

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Principali disturbi psicopatologici dell'adulto



Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Psicologia Clinica A.A. 2015-2016

Elementi di psicopatologia nell'adulto

Cinzia Perlini
cinzia.perlini@univr.it

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

Principali disturbi psicopatologici nell'adulto (DSM-IV)

- **Disturbi d'ansia**
- **Disturbi dell'umore**
- **Disturbi somatoformi**
- **Disturbi fittizi**
- **Disturbi dissociativi**
- **Sindromi e disturbi comportamentali
associati ad alterazione delle funzioni
fisiologiche e a fattori somatici (D. del
sonno, D. dell'alimentazione, D. sessuali)**
- **Disturbi da uso di sostanze**
- **Schizofrenia e disturbi psicotici**
- **Disturbi di personalità**

Principali disturbi psicopatologici nell'adulto (DSM)

- **Disturbi d'ansia**
- **Disturbi dell'umore**
- **Disturbi somatoformi**
- **Disturbi fittizi**
- **Disturbi dissociativi**
- **Sindromi e disturbi comportamentali
associati ad alterazione delle funzioni
fisiologiche e a fattori somatici (D. del
sonno, D. dell'alimentazione, D. sessuali)**
- **Disturbi da uso di sostanze**
- **Schizofrenia e disturbi psicotici**
- **Disturbi di personalità**

Cos'è l' Ansia?

E' l'anticipazione apprensiva di un pericolo futuro (=non presente al momento attuale) **e indefinibile** (a differenza della **paura** che implica un oggetto esterno presente e ben riconoscibile).

La reazione ansiosa non è necessariamente una patologia in quanto svolge una **funzione adattiva di segnale** in tutti gli esseri umani.

RELAZIONE TRA ANSIA E PRESTAZIONE:

Descrivibile con una **curva a 'U' rovesciata** (assenza di ansia problematica, bassi livelli di ansia sono adattivi, livelli alti sono dannosi).

Stato psicologico derivante dalla percezione di un **disequilibrio tra le attese percepite e l'autopercezione delle proprie capacità di rispondere** alle esigenze del compito.

E' uno stato di allarme, di marcata inquietudine, associato a sentimenti di incertezza e vissuti di impotenza.

Spesso il termine si sovrappone a quello di **angoscia** (per alcuni autori è una forma particolarmente intensa di ansia).

Lo stato d'ansia si può esprimere acutamente (crisi ansiosa) o in maniera più persistente e continua.

E' presente in diversi disturbi ma è il sintomo principale nei **Disturbi d'ansia**.

Può manifestarsi con sintomi strettamente psichici (ansia psichica: stato di allarme, apprensione, irrequietezza) o con sintomi più strettamente somatici e neurovegetativi (ansia somatica).

Si accompagna comunque in genere a sintomi e **segni fisici di arousal** (*palpitazioni, tensione muscolare, vertigini, iperattività del sistema nervoso autonomo*). Nella paura c'è un livello più alto di arousal.

Si può accompagnare a sentimenti di **disforia** (un'alterazione dell'umore in senso depressivo, accompagnato da agitazione, malumore, irritabilità).

Può arrivare anche a generare un **Attacco di Panico**.

DISTURBI D'ANSIA nel DSM-IV (Sindromi nevrotiche o legate a stress nell' ICD-10)

- **Disturbo d'ansia generalizzato**
- **Disturbo di panico**
- **Fobie**
- **Disturbo ossessivo-compulsivo**
- **Disturbo acuto da stress**
- **Disturbo post-traumatico da stress**

DISTURBI D'ANSIA

Caratteristiche generali:

- Sono i disturbi più diffusi (30% popolazione)
- Sono accomunati dalla presenza di ansia e paura sproporzionati per frequenza ed intensità, che causano disagio ed interferiscono con il funzionamento del soggetto (Cox, Clara e Enns, 2002)
- L'oggetto/problema su cui l'ansia è centrata può variare in base alla cultura di appartenenza

DISTURBI D'ANSIA

Caratteristiche generali:

- Associati ad aumentato rischio di: malattie mediche (es. cardiovascolari), problemi relazionali interpersonali, difficoltà sul lavoro, decadimento della qualità di vita
- Frequente comorbidità (tendono a presentarsi in associazione tra loro)
- **Fattori di rischio:** biologici (+ genere femminile; iperattività amigdala e DLPFC; genetica), **cognitivi** (convinzioni negative sul futuro, > attenzione a potenziali minacce, percezione di mancanza di controllo), **comportamentali** (es. condizionamento classico + operante per le fobie specifiche), **personalità** (inibizione comportamentale), **eventi traumatici**.

