



# **La variabile del setting nel trattamento psicoterapico dei DCA**

**Domenico De Berardis MD PhD <sup>1,2</sup>**

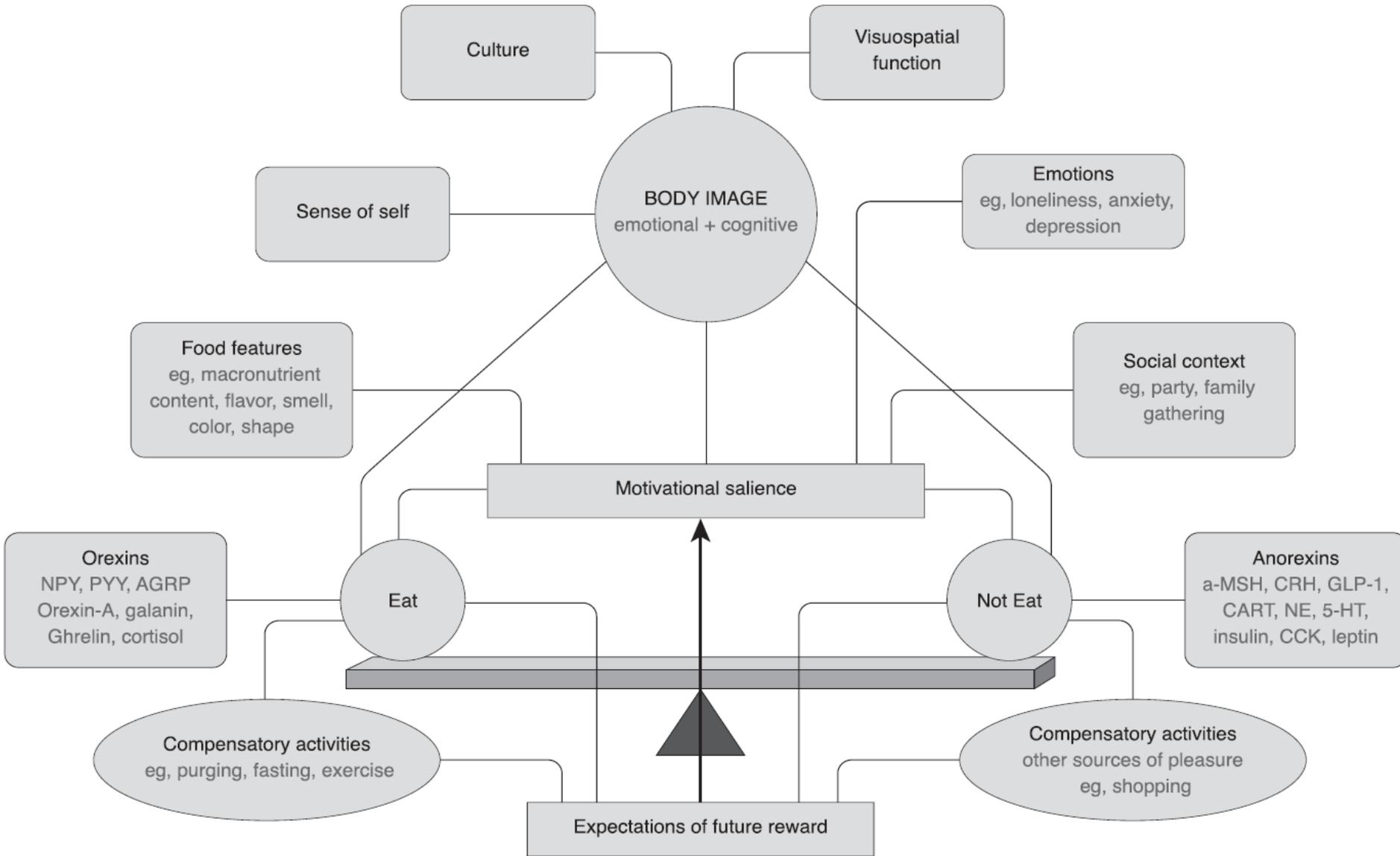
**<sup>1</sup> SSN, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G.Mazzini",  
Teramo**

**<sup>2</sup> Istituto di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G.  
D'Annunzio" – Chieti**

# Keypoints della presentazione

- Inquadramento clinico dei DCA
- Criticità emergenti nei DCA
- Luoghi e modalità del setting
- Un modello cognitivo “unitario” di approccio ai DCA
- Problematiche cliniche e aspetti spesso negletti nel trattamento psicoterapico dei DCA
  - DCA negli uomini
  - Suicidio
  - Comorbidità in asse II
  - Perfezionismo clinico
  - Body Checking
  - Alessitimia

# Processi connessi all'atto dell'alimentarsi (Yum et al, 2010)



NPY, neuropeptide Y; PYY, peptide YY; AGRP, agouti-related peptide; MSH, melanocyte-stimulating hormone; CRH, corticotropin-releasing hormone; GLP, glucagon-like peptide; CART, cocaine-amphetamine regulated transcript; NE, norepinephrine; 5-HT, serotonin; CCK, cholecystokinin.

# Indice di Massa Corporea (body mass index, BMI)

	Classe di Obesità	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Sottopeso		<18
Normale		18-24,9
Sovrappeso		25,0-29,9
Obesità moderata	I	30,0-34,9
Obesità severa	II	35,0-39,9
Obesità grave (morbigena)	III	>40

# Definizione di un *eating disorder*

- Esistenza di una marcata distorsione delle abitudini alimentari del soggetto o di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- Presenza di atteggiamenti di accompagnamento ai disturbi della condotta alimentare come ad esempio sovra-stima della propria immagine corporea e del proprio peso corporeo
- Questo disturbo in sé o i comportamenti a suo corollario si traducono in difficoltà clinicamente rilevanti del funzionamento fisico, psico-sociale o dello stato di salute del soggetto
- Deve essere escluso che il disturbo sia secondario ad altre condizioni mediche o psichiatriche

# Criteria DSM-IV per DCA

## Anoressia Nervosa (AN)

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra dell'85% del peso normale per età e statura (BMI minore od uguale a 17,5 Kg/m<sup>2</sup>)
- B. Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi anche quando si è sottopeso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso e il corpo o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sull'autostima, o rifiuto di ammettere la gravità del sottopeso
- D. Amenorrea: assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi

Sottotipi: restrittivo (restrictor) e con crisi bulimiche/condotte di eliminazione (binge-purge)

## Bulimia Nervosa (BN)

- A. Ricorrenti crisi bulimiche (abbuffate) definite da:
  1. Mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nelle stesse circostanze.
  2. Sensazione di perdita del controllo su quello che si mangia.
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Sottotipi: con condotte di eliminazione (purge) e senza condotte di eliminazione (non-purge)

## BINGE EATING DISORDER (BED)

A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata definiti da:

1. mangiare in un definito periodo di tempo (es. due ore) una quantità di cibo molto maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nelle stesse circostanze.
2. sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio.

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale;
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
- mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci sente affamati;
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
- sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate

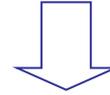
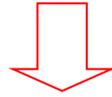
C. È presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi

E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (uso di lassativi, vomito autoindotto, digiuno o iperattività fisica), e non si verifica esclusivamente in corso di AN o BN.

Quantità di cibo  
elevata

Quantità di cibo  
percepita come  
eccessiva



**Abbuffata  
compulsiva  
oggettiva**

**Abbuffata  
compulsiva  
soggettiva**

Perdita di  
controllo

**Alimentazione  
eccessiva  
oggettiva**

**Alimentazione  
eccessiva  
soggettiva**

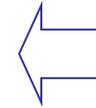
Assenza di  
perdita di  
controllo

Quantità di cibo  
elevata

Quantità di cibo  
percepita come  
eccessiva



Perdita di  
controllo



Assenza di  
perdita di  
controllo



# Psychopathologic patterns in obesity

Carano A, De Berardis D, et al. Ann Ital Chir 2005;76:461-4.

