per mantenere basso il peso corporeo**,questi soggetti fanno tutto quello che possono per ricercare la magrezza con i mezzi più svariati:

1. Il paziente cerca di perdere ulteriormente peso, in genere organizzando un’iperattività fisica pianificata e ritualistica (cioè finisce per cercare il modo più faticoso di fare ogni cosa): è comune fare iperattività sistematica e ritualizzata ossia scelgo il modo più faticoso per fare tutte le cose (es: 8 piani di scale a piedi tutti i giorni invece di prendere l'ascensore).
2. Gli schemi alimentari iniziano a diventare rigidi, fissi, stereotipati e di una povertà estrema e il paziente sceglie una serie di alimenti che considera accettabili per mantenere basso il peso. A questo punto manca qualsiasi tipo di spontaneità nelle scelte alimentari che sono dettate solo da questa necessità di controllo del peso e dunque dal fatto di accettare di mangiare solo ciò che non mette ansia legata al timore indicibile di ingrassare.

Altra caratteristica tipica di questi pazienti è la **continua negazione della fame**, la quale viene appunto definita come latente e negata, e determina l’insorgenza di ossessioni sul cibo e sui regimi alimentari, che sono ovviamente egodistonici.

Ovviamente se uno non mangia la prima cosa che gli viene è la fame, a loro non manca l'appetito almeno non nelle prime fasi. Nelle ultime invece vengono davvero compromessi i meccanismi di fame e di sazietà.

Loro negheranno questa fame anche se la sentono e rispunterà sempre sotto forma di **ossessioni** (ideazioni, pensieri, immagini, impulsi egodistoniche intrusive) sul cibo e sui regimi alimentari da quando si alzano alla sera quando vanno a letto. A questa cosa ci si può attaccare per convincerli a farsi curare perché è una situazione molto disturbante per il soggetto.

Un altro modo che la fame ha di riemergere nella metà dei casi è sotto forma di **crisi bulimica**. Questa lotta tra la volontà del paziente ed il senso di fame può quindi evolvere in due diversi disturbi:

* nel 50% circa dei casi il senso di fame ha la prevalenza, spesso a causa anche del temperamento impulsivo del paziente, e si hanno **crisi bulimiche** con abbuffate di cibo e perdita di controllo, a cui fanno poi seguito degli spiccatissimi sensi di colpa che vengono “espiati” tramite il vomito autoindotto, l’abuso di diuretici e lassativi e l’uso di sostanze anoressizzanti, per cui questi pazienti soffrono di **bulimia nervosa** o di **anoressia nervoso di tipo purging** (la differenza risiede essenzialmente nella diversità di frequenza delle abbuffate),
* mentre nel restante 50% circa dei pazienti la volontà del paziente riesce a prevalere sul senso di fame, ed il paziente mantiene le restrizioni caloriche, ma sempre senza saltare i pasti, ed il peso continua a scendere, e tale comportamento è caratteristico dell’**anoressia di tipo restrittivo**.

La caratteristica che divide in due questa classe di soggetti è l'abbuffata che caratterizza i soggetti che hanno disturbi bulimici e invece i soggetti che hanno disturbi da anoressia nervosa restrittiva non si abbufferanno mai.

L'esordio dal punto di vista sintomatologico è comune per tutti, ma ciò che fa andare alcuni individui verso un disturbo ed altri verso l'altro è la predisposizione genetica che abbiamo visto poco prima, ossia la familiarità con patologie psichiatriche diverse.

La possibilità di sviluppare l’AN-R o la BN o la AN-P dipendono quindi, come già accennato, dalle caratteristiche temperamentali del paziente: in generale, i pazienti con caratteristiche genetiche di ipercontrollo, ossessività e rigidità tendono a sviluppare l’anoressia restrittiva, mentre chi ha delle caratteristiche di discontrollo impulsivo e instabilità affettiva tendenzialmente seguirà la via dei disturbi di tipo bulimico.

L'ambiente non determina la transizione da un disturbo all'altro ma è importante istruire i genitori su quei comportamenti da non tenere con questi ragazzi perché potrebbe spingerli a mangiare per senso di colpa verso i genitori ond'evitare poi andare a vomitare perché “non se lo possono permettere”.

