

Università degli Studi di Trieste

I disturbi dell'alimentazione

Umberto Albert

Disturbi dell'alimentazione (non solo del comportamento alimentare)

- 1) Anoressia Nervosa
- 2) Bulimia Nervosa
- 3) Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge-Eating Disorder)
- 4) Disturbi dell'Alimentazione Atipici (Parziali)

Disturbi dell'alimentazione

Psicopatologia

Disturbo	Meccanismo primario	Sintomi
Bulimia Nervosa	Disregolazione del controllo degli impulsi Alterato rapporto con il cibo	<ul style="list-style-type: none">• Abbuffate• Tentativi di compensazione (vomito autoindotto, ecc.)
Anoressia Nervosa	rapporto patologico con il proprio corpo, con la propria identità e con la propria sessualità	Rifiuto all'alimentazione come tentativo di modificare la propria immagine corporea

ANORESSIA NERVOSA

Tabella 6.1 Criteri diagnostici per l'anorexia nervosa secondo il DSM-5

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. 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 di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo

Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2

Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2

Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Tabella 6.1 Criteri diagnostici per l'anoressia nervosa secondo il DSM-5

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. 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 di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Rispetto al DSM-IV:

- Scompare il criterio della Amenorrea
- Criterio A: da “rifiuto a mantenere il peso corporeo...” a Restrizione dell'apporto energetico con peso ridotto
- Criterio A: definizione peso significativamente basso: scompare il BMI

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2

Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2

Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Indice di Massa Corporea (Body Mass Index BMI):

peso in kg/ (altezza in metri)²

BMI < 18,5 kg/m² è indice di magrezza patologica

6B80 Anorexia Nervosa

Parent

[Feeding or eating disorders](#)

[Show all ancestors](#) 

Description

Anorexia Nervosa is characterised by significantly low body weight for the individual's height, age and developmental stage that is not due to another health condition or to the unavailability of food. A commonly used threshold is body mass index (BMI) less than 18.5 kg/m² in adults and BMI-for-age under 5th percentile in children and adolescents. Rapid weight loss (e.g. more than 20% of total body weight within 6 months) may replace the low body weight guideline as long as other diagnostic requirements are met. Children and adolescents may exhibit failure to gain weight as expected based on the individual developmental trajectory rather than weight loss. Low body weight is accompanied by a persistent pattern of behaviours to prevent restoration of normal weight, which may include behaviours aimed at reducing energy intake (restricted eating), purging behaviours (e.g. self-induced vomiting, misuse of laxatives), and behaviours aimed at increasing energy expenditure (e.g. excessive exercise), typically associated with a fear of weight gain. Low body weight or shape is central to the person's self-evaluation or is inaccurately perceived to be normal or even excessive.

Caratteristiche cliniche dell'AN

Prevalenza-punto: 1% nella popolazione generale giovanile

Rapporto F/M = 9/1

Esordio: 16-17 anni

- a seguito di una dieta ipocalorica iniziale per modificare il peso e la forma del corpo
- dopo traumi o eventi stressanti

Sensazioni di onnipotenza per il controllo sull'introito di cibo (rinforzo positivo della restrizione alimentare e altre pratiche di dispendio energetico)

Controllo ossessivo del cibo (conta delle calorie, rituali alimentari), del peso e della forma fisica

Disturbo dell'immagine corporea (nucleo psicopatologico centrale)

Caratteristiche cliniche dell'AN (2)

Nel maschio:

- 1) preoccupazioni non tanto per i grassi quanto per i muscoli, l'efficienza fisica (vigoressia) e l'aspetto della muscolatura
- 2) Comportamenti ripetitivi (apparentemente compulsivi) di esagerata attività fisica (esercizi muscolari)

Tabella 1.2 Complicanze mediche più comuni dei disturbi dell'alimentazione

Anoressia nervosa

- *Cute e annessi*: cute secca e distrofica di colorito giallo-arancione (soprattutto sulla superficie palmare delle mani e plantare dei piedi), peluria diffusa soprattutto al dorso, capelli fragili e cadenti, "segno di Russell"
- *Cavo orale*: erosione dello smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari
- *Apparato gastroenterico*: reflusso gastroesofageo, esofagiti, ritardo dello svuotamento gastrico, ernia iatale, erosioni e ulcere esofagee, epatomegalia, steatosi epatica, stipsi, emorroidi, prolasso rettale
- *Apparato cardiovascolare*: bradicardia, ipotensione arteriosa, prolasso mitralico e tricuspide, aritmie secondarie ad alterazioni elettrolitiche, alterazioni elettrocardiografiche (riduzioni di voltaggio, allungamento del QRS e del QT, depressione dell'onda T e del tratto ST, inversione dell'onda T), riduzione del volume cardiaco (cuore a goccia)
- *Apparato scheletrico*: osteopenia, osteoporosi, ipotrofia muscolare, deformazioni ossee e fratture
- *Alterazioni metaboliche*: ipoglicemia, ipotermia, disidratazione, dislipidemia, chetosi, chetonuria, iperazotemia e iperuricemia, ipoprotidemia, alcalosi metabolica
- *Alterazioni elettrolitiche*: ipocloremia, ipopotassiemia, iponatremia, ipomagnesemia, ipofosfatemia
- *Alterazioni ematologiche*: anemia da carenza di vitamina B₁₂ e/o ferro
- *Apparato endocrino*: amenorrea, ipotiroidismo, ipercortisolemia, aumento dell'ormone della crescita, riduzione della leptina, aumento della grelina