- Il grado di sintomatologia psichiatrica evidenziata nei pazienti sovrappeso è correlata alla severità del binge eating e non è correlata alla severità del sovrappeso
- Il binge eating è associato con la comorbidità psichiatrica ma non si trova evidenza che l'obesità moderata o severa, in assenza di binge eating, abbia una prevalenza di psicopatologia maggiore della popolazione generale
- Il trattamento degli obesi binger richiederebbe una focalizzazione sul binge eating come disordine primario al fine di potenziare gli esiti dei trattamenti.

# I disturbi del comportamento alimentare: criticità emergenti e sfide future

P. Monteleone

Centro Pilota Regionale

per i Disturbi del Comportamento Alimentare,

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

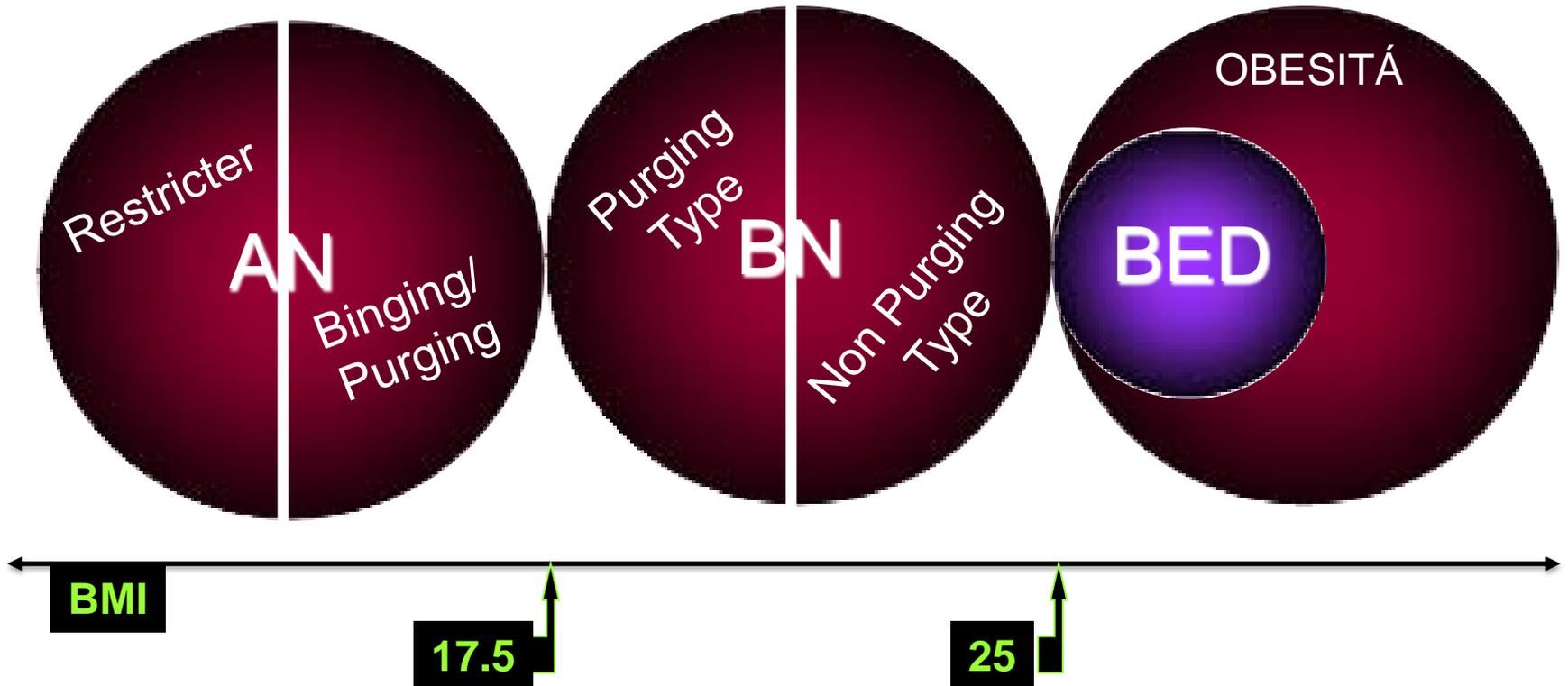
*Eating disorders: critical issues and challenges for the future*

- Poche conoscenze certe soprattutto riguardo all'etiopatogenesi, al trattamento e alla prevenzione dei DCA
- *Instabilità diagnostica dei DCA*, fenomeno per il quale i pazienti con AN, BN o DANAS tendono a migrare, nel decorso della loro malattia, da una categoria diagnostica all'altra
- Visione "transdiagnostica" dei DCA
- *Avanzamento dell'età d'esordio* dei DCA
- *Rischio di mortalità* associato ai DCA
- Disfunzione dei sistemi regolatori del *reward* uno dei meccanismi cardini nello sviluppo dei DCA
- I DCA, al momento, sono gli unici disturbi psichiatrici per i quali non esistono ancora terapie basate sull'evidenza

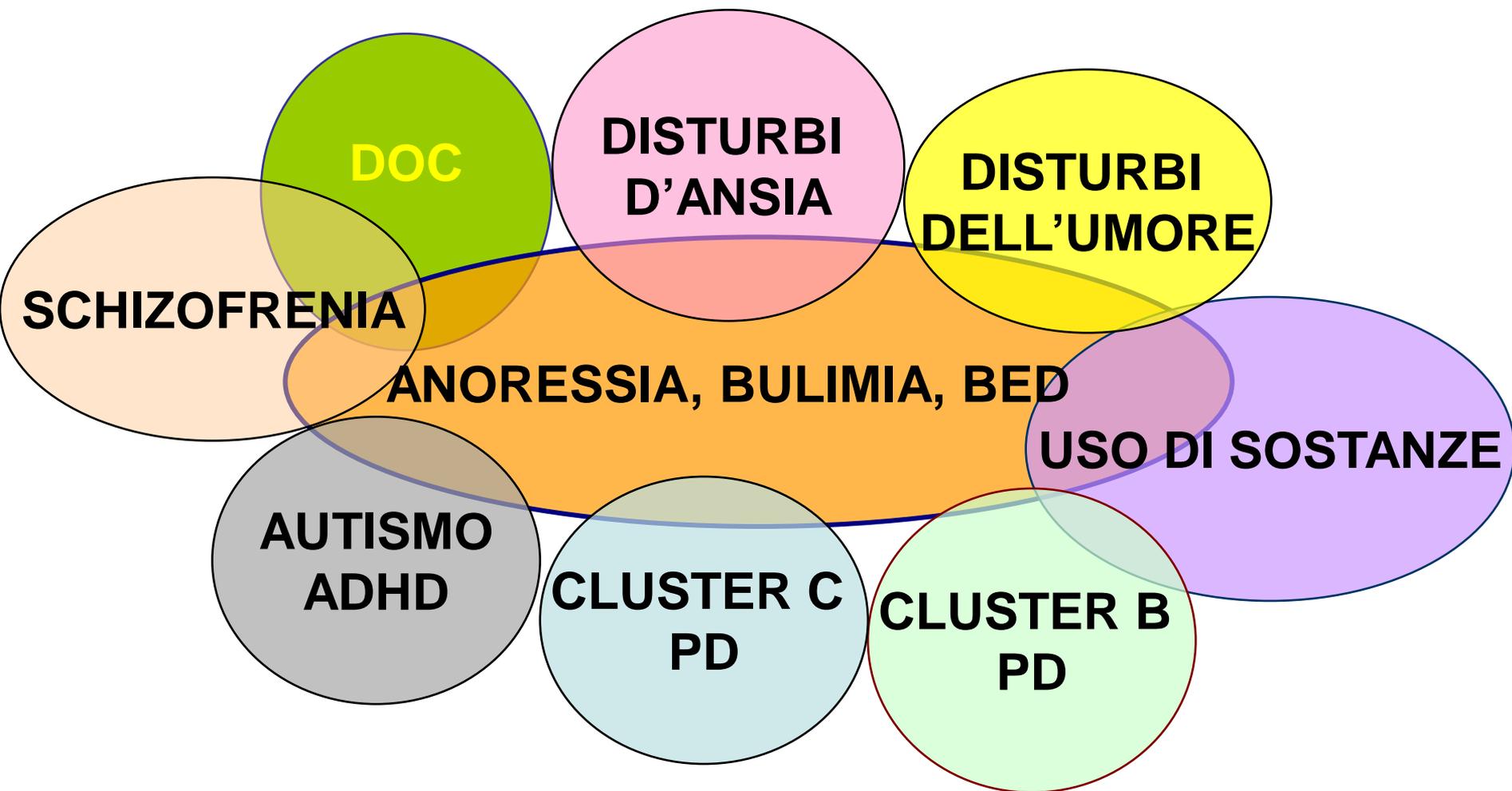


# Spettro DCA

Studi longitudinali hanno dimostrato che nello stesso individuo possono succedersi, nel corso degli anni, DA con sintomi diversi tra loro, accomunati da uno stesso nucleo psicopatologico.



