

I T E M S

I T E M I D E L L A N U T R I Z I O N E



# Anoressia nervosa

Dalle origini alla terapia

A cura di

Michele O. Carruba

*Professore Ordinario di Farmacologia – Dipartimento di Scienze Precliniche  
LITA Vialba, Ospedale "L. Sacco" – Università degli Studi di Milano  
Presidente Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione*

Con la collaborazione di

Arianna Banderali, Giovanni Caputo,  
Francesco Cavagnini, Hellas Cena, Massimo Cuzzolaro,  
Angela Favaro, Enzo Nisoli, Gabriella Redaelli,  
Gabriella Ripa di Meana, Paolo Santonastaso

DANONE

ISTITUTO DANONE

## MOTIVAZIONI E OBIETTIVI

**D**anone è una società multinazionale operante nel settore alimentare. La sua “mission” istituzionale è quella di migliorare l'alimentazione umana, sia con prodotti di alta qualità ed elevato valore nutrizionale, sia con iniziative di ricerca e di divulgazione scientifica. In quest'ottica ha deciso di destinare risorse alla ricerca e alla cultura della nutrizione, dando vita all'Istituto Danone.

---

### L'ISTITUTO DANONE SI PREFIGGE DI:

- Incoraggiare la ricerca scientifica sul rapporto tra alimentazione e salute
- Promuovere una corretta educazione alimentare
- Diffondere i risultati della ricerca nutrizionale presso gli operatori della salute e dell'educazione alimentare
- Costituire un anello di giunzione tra il mondo scientifico e gli operatori della salute e dell'educazione alimentare

### GLI OBIETTIVI DELL'ISTITUTO DANONE SONO QUINDI DUE:

- Conoscere** – attraverso la promozione di ricerche, proprie o di terzi, nel settore nutrizionale
- Far conoscere** – attraverso attività editoriali e congressuali mirate a diffondere la cultura della nutrizione

---

Per adempiere a questa missione, l'Istituto Danone si avvale di un Comitato Scientifico che rappresenta l'elemento propositivo, la fonte delle conoscenze ed il garante della scientificità di tutte le attività dell'Istituto stesso. A far parte di questo Comitato sono stati chiamati, tra i massimi esperti nazionali dei vari settori della nutrizione umana, i professori Marcello Giovannini (Presidente), Ermanno Lanzola e Carlo Vergani (Vicepresidenti), Vittorio Bottazzi, Michele O. Carruba, Alberto Notarbartolo, Gianfranco Piva, Pierpaolo Resmini e Enrica Riva.

## Anoressia nervosa Dalle origini alla terapia

A cura di

**Michele O. Carruba**

*Professore Ordinario di Farmacologia – Dipartimento di Scienze Precliniche  
LITA Vialba, Ospedale “L. Sacco” – Università degli Studi di Milano  
Presidente Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell’Alimentazione*

Con la collaborazione di

**Arianna Banderali**

*Specialista in Scienza dell’Alimentazione, Psicoterapeuta  
Segretario Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell’Alimentazione  
Presidente Associazione Italiana Disturbi dell’Alimentazione e del Peso*

**Giovanni Caputo**

*Segretario Scientifico della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi  
del Comportamento Alimentare, Responsabile del Centro Ambulatoriale  
per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare  
della ASL Roma B – Ospedale “S. Pertini” di Roma*

**Francesco Cavagnini**

*Professore Ordinario di Endocrinologia – Università degli Studi di Milano*

**Hellas Cena**

*Ricercatore presso il Centro Ricerche sulla Nutrizione Umana e la Dietetica  
Università degli Studi di Pavia*

**Massimo Cuzzolaro**

*Presidente della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare  
Responsabile del Centro Ambulatoriale per i Disturbi del Comportamento Alimentare  
del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell’Età Evolutiva  
Università “La Sapienza” di Roma*

**Angela Favaro**

*Ricercatore in Scienze Psichiatriche – Dipartimento di Scienze Neurologiche  
e Psichiatriche – Università degli Studi di Padova  
Dirigente di I Livello – Azienda Ospedaliera di Padova*

**Enzo Nisoli**

*Ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Precliniche  
LITA, Ospedale “L. Sacco” – Università degli Studi di Milano*

**Gabriella Redaelli**

*Dirigente I Livello Divisione di Endocrinologia e Malattie Metaboliche  
Ospedale “San Luca” IRCCS, Milano – Istituto Auxologico Italiano*

