



Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Informazioni generali

Scaletta

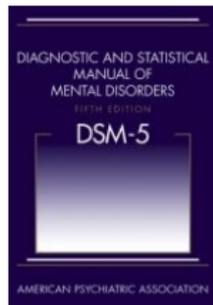
- Classificazione DSM-5
- Caratteristiche cliniche
- Diagnosi differenziale
- Distribuzione
- Decorso
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

Scaletta

- **Classificazione DSM-5**
- Il problema dei DA-NAS
- Revisione proposta per il DSM V
- Caratteristiche cliniche
- Diagnosi differenziale
- Distribuzione
- Decorso
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

DSM-5

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione



Definizione

- I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un **persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti connessi all'alimentazione** che determinano un **alterato consumo o assorbimento di cibo** e che **danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale di chi ne è affetto.**

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DSM-5)

1. Anoressia nervosa
2. Bulimia nervosa
3. Disturbo da alimentazione incontrollata
4. Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
5. Pica
6. Disturbo di ruminazione
7. Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati
8. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

PICA

► I criteri diagnostici DSM-5 sono i seguenti:

- Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, per un periodo di almeno 1 mese.
- L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

DISTURBO DELLA RUMINAZIONE

► I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo di ruminazione sono i seguenti:

- Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
- Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da bingeeating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

► I criteri diagnostici DSM-5 :

- Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
 - Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
 - Significativo deficit nutrizionale.
 - Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
 - Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

- Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita.
- Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
- Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Anoressia nervosa

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce ad 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.

(F50.01) **Tipo restrittivo**: Durante gli ultimi 3 mesi, **l'individuo non ha avuto ricorrenti abbuffate o condotte purgative** (cioè, vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclistmi). 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.

(F50.01) **Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione**: Durante gli ultimi 3 mesi, **l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte purgative** (cioè, vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Anoressia nervosa

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni sono stati precedentemente soddisfatti, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura d'ingrassare o comportamento che interferisce con l'aumento di peso) o il Criterio C (disturbi nell'auto-percezione del peso e della forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- **Lieve:** Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²
- **Moderato:** Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²
- **Grave:** Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²
- **Estremo:** Indice di massa corporea < 15 kg/m²

EPIDEMIOLOGIA ANORESSIA

- ▶ Prevalenza: studi condotti su giovani donne nella tarda fase adolescenziale o nella giovane età adulta hanno riscontrato una prevalenza dello 0,5-1% di casi che soddisfano appieno i criteri per l'Anoressia Nervosa.
- ▶ • Esordio: l'età media di insorgenza dell'Anoressia Nervosa è di 17 anni, con dati che suggeriscono una distribuzione bimodale con due picchi, a 14 e 18 anni. Il disturbo si presenta raramente in donne oltre i 40 anni

PROGNOSI

- ▶ • La malattia recidiva o cronicizza in quasi il 70% dei casi.
- ▶ • Esistono dei fattori prognostici sfavorevoli:
grave distorsione dell'immagine corporea,
mancanza di critica di malattia,
presenza di altri disturbi psichiatrici e organici.

Bulimia nervosa

307.51 (F50.2)

- A. Ricorrenti abbuffate.** Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due 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 (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie** per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, uso improprio 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 alla settimana per 3 mesi**.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.**
- E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.**

Bulimia nervosa

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni per la bulimia nervosa sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri non sono stati soddisfatti per un periodo prolungato di tempo.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni per la bulimia nervosa sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- **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.

EPIDEMIOLOGIA BULIMIA NERVOSA

- ▶ Prevalenza: tra i soggetti adolescenti e giovani adulti di sesso femminile è di circa l'1-3%. Il tasso di presentazione nel sesso maschile è circa un decimo rispetto a quello nel sesso femminile.
- ▶ • Decorso: può essere cronico od intermittente con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate

MORTALITA' In ANORESSIA E BULIMIA

- ▶ • La mortalità è in entrambe le forme superiore al 3%, le principali cause di morte:
 - emaciazione e defedamento da inedia (forme restrittive)
 - arresto cardiaco da alterazione dell'equilibrio elettrolitico (vomito)
conseguenze patologiche di diete troppo rapide e/o squilibrate
 - suicidio, per la concomitante depressione, dovuta alla difficoltà ad affrontare i conflitti con l'ambiente ed a dare un senso alla propria vita.