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

Ansia e preoccupazione croniche, eccessive ed incontrollabili che riguardano una o più situazioni di vita (es. famiglia, lavoro, salute, finanze, scuola), spesso di poca importanza oggettiva.

Preoccupazione= tendenza cognitiva a rimuginare su un problema senza riuscire a staccarsene (Mennin, Heinberg e Turk, 2004).

- Il GAD tipicamente ha esordio in adolescenza, ma molti pz riferiscono di aver da sempre avuto la tendenza a preoccuparsi in maniera eccessiva. Tende a cronicizzare.
- Prevalenza nella popolazione: 5%, due terzi femmine

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)

- ***per almeno 6 mesi;***
- la persona ha ***difficoltà a controllare le preoccupazioni;***
- sono presenti per la maggior parte del tempo: ***irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazione del sonno, palpitazioni.***

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo di panico (DAP)

Presenza di attacchi di panico ricorrenti e inaspettati, seguiti da preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico, preoccupazione sulle possibili implicazioni o conseguenze degli attacchi di p. o un significativo cambiamento di comportamento correlato agli attacchi di panico.

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo di panico (DAP)

Cos'è un Attacco di Panico?

Periodo definito di paura o disagio intensi, durante il quale 4 o più dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

Sintomi fisici

- palpitazioni, tachicardia
- senso di soffocamento
- dolore al petto, oppressione toracica
- nausea, crampi addominali
- sudorazione, tremori
- parestesie
- vertigini

Sintomi psichici

- paura
- preoccupazioni eccessive
- derealizzazione, depersonalizzazione
- sensazioni di malessere
- alterazioni della percezione
- difficoltà di concentrazione
- ipervigilanza

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo di panico (DAP)

Cos'è un Attacco di Panico?

Le prime volte che una persona ha un attacco di panico di solito si spaventa molto, dato che si tratta di un'esperienza strana, inattesa, intensa, molto spiacevole, spesso accompagnata dalla paura di perdere il controllo, di svenire, di morire o di impazzire.

Quando l'attacco diventa grave, la persona cerca di allontanarsi dalla situazione, nella speranza che il panico cessi, oppure cerca chi lo possa aiutare se dovesse svenire, avere un infarto o impazzire.

C'è chi invece cerca di restare solo perché si vergogna delle conseguenze che l'attacco potrebbe avere o teme che altri possano scoprire che soffre di un attacco di panico.

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo di panico (DAP)

Cos'è un Attacco di Panico?

Si distinguono attacchi di panico:

- ***provocati dalla situazione*** (presenza dell'oggetto che provoca paura - rapporto stimolo-risposta). Sono meno comuni. Gli stimoli situazionali possono essere esterni (es. oggetto fobico) o interni (es. aumento frequenza cardiaca per sforzo fisico)

- ***non provocati*** (l'attacco sopravviene del tutto inaspettato, è improvviso e rapido)

Cos'è un Attacco di Panico?

Tratto da Kring, Davison, Neale,
Johnson, Psicologia Clinica



Meccanismo cognitivo coinvolto:
errata interpretazione catastrofica degli stimoli fisici

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

DISTURBI D'ANSIA

Le Fobie

In generale:

- **Paura marcata e persistente provocata da determinati oggetti/situazioni (stimolo fobico)**
- La persona riconosce che la reazione ansiosa è eccessiva
- Le situazioni/oggetti temuti vengono evitati
- Marcata interferenza con il normale funzionamento

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

DISTURBI D'ANSIA

Fobia specifica

Paura marcata, persistente, irragionevole e sproporzionata per stimoli precisi o situazioni circoscritte e chiaramente discernibili (per es. animali), con conseguente alterazione del funzionamento dell'individuo.