Tabella 1.3 Principali segni e sintomi delle complicanze mediche dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa

Segni	Sintomi
Anoressia nervosa	
Ipotermia	Amenorrea
Bradycardia (< 60 battiti al minuto)	Fatica da sforzo
Ipotensione (pressione sistolica < 90 mmHg)	Debolezza
Pelle secca	Capogiri
Capelli fragili	Dolori addominali
Unghie fragili	Poliuria
Perdita di capelli	Intolleranza al freddo
Pelle giallo-arancione (specialmente ai palmi delle mani e alle piante dei piedi)	Stipsi
Lanugo (peluria)	Polidipsia
Edema (alle caviglie, intorno agli occhi)	
Murmure cardiaco (per prolasso della mitrale)	

Principali segni e sintomi delle complicanze mediche dell'anoressia nervosa.

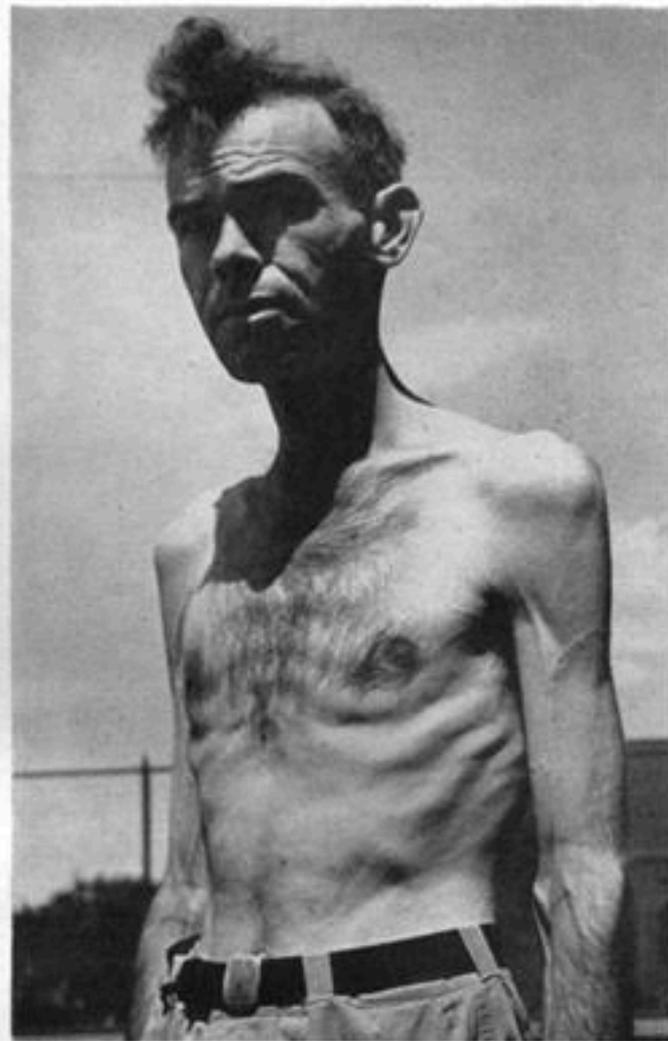
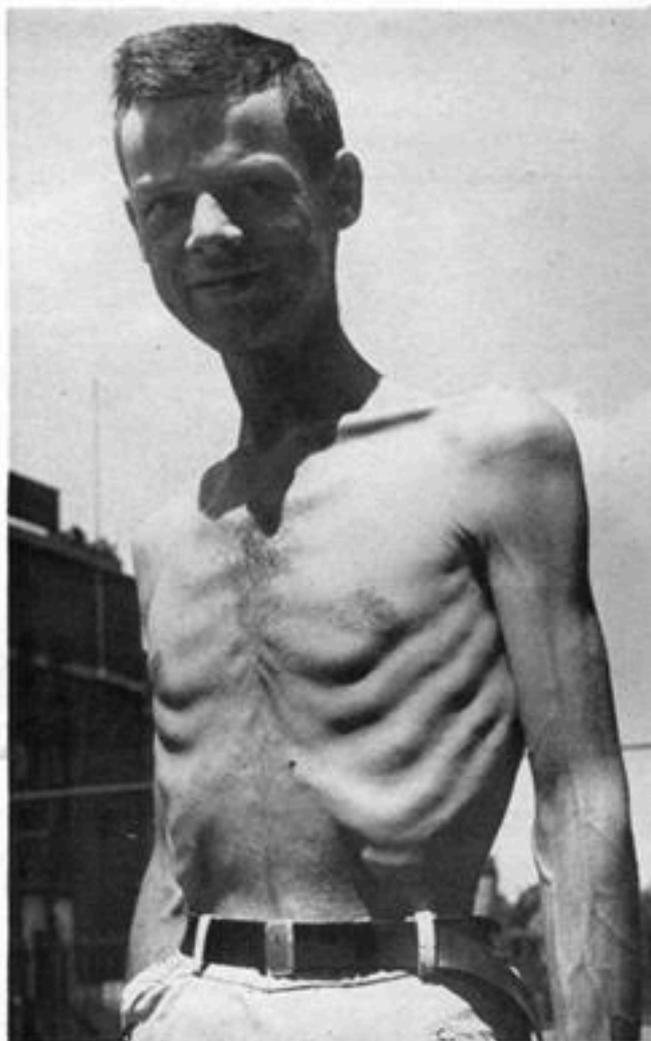
Apparato cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none">• Ipotensione (pressione sistolica < 90 mmHg)• Bradicardia (<60 battiti al minuto)
Cute e annessi	<ul style="list-style-type: none">• Secchezza della cute• Discromie (pelle giallo-arancione specialmente ai palmi delle mani e alle piante dei piedi)• Lanugo sul tronco• Fragilità ungueale• Fragilità/perdita dei capelli
Altri segni fisici	<ul style="list-style-type: none">• Edemi periferici• Ipotermia• Intolleranza al freddo• Ipertrofia delle parotidi