**CRITERI DIAGNOSTICI DELL'ANORESSIA NERVOSA**

Per poter parlare propriamente di anoressia nervosa, devono essere soddisfatti alcuni criteri dettati dal DSM:

* **Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o in corrispondenza del minimo peso ideale per l’età e la statura del paziente**, che in genere corrisponde all’**85%** del peso normale per quel paziente. Non c'è un cutoff preciso, ma già sotto 18 di BMI in presenza degli altri sintomi si può parlare di sottopeso clinicamente significativo.
* **Intensa paura di acquistare peso o di ingrassare anche se si è marcatamente sottopeso**.
* **Alterazione del modo in cui il paziente vive il peso e la forma corporea (disturbo dell’immagine corporea), oppure un’eccessiva influenza del peso e della forma sui livelli di autostima o rifiuto di ammettere la gravità della situazione di sottopeso**.
* Nel DSM-IV era inclusa come criterio diagnostico anche l’**amenorrea**, cioè l’assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi, ma nel DSM-V questo criterio è stato rimosso, sia perché non lo si può ovviamente applicare ai soggetti di sesso maschile, sia perché nelle pazienti molto giovani può essere difficile identificare tale condizione.

*Classificazione:*

Ci sono due sottotipi di AN:

1. l’**anoressia nervosa restrittiva** (**AN-R**) è tipica dei soggetti con ipercontrollo, che continuano le restrizioni caloriche nonostante il notevole senso di fame,
2. l’**anoressia nervosa di tipo purging** (**AN-P**): si hanno delle abbuffate o delle condotte di eliminazione, quali vomito autoindotto, abuso di lassativi, e questi atteggiamenti possono ricordare quelli della bulimia nervosa.

DD CON BULIMIA NERVOSA da cui si distinguono per la frequenza delle abbuffate (sporadiche nell’AN-P, molto più comuni nella BN), il peso (nella BN il paziente è spesso normopeso o di poco sottopeso, mentre nell’AN-P il paziente è marcatamente sottopeso), la possibile assenza di amenorrea (che comunque non è più un criterio valido nel DSM-V) e per il fatto che nell’anoressia purging le abbuffate possono non essere reali, cioè il paziente cede alla fame e mangia, magari poco, però poi si sente in colpa come se si fosse abbuffato in maniera enorme, perché comunque è venuto meno al suo obiettivo.

*Grado di Gravità:*

Per il criterio di gravità in genere si usa il BMI:

1. Leggera <17
2. Moderata tra 16 e 17
3. Grave tra 15 e 16
4. Estrema <15
5. Regime di emergenza: si fa riferimento ad un BMI di 14, anche se non si fa riferimento solo a quello.

Ci possono essere forme sotto soglia per cui il soggetto può aver avuto un periodo di AN che poi è andato in regressione grazie al trattamento e può avere alcuni dei sintomi ma non tutti. In questo caso si parlerà di remissione parziale.

E' importante anche capire che una persona che fa tutte queste cose oltre al calo drammatico del peso ha anche altre ripercussioni fisiche e psicologiche.

*Ripercussioni psicologiche*: sintomi depressivi, ansiosi o ossessivi, isolamento sociale (il pensiero del paziente è del tutto focalizzato sul controllo del peso, per cui si ha un disinteresse verso gli altri e inoltre le condotte di controllo sull'alimentazione o le abbuffate e il vomito autoindotto non permettono una vita sociale normale: i pensieri fissi sul cibo non permettono di fare serenamente le normali attività come andare al cinema e in più è impossibile andare a prendere una pizza con gli amici, mangiare in pubblico è un'impresa), tratti perfezionistici maladattativi, con uno stile cognitivo molto rigido, disinteresse sessuale e pensiero magico. sintomi depressivi, ansiosi e oppressivi, saranno isolati socialmente).

Alcune caratteristiche cliniche sono esacerbate o causate dallo stato di denutrizione e l'unico modo per curare l'anoressia è la renutrizione. Qualsiasi farmaco prima della renutrizione è inutile o addirittura dannoso. Anche una valutazione psicologica non è completa se prima non è stato renutrito, ha un modo di pensare diverso dal suo modo usuale, alterato perché c'è stato un cambio di personalità.