Disturbo da alimentazione incontrollata

- A. **Ricorrenti abbuffate.** Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio, un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare 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 alla settimana per 3 mesi**.
- E. Le abbuffate **non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie** inappropriato come nella bulimia nervosa e **non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa**.

Disturbo da alimentazione incontrollata

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni per il disturbo da alimentazione incontrollata sono stati precedentemente soddisfatti, le abbuffate si verificano a una frequenza media inferiore a un episodio la settimana per un periodo prolungato di tempo.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni per il disturbo da alimentazione incontrollata, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- **Lieve:** 1-3 abbuffate per settimana.
- **Moderato:** 4-7 abbuffate per settimana.
- **Grave:** 8-13 abbuffate per settimana.
- **Estremo:** 14 o più abbuffate per settimana

Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati

- Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
- La categoria altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati è usata in situazioni in cui **il clinico sceglie di comunicare** le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo è fatto registrando "altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati" seguito dalla ragione specifica (per es., "bulimia nervosa di bassa frequenza")

Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati

1. **Anoressia nervosa atipica:** sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, eccetto che nonostante la perdita di peso significativa, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra dell'intervallo normale.
2. **Bulimia nervosa (di bassa frequenza e/o durata limitata):** sono soddisfatti tutti criteri per la bulimia nervosa, eccetto che le abbuffate e i comportamenti compensatori inappropriati, si verificano, in media, meno di una volta la settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. **Disturbo da alimentazione incontrollata (di bassa frequenza e/o durata limitata):** sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da alimentazione incontrollata, eccetto che le abbuffate si verificano, in media, meno di una volta la settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. **Disturbo purgativo:** comportamenti ricorrenti purgativi per influenzare il peso o la forma del corpo (per es., vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o enterclismi, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
5. **Sindrome da alimentazione notturna:** ricorrenti episodi di alimentazione notturna, come manifestato dal mangiare dopo essersi svegliati dal sonno o da eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. C'è la consapevolezza e il ricordo di quello che si è mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come cambiamenti del ciclo individuale sonno-veglia o da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa disagio significativo e/o danneggiamento del funzionamento. La modalità disturbata dell'alimentazione non è meglio spiegata dal disturbo da alimentazione incontrollata o da altro disturbo mentale, incluso l'abuso di sostanze, e non è attribuibile a un altro disturbo medico o all'effetto di un farmaco.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

- Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causa un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
- La categoria dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, incluso una presentazione in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).

FATTORI BIOLOGICI

- ▶ • Studi familiari di più generazioni e sui gemelli hanno dimostrato che i DCA si manifestano con più probabilità nella famiglia di una persona affetta, soprattutto se si tratta della madre
- ▶ • presunta anomalia funzionale di una porzione ipotalamica deputata al controllo della fame e della sazietà, dell'attività sessuale e del ciclo mestruale. Le ricerche non hanno però ancora dimostrato l'esistenza di specifiche anomalie neurologiche e neuroendocrine in questi pazienti
- ▶ • ridotta funzionalità del sistema della serotonina e della noradrenalina a livello cerebrale e le modificazioni della colecistochinina e della leptina a livello periferico

Scaletta

- Classificazione DSM-5
- **Caratteristiche cliniche**
- Diagnosi differenziale
- Distribuzione
- Decorso
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

Caratteristiche cliniche

- Psicopatologia specifica
- Psicopatologia generale
- Personalità

	AN	BN	DANAS
Psicopatologia specifica			
Eccessiva valutazione dell'alimentazione, peso e forma del corpo	+++	+++	++
Preoccupazioni per alimentazione, peso e forma del corpo	+++	+++	++
Dieta estrema e rigida	+++	++	++
Episodi bulimici	+	+++	++
Vomito auto-indotto	+	++	+
Uso improprio di lassativi	+	++	+
Uso improprio di diuretici	+	+	+
Esercizio fisico eccessivo e compulsivo	+++	++	+
Check dell'alimentazione	+++	+	+
Check del corpo	+++	+++	++
Evitare l'esposizione del corpo	+	++	++
Sensazione di essere grassi	+++	+++	+++
Basso peso e sindrome da malnutrizione	+++	-	+