# Comorbilità psichiatrica nei DCA



# Il problema dei DANAS

**La categoria Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo della Alimentazione.**

Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare

Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma

Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi

Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti)

Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo

Disturbo da Alimentazione Incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa

Due possibili gruppi: anorectic-like e bulimic-like (Ricca et al. 2001)

I DANAS possono rappresentare

- forme cliniche che persistono nel tempo
- le forme di esordio di una patologia di tipo AN o BN
- l'esito di forme conclamate di AN o BN

# Problematiche terapeutiche: psicofarmacoterapia

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
<b>Pharmacological treatment</b>						
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	+

# Problematiche terapeutiche: psicoterapia

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
<b>Behavioural treatment</b>						
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	-/+

# Luoghi e modalità del setting nel trattamento dei DCA

Il setting può essere definito come la cornice all'interno della quale si svolge il processo terapeutico

## Luoghi del setting

- Ambulatoriale
- Day Hospital
- Ricovero in reparto ospedaliero specializzato per il trattamento dei DCA
- Ricovero in reparto ospedaliero di medicina generale
- Ricovero in reparto ospedaliero di psichiatria

## Modalità di accesso

- Partecipazione volontaria al trattamento
- Ricovero volontario
- Ricovero coatto (TSO)

## Tipologie

- Setting individuale, gruppale, familiare

# Luoghi e modalità del setting individuale nel trattamento dei DCA

Fanno parte del setting, oltre al contratto terapeutico, anche il tipo di contesto collaborativo che caratterizza la relazione, le caratteristiche dell'ambiente e la gestione dello spazio nella stanza della terapia, le regole relative ai contatti extraterapeutici e le regole deontologiche che regolano la relazione paziente-terapeuta

## Contesto collaborativo

- Terapeuta come supervisore alla ricerca
- Terapeuta come perturbatore strategicamente orientato (Guidano 1987)
- Terapeuta come base sicura (Bowlby 1988)

## Caratteristiche dell'ambiente e gestione dello spazio

- Posizione frontale con scrivania nel mezzo
- Posizione di profilo senza tavolo intermedio
- Poltrona reclinabile o lettino con terapeuta arretrato dietro le spalle del pz.
- Poltrona reclinabile o lettino con terapeuta a fianco e rivolto verso il pz.
- Utilizzo di tutto lo spazio della stanza

## Contatti extraterapeutici

- A parte eventi casuali o situazioni particolari, sarebbero da evitare
- I contatti telefonici privati sarebbero da evitare, tranne in casi particolari

# Sintomi da considerare nell'assessment dei pazienti con DCA (Grilo e Mitchell, 2010)

<b>Comportamenti correlati al DCA</b>	<b>Conseguenze fisiche/emotive</b>	<b>Problematiche correlate</b>
Restrizione alimentare	Stipsi	Abuso di alcool o droghe
Binge Eating	Intolleranza al freddo	Suicidio
Vomito autoindotto	Disturbo dell'immagine corporea	Automutilazione
Uso di lassativi	Body dissatisfaction	Ossessività, rimuginio
Uso di diuretici	Body checking	Bassa autostima
Uso di farmaci anoressizzanti	Amenorrea	Ritiro sociale
Uso di pillole dietetiche	Scarsa energia fisica e affaticabilità	Difficoltà nel mangiare in pubblico
Uso di anfetamine	Irritabilità	Rituali nella preparazione del cibo
Uso di farmaci emetici	Iperattività	
Assunzione eccessiva di liquidi	Scarsa motivazione	
Esercizio fisico eccessivo	Umore depresso	
	Insight	

# Indicazioni al ricovero ospedaliero per pazienti con DCA

## Pericolo di vita – cause mediche

Body Mass Index < 13.5 kg/m<sup>2</sup> o rapida decrescita del BMI > 20% in 6 mesi

Problematiche cardiovascolari: bradicardia ≤40 bpm; Ipotensione ≤ 90/60 mmHg (<16 anni ≤ 80/50 mmHg); Caduta della pressione ortostatica ≥ 10–20 mmHg; Grave disidratazione

Miopatia prossimale; Ipoglicemia; Scarso controllo glicemico; Gravi disturbi idroelettrolitici (es. K<sup>+</sup> < 2.5 mmol/L; Na<sup>+</sup> < 130 mmol/L).

Rash petecchiale e significativa piastrinopenia

Compromissione multiorgano - epatica, renale, midollare

## Pericolo di vita – cause psichiatriche

Alto rischio di suicidio

Grave comorbidità, es. depressione maggiore o OCD

Scarsa motivazione, insight assente

## Impossibilità ad effettuare un trattamento territoriale

Situazione familiare altamente problematica (es. elevata emotività espressa; abuso; collusione)

Condizione sociale (es. estremo isolamento; mancanza di supporto)

Non aumento di peso con un trattamento ambulatoriale

## **Motivi per i quali i pazienti con DCA (specie AN) rifiutano così spesso i trattamenti**

I pazienti con AN hanno un forte senso di autodeterminazione e sono riluttanti a rinunciarvi

Il loro forte senso di autodeterminazione è caratterizzato da asceticismo e rigida inflessibilità

Essi sperimentano un marcato senso di vulnerabilità rispetto al giudizio altrui e alle altrui abilità e situazioni

Si sentono umiliati di non essere capaci di fronteggiare da soli le proprie problematiche

Come molti dei pazienti con disturbi psichici, temono la stigmatizzazione

Sono influenzati negativamente dalle opinioni piuttosto pessimistiche circa l'esito a lungo termine del disturbo

Hanno spesso diffidenza nei rapporti interpersonali

Sono estremamente preoccupati dalla perdita di controllo percepita

Sono costantemente impegnati allo spasimo per superare un pervasivo senso di inefficacia personale

Sono fortemente perfezionisti

Presentano delle distorsioni cognitive che hanno un impatto negativo sulle abilità concettuali e percettive e sul decision-making

Spesso mostrano gravi alterazioni del tono timico le quali possono essere esacerbate dalle problematiche metaboliche che accompagnano la malnutrizione e il depreimento fisico

E' spesso presente una disregolazione emotivo-affettiva

# Is Anorexia Nervosa a Delusional Disorder? An Assessment of Eating Beliefs in Anorexia Nervosa

JOANNA E. STEINGLASS, MD  
JANE L. EISEN, MD  
EVELYN ATTIA, MD  
LAUREL MAYER, MD  
B. TIMOTHY WALSH, MD

---

Anorexia nervosa (AN) is a serious mental illness, characterized in part by intense and irrational beliefs about shape and weight, including fear of gaining weight. Although these beliefs are considered to be a diagnostic criterion for the illness, they have not been systematically characterized. This study used the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS) to identify the dominant belief that interfered with eating in a sample of underweight patients with AN ( $N = 25$ ). The degree of insight was assessed quantitatively. The majority of participants (68%) spontaneously reported a dominant belief consistent with fear of gaining weight or becoming fat. Twenty percent of patients were categorized as delusional. The total score on the BABS was significantly correlated with the drive-for-thinness subscale of the Eating Disorders Inventory (EDI) ( $r = 0.41, p = 0.04$ ), but did not correlate with overall measures of AN severity (body mass index [BMI], duration of illness, lowest BMI, other subscales of the EDI, or total EDI score). These findings highlight the centrality of fear of fat in AN and suggest the possibility that there is a subgroup of patients whose concerns about their weight reaches delusional proportions. This subpopulation of patients warrants further study, since patients with more delusional beliefs may have a form of AN that is more refractory to treatment. (*Journal of Psychiatric Practice* 2007;13:65-71)