- L'individuo prova ansia/paura quando è in presenza dell'oggetto/situazione o quando si aspetta di affrontare un oggetto/situazione specifici (→ limitazioni, impatto su attività etc.)
- L'intensità dell'ansia/paura può variare in base a vicinanza allo stimolo fobico e alla possibilità o meno di allontanarsi.
- L'oggetto o la situazione vengono evitati o sopportati con intensa ansia (può diventare attacco di panico).
- L'individuo riconosce che la paura è eccessiva/irragionevole.

DISTURBI D'ANSIA

Fobia specifica

Sottotipi:

- **Tipo animali** (o insetti). Ha esordio nell'infanzia.
- **Tipo sangue-iniezioni-ferite**. Ha alta familiarità e imponente risposta vasovagale (svenimento).
- **Tipo situazionale** es. tunnel, ponti, ascensori, luoghi chiusi, volare etc. Ha esordio o nell'infanzia o verso i 25 anni.
- **Altro tipo**

DISTURBI D'ANSIA

Fobia sociale

Paura ed **evitamento** di situazioni nelle quali la persona è esposta al giudizio degli altri, per timore di apparire imbarazzata, goffa, ridicola o di agire in maniera umiliante. Riguarda situazioni sociali e prestazionali in cui è implicita una valutazione o una critica da parte altrui.

- Situazioni tipiche sono: parlare in pubblico, mangiare-bere-scrivere in pubblico, conversare con altri.
- Frequente ansia anticipatoria (es. molti giorni o settimane prima dell'evento sociale). Il soggetto va incontro a limitazioni gravi per la propria vita quotidiana.
- Le persone possono presentare forti reazioni a carico del SNA. L'arrossire è tipico della fobia sociale.

DISTURBI D'ANSIA

Fobia sociale

- Gli individui che soffrono di fobia sociale spesso sono ipersensibili alla critica o al rifiuto, scarsamente assertivi, dotati di bassa autostima o hanno sentimenti di inferiorità.



Modello cognitivo di Clark & Wells sulla fobia sociale

Percezione distorta di sé ("sono noioso", "gli altri sono migliori di me") **e degli altri** ("se mi mostro ansioso, gli altri penseranno che sono incompetente" "la gente non è tollerante con me")

+

rigide regole sociali ("non devo mostrarmi ansioso" "non si possono commettere errori").

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Disturbo caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni ricorrenti, sufficientemente gravi da far impiegare almeno 1 ora al giorno o tali da causare disagio marcato o menomazione significativa.

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

OSSESSIONI:

- **pensieri, impulsi, immagini mentali intrusive, persistenti e incontrollabili**; causano ansia o disagio marcato e interferiscono con le normali attività della vita quotidiana.
- La persona è consapevole che tali pensieri sono irrazionali e lotta attivamente per allontanarli.

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

OSSESSIONI:

- Le più frequenti sono:
 - Pensieri ripetitivi di contaminazione
 - Dubbi ripetitivi
 - Necessità di avere le cose in un certo ordine
 - Fantasie sessuali o aggressive
- La persona cerca di ignorare, sopprimere tali pensieri/impulsi o di neutralizzarli mediante altri pensieri o azioni (compulsioni)

DISTURBI D'ANSIA

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

COMPULSIONI:

- **comportamenti o operazioni mentali ingiustificate, stereotipate e ripetute, che la persona si sente costretta a mettere in atto per ridurre l'ansia connessa ad un'ossessione.**
- La persona si sforza senza successo di non emetterli.
- Compulsioni più comuni:
 - Pulizia, ordine, simmetria, anche con cerimoniali molto elaborati
 - Esecuzione di pratiche ripetitive, alle quali il soggetto attribuisce un valore magico e protettivo
 - Controllare in continuazione di avere eseguito una certa azione

Principali disturbi psicopatologici nell'adulto (DSM)

- **Disturbi d'ansia**
- **Disturbi dell'umore**
- **Disturbi somatoformi**
- **Disturbi fittizi**
- **Disturbi dissociativi**
- **Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici (D. del sonno, D. dell'alimentazione, D. sessuali)**
- **Disturbi da uso di sostanze**
- **Schizofrenia e disturbi psicotici**
- **Disturbi di personalità**

Umore/Affettività

La psicopatologia può riguardare sentimenti, emozioni e affetti, così come l'umore.

