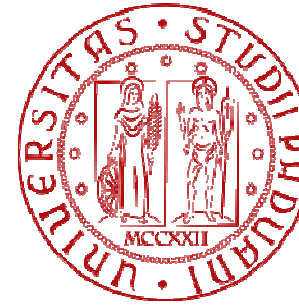




REGIONE DEL VENETO

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Comorbidità psichiatrica e trattamento nei disturbi dell'alimentazione

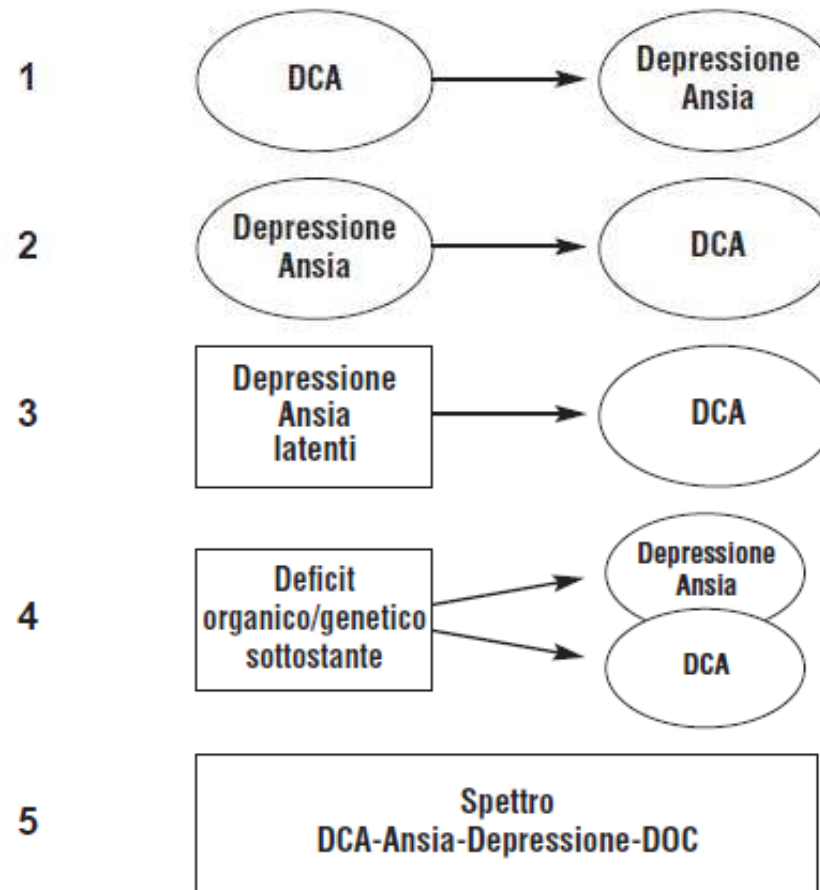
Angela Favaro
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Padova