	AN	BN
Psicopatologia generale		
Sintomi depressivi	++	+++
Sintomi di ansia	+	++
Sintomi ossessivi	+++	+
Deficit di concentrazione	+++	++
Isolamento sociale	+++	+
Abuso di sostanze	-/+	+
Personalità		
Valutazione negativa di sè	++	++
Perfezionismo	+++	++
Impulsività	-/+	+

Disturbi dell'alimentazione nei maschi

- **Criteri diagnostici**
 - Gli stessi (manca l'amenorrea)
- **Caratteristiche cliniche**
 - Simili
 - Prevalenza più elevata di comorbidità per **depressione** e uso **improprio di sostanze**
 - Complicazioni ossee peggiori?
- **Distribuzione**
 - AN - 10% - 20% dei casi; BN – non comune nei maschi

Disturbi dell'alimentazione nei maschi

- **Eziologia**
 - Minore pressione ad essere magri
 - Aumentata prevalenza di **orientamento omosessuale** (circa 20%)
 - Elevata prevalenza di **obesità premorbose** (50%)
- **Trattamento ed outcome**
 - Lo stesso
- **Dismorfia muscolare (“anorexia reverse”)**

Scaletta

- Classificazione DSM-5
- Caratteristiche cliniche
- **Diagnosi differenziale**
- Distribuzione
- Decorso
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

Diagnosi differenziale dell'anoressia nervosa

- Iperitiroidismo
- Malattia di Addison
- Diabete mellito
- Tumori maligni (linfoma, cancro dello stomaco)
- Infezioni croniche (TBC, AIDS, malattie fungine)
- Lesioni o tumori ipotalamici; tumori diencefalici
- Meningioma della colonna spinale
- Fibrosi cistica
- Sindrome dell'arteria mesenterica superiore
- Sindrome da malassorbimento
- Malattie infiammatorie intestinali (M di Chron, colite ulcerosa)
- Infezioni parassitarie intestinali
- Pancreatite cronica
- Malattia di Simmonds (insufficienza ipofisaria anteriore)
- Sindrome di Sheehan
- Disturbi psichiatrici associati a perdita di peso

Forme di perdita di peso di natura psichiatrica

- Depressione con perdita di appetito
- Stati deliranti paranoici (evitamento del cibo per paura di essere avvelenati)
- Vomito isterico
- Globo isterico (sensazione erronea di qualcosa che ostruisce l'esofago)

Diagnosi differenziale della bulimia nervosa

- Sclerodermia o altri disturbi del tessuto connettivo con coinvolgimento GI (e anomalia della motilità intestinale)
- Acalasia esofagea
- Malattie infiammatorie dell'intestino
- Ulcera peptica
- Infezioni parassitarie intestinali
- Pancreatite cronica
- Lesioni o tumori ipotalamici
- Diverticolo di Zenker

Scaletta

- Classificazione DSM-5
- Caratteristiche cliniche
- Diagnosi differenziale
- **Distribuzione**
- Decorso
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

Distribuzione dei disturbi dell'alimentazione

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Distribuzione mondiale	Società occidentali in modo predominante	Società occidentali in modo predominante
Origine etnica	Principalmente razza bianca	Principalmente razza bianca
Età	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
Sesso	90% femmine	Femmine in modo predominante (proporzione incerta)

Anoressia nervosa

- Incidenza
 - 5 - 5,4 casi per 100.000 abitanti per anno (stabile dal 1970)
 - Donne: picco d'incidenza tra 15-19 anni: 270 per 100,000 abitanti per anno
 - Uomini: picco d'incidenza tra 10-24 anni: 15,7 per 100,000 abitanti per anno
- Prevalenza lifetime
 - Donne: da 0,5% a 3,7% della popolazione femminile
 - Uomini: da 0,24% a 0,3%

Bulimia nervosa

- Incidenza
 - 6,1 – 6,6 casi per 100.000 abitanti per anno (declinata dalla fine del 1980)
 - Donne: picco d'incidenza tra 16-20 anni: 200 per 100,000 abitanti per anno
- Prevalenza lifetime
 - Donne: da 1,1% a 4,2% nella popolazione femminile

Disturbo da alimentazione incontrollata

- Prevalenza lifetime nella comunità: **3%**
- Età più avanzata d'insorgenza dell'AN e della BN
- Presente in **7-12%** delle persone che richiedono un trattamento per obesità
- $\frac{1}{4}$ sono **maschi**
- Frequente nella **razza nera**
- I pazienti richiedono il trattamento attorno ai 40 anni