Egosintonia, certezza soggettiva, incorreggibilità, falsità del contenuto

## **Distorsioni cognitive tipiche dei pazienti con DCA**

<b>Pensiero dicotomico “tutto o niente” che spesso accompagna il perfezionismo</b>	<b>“Se non ho il controllo totale, perderò tutto il controllo e ogni cosa diventerà caotica” “Se prendo un singolo chilo, allora diventerò obesa”</b>
<b>Magnificazione o minimizzazione</b>	<b>“Se prendo un singolo chilo, non rientrerò nei miei vestiti” “Se anche diventassi scheletrica, ciò non influirebbe sulla mia salute”</b>
<b>Personalizzazione auto-referenziale</b>	<b>“Se prendo un qualche chilo, allora tutti si accorgeranno che sto ingrassando”</b>
<b>Pensiero catastofico</b>	<b>“Se prendo un singolo chilo, allora il mio ragazzo mi lascerà perché sto diventando una grassa vacca”</b>
<b>Astrazione selettiva</b>	<b>“Il fatto di stare a dieta mi rende una persona moralmente più forte rispetto a tutti i miei amici”</b>
<b>Supergeneralizzazione</b>	<b>“Sento di avere fame quindi vuol dire che sono debole” “Ho voglia di un biscotto, quindi vuol dire che sono totalmente debole”</b>
<b>Pensiero magico</b>	<b>“Se non seguo una condotta rigida e irreprensibile, qualcosa di brutto accadrà alle persone a cui tengo”</b>
<b>Iperresponsabilizzazione</b>	<b>“Sono personalmente responsabile di tutto ciò che faccio”</b>
<b>Fusione pensiero-aspetto</b>	<b>“Se penso di essere grassa, allora lo sono per davvero”</b>
<b>Sottovalutazione degli aspetti positivi</b>	<b>“Nonostante io sia bravissima a scuola e/o all’università ciò non significa che io sia una persona di valore”</b>
<b>Senso di dovere/costrizione</b>	<b>“Devo stare a dieta, devo studiare di più, sono costretta a dare il massimo”</b>

“...L’insicurezza circa le proprie capacità in numerosi campi conduce questi pazienti a valutarsi in larga misura in base all’aspetto fisico ed al peso. Ciò è in parte dovuto al fatto che l’aspetto fisico, e soprattutto il peso, sembra più controllabile di molti altri aspetti della vita, e in parte perché la dieta e la perdita di peso sono rinforzati socialmente...”

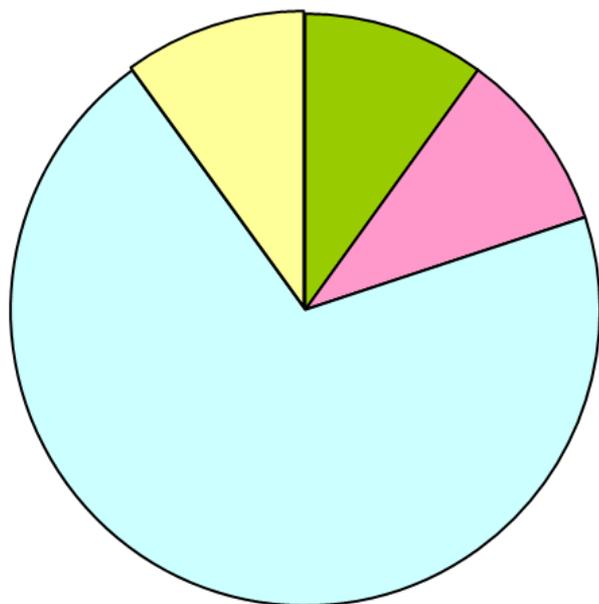
Fairburn, 1997

# Definizione di un *eating disorder*

- Esistenza di una marcata distorsione delle abitudini alimentari del soggetto o di un comportamento anomalo finalizzato al controllo del peso
- Presenza di atteggiamenti di accompagnamento ai disturbi della condotta alimentare come ad esempio sovra-stima della propria immagine corporea e del proprio peso corporeo
- Questo disturbo in sé o i comportamenti a suo corollario si traducono in difficoltà clinicamente rilevanti del funzionamento fisico, psico-sociale o dello stato di salute del soggetto
- Deve essere escluso che il disturbo sia secondario ad altre condizioni mediche o psichiatriche

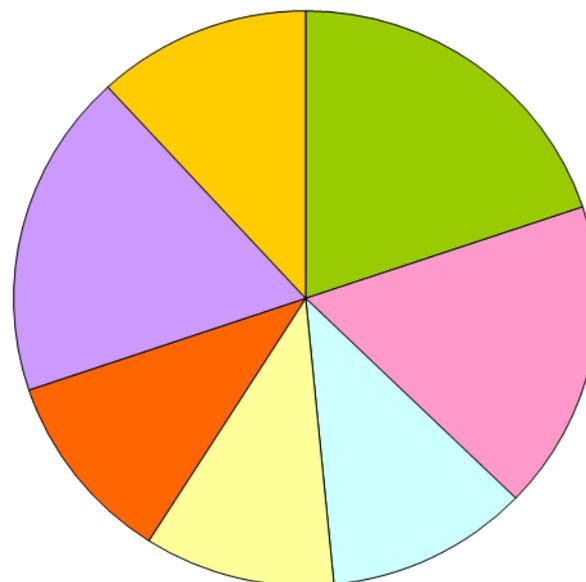
# Schema di autovalutazione disfunzionale e funzionale

Schema di autovalutazione **disfunzionale** di una persona affetta da un disturbo dell'alimentazione



- LAVORO
- FAMIGLIA
- PESO, FORME CORPOREEE E CONTROLLO DELL'ALIMENTAZIONE
- ALTRO

Schema di autovalutazione **funzionale** di una persona non affetta da un disturbo dell'alimentazione



- LAVORO
- FAMIGLIA
- PESO, FORME CORPOREEE E CONTROLLO DELL'ALIMENTAZIONE
- ALTRO
- AMICI
- SPORT
- MUSICA

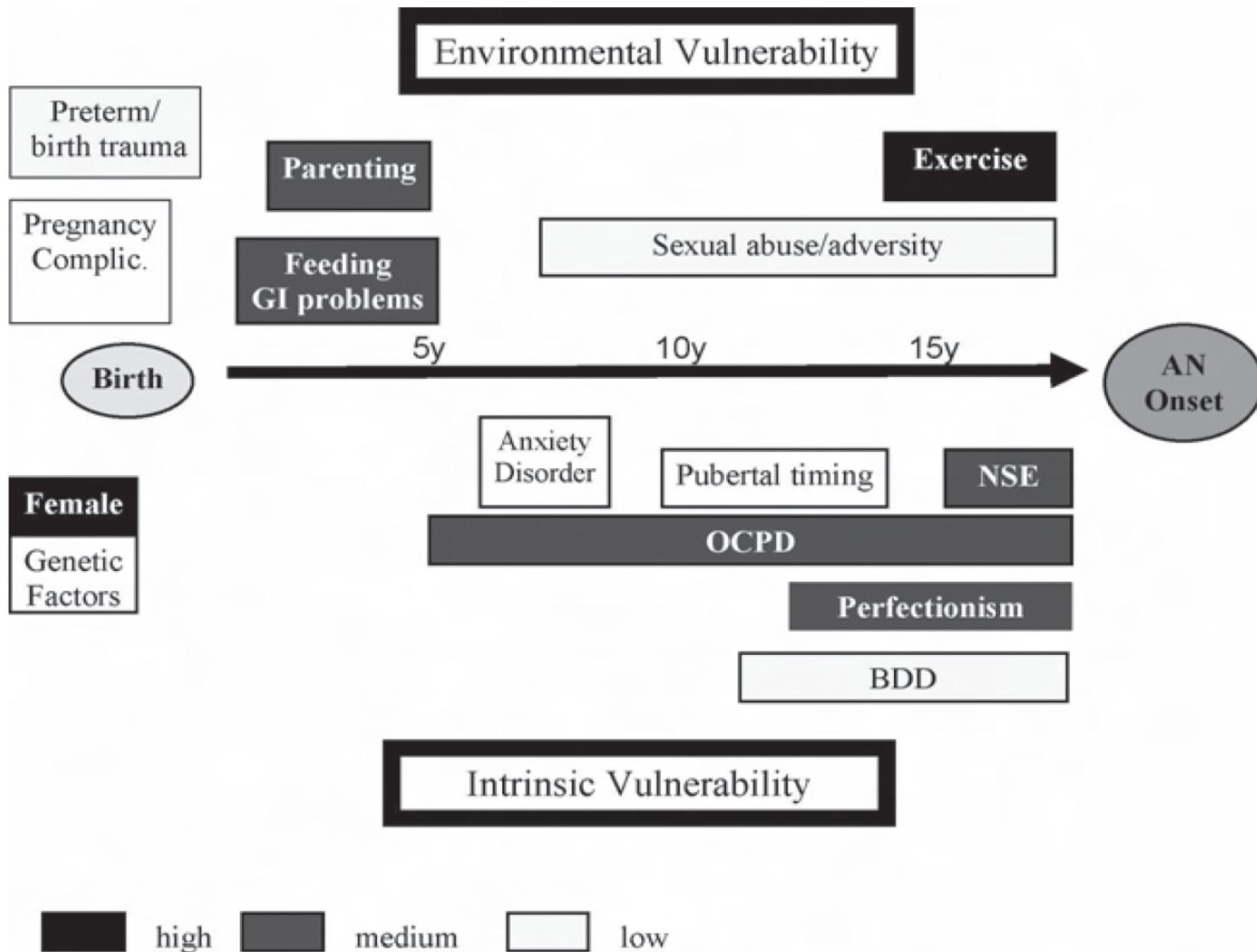
# Un modello cognitivo per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione

## Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders

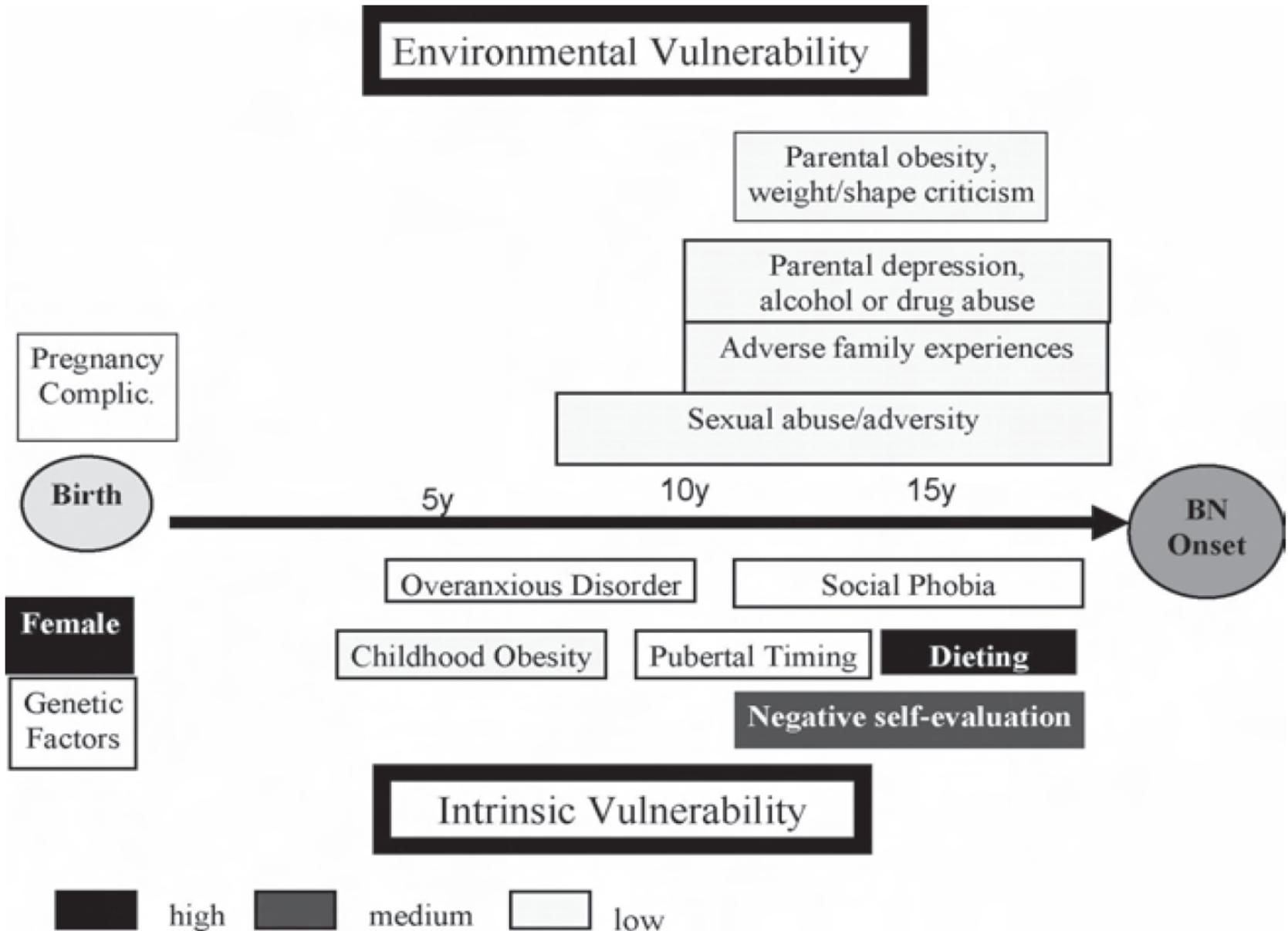
Rebecca Murphy, DClInPsych\*,  
Suzanne Straebler, APRN - Psychiatry, MSN, Zafra Cooper, DPhil, DipPsych,  
Christopher G. Fairburn, DM, FMedSci, FRCPsych



# Fattori di rischio per l'AN



# Fattori di rischio per la BN





# “Enhanced” cognitive behavioral therapy (CBT-E)

- Le caratteristiche cliniche condivise dai tre disturbi dell'alimentazione sono mantenute da processi psicopatologici simili (teoria “transdiagnostica”)

- Trattamento modulare che, a seconda dei problemi delle pazienti, può essere focalizzato solo ad affrontare la psicopatologia specifica (focused form, CBT-Ef) o anche uno o più meccanismi di mantenimento aggiuntivi (broad form, CBT-Eb). Si focalizza soprattutto sui fattori di mantenimento dei DCA

- 2 intensità della CBT-E:

- Pazienti non gravemente sottopeso (BMI > 17.5), 20 sessioni in 20 settimane

- Pazienti gravemente sottopeso (BMI < 17.5), 40 sessioni in 40 settimane (per trattare la limitata motivazione al cambiamento, l'ipoalimentazione e il grave sottopeso)

- 4 stadi di trattamento (lo stadio 3 è quello principale)



Day ..... Monday.....

Date ..... March 19.....

Time	Food and drink consumed	Place	*	v/l	Context and comments
6:30	Glass water	Kitchen			Feeling good this morning
7:10	Banana Bowl cheerios Skim milk Black coffee	Cafe			Normal breakfast
10:00	Apple Cereal bar	Desk at work			Didn't want to have this as having big lunch, but wanted to stick to plan.
1:00	Greek salad with feta cheese and dressing Roll water	Cafe			Decided that I would eat 3/4 of salad beforehand. Was pretty nervous the whole time, but was able to eat it and keep it down!
3:00	Yogurt	Desk at work			Thought about not eating this, but didn't want a huge gap.
6:30	Salmon (small piece) Rice (1/2 cup) spinach	Kitchen			Feeling ok.
9:30	Ice cream cone with hot fudge	Ice cream parlor with friends			Planned to have 2 scoops and was fine! Really enjoyed getting this with my friends as I usually don't go.