*Ripercussioni fisiche*: Clinicamente molto rilevanti sono poi le **manifestazioni internistiche**, che possono essere estremamente gravi e potenzialmente letali. In corso di AN gli apparati coinvolti sono praticamente tutti:

* **Apparato cardiovascolare**: E' un criterio valutato per l'ospedalizzazione; è comune l’ipotensione ortostatica, spesso associata ad acrocianosi, alterazioni dell’ECG, bradicardia, allungamento del tratto QT a causa dell’ipopotassemia e predisposizione alle aritmie (sono la prima causa di morte). Per questo alcuni farmaci se il paziente non è stato renutrito sono potenzialmente dannosi perché gli antipsicotici per cui c'è lieve evidenza che aiutano nell'iperattività fisica per consumare calorie, aumentano il tratto QT, quindi capite il rischio.
* **Apparato muscolo-scheletrico**: deplezione della massa muscolare e osteopenia che può progredire fino ad osteoporosi e può causare fratture. Questo succede perché non vengono sintetizzati gli estrogeni, cioè l'amenorrea nei soggetti di sesso femminile è dovuta al fatto che l'ipotalamo non manda dei messaggi per secernere in modo pulsatile, come sarebbe atteso dopo la pubertà, le gonadotropine e dunque gli ormoni ovarici che servono anche a fissare il calcio dal sangue alle ossa, dunque dopo sei mesi di amenorrea le linee guida dicono che bisogna fare la MOC (Mineralometria Ossea Compiuterizzata) anche se il soggetto ha 15 anni
* **Tiroide**: si mette un po' a riposo, c'è la sindrome della tiroide che sta bene ma si ammala (euthyroid sick syndrome) e aumentano i livelli periferici di rT3 che dimostra che la tiroide funziona ma che l'ormone tiroideo viene inattivato in periferia poiché l'ormone tiroideo aumenta il metabolismo e il corpo si difende da questo poiché è l'ultima cosa di cui ha bisogno in questa situazione;
* **Apparato gastrointestinale**: stipsi poiché mangiando pochissimo hanno anche poco materiale da espellere. Per i soggetti anoressici questa sensazione di gonfiore addominale è inaccettabile e questo può portare anche all'abuso dell'uso di lassativi;
* **Pelle**: spesso cosparsa di peluria lunga e sottile chiamata lanugo, specie in fase avanzata del disturbo. Questo accade perché non sono più prodotti gli estrogeni e sono loro che con lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari stimolano la crescita dei peli più in alcuni posti che in atri;
* **Sistema Nervoso Centrale:** abulia, apatia, deterioramento cognitivo soprattutto in fasi croniche avanzate ed è questo il motivo per cui è quasi impossibile comunicare con loro prima di averli renutriti. **SNC** si riscontra deterioramento cognitivo, abulia, apatia, umore depresso e disforico, ed idrocefalo ex-vacuo per riduzione della sostanza cerebrale.
* **Apparato riproduttivo**; si hanno amenorrea, arresto o regressione dello sviluppo sessuale, ipoestrogenemia e pattern prepuberali di secrezione di FSH ed LH
* **Nel** **sistema emopoietico** si sviluppa anemia
* **Nel sistema endocrino-metabolico** si riscontra ipercortisolemia, anomalie elettrolitiche e sindrome da rT3 (reverse T3)
* A **livello urinario** si riscontra iperazotemia, calo della GFR e nefropatia ipovolemia..

**DIAGNOSI DIFFERENZIALE:**

La **diagnosi differenziale** va posta con gravi deperimenti secondari a malattie organiche, disturbi endocrini o patologie gastro-intestinali (RCU, ulcera peptica, tumori, enterocoliti), nonché altre patologie psichiatriche, quali la depressione maggiore (soprattutto la forma melanconica c’è iporessia), la schizofrenia con delirio di veneficio (si convincono che gli altri vogliano avvelenarli) ed alcuni disturbi fobici con attacchi di panico situazionali con paura di ingoiare per rischio di soffocare. Il fattore discriminante per la diagnosi differenziale è la **presenza o meno del disturbo dell’immagine corporea**, la quale non è mai un’ossessione, bensì un’idea prevalente, cioè sottesa da un fondo affettivo intenso e che ha un fine ed è egosintonica (le ossessioni possono esserci, ma sono rivolte verso il cibo e verso i regimi alimentari, e sono egodistoniche, cioè danno fastidio al paziente).