**Gabriella Ripa di Meana**

*Membro del Consiglio Scientifico della “Fondation Européenne pour la Psychanalyse”  
Psicanalista – Roma*

**Paolo Santonastaso**

*Professore Associato di Psichiatria – Dipartimento di Scienze Neurologiche  
e Psichiatriche – Università degli Studi di Padova*

---

# I NDICE

---

Introduzione M.O. Carruba	5
Inquadramento: aspetti diagnostici, epidemiologici ed eziopatogenetici M. Cuzzolaro	7
Il ruolo della famiglia nella genesi e nella terapia A. Favaro, P. Santonastaso	29
La malnutrizione nell'anoressia nervosa H. Cena	51
Le complicanze cliniche con particolare riferimento al sistema endocrino F. Cavagnini, G. Redaelli	63
Psicobiologia dell'anoressia nervosa: un razionale per l'intervento farmacologico? E. Nisoli	87
Anoressia: la cura psicanalitica G. Ripa di Meana	103
La terapia cognitivo-comportamentale A. Banderali	129
Le strutture di ricovero e cura G. Caputo	153

---

---

# I NTRODUZIONE

M. O. CARRUBA

---

L'anoressia nervosa, come molte altre patologie diffuse essenzialmente nelle cosiddette "società del benessere", è purtroppo una malattia complessa, subdola e difficile da trattare.

Complessa in quanto origina dall'interazione di diversi fattori: genetici, biologici, psicologici e micro- e macro-sociali che concorrono con ruoli diversi nella genesi e nella perpetuazione della patologia.

Instaurandosi con lentezza e prevalentemente nella popolazione femminile in età adolescenziale, l'anoressia può davvero essere considerata una patologia "subdola" in quanto colpisce, all'esordio in modo non evidente, soggetti in una già complessa fase di strutturazione della propria identità fisica, psicologica, sessuale e sociale, dove in molti casi l'identificazione del proprio io e la stima di sé coincidono in modo eclatante con l'immagine corporea.

Oltre a questo la patologia risulta difficile da trattare perché, nonostante

gli sforzi della ricerca di base, non esiste ancora un trattamento univoco e risolutivo. L'anoressia nasce come disturbo che affonda le sue radici nella psiche, ma che genera una sequela di problemi organici gravi e pericolosi che, a loro volta, si ripercuotono nuovamente sulla psiche. L'approccio terapeutico, pertanto, non può che essere di tipo interdisciplinare e integrato e tendere necessariamente ad una riabilitazione sia psichiatrica sia nutrizionale, utilizzando, opportunamente bilanciati a seconda delle caratteristiche del paziente, tutti gli strumenti di cui si dispone.

Purtroppo l'incidenza di questa malattia è in rapida crescita e la classe medica si trova spesso impreparata non solo a gestirla ma spesso anche a riconoscerla nella sua fase di insorgenza.

Pertanto, fedeli allo spirito che vuole contraddistinguere questa collana di volumi "ITEMS", lo scopo di quest'opera è di riportare, in modo sintetico ma puntuale, tutte quelle informazioni indi-

spensabili a comprendere la complessità di questa patologia emergente, in modo da fornire alla classe medica quegli strumenti necessari non tanto o non solo per impostare una tempestiva terapia, ma soprattutto per poterla individuare in fase precoce in modo da migliorarne la prognosi.

Oltre alle indispensabili informazioni sui criteri diagnostici, epidemiologici, eziopatogenetici e sulle complicanze e sui diversi approcci terapeutici, un capitolo è stato dedicato alle strutture di ricovero e cura in modo da fornire delle precise linee guida per un corretto approccio terapeutico che non può prescindere dalla disponibilità di idonei ambienti e strumenti di cura.

Infatti, purtroppo, nonostante gli sforzi degli specialisti in questo campo, il nostro Paese è ancora lontano dagli standard assistenziali considerati ottimali per questa patologia.

Per sensibilizzare non solo la classe medica, da parte della quale si riscontra comunque già una concreta rispondenza, ma soprattutto l'ambito Istituzionale, opera anche in modo attivo la SIS.DCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare), che si batte per diffondere una più adeguata consapevolezza e una maggiore cultura per la gestione di questa patologia.

Siamo infatti consapevoli che si potranno ottenere grandi risultati e benefici per la collettività solo a condizione che le Istituzioni Sanitarie regionali e nazionali siano informate e istruite rispetto a questo grave problema sociale.