# DCA e sesso maschile

- **Alcune attività fisiche/sportive (body building, lotta, canoa, danza, nuoto, corsa) favoriscono nei maschi il rischio di sviluppare DCA in relazione soprattutto con le restrizioni dietetiche previste per tali attività (Fernandez-Aranda et al. 2004)**
- **Ortoressia, reverse anorexia, Night Eating Syndrome (De Berardis et al. in press)**
- **Un maschio affetto da anoressia può posticipare la richiesta di cure a causa della vergogna associata alla convinzione e al retaggio culturale di avere una malattia “femminile” (De Berardis et al. 2007)**
- **L’esordio si colloca nella tarda adolescenza o prima età adulta intorno a una media di 19-20 anni**
- **Alta comorbidità con depressione, abuso di sostanze, disturbi di personalità, dipendenza da alcool; maggiore iperattività (Camargo et al. 1997)**
- **Omosessuali più a rischio di sviluppo di un DCA (Bramon- Bosch et al. 2000)**

# Suicidio e DCA



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



---

---

**EATING  
BEHAVIORS**

---

---

Eating Behaviors 7 (2006) 384–394

## Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight–image concern

Maurizio Pompili <sup>a,b,\*</sup>, Paolo Girardi <sup>a</sup>, Giulia Tatarelli <sup>a</sup>,  
Amedeo Ruberto <sup>a</sup>, Roberto Tatarelli <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Department of Psychiatry, Sant'Andrea Hospital, University of Rome "La Sapienza", Via di Grottarossa 1035, 00189 Roma, Italy*

<sup>b</sup> *McLean Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA*

“...meta-analyses have shown that individuals suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa commit suicide more often than their counterparts in the general population; also a few studies have suggested that suicide is the major cause of death among patients with anorexia nervosa, refuting the assumption that inanition generally threatens the life of these patients.”

# Suicidio e DCA

## Fattori di rischio nei pazienti con anoressia e bulimia

Eating disorders as a form of affective disorder

Eating disorders independent of affective disorder

Depression secondary to anorexia nervosa

Depression in anorexia nervosa related to personality disorders

History of sexual abuse

Comorbidity with Axis I disorders

Comorbidity with personality disorders

Low self-esteem in adolescence

Substance abuse

Cholesterol levels are significantly predictive of suicidal ideation, impulsive self-injurious behavior, and depressive symptoms in anorexic patients

Bulimics with a borderline personality disorder resembled recurrent suicide attempters both on the side of psychological and biochemical characteristics than bulimics without a borderline personality disorder

Abnormal serotonin function in bulimia nervosa

Multi-impulsive bulimia (alcohol or drug abuse, suicide attempts, repeated self-mutilation, sexual disinhibition, shoplifting)

Impulsivity not predictive of suicidal behavior

## Fattori di rischio nei pazienti con obesità e BED

Weight dissatisfaction associated with binge eating

Increased body mass index

Underweight in male adolescents

Overeating and binge eating among youths

Weight-based teasing

Weight and image concern

Bariatric surgery

# Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbi di Asse II

- Molte ricerche mettono in evidenza come i disturbi alimentari si associano a specifici clusters di disturbi di personalità
- Nei pz. Con DCA, la comorbidità in asse II è più frequente di quella in asse I
- I DP del Cluster C del DSM-IV (ossessivo-compulsivo, dipendente, evitante) e, nel cluster B, il D. borderline sono molto frequenti in comorbidità con i DCA
- Nelle anoressiche di tipo restrittivo si osserva una stretta comorbidità con il disturbo di personalità evitante e ossessivo compulsivo
- Le anoressiche con abbuffate/condotte di eliminazione presentano una maggiore associazione con i disturbi di personalità evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico

# Perfezionismo clinico

- Stile di personalità connesso ai DCA, mediato da una bassa percezione di controllo e bassa autostima (Sassaroli, Gallucci, & Ruggiero, 2007).

## Caratteristiche perfezionistiche

Standards irrealistici e sforzi per raggiungere questi standards

Attenzione selettiva agli errori

Interpretazione degli errori come indicatori di fallimento e credenza che, a causa di essi, verrà persa la stima degli altri

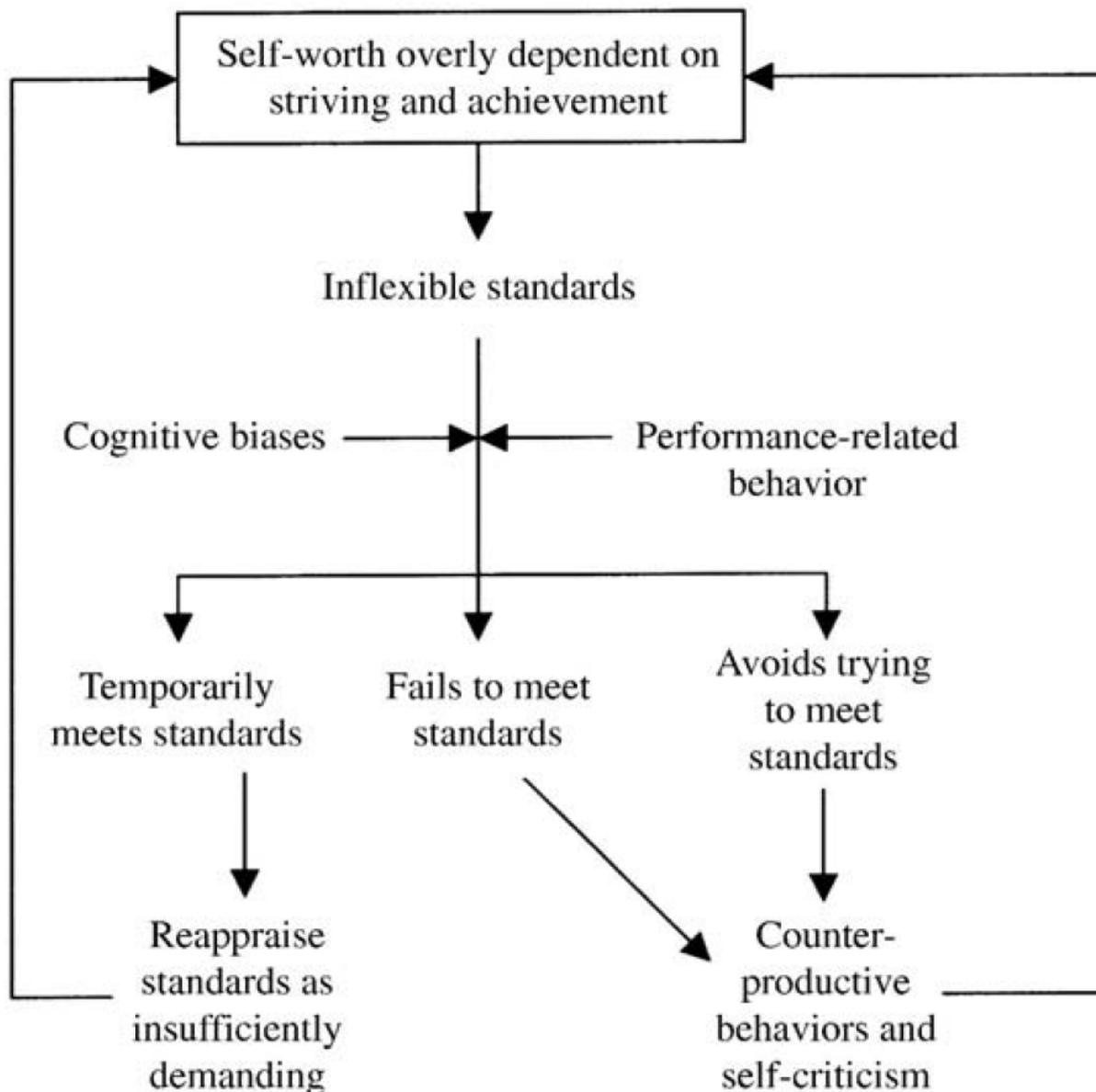
Autovalutazioni severe e tendenza ad incorrere in un pensiero tutto o nulla, dove i risultati possono essere solo un totale successo o un totale fallimento

Dubbio sulla capacità di portare a conclusione un compito in modo corretto

Tendenza a credere che gli altri significativi abbiano aspettative elevate

- Tre tipologie di perfezionismo individuate dalla 45-item HMPS di Hewitt & Flett: self-oriented perfectionism - other-oriented perfectionism - socially prescribed perfectionism
- Per Safran, Cooper e Fairburn solo il perfezionismo self-oriented descrive con precisione il costrutto del perfezionismo.