Reperti di laboratorio associati all'anoressia nervosa

Si tratta di alterazioni secondarie alla drastica riduzione dell'apporto calorico, a deficit di sostanze nutritive (vitamine, sali minerali) e a disidratazione.

Ematici	<ul style="list-style-type: none">• Leucopenia• Anemia• Piastrinopenia (nei casi gravi)
Biochimici	<ul style="list-style-type: none">• Ipoglicemia• Iperazotemia e Iperuricemia• Ipocloremia (in caso di vomito autoindotto)• Ipopotassiemia (in caso di vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici)• Iponatremia• Ipomagnesemia• Ipofosfatemia• Ipozinchemia• Riduzione T3 e T4• Alcalosi metabolica (in caso di vomito autoindotto)• Iperamilasemia (in caso di vomito autoindotto)• Acidosi metabolica (in caso di abuso di lassativi)
ECG	<ul style="list-style-type: none">• Bradicardia sinusale

Tabella 3.1 Effetti della restrizione calorica e della perdita di peso nei partecipanti al *Minnesota Study*

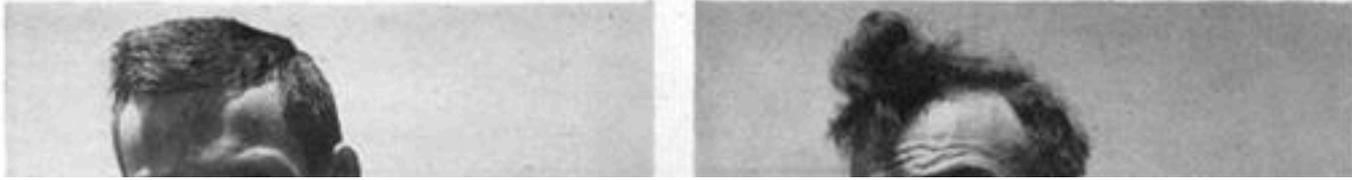


AFTER FIVE MONTHS OF STARVATION DIET CONSCIENTIOUS OBJECTORS SAMUEL LEGG (LEFT) AND EDWARD COWLES HAVE LOST 36 AND 30 POUNDS RESPECTIVELY

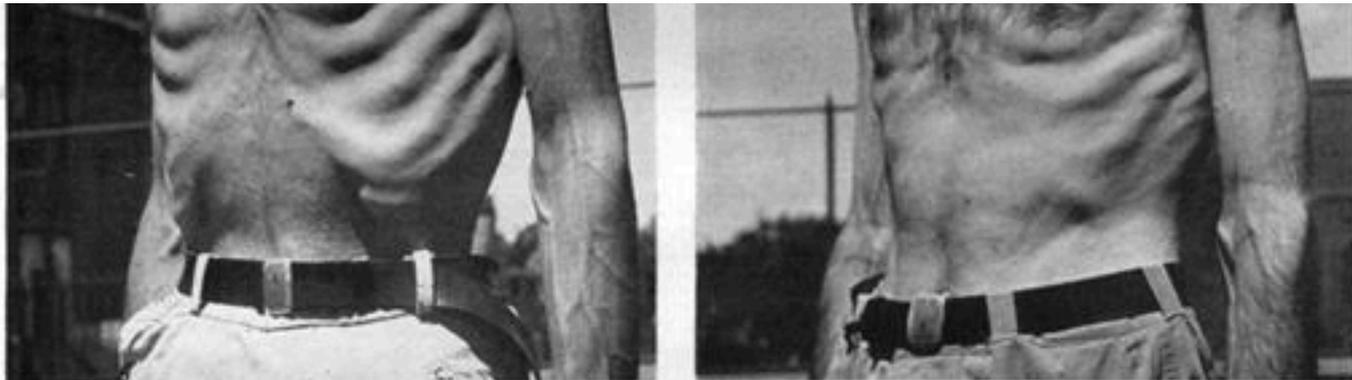
MEN STARVE IN MINNESOTA

CONSCIENTIOUS OBJECTORS VOLUNTEER FOR STRICT HUNGER TESTS TO STUDY EUROPE'S FOOD PROBLEM

Tabella 3.1 Effetti della restrizione calorica e della perdita di peso nei partecipanti al *Minnesota Study*