Lievi alterazioni di questi domini rappresentano un'esperienza comune nella vita di tutti, purché siano transitori, collegati ad eventi esterni e di intensità compatibile con essi. In questi casi incidono sulla vita della persona in modo marginale.

L'esperienza affettiva-emozionale è soggettiva, non è obiettivabile e misurabile. Ciò che può essere misurato e indagato è la sua espressione.

3.Umore/Affettività

Il mondo affettivo di ciascuno è caratterizzato dall'articolarsi di varie componenti:

Affetti

Sentimenti

Emozioni

Tono dell'umore:

stato basale dell'affettività che può andare da sensazioni di benessere psichico con sentimenti di gioia ed euforia a sensazioni di sofferenza, tristezza, afflizione. Ha maggiore o minore carattere di stabilità.

Umore/Affettività

In particolare: **Deflessione (depressione) o elevazione (mania)** dell'umore sono condizioni di durata ed intensità eccessiva che compromettono il funzionamento normale dell'individuo.

Vi sono altre condizioni affettive:

- **Eutimia** (*umore normale*)
- **Ipomania** (*elevazione dell'umore meno marcata della mania*)
- **Distimia** (*→ disturbo distimico; umore depresso cronico*)
- **Ciclotimia** (*→ disturbo ciclotimico, oscillazione dell'umore*)
- **Abulia** (*manca di volontà nel prendere una decisione o eseguire un'azione*)
- **Anedonia** (*incapacità di provare piacere*)
- **Apatia** (*indifferenza, assenza di motivazione*)
- **Disforia** (*alterazione dell'umore in senso depressivo, accompagnato da agitazione e irritabilità*).

DISTURBI dell'UMORE nel DSM-IV

(Sindromi affettive nell' ICD-10)

- **Disturbi depressivi**

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo distimico

- **Disturbi bipolari**

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico

DISTURBI dell'UMORE

Disturbi depressivi

- **Disturbo depressivo maggiore**

Caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi depressivi maggiori

- **Disturbo distimico**

Caratterizzato dalla presenza per almeno due anni di umore depresso quasi ogni giorno, accompagnato da altri sintomi depressivi, ma non tali da creare sofferenza e compromissione come nell'episodio depressivo maggiore.
(= disturbo depressivo cronico)

DISTURBI dell'UMORE

Episodio depressivo maggiore

La caratteristica principale è la presenza, per almeno 2 settimane, di a1) depressione dell'umore o a2) perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività.

a1)

- L'umore triste, depresso, senza speranza, scoraggiato, 'giù di corda'.
- lamentele somatiche enfatizzate (es. dolori).
- aumento della irritabilità (es. esagerato senso di frustrazione di fronte a cose di poco conto)

DISTURBI dell'UMORE

Episodio depressivo maggiore

a2) La perdita di interesse o piacere è quasi sempre presente (mancanza di divertimento, non avere voglia di fare niente, ritiro sociale, calo del desiderio sessuale).

b) Devo essere presenti almeno altri 4 elementi tra:

- L'appetito ridotto
- Insonnia
- Presenza di alterazioni psicomotorie (agitazione o rallentamento nei movimenti, nell'eloquio etc.) osservabili da altri.
- Riduzione dell'energia, astenia, estrema faticabilità (es. compiti normali richiedono grande sforzo)
- Senso di autosvalutazione e di colpa
- Compromissione della capacità di pensare, concentrarsi, prendere decisioni
- Pensieri di morte, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio

DISTURBI dell'UMORE

Episodio depressivo maggiore

c) I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

DISTURBI dell'UMORE

Eziologia dei disturbi depressivi

Esistono più cause (disturbo multifattoriale)

→ **ipotesi diatesi-stress nella depressione:**

a) Fattori di stress: eventi di perdita (anche simbolica)

b) Fattori di vulnerabilità:

- **biologica**

- ✓ fattori genetici
- ✓ disfunzione recettori serotoninergici e dopaminergici nel 'sistema cerebrale della ricompensa'
- ✓ alterazione dei sistemi cerebrali coinvolti nell'esperienza e regolazione emozionale (amigdala, DLPFC, cingolato anteriore, ippocampo)
- ✓ alterata regolazione del sistema del cortisolo (asse HPA) (reazione allo stress)

- **sociale**

- ✓ scarse abilità sociali e supporto sociale
- ✓ difficoltà di relazione interpersonale (può essere anche conseguenza della depressione)

- **cognitiva**

- ✓ suscettibilità agli stimoli negativi
- ✓ schemi di orientamento autoreferenziali
- ✓ valore di sé misurato sulle manifestazioni di affetto da parte degli altri

DISTURBI dell'UMORE

Disturbi bipolari

- Disturbo bipolare I

Caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi maniacali (o misti) e solitamente da episodi depressivi maggiori (non necessari questi ultimi per porre la diagnosi!)

- Disturbo bipolare II

Caratterizzato dalla presenza di uno o più episodi ipo-maniacali e da uno o più episodi depressivi maggiori

DISTURBI dell'UMORE

Disturbi bipolari

- Disturbo Ciclotimico

Caratterizzato da alterazione dell'umore cronica, fluttuante. Presenza, per almeno 2 anni, di numerosi episodi con sintomi maniacali (che non soddisfano i criteri per l'episodio maniacale) e da numerosi periodi con sintomi depressivi (che non soddisfano i criteri per l'episodio depressivo maggiore).

DISTURBI dell'UMORE

Episodio Maniacale

a) Periodo di almeno 1 settimana durante il quale vi è un umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso e irritabile.

b) Almeno tre dei seguenti sintomi:

- autostima ipertrofica o grandiosità
- diminuito bisogno di sonno
- maggiore loquacità del solito
- fuga delle idee (i pensieri si succedono rapidamente)
- distraibilità (l'attenzione è deviata da stimoli esterni non importanti o pertinenti)
- aumento dell'attività finalizzata, agitazione psicomotoria
- eccessivo coinvolgimento in attività ludiche con conseguenze dannose

DISTURBI dell'UMORE

Episodio Maniacale

c) Marcata compromissione del funzionamento (lavorativo, sociale, interpersonale) o ospedalizzazione per prevenire danni a sé/altri o presenza di manifestazioni psicotiche.

DISTURBI dell'UMORE

Episodio Ipomaniacale

E' meno grave di un episodio maniacale, dura almeno quattro giorni, non compromette l'attività lavorativa o sociale.

Episodio Misto

Rapide alternanze di umore, di almeno una settimana, in cui si alternano quasi ogni giorno sintomi dell'episodio depressivo maggiore e dell'episodio maniacale.

DISTURBI dell'UMORE

Trattamento dei disturbi dell'umore:

Depressione:

- **Terapia psicologica cognitiva** (es. terapia basata sulla *mindfulness*)
- **Terapia farmacologica** (antidepressivi)
- **Terapia elettroconvulsivante** (nei casi di depressione resistente ai farmaci)

Disturbo Bipolare:

- **Psicoeducazione** → riconoscimento sintomi prodromici
- **Terapia farmacologica** (stabilizzatori dell'umore es. litio)

Principali disturbi psicopatologici nell'adulto

- Disturbi d'ansia
- Disturbi dell'umore
- Disturbi somatoformi
- Disturbi fittizi
- Disturbi dissociativi
- **Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici (D. del sonno, D. dell'alimentazione, D. sessuali)**
- Disturbi da uso di sostanze
- Schizofrenia e disturbi psicotici
- Disturbi di personalità

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE nel DSM-IV

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- **Disturbi dell'alimentazione NAS**
(es. *Disturbo da alimentazione incontrollata*)

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Caratteristiche generali

Sono disturbi caratterizzati dalla presenza di grossolane anomalie del comportamento alimentare, accompagnati da una alterazione della percezione del proprio peso corporeo e dell'immagine corporea.