Noi medici da parte nostra abbiamo il dovere non solo di incrementare la ricerca scientifica, ma anche di far sì che il trasferimento di questi risultati si trasformi concretamente in benefici per i pazienti, avviandoli verso il trattamento per loro più adeguato.

*Prof. Michele O. Carruba*

---

# I INQUADRAMENTO: ASPETTI DIAGNOSTICI, EPIDEMIOLOGICI ED EZIOPATOGENETICI

M. CUZZOLARO

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva  
Università "La Sapienza" di Roma

---

## UNO SGUARDO INDIETRO

Nella mitologia, nell'arte e nelle pratiche sociali, l'eccesso, l'orgia alimentare e il digiuno, non quello obbligato dalla carestia ma quello autoimposto, hanno sempre occupato spazi importanti.

La medicina, attenta fin dalle origini alla dieta e agli effetti buoni e cattivi dei regimi alimentari, si è interessata alla psicopatologia dell'alimentazione anche in epoche remote.

L'anoressia nervosa, presente forse nel Medioevo nella forma di digiuni ascetici perseguiti talora fino alla morte (sono esemplari le vicende di sante come Margherita d'Ungheria o Caterina da Siena), è stata descritta in testi di medicina almeno a partire dalla fine del Seicento. In quelle antiche cronache è possibile rintracciare molti dei sintomi propri dei casi attuali salvo la paura morbosa d'ingrassare e i disturbi dell'immagine del corpo: la cerniera fra disagio del corpo e anomalie delle condotte alimentari

è una caratteristica del secolo che si sta chiudendo.

Dalla prima descrizione medica dell'anoressia nervosa come malattia specifica sono trascorsi ormai più di tre secoli. Richard Morton pubblicò, nel 1689 in latino e nel 1694 in inglese, due osservazioni cliniche, il caso di una ragazza di 18 anni e quello di un ragazzo di 16, segnalando che i caratteri di questi due quadri erano in parte simili ma in parte profondamente diversi rispetto a quelli osservati in altre forme di consunzione (*phthisis*): chiamò la sindrome osservata nei due giovani "tisi nervosa".

Nei tre secoli che ci separano dalle osservazioni di Morton si sono succedute molte opinioni diverse sul tema dei disturbi dell'alimentazione, della loro classificazione nosografica e della loro terapia.

D'accordo con vari studiosi, si può dividere in cinque "ere" la storia del pensiero medico sull'anoressia nervosa: 1) descrittiva, 2) pituitaria (quando si

confuse l'anoressia nervosa con l'insufficienza ipofisaria), 3) di riscoperta della malattia, 4) psicoanalitica e 5) bio-psico-sociale.

L'ultima fase è iniziata nei primi anni Sessanta ed è stata caratterizzata dal tentativo di studiare il concorso e le interazioni tra fattori biologici, psicologici personali, familiari, culturali e macrosociali nella eziopatogenesi della malattia.

Sono state formulate varie ipotesi su singoli fattori; non è stata ancora costruita, invece, una teoria sintetica che spieghi i meccanismi eziopatogenetici dell'anoressia nervosa e, in particolare, che indichi quale specifica interazione di forze sia necessaria e sufficiente per determinare la sindrome.

Il modello generale di malattia che sembra più convincente e utile applicare all'anoressia nervosa, allo stato attuale delle conoscenze, è quello che vede nella malattia la "via finale comune" di vari possibili processi patogenetici che nascono da interazioni diverse tra forze molteplici.

Il modello della via finale comune è stato applicato a molte patologie, dall'ulcera peptica alla depressione, e può essere riassunto in tre punti:

1. la malattia risulta dall'interazione di vari fattori predisponenti che agiscono su un individuo;

2. degli individui a rischio solo alcuni si ammalano effettivamente;

3. in quelli che sviluppano la malattia la presenza, il peso e le modalità di interazione dei vari fattori predisponenti variano da caso a caso.

Secondo Lucas, nella terza e nella quarta fase della storia dell'anoressia nervosa, fra gli anni Trenta e i Sessanta, i maggiori progressi hanno riguardato lo studio psicologico e il trattamento psicoterapeutico della malattia.

Nella fase attuale, "bio-psico-sociale", gli aspetti biologici della sindrome sono intensamente studiati accanto a quelli psicologici, micro- e macro-sociali. Sul piano terapeutico, si tende a un "approccio terapeutico multidimensionale".