Il *Minnesota Starvation Experiment* è il più importante studio che ha valutato gli effetti della restrizione alimentare calorica e della perdita di peso nelle persone normopeso. Lo studio è stato condotto da Ancel Keys e collaboratori nell'Università del Minnesota (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950). Più di 100 uomini si offrirono volontari per lo studio come alternativa al servizio militare; i 36 uomini selezionati possedevano sia le migliori condizioni di salute fisica e psicologica, sia il maggiore impegno verso gli obiettivi dell'esperimento



AFTER FIVE MONTHS OF STARVATION DIET CONSCIENTIOUS OBJECTORS SAMUEL LEGG (LEFT) AND EDWARD COWLES HAVE LOST 36 AND 30 POUNDS RESPECTIVELY

MEN STARVE IN MINNESOTA

CONSCIENTIOUS OBJECTORS VOLUNTEER FOR STRICT HUNGER TESTS TO STUDY EUROPE'S FOOD PROBLEM

Effetti comportamentali

- Pensieri ricorrenti sul cibo
- Ritualità alimentari (mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi, mescolare il cibo in modo bizzarro, ingerire cibo bollente)
- Lettura di libri di cucina e collezione di ricette
- Incremento del consumo di caffè, tè, spezie, gomme da masticare e acqua
- Onicofagia
- Incremento del fumo di sigarette
- Episodi bulimici
- Autolesionismo

Effetti psicologici

- Alterazione della capacità di concentrazione
- Scarsa capacità di *insight* e di giudizio critico
- Preoccupazione per il cibo e l'alimentazione
- Depressione
- Sbalzi del tono dell'umore
- Irritabilità
- Rabbia
- Ansia
- Ossessività
- Apatia
- Episodi psicotici
- Rigidità
- Tendenza alla procrastinazione
- Cambiamenti di personalità confermati dai test psicologici

Effetti sociali

- Isolamento sociale
- Riduzione dell'interesse sessuale

Effetti fisici

- Disturbi del sonno
- Vertigini
- Debolezza
- Dolori addominali
- Disturbi gastrointestinali
- Cefalea
- Ipersensibilità al rumore e alla luce
- Edema
- Ipotermia
- Riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria
- Parestesie
- Diminuzione del metabolismo basale
- Aumento della fame
- Precoce senso di pienezza

Tabella 7.5 Valutazioni antropometriche ed esami bioumorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sottopeso con sospetta malnutrizione per difetto

Valutazioni antropometriche

- Peso corporeo
- Altezza
- Indice di massa corporea
- Misurazione delle pliche cutanee (tronco: sottoscapolare, medioascellare, pettorale, addominale, soprailiaca; arto superiore: tricipitale, bicipitale, dell'avambraccio; arto inferiore: coscia, soprapatellare, mediale del polpaccio)

Esami bioumorali

- Emocromo, reticolocitemia
- Velocità di eritrosedimentazione (VES), proteina C reattiva
- Transaminasi
- Colinesterasi
- Azotemia, creatininemia
- Calcemia, fosforemia, magnesiemia, potassiemia, sodiemia, cloremia
- Ferritinemia, transferrinemia
- Albuminemia, prealbuminemia
- Colesterolemia totale
- Ormone tireotropo (TSH)
- Esame urine

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma
- Pressione arteriosa

Valutazione della densità ossea (nei pazienti con amenorrea > 6 mesi e/o indice di massa corporea < 15,0 kg/m²)

- Estradiolo, testosterone
 - Densitometria a doppio raggio X
-

Tabella 7.3 Valutazioni antropometriche ed esami biumorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sottopeso e sospetta malnutrizione per difetto

Il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri	Si	No
1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida		
• Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Basso peso corporeo (indice di massa corporea < 15 kg/m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rapida perdita di peso (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di vomito autoindotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di diuretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Depressione grave con o senza rischio suicidario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata impulsività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uso improprio di sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale		
• Isolamento sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ambiente familiare problematico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicazioni mediche per l'ospedalizzazione nell'anorexia nervosa.

Peso <75% del peso ideale

Grave bradicardia (<40 battiti per minuto)

Ipotensione arteriosa (90/60 mmHg)

Ipoglicemia (<60 mg/dl)

Ipopotassiemia (<3 mEq/L)

Ipotermia (<36 °C)

Disidratazione

Tabella 7.7 Segnali che richiedono un intervento medico d'emergenza

Misura	Valore di allerta
Indice di massa corporea (kg/m ²)	< 13,0
Pressione sistolica (mmHg)	< 80
Pressione diastolica (mmHg)	< 50
Frequenza cardiaca (battiti/min)	< 40
QT nell'elettrocardiogramma	> 450 sec.
Polso aritmico	+
Glicemia (mg/dl)	< 50
Potassio (mEq/L)	< 2,5
Sodio (mEq/L)	< 130
Temperatura (°C)	< 34,5