Comorbilità psichiatrica nei DCA

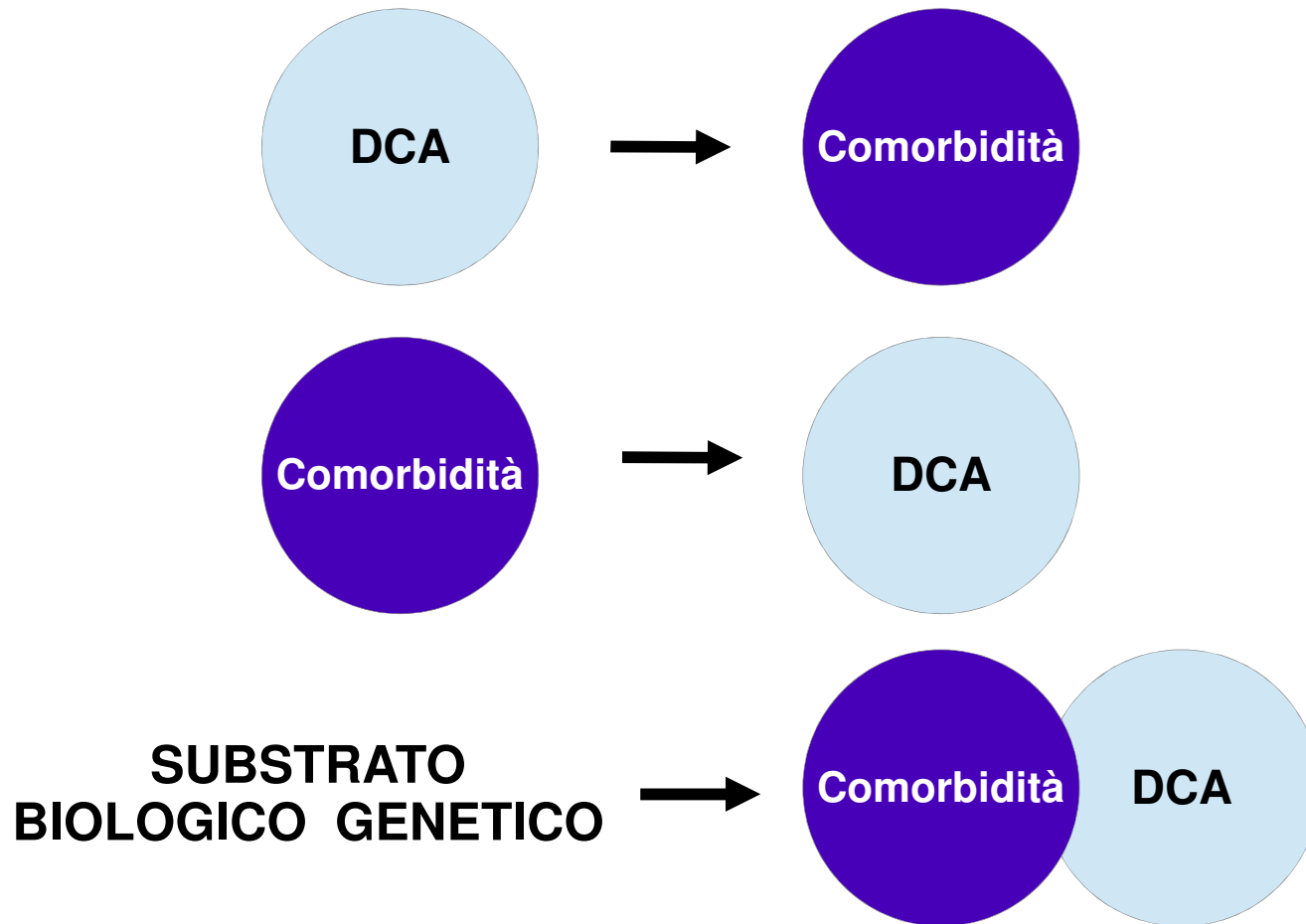
1. Concetto di comorbilità nei DCA: dati e modelli
2. Funzionamento cognitivo e psicopatologia (spettro)
3. Fattori rilevanti per la psicopatologia: Età di esordio
4. Suicidalità e autolesionismo

MODELLI INTERPRETATIVI DELLA COMORBILITA' NEI DCA



DCA e COMORBIDITA'