Sebbene siano spesso sottovalutati da coloro che ne soffrono, tali disturbi, o almeno le forme più gravi, possono portare a gravi conseguenze sulla salute fisica dell'individuo (nei casi estremi anche alla morte).

Spesso sono caratterizzati da mancanza di consapevolezza della gravità della malattia, pertanto è necessario il coinvolgimento della famiglia (es. per raccogliere informazioni attendibili).

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Epidemiologia

- Prevalenza: 0.5-1% (anoressia), 1-2% (bulimia)
- Esordio in adolescenza (90% femmine)
(con due picchi: 14 e 18 anni)
- Comorbilità con:
depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, fobie,
disturbo di panico, alcolismo, disturbi di personalità,
turbe della sessualità.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Anoressia nervosa

anoressia → “*perdita dell'appetito*” (termine improprio in quanto quasi tutti soggetti anoressici non perdono l'appetito!)

nervosa → motivazione emozionale del disturbo

Disturbo caratterizzato da:

Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (Body Mass Index BMI= $\text{kg}/\text{m}^2 < 17,5$ oppure peso $< 85\%$ di quello atteso).

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Anoressia nervosa

Perdita di peso auto-indotta con:

- a) **restrizioni** (evitamento del cibo, dapprima quelli ipercalorici fino a mangiare poche categorie di cibi)
- b) **condotte di eliminazione** (vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi, enteroclistmi). Possono infatti essere presenti episodi di **abbuffate**.
- c) **esercizio fisico eccessivo**
- d) **uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici**

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Anoressia nervosa – Indice di massa corporea

TABELLA 11.3 Valutazione dell'indice di massa corporea (IMC o BMI).

| PESO | lb | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | 145 | 150 | 155 | 160 | 165 | 170 | 175 | 180 | 185 | 190 | 195 | 200 | 205 | 210 | 215 |
|---------------|-------|-----------|------|------|--------------|------|------|------|------|------------|------|------|------|-------|------|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | kg | 45,5 | 47,7 | 50,0 | 52,3 | 54,5 | 56,8 | 59,1 | 61,4 | 63,6 | 65,9 | 68,2 | 70,5 | 72,7 | 75,0 | 77,3 | 79,5 | 81,8 | 84,1 | 86,4 | 88,6 | 90,9 | 93,2 | 95,5 | 97,7 |
| ALT. | in/cm | Sottopeso | | | Peso normale | | | | | Sovrappeso | | | | Obeso | | | Estremamente obeso | | | | | | | | |
| 5'0" - 152,4 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
| 5'1" - 154,9 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | |
| 5'2" - 157,4 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | |
| 5'3" - 160,0 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| 5'4" - 162,5 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | |
| 5'5" - 165,1 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 35 | 35 | |
| 5'6" - 167,6 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 34 | 34 | 34 | |
| 5'7" - 170,1 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 33 | |
| 5'8" - 172,7 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 32 | |
| 5'9" - 175,2 | 14 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | |
| 5'10" - 177,8 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | 30 | |
| 5'11" - 180,3 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 28 | 28 | 29 | 30 | |
| 6'0" - 182,8 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | 29 | |
| 6'1" - 185,4 | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 27 | 28 | |
| 6'2" - 187,9 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 27 | 27 | |
| 6'3" - 190,5 | 12 | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 | 16 | 16 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 21 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 26 | |
| 6'4" - 193,0 | 12 | 12 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 17 | 17 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 | 21 | 22 | 22 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | |

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Anoressia nervosa

Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi.
Spesso la preoccupazione aumenta parallelamente alla perdita reale di peso.