	Moderate risk	High risk
Nutrition		
Body-mass index (kg/m ²)	<15	<13
Body-mass index centiles	<3rd	<2nd
Weight loss (kg per week)	>0.5	>1.0
Purpuric rash	..	+
Circulation		
Systolic blood pressure (mm Hg)	<90	<80
Diastolic blood pressure (mm Hg)	<60	<50
Postural drop (mm Hg)	>10	>20
Pulse rate (beats per min)	<50	<40
Oxygen saturation (%)	<90%	<85%
Extremities	..	Cyanotic
Musculoskeletal (squat test*)		
Unable to get up without use of arms for balance	+	..
Unable to get up without use of arms as leverage	..	+
Temperature		
Core temperature (°C)	<35	<34.5
Investigations		
FBC, urea, electrolytes (including phosphate), LFT, albumin, creatinine kinase, glucose	Concern if outside normal limits	Potassium <2.5 mmol/L, sodium <130 mmol/L, phosphate <0.5 mmol/L
Electrocardiograph	..	Prolonged QT interval especially in context of low potassium

+ = present. FBC = full blood count. LFT = liver function test. *The instructions for the squat test are that the patient squats on her/his haunches and has to stand up without, if possible, using her/his hands.

Table 1: An abridged set of markers of nutritional and cardiovascular decompensation that signal the need for increased or urgent care in people with eating disorders

Treasure et al.
Lancet 2010; 375: 583–93

Decorso ed esiti dell'AN (Bogetto-Maina)

- 30% unico episodio nella vita
- 30% remissione clinica del primo episodio, con recidive in occasione di eventi di vita stressanti (gravidanza-menopausa)
- 30% cronicizzazione su livelli di gravità lieve-moderato

- Mortalità: 10%

Valutazione e trattamento dell'AN

Multidimensionale (aspetti psicopatologici e fisici)

Interdisciplinare (psichiatra, nutrizionista/internista, ginecologo)

Complessa

La consapevolezza di malattia è precaria/ la motivazione al cambiamento incostante

Molti pazienti NON si presentano alla seconda visita

Tabella 7.9 Raccomandazioni del NICE per la gestione delle problematiche fisiche dei pazienti con anoressia nervosa (grado C)

Gestione dell'aumento di peso

- Nella maggior parte dei pazienti, l'obiettivo dovrebbe essere un aumento medio settimanale di peso di 0,5-1 kg durante il ricovero e di 0,5 kg nel trattamento ambulatoriale (circa 3500-7000 calorie in più a settimana rispetto al dispendio energetico)
- È raccomandato un monitoraggio regolare delle condizioni fisiche e in alcuni casi una supplementazione orale multivitaminica/multiminerale, sia nei pazienti ricoverati sia in quelli ambulatoriali
- La nutrizione parenterale totale non deve essere utilizzata, a meno che non vi sia una significativa disfunzione gastrointestinale

Gestione del rischio

- Gli operatori sanitari dovrebbero monitorare il rischio fisico. Se il rischio aumenta, la frequenza del monitoraggio e della natura delle indagini dovrebbe essere adeguata di conseguenza
- Nelle donne in gravidanza con anoressia nervosa in atto o pregressa, si deve valutare la necessità di offrire cure più intensive, al fine di assicurare un'adeguata nutrizione prenatale e un normale sviluppo del feto
- Gli estrogeni non devono essere somministrati per problemi di densità ossea nei bambini e negli adolescenti, poiché tale trattamento può portare alla fusione prematura delle epifisi

Alimentazione contro la volontà del paziente

- Dovrebbe essere un intervento da considerare solo in ultima istanza
-

Trattamento dell'AN

L'intervento psicofarmacologico è sintomatico e va associato ad un intervento complesso di presa in carico psicoterapica (anche della famiglia)

Anorexia nervosa

Evidence Effect

Pharmacological treatment

Antidepressants (acute phase)	Weak	-
SSRIs	Weak*	-
TCAs	Weak*	-
Other classes	..	..
SNRIs (atomoxetine)	..	..
Antidepressants (relapse prevention)	Weak*	-/+
Antipsychotic: olanzapine	Weak*	-/+
Zinc	Weak*	-/+
Drugs for osteoporosis/osteopenia	Weak*	-
Anticonvulsant: topiramate	..	..
Appetite suppressor: sibutramine	..	..
Obesity drug: orlistat	..	..

Efficacia sui sintomi specifici della AN

- peso
- fobia del cibo
- disturbo dell'immagine corporea

Table 2: Treatments for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder and strength of their empirical support

Anorexia nervosa

Evidence Effect

Behavioural treatment

Cognitive behavioural therapy	Weak*	+
Interpersonal psychotherapy	Weak*	+
Cognitive analytical therapy	Weak	+
Dialectical behavioural therapy	..	..
Psychodynamic therapies	Weak	+
Behavioural therapies	Weak	-/+
Family-based therapy (Maudsley)	Moderate*	++
Specialist clinical management	Weak*	+
Nutritional counselling (alone)	Weak*	-
Behavioural weight loss therapy	..	..
Self-help interventions (GSH/PSH)	..	..
Mobile/internet/telemedicine	..	..