Prevalenza 0 – 97%

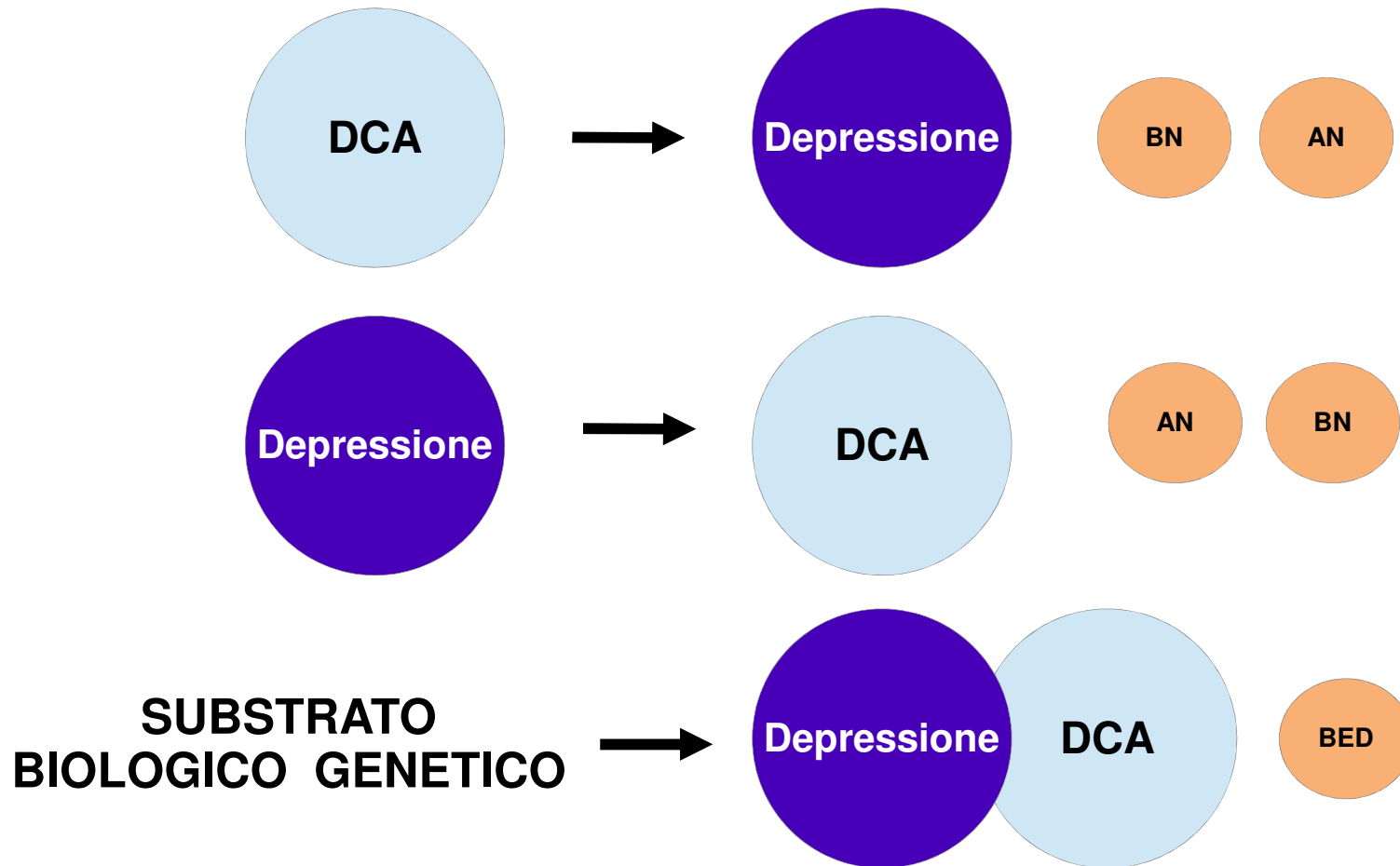


Tassi di prevalenza relativi alla comorbidità

DIAGNOSI	ANORESSIA NERVOSA	BULIMIA NERVOSA	BED
Depressione	25-85%	25-75%	23-41%
Dist.d'ansia generalizzato	20-65%	13-70%	9%
Fobia sociale	16-55%	15-55%	
Agorafobia	14%	27-34%	
Dist. Di Panico	4-8%	9-15%	
DOC	15-62%	0-43%	
Abuso di sostanze	12-23%	55%	
Abuso di alcol	5%	46%	