Scaletta

- Classificazione DSM-5
- Caratteristiche cliniche
- Diagnosi differenziale
- Distribuzione
- **Decorso**
- Patogenesi
- Aree danneggiate
- Trattamento

Decorso anoressia nervosa

I disturbi alimentari sono negli Stati Uniti **la prima causa di morte per malattia mentale** (Istituto Superiore di Sanità) Tuttavia, se la diagnosi è precoce e il trattamento intensivo e completo sotto il profilo medico e psichiatrico, gli anoressici e i bulimici hanno buone probabilità di recupero.

Secondo la American Psychiatric Association (APA), solo una **bassa** percentuale di pz con A **guarisce completamente**, ma nella maggior parte dei casi si ottengono comunque buoni risultati. Frequentemente permangono nei pazienti sintomi ossessivo-compulsivi, fobie e abuso di sostanze. **I due terzi** dei pz con A continuano infatti ad avere problemi di relazione con il cibo e il peso corporeo e il **40 per cento** circa manifesta sintomi di bulimia. Tuttavia, il rapporto e le Guidelines pubblicate nel 2000 dalla APA indicano che più del **44 per cento** dei pazienti trattati ha dato buoni risultati, con recupero del 15 per cento del peso corporeo mancante e con la regolarizzazione del ciclo mestruale. In generale, il **trattamento è tanto più effettivo quanto più è giovane il paziente che lo inizia. il tempo di recupero è molto lungo, dai 57 ai 79 mesi.**

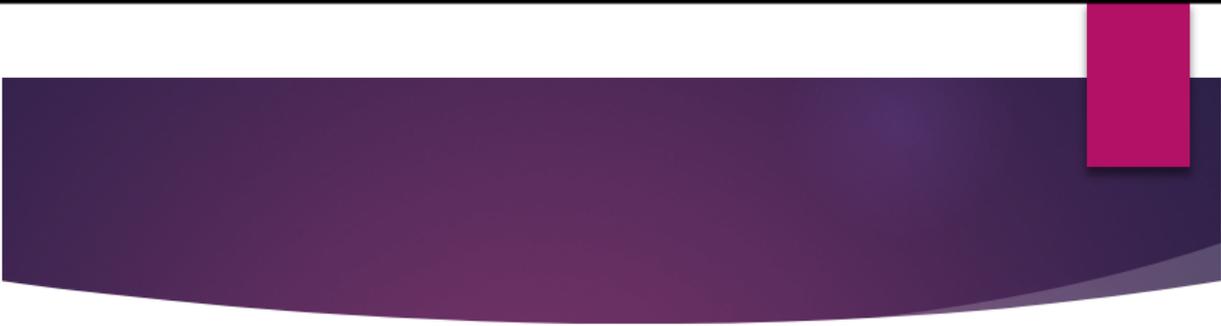
Decorso dell'anorexia nervosa

- Esordio a 14-16 anni con una dieta ferrea
- In alcuni casi è di breve durata ed auto-limitata e richiede un breve intervento (soprattutto nei più giovani con una malattia di breve durata)
- In altri casi il disturbo diventa stabile e richiede un trattamento intensivo
- Nel 10-20% dei soggetti il disturbo è intrattabile e diventa cronico
- Alcune caratteristiche residue sono comuni, particolarmente l'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo
- Le abbuffate si sviluppano frequentemente e in circa la metà dei casi c'è un passaggio verso la bulimia nervosa

- 
- **Fattori prognostici positivi**
 - Età precoce d'insorgenza
 - Breve durata di malattia
 - **Fattori prognostici negativi**
 - Lunga durata di malattia
 - Severa perdita di peso
 - Abbuffate e vomito
 - **Tasso grezzo di mortalità: 5,6 per 1000 abitanti/anno che raggiunge il 20 % in pz malati da piu' di 20 anni**
 - **Tasso standardizzato di mortalità: 5,86 (25% suicidio)**