# Modello cognitivo del perfezionismo clinico



# Body Checking

Controllo ripetuto del peso e delle forme corporee (check del corpo) come potente fattore di mantenimento dei DCA

Cinque categorie di body checking:

1. Check del peso.
  2. Check visivi.
  3. Check tattili.
  4. Check di confronto.
  5. Check di rassicurazione.
- Il check del corpo faciliterebbe lo sviluppo di biases cognitivi, come ad esempio l'attenzione selettiva verso le parti del corpo di cui si è insoddisfatti
  - Le informazioni ottenute dal check del corpo possono essere interpretate come una minaccia al controllo o un fallimento del controllo, che può servire a mantenere la restrizione dietetica.
  - Alcuni pazienti usano il check del corpo come mezzo per cercare uno stato di disagio e così motivare la restrizione dietetica.
  - il check del corpo eseguito in uno stato di ansia potrebbe favorire una sovrastima della percezione delle dimensioni corporee.

# Alessitimia

Il termine alessitimia (*alexithymia*) indica un disturbo affettivo-cognitivo relativo ad una particolare difficoltà di vivere, identificare e comunicare le emozioni: un disturbo specifico nelle funzioni affettive e simboliche che spesso rende sterile e incolore lo stile comunicativo dei pazienti.

## NÓOOS

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA  
Volume 16, Numero 3, Settembre-Dicembre 2010

### ALESSITIMIA (I PARTE)

A cura di  
Massimo di Giannantonio,  
Domenico De Berardis

#### *Sommario*

<b>Prefazione</b>	<b>169</b>
DOMENICO DE BERARDIS, MASSIMO DI GIANNANTONIO	
<b>Le scale di valutazione dell'alessitimia. Stato dell'arte dell'assessment</b>	<b>171</b>
ORLANDO TODARELLO, VALERIA PACE	
<b>Alessitimia e dipendenze patologiche</b>	<b>191</b>
GIOVANNI MARTINOTTI, DANIELE STAVROS HATZIGIAKOUIMIS, LUIGI JANIRI	
<b>Alessitimia e schizofrenia</b>	<b>213</b>
CARLO MAGGINI	

# Il costrutto dell'alessitimia

Attualmente c'è accordo nel riconoscere come fondamentali le seguenti caratteristiche (Nemiah, Freyberger e Sifneos, 1976; Taylor, 1994; Taylor, Bagby e Parker, 1991):

1. difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva (**deficit di identificazione**)
2. difficoltà a discriminare un'emozione dall'altra e gli stati somatici associati alle emozioni (**deficit di differenziazione-integrazione**)
3. difficoltà a comunicare ad altri le proprie emozioni (**deficit di comunicazione**)
4. processi immaginativi coartati, evidenziati dalla povertà delle fantasie (**reduced daydreaming**)
5. presenza di uno stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno (il **pensiero operativo** descritto da Marty e coll.).

---

## Alexithymia and Outcome in Psychotherapy

Hans Joergen Grabe<sup>a</sup> Jörg Frommer<sup>b</sup> Annegret Ankerhold<sup>c</sup> Cornelia Ulrich<sup>c</sup>  
Ralf Gröger<sup>d</sup> Gabriele Helga Franke<sup>e</sup> Sven Barnow<sup>a</sup> Harald J. Freyberger<sup>a</sup>  
Carsten Spitzer<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Greifswald, Stralsund, <sup>b</sup>Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Magdeburg, Magdeburg, <sup>c</sup>Department of Psychotherapeutic Medicine and Addiction, Uchtsprunge, <sup>d</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Bernburg, and <sup>e</sup>Psychology of Rehabilitation, University of Applied Sciences Magdeburg-Stendal, Stendal, Germany

From 414 consecutively admitted inpatients, 297 were followed up after 4 weeks (t1) and after 8–12 weeks (t2) upon discharge. Patients were treated with psychodynamic group therapy in a naturalistic setting. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Symptom Checklist-90 were administered.

The inpatient treatment program including psychodynamic group therapy significantly reduced psychopathological distress and alexithymic features in alexithymic patients. Still, these patients suffered from higher psychopathological distress at discharge than nonalexithymics.

**Therefore, alexithymic features may negatively affect the long-term outcome.**

## **Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder**

DOMENICO DE BERARDIS, DANIELA CAMPANELLA, FRANCESCO GAMBI,  
GIANNA SEPEDE, ALESSANDRO CARANO, LUCIA PELUSI, RAFFAELLA LA ROVERE,  
DANILO DI MATTEO, GABRIELE SALINI, CARLA COTELLESA,  
ROSA MARIA SALERNO, & FILIPPO MARIA FERRO

*Department of Oncology and Neurosciences, Institute of Psychiatry, University of Chieti, Chieti, Italy*

- Sixty-four consecutive women with a DSM-IV diagnosis of Premenstrual Dysphoric Disorder and age range of 18–45 were recruited.
- Alexithymia was measured with the Italian version 20-items Toronto Alexithymia Scale.
- Severity of premenstrual mood symptoms was measured through the use of Visual Analogue Scales.
- Body concerns were assessed with the Body Uneasiness Test, Body Shape Questionnaire and Body Attitude Test. Additional measures were Rosenberg Self- Esteem Scale and Sheehan Disability Scale. Results.
- Prevalence of alexithymia in our sample was 31.3% (n = 20).
- Difficulty in Identifying Feelings and Difficulty in Describing Feelings subscales of Toronto Alexithymia Scale were predictors of severity of Premenstrual Dysphoric Disorder in the multiple linear regression analysis.

**Alexithymia was associated with more severe Premenstrual Dysphoric Disorder. Alexithymic women with Premenstrual Dysphoric Disorder exhibited significantly poorer appearance evaluation and body satisfaction than nonalexithymic women.**

## Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample

Domenico De Berardis <sup>a</sup>, Alessandro Carano <sup>a</sup>, Francesco Gambi <sup>a</sup>, Daniela Campanella <sup>a</sup>, Paola Giannetti <sup>a</sup>, Anna Ceci <sup>a</sup>, Enrico Mancini <sup>b</sup>, Raffaella La Rovere <sup>a</sup>, Alessandra Cicconetti <sup>a</sup>, Laura Penna <sup>a</sup>, Danilo Di Matteo <sup>a</sup>, Barbara Scorrano <sup>a</sup>, Carla Cotellessa <sup>a</sup>, Rosa Maria Salerno <sup>a</sup>, Nicola Serroni <sup>c</sup>, Filippo Maria Ferro <sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> *Department of Oncology and Neurosciences, Institute of Psychiatry, University "G. d'Annunzio" of Chieti, Italy*

<sup>b</sup> *Institute of Psychology, University "Carlo Bo" of Urbino, Italy*

<sup>c</sup> *Department of Mental Health, SPDC Teramo, Italy*

1. 254 undergraduate females.
2. Alexithymics had more consistent body checking behaviors and higher body dissatisfaction than nonalexithymics.
3. Alexithymics also reported a higher potential risk for ED (higher scores on EAT-26) when compared to nonalexithymics.
4. Difficulty in identifying and describing feelings subscales of TAS-20, Overall appearance and Specific Body Parts subscales of BCQ as well as lower self-esteem was associated with higher ED risk in a linear regression analysis.
5. **Thus, a combination of alexithymia, low self-esteem, body checking behaviors and body dissatisfaction may be a risk factor for symptoms of ED at least in a non-clinical sample of university women.**

# Alexithymia and Its Relationships with Dissociative Experiences, Body Dissatisfaction and Eating Disturbances in a Non-Clinical Female Sample

Domenico De Berardis · Nicola Serroni · Daniela Campanella ·  
Alessandro Carano · Francesco Gambi · Alessandro Valchera ·  
Chiara Conti · Gianna Sepede · Mario Caltabiano · Anna Maria Pizzorno ·  
Carla Cotellessa · Rosa Maria Salerno · Filippo Maria Ferro

**Table 2** Blockwise linear regression analysis with EDI-2 score as the dependent variable and potential predictive factors as independent variables