**CRITERI DIAGNOSTICI DELLA BULIMIA NERVOSA**

I criteri per la corretta definizione della bulimia nervosa, secondo il DSM-V, sono i seguenti:

* **Presenza di ricorrenti abbuffate**, cioè **episodi di assunzione di ingenti quantità di cibo in un periodo di tempo ben definito** (di solito inferiore alle 2 ore, spesso di circa 30 minuti), durante il quale il paziente ha la **sensazione di perdere il controllo** e di non riuscire a fermarsi (senso di derealizzazione).
* **Presenza di ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l’aumento ponderale legato all’abbuffata**, come vomito auto-indotto, l’abuso di lassativi, di diuretici, il digiuno o l’esercizio fisico eccessivo.
* **Le abbuffate e le condotte compensatorie si devono verificare in media almeno 2 volte a settimana per 3 mesi**.
* **I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei**.

Inoltre, si è visto che vi è un’**elevata comorbilità psichiatrica** nei parenti di primo grado dei soggetti con BN, che tendono a sviluppare anch’essi dei DCA, ma anche disturbi dell’umore, abuso di alcol e sostanze ed obesità.

*Classificazione:*

Anche all’interno della bulimia si possono poi osservare due sottotipi distinti:

* **BN con Condotte di Eliminazione**, in cui il paziente mette in atto degli immediati meccanismi tesi ad eliminare l’effetto del cibo ingerito sull’aumento del peso.
* **BN senza Condotte di Eliminazione**, in cui i comportamenti compensatori inappropriati sono dati dal digiuno o dall’esercizio fisico eccessivo.

La bulimia nervosa è probabilmente la forma più tragica tra i disturbi alimentari, infatti i soggetti con AN-R sono per certi versi dei “vincitori”, nel senso che la loro volontà è sufficientemente forte da resistere al senso di fame, per cui non hanno sensi di colpa, mentre le pazienti con BN ad un certo punto falliscono ed incorrono in **ricorrenti abbuffate**, a seguito delle quali cadono vittime dei sensi di colpa e mettono in atto dei meccanismi auto-punitivi, come il vomito auto-indotto e l’uso smodato di lassativi e diuretici Altro elemento utile per la distinzione è che nell’AN-P le abbuffate sono soggettive, cioè il paziente ha la percezione di subire un’enorme perdita di controllo nei confronti del cibo, anche se in realtà mangia comunque pochissimo.

Le AN-P, quindi, sono le pazienti con DCA più sfortunate, perché hanno un’innata tendenza al perfezionismo e sono molto rigide caratterialmente, ma hanno anche una forte impulsività, per cui sono le pazienti col più alto rischio di suicidio.

In realtà, la bulimia nervosa non è una singola entità patologica, per cui sarebbe più opportuno parlare d**i sindromi bulimiche**, le quali possono poi essere generalmente suddivise in **BN semplice**, o **uni-impulsiva**, in cui la personalità è intatta e si hanno spesso dei tratti perfezionistici e compulsivi, per cui si tende a considerarla un po’ meno grave, e la **BN borderline** o **multi-impulsiva**, in cui si ha una disregolazione più ampia dell’affettività e dell’autocontrollo, con spesso fenomeni associati di autolesionismo, tentativi di suicidio, rabbia improvvisa ed immotivata, abuso di sostanze, furto compulsivo ed attività sessuale promiscua.

Anche qui c'è il **disturbo dell'immagine corporea** con conseguente influenza eccessiva sulla vita del soggetto di forma e peso corporei e ciò non avviene unicamente durante un episodio di AN.

Può succedere che un soggetto che soddisfa questi tre criteri, ma anche quelli dell'AN, la diagnosi almeno in quel momento verterà su AN sottotipo con abbuffate e condotte di compenso.

*Grado di gravità:*

Gli indicatori di gravità in questo caso sono la frequenza e le condotte compensatorie inadeguate, quindi si parla di:

1. Lieve se c'è una media di 1-3 episodi in una settimana
2. Moderata 4-7 episodi in una settimana
3. Grave >7 episodi a settimana

Le condotte di compenso sono spesso quelle che danno più problemi anche dal punto di vista fisico. Anche in questo caso il soggetto può avere una bulimia piena che poi va in remissione dopo il trattamento, può stare meglio ma non del tutto e quindi è prevista la dicitura di BN in remissione parziale.