CBT: fobia del cibo/peso

Terapie ad indirizzo dinamico:
accettazione della propria
identità e maturità sessuale

SSRIs=selective serotonin reuptake inhibitors. TCAs=tricyclic antidepressants. SNRIs=serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors. GSH=guided self-help. PSH=pure self-help. Evidence grades: ..=non-existent or not applicable; grades weak/moderate/strong. Beneficial effect (reduction of symptoms or behaviours or maintenance of improvements): ..=no randomised controlled trial available; -=no beneficial effect; -/+ =mixed results or still inconsistent results (possible beneficial effect); +=slight beneficial effect; ++=moderate beneficial effect; +++=strong beneficial effect. *At least one trial included adolescents (<18 years).

Table 2: Treatments for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder and strength of their empirical support

BULIMIA NERVOSA

Tabella 6.2 Criteri diagnostici per la bulimia nervosa secondo il DSM-5

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

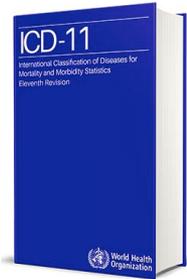
Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

N.B. perdita di controllo durante l'abbuffata = mischiare dolce/salato, crudo/cotto, primo/secondo/dolce



6B81 Bulimia Nervosa

Parent

[Feeding or eating disorders](#)

[Show all ancestors](#) 

Description

Bulimia Nervosa is characterised by frequent, recurrent episodes of binge eating (e.g. once a week or more over a period of at least one month). A binge eating episode is a distinct period of time during which the individual experiences a subjective loss of control over eating, eating notably more or differently than usual, and feels unable to stop eating or limit the type or amount of food eaten. Binge eating is accompanied by repeated inappropriate compensatory behaviours aimed at preventing weight gain (e.g. self-induced vomiting, misuse of laxatives or enemas, strenuous exercise). The individual is preoccupied with body shape or weight, which strongly influences self-evaluation. There is marked distress about the pattern of binge eating and inappropriate compensatory behaviour or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The individual does not meet the diagnostic requirements of Anorexia Nervosa.

Diagnostic criteria for Bulimia nervosa (BN) (DSM-IV 307.51) (APA 1994)

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:
 - (1) eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitively larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances
 - (2) a sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)
- B. Recurrent inappropriate compensatory behaviour in order to prevent weight gain as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications; fasting; or excessive exercise.
- C. The binge eating and compensatory behaviour both occur, on average, at least twice a week for 3 months.
- D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.
- E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of AN.

Specific type:

Bulimia nervosa – Purging type (BN-P): during the current episode of BN, the person has regularly engaged in self induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.

Bulimia nervosa – nonpurging type (BN-NP): during the current episode of BN, the person has used other inappropriate compensatory behaviours, such as fasting or excessive exercise, but has not regularly engaged in self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas.

ICD-10 Criteria for Bulimia nervosa (BN) (ICD-10: F50.2) (WHO 1991)

- A. There are recurrent episodes of overeating (at least 2 times a week over a period of 3 months) in which large amounts of food are consumed in short periods of time.
 - B. There is persistent preoccupation with eating, and a strong desire or sense of compulsion to eat (craving).
 - C. The patient attempts to counteract the “fattening” effects of food by one or more of the following:
 - (a) self-induced vomiting
 - (b) self-induced purging
 - (c) alternating periods of starvation
 - (d) use of drugs such as appetite suppressants, thyroid preparations, or diuretics; when bulimia occurs in diabetic patients they may choose to neglect their insulin treatment.
 - D. There is self-perception of being too fat, with an intrusive dread of fatness (usually leading to underweight).
-

Caratteristiche cliniche della BN

Prevalenza lifetime: 2-3%

Altri comportamenti autolesivi sono spesso presenti

Tasso di remissione:

- 27% a 1 anno
- >70% dopo >10 anni

23% decorso cronico protratto

Il passaggio da BN a AN è raro

Tasso di mortalità dopo 10 anni o più non superiore al 2%

Tabella 1.2 Complicanze mediche più comuni dei disturbi dell'alimentazione

Bulimia nervosa

- *Cute e annessi*: cute secca e distrofica, "segno di Russell", petecchie peripalpebrali, emorragie congiuntivali, arrossamenti e ulcerazioni periorali
- *Cavo orale*: erosione dello smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari
- *Apparato gastroenterico*: gastriti, esofagiti, erosioni e ulcere esofagee, infiammazioni del colon, epatomegalia, steatosi epatica
- *Alterazioni elettrolitiche*: ipopotassiemia
- *Apparato cardiovascolare*: bradicardia, ipotensione arteriosa, aritmie cardiache



presenza di callosità o lesioni sulle nocche o sul dorso della mano prodotte da ripetuti tentativi di indurre il riflesso del vomito per lunghi periodi.