## L'ANORESSIA NERVOSA NELLA SISTEMATICA CLINICA ATTUALE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Nelle classificazioni psichiatriche (World Health Organization, ICD-10, 1993; American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994) la rubrica disturbi dell'alimentazione o del comportamento alimentare (in inglese, *eating disorders*)



comprende l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (anoressie e bulimie parziali, incomplete, quadri clinici in cui sono presenti quasi tutti ma non tutti i sintomi che la comunità scientifica ha convenuto di ritenere necessari per la diagnosi medica di anoressia o di bulimia). Fra questi ultimi, il "Disturbo da alimentazione incontrollata" (in inglese, "*Binge Eating Disorder*") ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità.

Anoressia nervosa e bulimia nervosa sono due sindromi che la nosografia psichiatrica più recente, a partire dal 1980, tiene distinte: i criteri diagnostici sono tali che la diagnosi di stato può essere solo l'una o l'altra. Anoressia e bulimia condividono però molti caratteri ed è frequente che la stessa persona passi, in momenti diversi della vita, dall'uno all'altro disturbo.

A dispetto delle radici etimologiche del termine (*ob-edere*: mangiare troppo) l'obesità non figura, finora, tra i disturbi del comportamento alimentare né figura altrove nelle classificazioni psichiatriche. È una condizione somatica definita su base morfologica (eccesso di massa grassa) e non è dimostrato che sia associata abitualmente a particolari di-

sturbi psichiatrici o a specifici profili patologici di personalità.

Un certo numero di persone obese (dal 5 al 30% secondo il tipo di selezione del campione), soprattutto quelle che si sono sottoposte a diete drastiche ripetute, presenta, però, un "Disturbo da alimentazione incontrollata".

Sul piano epidemiologico, inoltre, obesità e disturbi del comportamento alimentare sono aumentati in modo parallelo e con forti analogie di distribuzione (Paesi industrializzati) nella seconda metà del Novecento.

Il trattamento dell'obesità, infine, si basa tuttora sulla ricerca di modificazioni stabili dello stile di vita, in particolare del comportamento alimentare e dell'attività fisica: in altre parole, su cambiamenti psicologici. È per queste ragioni che negli ultimi anni è diventata sempre più forte la tendenza a collegare gli studi sull'obesità a quelli sulla psicologia e la psicopatologia dell'alimentazione creando gruppi multidisciplinari di lavoro, teorico e clinico, nel campo.

Le principali novità introdotte dal DSM-IV (1994) rispetto alle classificazioni precedenti (1980 e 1987) sono state quattro:

1. i Disturbi del Comportamento Alimentare (*Eating Disorders*), DCA, non sono più iscritti fra quelli di so-

lito diagnosticati per la prima volta durante l'adolescenza ma sono stati spostati nel corpo generale della classificazione;

2. le diagnosi di anoressia nervosa e di bulimia nervosa non possono coesistere ma si escludono reciprocamente;
3. sono stati definiti due sottotipi per ciascuna sindrome;
4. è stata proposta una nuova categoria diagnostica, *Binge Eating Disorder*, che figura due volte: sia fra i Disturbi

del comportamento alimentare non altrimenti specificati (cod. 307.50), sia nell'Appendice B, come categoria da sottoporre a ulteriori studi.

La Tabella 1 riassume i criteri correnti per la diagnosi di anoressia nervosa nei due sottotipi.

In sintesi, tre caratteristiche sono indispensabili per porre la diagnosi psichiatrica di anoressia nervosa: paura morbosa di aumentare di peso, perdita intenzionale di peso e amenorrea.

**Tabella 1**

**Criteri diagnostici dell'anoressia nervosa.**

**Anoressia nervosa – Criteri diagnostici DSM-IV (cod. 307.1)**

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso (ad es., perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% di quello atteso; o, in età evolutiva, mancanza dell'aumento di peso previsto che porta a un peso corporeo inferiore all'85% di quello atteso)
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso
- C. Disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o diniego della gravità della perdita di peso in atto
- D. Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Si considera una donna amenorroica se i suoi cicli avvengono solo dopo somministrazione di ormoni, ad es., di estrogeni)

**Specificare il sottotipo**

- **Sottotipo con restrizioni:** durante l'episodio di anoressia nervosa la persona *non presenta* frequenti episodi di abbuffate o di comportamenti purgativi (ad es., vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri)
- **Sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione:** durante l'episodio di anoressia nervosa la persona *presenta* frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi (ad es., vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri)

*[la soglia di frequenza non è fissata: ≥ 1 episodio/settimana?]*