*Epidemiologia:*

Epidemiologicamente, la bulimia nervosa è leggermente più frequente rispetto all’anoressia nervosa, avendo un prevalenza nella popolazione generale che si attesta tra l’1 ed il 4%, ma che sale a valori di 3,8-8% nelle popolazione a rischio, ciò i liceali e gli studenti universitari. La bulimia nervosa ha un rapporto femmine/maschi di 8 a 2, e l’esordio è leggermente più tardivo rispetto all’anoressia nervosa, tra i 12 ed 35 anni, con un picco attorno ai 18 anni.

Le categorie a rischio sono le modelle, le ballerine e gli atleti di ambo i sessi poiché per le performance richieste è importante mantenere basso il peso corporeo.

Negli atleti per esempio un periodo di allenamento intenso può precipitare l'esordio della BN. Nei familiari di primo grado figurano i disturbi psichiatrici che avevamo già citato: dca, disturbi dell'umore e obesità.

*Esordio:*

L'esordio è tipicamente quello che avevamo visto per AN, ossia un periodo di regime dietetico per via di predisposizione all'obesità, precedentemente c'è stato un episodio di AN di tipo restrittivo associato alle caratteristiche ipomaniacali di esordio, ma dopo circa un anno compaiono abbuffate cui segue il vomito autoindotto.

*Crisi bulimiche:*

A differenza di AN restrittiva, i soggetti che soffrono di BN hanno una caratteristica importante cioè che le **abbuffate** sono percepite come **egodistoniche**: il soggetto è costretto ad abbuffarsi perché è una situazione che è completamente fuori dal suo controllo e lui è disperato e quindi è per ridurre le abbuffate che chiede trattamento. Il soggetto dunque non è consapevole del disturbo di immagine per cui nessun peso è abbastanza basso, non chiede un intervento per questo ma lo chiede perché volendo mantenere il peso più basso possibile le abbuffate possono essere un ostacolo a questo fine.

Nella fase di malattia conclamata c'è un completo **sovvertimento del regime alimentare**: il sogetto alterna crisi bulimiche a momenti di digiuno completo che portano ad una marcata oscillazione del peso.

La condizione di questo soggetto lo porta ad **isolamento sociale** più che l'AN perché questi soggetti sono costretti a fare proprio ciò che non vogliono e dunque sono disperati tanto da compromettere relazioni sociali, andamento scolastico ecc.., infatti l’abbuffata è un evento che letteralmente distrugge la vita del paziente a causa del disturbo dell’immagine corporea, da cui deriva la tragedia psicologica di questi pazienti, che sono costretti ad abbuffarsi anche se non vogliono, con conseguente crollo dell’autostima e marcato disgusto per sé stessi, poiché hanno fallito nel controllo del proprio peso, che è l’unica cosa che conta per loro.

L'**abbuffata** è un episodio che dura meno di due ore, in genere mezz'ora, è giornaliera ed è preceduta da stati d'animo spiacevoli che però non vengono riconosciuti dal paziente perché c'è una specie di cortocircuito emotivo.

A volte la vista di cibi proibiti scatena l'episodio bulimico che è caratterizzato dall'ingente quantità di cibo ingerito che ha un elevato contenuto calorico soprattutto in carboidrati e grassi, inoltre deve avere una consistenza tale da poter essere ingurgitata voracemente. A questa episodio è correlata una sensazione di perdita di controllo.

Il termine abbuffarsi psichiatrico non è paragonabile a quello che noi usiamo per indicare un pasto eccessivo, è mangiare 100 cose diverse senza far caso al sapore, può essere anche tutto ciò che io trovo in frigo. Si mangiano delle cose che noi nemmeno riusciremmo a pensare.

L'ingestione di grandi quantità di cibo rappresenta un problema “fisico” in quanto dopo l'abbuffata alcuni soggetti fanno addirittura fatica a respirare e a vomitare ed è per questo che ingeriscono oltre a cibi solidi, anche la giusta quantità di liquidi quali yogurt e latte per rendere facilitato il vomito dopo. La sensazione di “ripienezza” da una base “concreta” nella realtà alla visione della propria immagine distorta e aumenta l'ansia dei pazienti.