Tabella 1.3 Principali segni e sintomi delle complicanze mediche dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa

Segni

Bulimia nervosa

Callosità sul dorso delle mani ("segno di Russell")
Ipertrofia delle ghiandole salivari
Erosione dello smalto dei denti
Irritazione periorale
Ulcere nel cavo orale
Peteccie
Lanugo
Ematemesi (vomitare sangue)
Edema (alle caviglie, intorno agli occhi)
Gonfiore addominale
Battito del cuore irregolare

Sintomi

Mestruazioni irregolari
Palpitazioni cardiache
Bruciore esofageo
Dolori addominali
Gonfiore addominale
Stanchezza
Stipsi o diarrea
Gonfiore delle mani e dei piedi
Mal di gola frequenti
Denti sensibili

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Tabella 6.3 Criteri diagnostici per il *binge-eating disorder* (BED) secondo il DSM-5

- A.** Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
- B.** Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale
 2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
 3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
 4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
 5. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata
- C.** È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate
- D.** Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi
- E.** Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana

Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana

Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana

Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Il criterio E distingue il BED dalla BN

Binge Eating Disorder

DSM IV Criteria for Binge Eating Disorder (DSM-IV: 307.50) (APA 1994)

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:
 - (a) Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 - (b) The sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
 - B. Binge-eating episodes are associated with 3 (or more) of the following:
 - (a) eating much more rapidly than normal.
 - (b) eating until feeling uncomfortably full.
 - (c) eating large amounts of food when not feeling physically hungry.
 - (d) eating alone because of being embarrassed by how much one is eating.
 - (e) feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty after overeating.
 - C. Marked distress regarding binge eating is present.
 - D. The binge eating occurs, on average, at least 2 days a week for 6 months.
 - E. The binge eating is not associated with the regular use of inappropriate compensatory.
 - F. behaviour (e.g., purging, fasting, excessive exercise, etc.) and does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa.
-

Tabella 1.2 Complicanze mediche più comuni dei disturbi dell'alimentazione

BED

- *Alterazioni metaboliche*: obesità, diabete mellito di tipo 2, dislipidemia
 - *Apparato cardiovascolare*: ipertensione arteriosa, placche aterosclerotiche, dilatazioni venose agli arti inferiori
 - *Apparato respiratorio*: insufficienza respiratoria, dispnea notturna
 - *Apparato osteoarticolare*: lesioni cartilaginee agli arti inferiori, lesioni artrosiche diffuse
 - *Apparato gastroenterico*: sfiancamento delle pareti gastriche, calcolosi della colecisti, epatomegalia
-

Tabella 7.6 Esami biumorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sovrappeso con sospetta malnutrizione per eccesso

Esami biumorali

- Colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia
- Glicemia e insulinemia basali
- Curva glicemica e insulinemica da carico orale di glucosio
- Proteina C reattiva
- Transaminasi
- Azotemia, creatininemia
- Ormone tireotropo (TSH), triiodotironina, tiroxina

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma, ecocardiogramma
 - Pressione arteriosa
-

Trattamento della BN: i farmaci

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
Pharmacological treatment						
Antidepressants (acute phase)	Weak	-	Strong	+	Moderate	+
SSRIs	Weak*	-	Strong*	+	Moderate	-/+
TCAs	Weak*	-	Weak*	+	Weak	+
Other classes	..	..	Weak*	-/+	..	..
SNRIs (atomoxetine)	..	..	..	..	Weak	+
Antidepressants (relapse prevention)	Weak*	-/+	Weak	-/+	Weak	-/+
Antipsychotic: olanzapine	Weak*	-/+	..	..	..	..
Zinc	Weak*	-/+	..	..	..	..
Drugs for osteoporosis/osteopenia	Weak*	-	..	..	..	..
Anticonvulsant: topiramate	..	..	Weak	+	Moderate	++
Appetite suppressor: sibutramine	..	..	..	..	Moderate	++
Obesity drug: orlistat	..	..	..	..	Weak	+

Table 2: Treatments for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder and strength of their empirical support

Tabella 6.4 Lo *status artis* del trattamento psicoterapeutico dei disturbi dell'alimentazione

Anoressia nervosa

- Non vi sono trattamenti basati sull'evidenza per gli adulti (ma alcuni risultati promettenti non sono ancora stati pubblicati)
- La terapia basata sulla famiglia è efficace nei pazienti più giovani (con meno di 3 anni di malattia) e determina un tasso di remissione del disturbo di circa il 50%

Bulimia nervosa

- Più di 20 studi randomizzati controllati hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN). Tra coloro che completano il trattamento (80-85%), il 40% ha una remissione duratura del disturbo
- La CBT migliorata (CBT-E) permette di ottenere una remissione nei due terzi dei pazienti che concludono il trattamento
- La terapia interpersonale (IPT) è meno efficace rispetto alla CBT-BN alla fine del trattamento, ma a distanza di un anno ottiene i medesimi risultati; sembra, comunque, meno efficace della CBT-E

BED

- La CBT-BN adattata per il BED permette di ottenere una remissione delle abbuffate in circa il 50-60% dei casi che completano il trattamento, ma non determina una perdita di peso nei pazienti in cui coesiste una condizione di obesità
- L'IPT, individuale o di gruppo, adattata per il BED permette di ottenere una remissione delle abbuffate in circa il 50-60% dei casi che completano il trattamento, ma non determina una perdita di peso nei pazienti in cui coesiste una condizione di obesità
- La terapia comportamentale per la perdita di peso (BWL) permette di ottenere a breve termine una riduzione delle abbuffate simile alla CBT e all'IPT e un calo di peso nei pazienti in cui coesiste l'obesità. A 2 anni di distanza, però, l'efficacia di questo trattamento è inferiore alla CBT e all'IPT per quanto riguarda la riduzione delle abbuffate e il recupero del peso

Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati

- La CBT-E permette di ottenere risultati simili a quelli raggiunti nel trattamento della bulimia nervosa (nei pazienti moderatamente sottopeso)
- Non sono stati effettuati studi nei pazienti gravemente sottopeso

Tabella 7.2 Principali componenti di un programma di auto-aiuto guidato eseguibile in un contesto di medicina generale (adattata da Fairburn, 2008)

Componenti	Procedura	Scopo
Passo 1. Iniziare l'automonitoraggio e misurare il peso	Fare riportare in tempo reale in un'apposita scheda l'ora, il cibo e le bevande consumate, il luogo, gli episodi di vomito o di assunzione di lassativi e i commenti Incoraggiare il paziente a misurare il suo peso una volta a settimana	Aiuta il paziente ad avere un quadro chiaro di quello che mangia e di conseguenza dell'esatta natura del problema. Aiuta a interrompere comportamenti che appaiono automatici e non controllabili Aiuta il paziente a non pesarsi troppo spesso o non pesarsi affatto, due comportamenti che aumentano la preoccupazione per il peso
Passo 2. Mangiare in modo regolare	Iniziare a seguire un'alimentazione regolare (mangiare ogni 4 ore e non mangiare tra un pasto e l'altro) Interrompere il vomito autoindotto, l'uso improprio di diuretici e di lassativi	Fornisce struttura alle abitudini alimentari e interrompe l'alternanza di abbuffate e restrizione dietetica Aiuta il paziente a interrompere comportamenti estremi e dannosi di controllo del peso
Passo 3. Adottare alternative alle abbuffate	Preparare e adottare attività alternative alle abbuffate	Fornisce al paziente una strategia per resistere all'impulso di abbuffarsi
Passo 4. Soluzione dei problemi e revisione generale	Usare la procedura di risoluzione dei problemi Fare una revisione dell'andamento del programma	Aiuta a risolvere i problemi che possono influenzare cambiamenti dell'alimentazione Aiuta a valutare se continuare o meno il programma di auto-aiuto
Passo 5. Dieta e altri modi di evitare il cibo	Affrontare le regole dietetiche estreme e rigide residue (eliminazione di vari alimenti, riduzione delle porzioni)	Aiuta a interrompere la restrizione dietetica cognitiva che aumenta il rischio di abbuffate
Passo 6. E poi?	Prevenire le ricadute Affrontare gli altri problemi	Aiuta a sviluppare un piano per prevenire le ricadute Aiuta a valutare se affrontare con una terapia altri problemi (es. preoccupazione eccessiva per peso e forma del corpo, problemi di depressione, ansia, scarsa autostima)

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
Behavioural treatment						
Cognitive behavioural therapy	Weak*	+	Strong*	++	Moderate	+++
Interpersonal psychotherapy	Weak*	+	Moderate	+	Weak	++
Cognitive analytical therapy	Weak	+	..	..	..	..
Dialectical behavioural therapy	..	..	Weak	+	Weak	+
Psychodynamic therapies	Weak	+	Weak	-/+	..	..
Behavioural therapies	Weak	-/+	Moderate	+	..	..
Family-based therapy (Maudsley)	Moderate*	++	Weak*	+	..	..
Specialist clinical management	Weak*	+	..	..	..	..
Nutritional counselling (alone)	Weak*	-	Weak	-/+	Weak	+
Behavioural weight loss therapy	..	..	..	..	Weak	++
Self-help interventions (GSH/PSH)	..	..	Weak*	+	Weak	+
Mobile/internet/telemedicine	..	..	Weak	-/+	Weak	-/+

SSRIs=selective serotonin reuptake inhibitors. TCAs=tricyclic antidepressants. SNRIs=serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors. GSH=guided self-help. PSH=pure self-help. Evidence grades: ..=non-existent or not applicable; grades weak/moderate/strong. Beneficial effect (reduction of symptoms or behaviours or maintenance of improvements): ..=no randomised controlled trial available; -=no beneficial effect; -/+ =mixed results or still inconsistent results (possible beneficial effect); +=slight beneficial effect; ++=moderate beneficial effect; +++=strong beneficial effect. *At least one trial included adolescents (<18 years).

Table 2: Treatments for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder and strength of their empirical support

Tabella 7.8 Le principali raccomandazioni del NICE con grado di evidenza A o B

- Terapia cognitivo-comportamentale per gli adulti con bulimia nervosa o BED (grado di evidenza A)
 - Terapia interpersonale per gli adulti con bulimia nervosa o BED (grado di evidenza B)
 - Terapia basata sulla famiglia con "pasti familiari" per gli adolescenti (meno di 18 anni) con anoressia nervosa (grado di evidenza B)
 - Terapia farmacologica con antidepressivi per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B)
 - Auto-aiuto con manuali per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B)
-