Decorso della bulimia nervosa

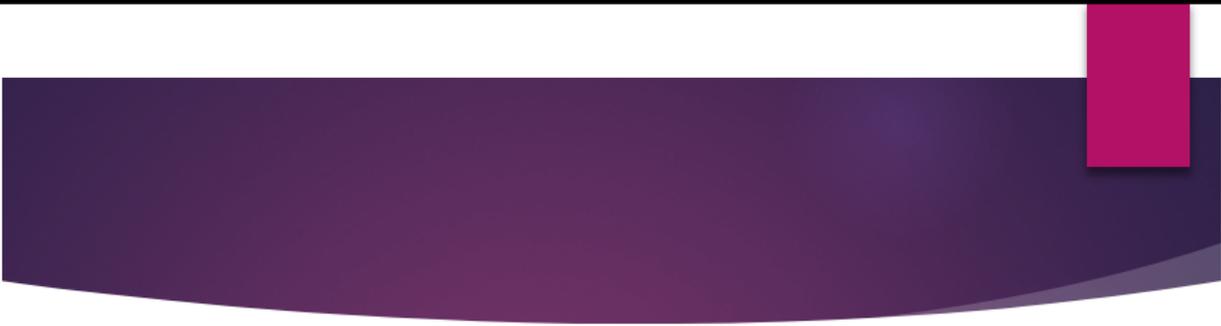
- Esordio un po' più tardivo rispetto all'anoressia nervosa
- Inizia in genere come l'anoressia nervosa (con una dieta ferrea) - in 1/4 dei casi ha un esordio come anoressia nervosa, ma in un tempo più o meno lungo si verificano delle abbuffate che interrompono la dieta facendo sì che il peso rimanga nell'intervallo della normalità
- Il disturbo è auto-perpetuante.
 - La durata alla presentazione è di 5 anni e 5-10 anni più tardi 1/3 - 1/2 hanno ancora un disturbo dell'alimentazione (a volte nella forma atipica)

- 
- Il tasso di remissione dalla BN è basso a a breve termine (**27–28% a 1 anno**) e migliora con l'aumentato della durata del follow-up (superiore al **70% a 10 anni**)

Keel & Brown,
2010

- Circa il 23% ha un decorso cronico protratto. Il crossover verso l'AN è raro, ma verso i DA-NAS e il BED è stato descritto nel 20% dei casi

Steinhausen & Weber, 2009

- 
- Non sono stati identificati predittori di esito
 - Alcune evidenze sembrano indicare che una prognosi peggiore si verifica in chi ha
 - Obesità nell'infanzia
 - Bassa autostima
 - Disturbi di personalità
 - Tasso grezzo di mortalità: 1,7 per 1000 abitanti/anno
 - Tasso standardizzato di mortalità: 1,9 (suicidio 23%)

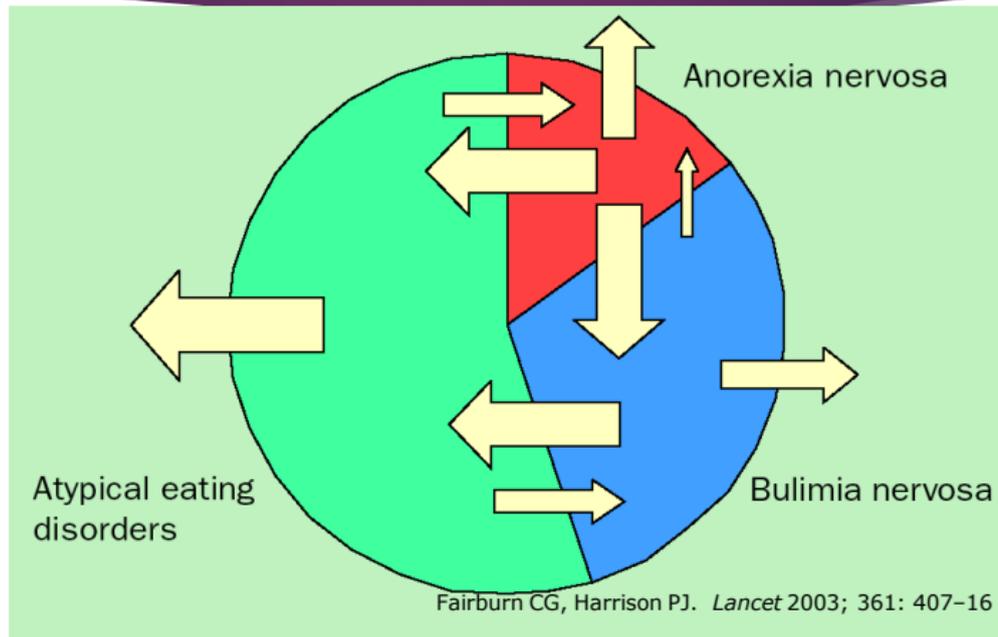
Decorso bulimia nervosa

La APA indica un tasso di successo dei pazienti trattati del 50–70 per cento nel breve periodo, e del 30-50 per cento nel lungo termine