Inoltre l'individuo non mangia perché ha desiderio di mangiare, il suo desiderio è quello di essere sempre più magro. Ci sono dunque dei fenomeni di derealizzazione, di estraneità perché non riesce a controllare le sue azioni.

Per questo a tutto ciò fanno seguito sentimenti come colpa, autodisprezzo, disgusto di sé e depressione...hanno fatto proprio la cosa che non volevano. Sono delle sensazioni fortissime di disperazione perché hanno fallito in quello che è lo scopo primario della loro vita.

Se ci sono questi sentimenti ne segue automaticamente la necessità di espellere il cibo che si è ingerito nel modo che esso interferisca il meno possibile con la necessità del soggetto di essere magro.

Questi pazienti quindi si inducono il vomito e addirittura nelle fasi avanzate di malattia non hanno nemmeno più bisogno di stimolarlo con le dita in gola ma hanno imparato a farlo automaticamente.

Fino al 40% dei casi c'è abuso di lassativi o di diuretici (possono arrivare ad assumere una scatola intera di medicinali).

Come avevamo già detto, compiono anche esercizio fisico estenuante al fine di consumare quante più calorie possibile.

I pazienti diabetici inoltre a proposito di farmaci, hanno uno strumento potentissimo nonché pericolosissimo: potrebbero evitare di somministrarsi l'insulina, quindi dimagriscono ma il loro diabete diventa presto scompensato.

Il peso del paziente può essere normale o fluttuare tra valori di anoressia e valori di sovrappeso

Per quanto riguarda le **manifestazioni internistiche** della bulimia nervosa queste interessano:

* **Apparato gastrointestinale:** l'apparato più compromesso in corso di BN è l'apparato gastrointestinale: dolore e discomfort addominale, stipsi, colon da catartici per i soggetti che abusano di lassativi (il colon ne diventa dipendente), il vomito diventa automatico, ci possono essere gastriti e lesioni gastroesofagee a causa del vomito continuativo, sindrome di Mallory-Weiss (rottura esofagea dovuta al vomito), carie ed erosioni dentarie (gli odontoiatri sarebbero un'ottima porta di accesso a nuovi casi), aumentato volume delle ghiandole salivari che provoca aumeto di volume di collo e guance (nel tentativo di alzare il ph della bocca le ghiandole secernono molta amilasi e diventano ipertrofiche) che danno la “faccia da luna piena” che conferisce un aspetto meno emaciato.
* Ci sono **alterazioni metaboliche** perché il vomito causa la perdita di sodio e potassio con alterazione elettrolitica che porta a: debolezza muscolare,crampi e bisogna fare attenzione al cuore (allungamento del QT,rischio di aritmie da ipopotassemia).
* **Apparato riproduttivo**:Dopo un po' di oscillazioni del peso, anche questi soggetti sviluppano amenorrea. Il corpo non si fida più di mettere in moto l'apparato riproduttivo.
* I **segni di Russell**: faccia dorsale delle dita della mano destra, sinistra o di tutte e due che sfrega contro gli incisivi quando l'individuo se le mette in gola e sono a contatto con il vomito acido, diventano rugose, callose e l'unghia viene via.

**I CRITERI DIAGNOSTICI DEI BINGE EATING DISORDERS**

Si caratterizza per **episodi di ingestione di cibo incontrollata, però tipicamente non ci sono condotte di eliminazione o di compenso**.

Non è chiaro se c'è un disturbo dell'immagine corporea, ma c'è ugualmente un certo tipo di stress ed è stato provato che ne soffre il 30% della popolazione che soffre di obesità, anche se esiste anche nella popolazione generale.

Qui vengono raggruppati tutti i disturbi dell'alimentazione sotto soglia che hanno una frequenza degli eventi minore della minima attesa per i soggetti che soffrono di AN eBN, ci sono i disturbi che affliggono individui che per controllare il peso vomitano anche senza essersi prima abbuffati, i disturbi da abbuffate notturne ecc...