	Unstandardized coefficients		Standardized coefficient Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	95% confidence interval for <i>B</i>	
	<i>B</i>	SE				Lower bound	Upper bound
<i>Constant</i>	47.64	9.74		4.89	<.001	28.48	66.79
RSES	−1.07	.37	−.86	−2.94	.003	−1.78	−.35
DES	.37	.09	.12	3.98	<.001	.19	.55
DIF	1.11	.22	.24	4.98	<.001	.67	1.55
DDF	.69	.22	.11	3.11	.002	.25	1.13

In the first block of BMI, demographic variables and measures of psychological distress (SCL-90-ANX, SCL-90-DEP and RSES) were entered. In the second block, dissociation and body dissatisfaction measures (DES and BSQ) were added to the model. DIF, DDF and EOT subscales of TAS-20 were entered in the last block. Only statistically significant variables are shown

**Our findings suggest that a combination of alexithymia, dissociative experiences and low self-esteem may constitute a risk factor for symptoms of EDs, in a non-clinical sample of university women.**

## ALEXITHYMIA, BODY IMAGE AND EATING DISORDERS

*Domenico De Berardis<sup>1,2,\*</sup>, Viviana Marasco<sup>1</sup>, Daniela Campanella<sup>1</sup>, Nicola Serroni<sup>1</sup>, Mario Caltabiano<sup>1</sup>, Luigi Olivieri<sup>1</sup>, Carla Ranalli<sup>1</sup>, Alessandro Carano<sup>2</sup>, Tiziano Acciavatti<sup>2</sup>, Giuseppe Di Iorio<sup>2</sup>, Marilde Cavuto<sup>3</sup>, Francesco Saverio Moschetta<sup>1</sup>, and Massimo Di Giannantonio<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> NHS, Department of Mental Health, Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment, Hospital "G. Mazzini" Teramo, Italy

<sup>2</sup> Department of Neurosciences and Imaging, Chair of Psychiatry, University "G. d'Annunzio" of Chieti, Italy

<sup>3</sup> IASM, L'Aquila, Italy

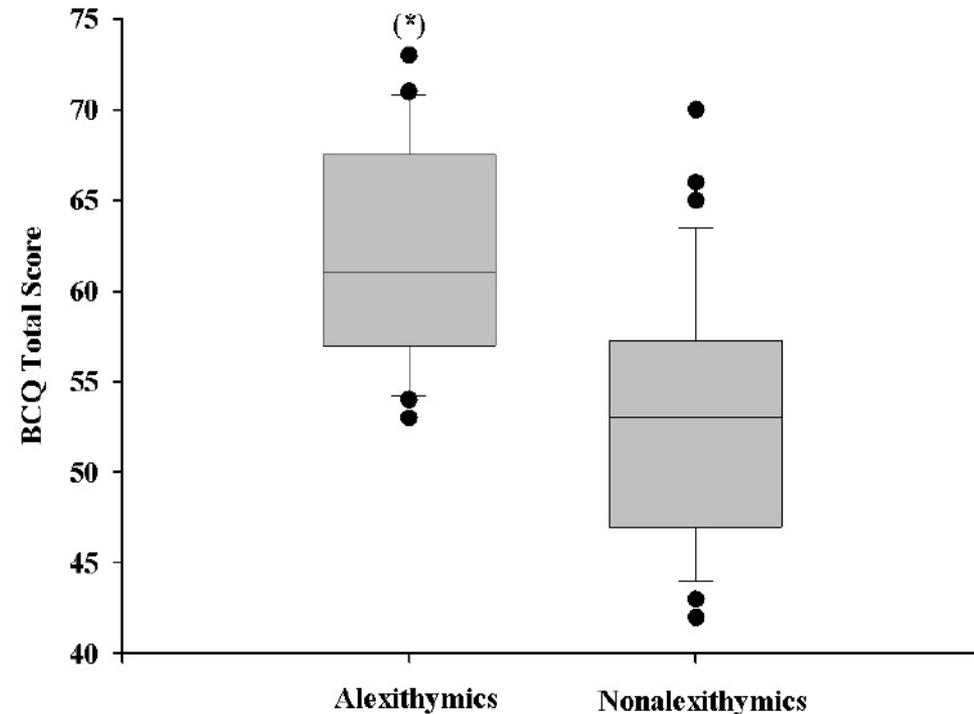
Presenza di alessitimia (39.1%, n=25) associata a:

- Maggiore Body Checking
- Maggiore insoddisfazione corporea
- Elevati livelli di ansia e depressione
- BMI più basso
- Pregressi insuccessi terapeutici
- Peggiori comportamenti di eliminazione

64 ragazze affette da AN (età media  $23.9 \pm 4.15$ ; BMI  $16.1 \pm 1.29$ )

Scale di Valutazione:

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)  
Body Checking Questionnaire (BCQ)  
Body Shape Questionnaire (BSQ)  
Beck Depression Inventory (BDI)  
State-trait Anxiety Inventory (STAI)



CORRELAZIONE TRA ALESSITIMIA E DISSOCIAZIONE IN SOGGETTI CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNO STUDIO CLINICO

Alessandro Carano\*<sup>◦</sup>, Domenico De Berardis\*\*<sup>◦</sup>, Marco Scali\*, Ubaldo Sagripanti\*, Daniela Campanella\*\*, Antonella Crisoliti\*, Rosa Maria Salerno<sup>U</sup>, Filippo Maria Ferro<sup>◦</sup>

<sup>◦</sup> Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze - Istituto di Psichiatria Università "G.D'Annunzio" di Chieti.

\* Dipartimento Salute Mentale SPDC Civitanova Marche

\*\* Dipartimento Salute Mentale SPDC - Teramo

- 1. Aumento della tendenza alla dissociazione nelle alessitimiche**
- 2. Alessitimiche con più grave disturbo alimentare rispetto alle non alessitimiche (maggiori punteggi alla EDI-2)**
- 3. Alessitimiche con più grave disturbo dell'immagine corporea rispetto alle non alessitimiche (maggiori punteggi alla BSQ)**

# Alessitimia e BED

## Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder

Alessandro Carano, MD<sup>1,2</sup>  
Domenico De Berardis, MD<sup>1</sup>  
Francesco Gambi, MD, PhD<sup>1</sup>  
Cinzia Di Paolo, BSc<sup>1,2</sup>  
Daniela Campanella, MD<sup>1</sup>  
Lucia Pelusi, MD<sup>1</sup>  
Gianna Sepede, MD<sup>1</sup>  
Enrico Mancini, MD<sup>1,3</sup>  
Raffaella La Rovere, MD<sup>1</sup>  
Gabriele Salini, MD<sup>1</sup>  
Carla Cotellessa, BSc<sup>1</sup>  
Rosa Maria Salerno, MD<sup>1</sup>  
Filippo Maria Ferro, MD, PhD<sup>1\*</sup>

### ABSTRACT

#### Objective:

The current study elucidates the relations between alexithymia and body image in patients with binge eating disorder (BED).

**Method:** One hundred one patients with BED were evaluated. Alexithymia was measured with the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The severity of BED was measured with the Binge Eating Scale (BES). Body concerns were assessed with the Body Shape Questionnaire-Short Version (BSQ-S), the Body Uneasiness Test (BUT), and the Body Attitude Test (BAT). Additional measures were the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Beck Depression Inventory (BDI).

**Results:** The prevalence of alexithymia in our sample was 39.6% ( $n = 40$ ) and individuals with alexithymia showed higher scores on all rating scales. Higher

body dissatisfaction, lower self-esteem, depressive symptoms, and the Difficulty in Identifying Feelings/Difficulty in Describing Feelings subscales of the TAS-20 were predictors of the severity of BED in the linear regression analysis.

**Conclusion:** Alexithymia was associated with more severe BED. Individuals with alexithymia and BED exhibited significantly poorer appearance evaluation and body satisfaction as well as higher depressive symptoms than individuals without alexithymia. © 2006 by Wiley Periodicals, Inc.

**Keywords:** binge eating disorder; alexithymia; body image; body dissatisfaction; depressive symptoms; self-esteem

Grazie per l'attenzione

[dodebera@aliceposta.it](mailto:dodebera@aliceposta.it)

Facebook: Domenico De Berardis