Alterazione del modo con cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo. Alcuni ritengono grasso il corpo nella sua totalità, altri percepiscono come troppo grosse alcune parti del corpo (es. cosce, addome, glutei). Possono pesarsi o controllarsi allo specchio di continuo.

I livelli di autostima sono fortemente influenzati dal peso o dalla forma corporea. La perdita di peso è considerata una straordinaria conquista e un segno di ferrea autodisciplina, mentre l'aumento viene vissuto come una perdita inaccettabile della capacità di controllo.

Eating Disorder Inventory

TABELLA 11.2 Sottoscale e item esemplificativi tratti dall'Eating Disorders Inventory.

| | |
|--------------------------------------|--|
| Pulsione verso la magrezza | Penso continuamente alla dieta Mi sento estremamente in colpa dopo aver mangiato troppo Sono ossessionata/o dal desiderio di essere più magra/o |
| Bulimia | Mi ingozzo di cibo Mi sono ritrovata/o ad abbuffarmi al punto da temere di non riuscire a fermarmi Cerco di vomitare per perdere peso |
| Insoddisfazione per il proprio corpo | Penso di avere le cosce troppo grosse Penso di avere i glutei troppo grossi Penso di avere i fianchi troppo larghi |
| Inadeguatezza | Mi sento inadeguata/o Ho una mediocre opinione di me stessa/o Mi sento vuota/o dentro (emozionalmente) |
| Perfezionismo | La mia famiglia accetta solo prestazioni eccellenti Da bambina/o cercavo di non deludere i miei genitori e i miei insegnanti Detesto non essere la/il migliore |
| Stiducia interpersonale | Trovo difficile palesare agli altri le mie emozioni Ho bisogno di tenere gli altri a una certa distanza (mi sento a disagio se qualcuno cerca un contatto troppo personale) |
| Consapevolezza enterocettiva | Mi sento confusa/o e non so quale emozione sto provando Non so cosa stia capitando dentro di me Mi sento confusa/o e non so se ho fame oppure no |
| Paura della maturità | Vorrei ritornare alla sicurezza dell'infanzia Credo che le persone siano più felici da piccole Essere adulti è troppo faticoso |

Nota. Le risposte utilizzano una scala a sei punti che va da «sempre» a «mai».
Fonte: tratto da Garner et al. (1983).

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Anoressia nervosa

Assenza di 3 cicli mestruali consecutivi.

Dovuta a disfunzione endocrina diffusa dell'asse ipotalamo-ipofisogonadi a seguito della denutrizione.

Nell'anoressia possono essere presenti reperti anomali di laboratorio, fra cui:

- Ematici (es. anemia)
- Biochimici (es. alterazione livelli sodio e potassio)
- ECG (bradicardia sinusale, aritmie)
- EEG (anomalie diffuse connesse ad encefalopatia metabolica)
- Metabolismo basale ridotto

Ma anche:

Stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, letargia, ipotensione, lanugo, secchezza della cute, perdita di capelli etc.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Bulimia nervosa

Bulimia = “fame da bue” (quantità e non qualità del cibo)

Disturbo caratterizzato da:

Iperalimentazione (abbuffate), irresistibile desiderio del cibo.

Le **abbuffate** sono definite come:

- Mangiare una quantità di cibo significativamente maggiore a quello che le altre persone mangerebbero nello stesso tempo e in circostanze simili.
- Sensazione di perdita di controllo durante l'episodio (es. di non riuscire a smettere di mangiare); stato di trance/derealizzazione.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Bulimia nervosa

Le abbuffate generalmente avvengono in solitudine e in segreto. Di solito vengono precipitate da stati di umore disforico, condizioni interpersonali di stress, intensa fame a seguito di restrizione dietetica.

Dopo l'abbuffata: sensazione di disagio, disgusto e paura di ingrassare.

Condotte compensatorie agli eccessi bulimici: (a) *restrizioni*; b) *condotte di eliminazione*; c) esercizio fisico eccessivo; d) uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici).