**TRATTAMENTO DCA:**

Il trattamento dei DCA è per definizione un **trattamento multidisciplinare**, che richiede l’intervento non solo di uno psichiatra, ma di neuropsicologi, psicologi, internisti, nutrizionisti e pediatri, e si prefigge come obiettivo ovviamente la risoluzione della fase acuta di malattia, in cui si hanno sia alterazioni psichiche che fisiche, le quali vanno sempre trattate assieme, e poi punta alla risoluzione dei disturbi psichiatrici con riabilitazione e prevenzione delle ricadute.

L’aspetto fondamentale che va compreso nel trattamento dei DCA è che i pazienti scelgono questo comportamento piuttosto che subire i sintomi di una malattia, per cui il medico potrebbe chiedersi se sono irresponsabili, visto che basterebbe mangiare in maniera adeguata per stare bene, ma il vero problema è che i soggetti non possono farlo, perché sono afflitti dal disturbo dell’immagine corporea, che in essi svolge un vero e proprio effetto ansiolitico ed antidepressivo, anzi è l’unica cosa che dà un senso all’esistenza del paziente. Il medico deve quindi sforzarsi di **empatizzare col paziente**, creare una minima alleanza terapeutica, indagando con attenzione la resistenza e l’ambivalenza al trattamento, perché in ogni paziente c’è una parte che desidererebbe curarsi ed una che invece si oppone, vuole mantenere il disturbo dell’immagine corporea e non vuole dipendere dal medico. Fondamentale diventa quindi il riuscire a mantenere ed aumentare la motivazione al trattamento, cioè spiegare al paziente che quando sarà guarito non ci sarà più nessun disturbo dell’immagine corporea e potrà stare comunque bene senza di esso. In genere si dovrebbe cercare di stipulare una sorta di “**contratto terapeutico**”: programma cognitivo-comportamentale prende il nome di riabilitazione psico-nutrizionale; viene fissato un certo peso, deciso dal nutrizionista assieme allo psichiatra (in genere l’85% del peso corporeo normale), che il paziente deve raggiungere entro un mese, e si lavora gradualmente anche sui cibi, cercando di riportare, passo dopo passo, il paziente ad un’alimentazione corretta tramite una sorta di “**rieducazione alimentare**”. Per quanto riguarda poi il **ruolo dei farmaci**, questi differiscono leggermente a seconda che ci si trovi di fronte ad un caso di AN o di BN: per l’AN non ci sono farmaci capaci di “sconfiggere” il disturbo, a dimostrazione che non si tratta di un disturbo psicotico, altrimenti gli anti-psicotici avrebbero un qualche effetto, quindi in fase acuta di AN non si usano psicofarmaci, ma si fa solo una terapia nutrizionale volta a ristabilire le condizioni corporee del paziente e far regredire la malnutrizione; quando quest’ultima è stata trattata si può accedere con maggior facilità alla vera personalità del paziente (ricordare sempre che la malnutrizione tende ad esasperare gli aspetti psichiatrici del soggetto, rendendolo per certi versi “inaccessibile” allo psichiatra) e nella terapia di mantenimento, volta alla stabilizzazione del peso raggiunto e alla prevenzione delle ricadute, diventa fondamentale la psicoterapia associata all’uso di **farmaci antidepressivi**, ma bisogna stare attenti a non cadere nell’errore di dare un farmaco che aumenti l’appetito, prima di tutto perché questi pazienti hanno un appetito ed una fame normale, anche se li negano, e poi si sentirebbero traditi dal medico, per cui si sceglie in genere di usare gli **SSRI**, tra cui il più adatto è la **fluoxetina**, che tra tutti dà il minor incremento dell’appetito, oppure anche la **sertralina**.

Per il trattamento della bulimia nervosa, invece, bisogna prima capire bene di che tipo di BN si tratta, poi si trattano le condotte anomale ed i disturbi associati. Il trattamento della bulimia si sviluppa quindi in 3 fasi principali:

1. **Fase di Valutazione Personale Pre-Trattamento**: è volta a ricercare eventuali disturbi psichiatrici associati, e se sono presenti sintomi di BN multi-impulsiva è opportuno ricorrere a degli psicofarmaci, più nello specifico agli **SSRI** e agli **stabilizzatori dell’umore**, mentre sono da evitare i TCA perché aumentano l’appetito ed il litio, che ha un basso indice terapeutico.
2. **Fase di Trattamento delle Condotte Alimentari Patologiche**: si fa prima un counseling nutrizionale, seguita da terapia cognitivo-comportamentale (CTB) e dall’uso di psicofarmaci, in particolare la **fluoxetina** a dosi di 60-80 mg, capace di ridurre nel breve periodo il discontrollo impulsivo nei confronti del cibo.
3. **Fase** **di Trattamento a Lungo Termine dei Disturbi Psichiatrici Associati**: prevede il ricordo alla psicoterapia individuale ed eventualmente anche ad una psicofarmaco terapia di mantenimento.