Decorso del disturbo da alimentazione incontrollata

- Gli episodi bulimici aumentano di frequenza nei periodi di stress, ma sono presenti lunghi periodi liberi dalle abbuffate
Fairburn & Harrison, 2003
- Il tasso di remissione a 4 anni è dell'**82%**
Agras et al, 2009
- Nei pazienti che non guariscono la migrazione verso l'AN e la BN è rara
Keel & Brown, 2010

Movimento temporale tra i disturbi dell'alimentazione





SVIZZERA: nel 2010 è stato svolto uno studio intervistando un campione rappresentativo di più di 10'000 residenti in Svizzera tra i 15 e i 60 anni nelle 3 regioni linguistiche, questi i risultati:

il 3.5% dei residenti in Svizzera avrebbe sofferto in un qualsiasi momento della sua vita di uno di questi disturbi.

La prevalenza per l'anoressia è dello 0.7% con un'importante differenza tra uomini e donne: se lo 0.2% degli uomini ha sofferto di questo disturbo durante la sua vita, l'1.9% delle donne ha avuto questo disturbo.

L'età media dell'esordio di questi disturbi va dai 17 ai 23 anni: $\frac{3}{4}$ dei casi di anoressia comincia prima dei 20 anni, contro il 13% nella bulimia e il 20% nel binge eating disorder.



In generale le donne cercano più frequentemente degli uomini un aiuto professionale.

Alcuni articoli (33) indicavano la prevalenza vita dei disturbi del comportamento alimentare:

La prevalenza vita stimata per i disturbi del comportamento alimentare è stata di 8.4% per le donne e del 2.2% per gli uomini.

Altri articoli (73) indicavano la prevalenza puntuale dei disturbi del comportamento alimentare (cioè la percentuale di persone che al momento dello studio soffrono di quel disturbo)

La prevalenza puntuale per i disturbi del comportamento alimentare è stata stimata di 5.7% per le donne e del 2.2% per gli uomini.



Età:

Negli studi in cui i due gruppi sono distinti, la prevalenza puntuale di disturbi del comportamento alimentare risulta essere di 8.8% negli adulti e 5.7% negli adolescenti.

Evoluzione nel tempo:

la prevalenza puntuale dei disturbi del comportamento alimentare sembra essere aumentata nel tempo. Essa è passata da una prevalenza puntuale media di 3.5% nel periodo tra il 2000-2006, al 4.9% dal 2007 -2012 al 7.8% dal 2013-2018.

Situazione nei diversi continenti:

la prevalenza puntuale dei disturbi del comportamento alimentare sarebbe di 4.6% in America, 3.5% in Asia e 2.2% in Europa.

Età	Nuovi casi N=71		Casi in corso N=99		TOTALE N=170	
Meno di 18 anni	11	15.5%	-	-	11	6.5%
18-25 anni	22	31.0%	28	28.3%	50	29.4%
26-35 anni	8	11.3%	12	12.1%	20	11.8%
36-45 anni	15	21.1%	19	19.2%	34	20.0%
46-55 anni	9	12.7%	20	20.2%	29	17.1%
56-65 anni	5	7.0%	19	19.2%	24	14.1%
Più di 65 anni	1	1.4%	1	1.0%	2	1.2%
Sesso						
Uomini	8	11.3%	12	12.1%	20	11.8%
donne	63	88.7%	87	87.9%	150	88.2%
Diagnosi						
Anoressia nervosa (F50.0 F50.1)	22	31.0%	19	19.2%	41	24.1%
Bulimia nervosa (F50.2 F50.3)	9	12.7%	12	12.1%	21	12.4%
Iperalimentazione (F50.4)	27	38.0%	38	38.4%	65	38.2%
Altre sindromi (F50.8 F50.9)	6	8.5%	18	18.2%	24	14.1%
Altro (compreso Z00.4)	7	9.9%	12	12.1%	19	11.2%