Abbuffate e condotte si verificano in media almeno due volte a settimana per minimo 3 mesi.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Bulimia nervosa

Distorsioni dell'immagine corporea (percezione alterata del proprio corpo) e autostima dipendente da forma e peso corporei.

Inoltre:

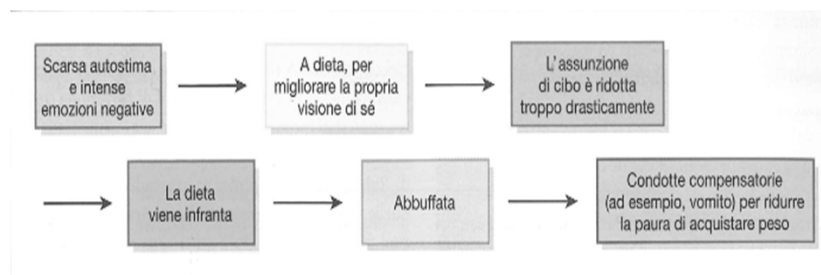
Effetti collaterali fisici (es. alterazioni elettrolitiche; vomito → lesioni a carico del tessuto dello stomaco e della gola, perdita dello smalto dentale, ingrossamento delle ghiandole salivari, escoriazione delle mani).

Nelle persone con bulimia nervosa, il BMI è generalmente nella norma.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Bulimia nervosa

Schema proposto per l'insorgere della bulimia



Tratto da Kring, Davison, Neale, Johnson, **Psicologia Clinica**

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Disturbi dell'alimentazione NAS

Disturbi che non soddisfano tutti i criteri per l'anoressia o la bulimia nervosa.

Tra questi: **Disturbo da alimentazione incontrollata**

= ingestione di grandi quantità di cibo senza adottare condotte di eliminazione tipiche della bulimia e senza il calo di peso che caratterizza l'anoressia.

Spesso le persone che soffrono di questo disturbo sono obese.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Eziologia

- **fattori biologici** (genetica; oppiacei endogeni, serotonina → sazietà; mancanza di consapevolezza enterocettiva: "mi sento confusa e non so se ho fame o no").
- **variabili socioculturali** (disturbo tipico dei paesi industrializzati)
Essere magri è socialmente desiderabile = maggiore attrattiva personale e sociale, maggiore capacità di autodisciplina, maggiori benefici per la salute. Diete e perdita di peso vengono rinforzate dai media.
- **fattori familiari e relazionali**: relazione madre-figlia conflittuale; dinamica familiare (Minuchin et al., 1975): fusionalità, iperprotettività, rigidità, conflitti non risolti (famiglie invischiate).

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Eziologia

- **caratteristiche di personalità:**

Anoressia: remissione, inibizione, perfezionismo (Leon et al., 1995 - studio prospettico).

Bulimia: impulsività/mancanza di autocontrollo, instabilità affettiva, comportamenti istrionici (*Vitousek e Manke, 1994*)

- Entrambi presentano elevati livelli di nevroticismo e ansia e scarsa autostima al test MMPI.
- L'insicurezza circa la performance in una vasta gamma di situazioni porta la persona a valutare sé stessa e il proprio valore in termini di forma e peso corporei. Ciò avviene in quanto l'aspetto esteriore, e il peso corporeo in particolare, appaiono come più controllabili di molti altri aspetti della vita.
- Difficoltà ad identificare i propri stati interiori (*Bruch, 1982*)

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Eziologia

- **fattori cognitivo-comportamentali:**

- schemi cognitivi disadattivi (es. preoccupazione per il corpo e l'immagine);
- sensibilità alla critica circa il proprio aspetto corporeo (da parte dei pari o della famiglia);
- i comportamenti alimentari alterati sono rinforzati dalla riduzione dell'ansia nei confronti della possibilità di ingrassare etc.

DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione

E' necessario un **approccio integrato** che includa la psicoterapia individuale e familiare (in particolare per l'anoressia), counselling nutrizionale con strategie di rinforzo dell'incremento ponderale, utilizzo di psicofarmaci (antidepressivi), ospedalizzazione per ridurre le complicanze mediche dell' estrema denutrizione (nell'anoressia).