Attenzione va posta all’uso dell’olanzapina, che sarebbe da evitare, perché se da un lato riduce la preoccupazione per l’immagine corporea e l’iperattività ritualistica, dall’altro determina un notevole aumento dell’appetito ed allunga il QT, peraltro spesso già allungato dall’ipokaliemia.

Indipendentemente dal tipo di DCA che ci si trovi ad affrontare, è poi molto importante stabile l’appropriato livello di cura per il paziente: in generale i pazienti con DCA dovrebbero essere **trattati a livello ambulatoriale**, cioè il livello di cura meno restrittivo, così da non sottoporre il paziente ad eccessivi stress e rafforzare l’alleanza terapeutica, tuttavia ciò non è sempre possibile, anzi spesso vi sono delle condizioni che richiedono il ricovero, che può essere di due tipi: il ricovero urgente e il ricovero riabilitativo.

Il **ricovero urgente** viene effettuato o per motivi psichiatrici o per motivi internistici: nel primo caso il soggetto sta avendo una crisi psichiatrica, ed è una situazione tipica del pazienti con BN, che hanno frequentemente anche disturbo borderline di personalità ed altre comorbilità, e in questi casi il ricovero è in ambiente psichiatrico, mentre nel secondo caso, più comune per i soggetti con AN, il ricovero è effettuato quando è necessaria una nutrizione artificiale o un attento monitoraggio per prevenire un’ulteriore perdita di peso, e viene effettuato in strutture di medicina interna.

Il **ricovero riabilitativo** viene invece effettuato al di fuori di un’urgenza medica o psichiatrica, e viene generalmente richiesto se si ha ragione di ritenere che a livello ambulatoriale il paziente non riesca a tenersi al trattamento, per cui lo si ricovera in una struttura (ad esempio Villa Maria Luigia a Parma), in cui si cucina e si mangia tutti assieme ed il controllo è maggiore.

**DECORSO E FOLLOW-UP DEI DCA**

Il decorso dei DCA è alquanto complesso, poiché queste forme tendono spesso ad evolvere l’una nell’altra, sino allo sviluppo di una condizione detta disturbo alimentare atipico o DCA NAS, che nella maggior parte dei casi va poi incontro a risoluzione. In generale, nel follow-up a 5 anni dei DCA si riscontra la classica “**regola dell’1/3**”:

* 1/3 dei pazienti dimostra un outcome buono,
* 1/3 un outcome intermedio
* 1/3 un outcome invariato, all’interno del quale si riscontra peraltro quel 5-20% di mortalità legata ai DCA.

Nell’anoressia nervosa, il decorso è spesso complicato da un 30-50% di drop-out in fase acuta e da un altro 30-50% di ricadute entro un anno, tuttavia bisogna tenere presente che i soggetti ad esordio precoce (entro i 13 anni) hanno un decorso autolimitantesi e sono anche quelli che guariscono meglio, poiché in questi soggetti il DCA è legato più ad un’azione culturale-ambientale che ad una vera e propria predisposizione genetica, sebbene vada precisato che anche in questo gruppo un 20% dei casi ha un decorso intrattabile e cronico. Più comunemente, indipendentemente dall’età d’esordio, il decorso ha un andamento fluttuante, cioè il disturbo dell’immagine corporea non scompare del tutto ma permane sotto forma di preoccupazioni.

Nella bulimia nervosa, invece, il follow-up a 5 anni mostra sintomi significativi nel 30% circa dei casi, e sintomi prognostici negativi sono una pregressa storia di obesità nell’infanzia e la scarsa autostima, sebbene vada tenuto a mente che all’interno delle sindromi bulimiche le forme multi-impulsive sono le più difficili da trattare ed hanno elevate percentuali di drop-out e ricadute a lungo termine.