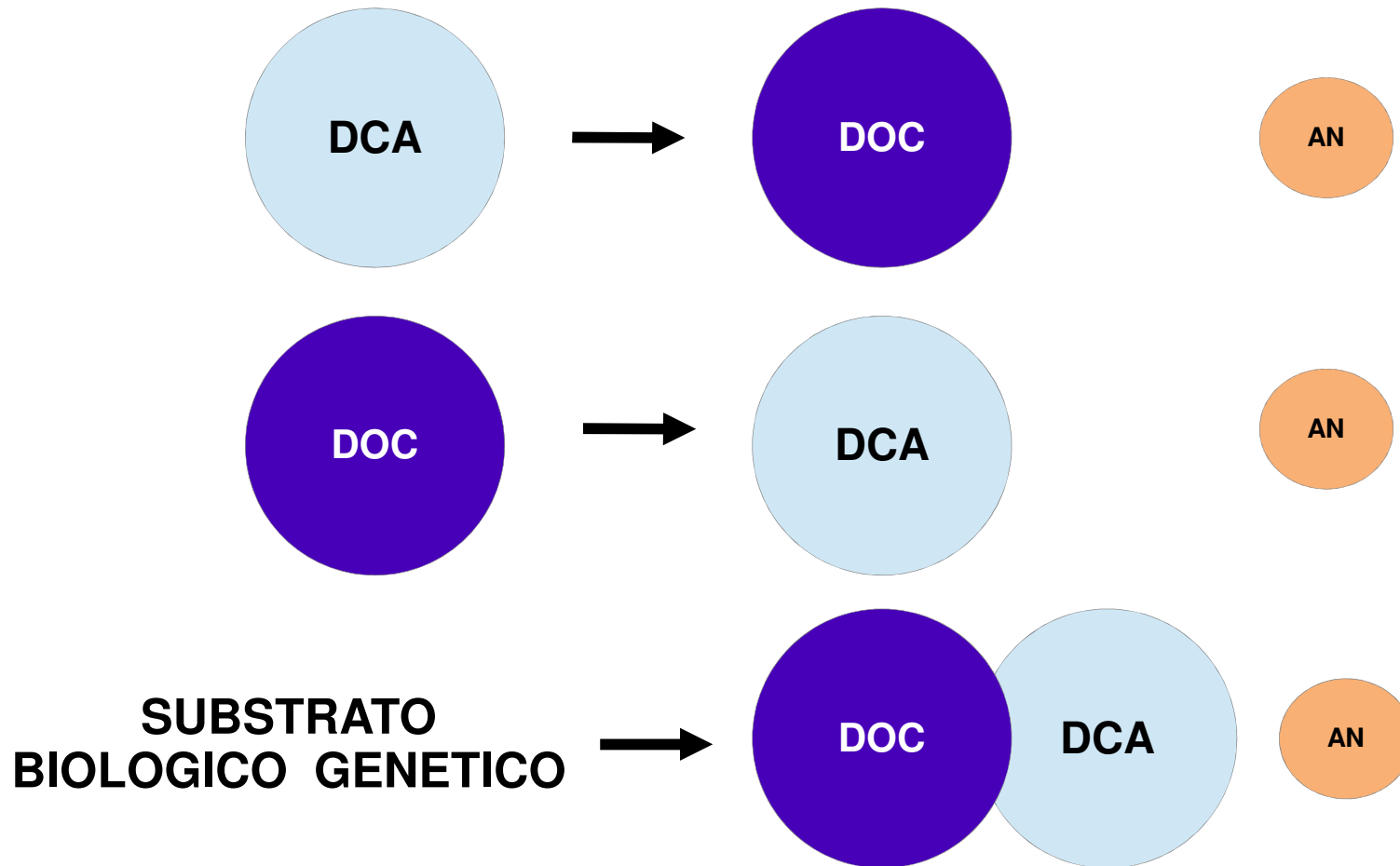
DCA e DEPRESSIONE

Prevalenza 25 – 85%



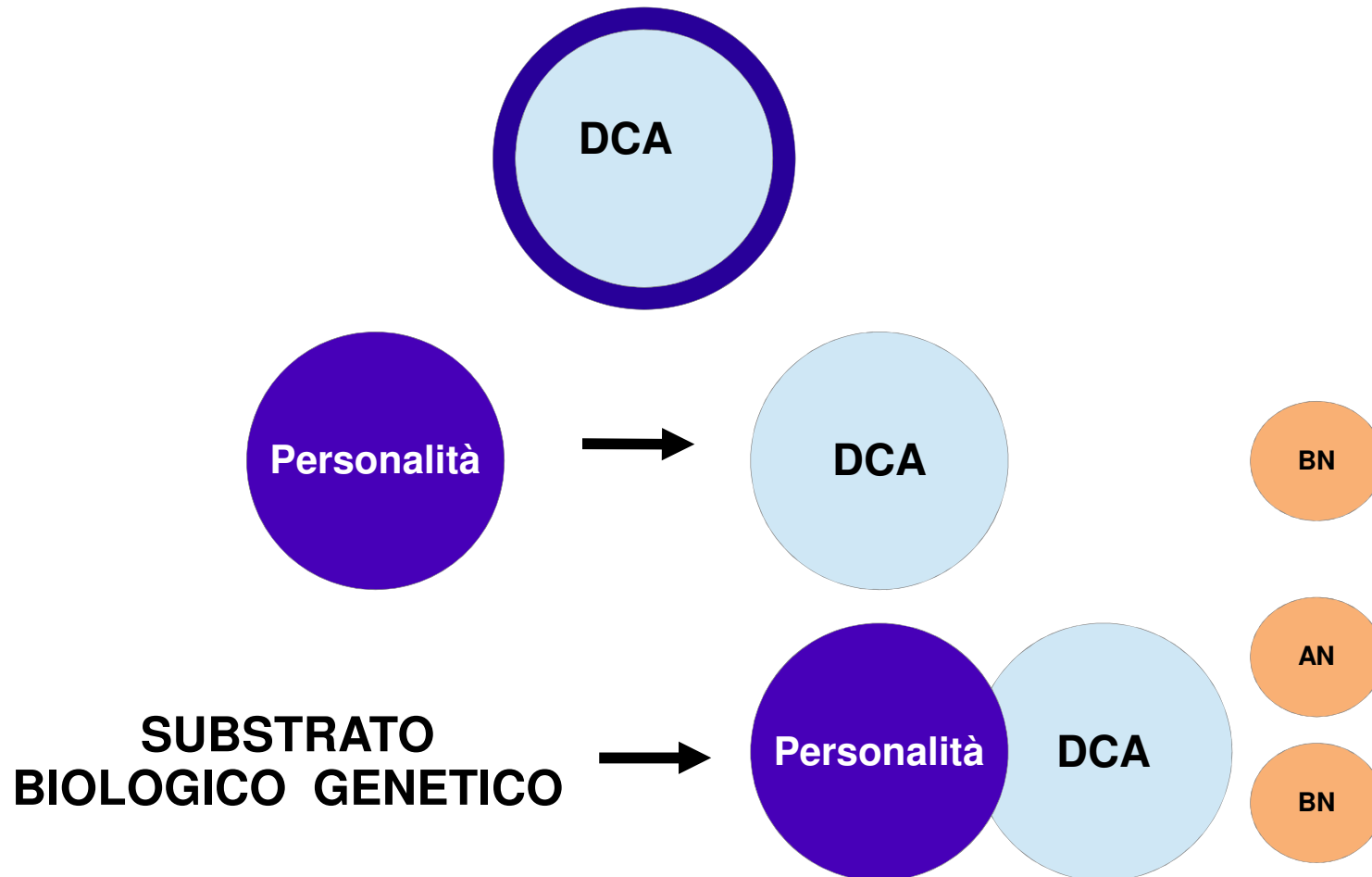
DCA e DOC

Prevalenza 15 – 62% (AN)



DCA e PERSONALITA'

Prevalenza 20 – 97%



DCA e SPETTRO ANSIOSO

Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa

Walter H. Kaye, M.D.

Cynthia M. Bulik, Ph.D.

Laura Thornton, Ph.D.

Nicole Barbarich, B.S.

Kim Masters, B.S.

Price Foundation Collaborative
Group

Objective: A large and well-characterized sample of individuals with anorexia nervosa and bulimia nervosa from the Price Foundation collaborative genetics study was used to determine the frequency of anxiety disorders and to understand how anxiety disorders are related to state of eating disorder illness and age at onset.

Method: Ninety-seven individuals with anorexia nervosa, 282 with bulimia nervosa, and 293 with anorexia nervosa and bulimia were given the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and standardized measures of anxiety, perfectionism, and obsessiveness. Their ratings on these measures were compared with those of a nonclinical group of women in the community.

Results: The rates of most anxiety disorders were similar in all three subtypes of eating disorders. About two-thirds of the individuals with eating disorders had one or more lifetime anxiety disorder; the most common were obsessive-compul-

sive disorder (OCD) (N=277 [41%]) and social phobia (N=134 [20%]). A majority of the participants reported the onset of OCD, social phobia, specific phobia, and generalized anxiety disorder in childhood, before they developed an eating disorder. People with a history of an eating disorder who were not currently ill and never had a lifetime anxiety disorder diagnosis still tended to be anxious, perfectionistic, and harm avoidant. The presence of either an anxiety disorder or an eating disorder tended to exacerbate these symptoms.

Conclusions: The prevalence of anxiety disorders in general and OCD in particular was much higher in people with anorexia nervosa and bulimia nervosa than in a nonclinical group of women in the community. Anxiety disorders commonly had their onset in childhood before the onset of an eating disorder, supporting the possibility they are a vulnerability factor for developing anorexia nervosa or bulimia nervosa.

(Am J Psychiatry 2004; 161:2215-2221)

TABLE 1. Demographic and Clinical Characteristics of 672 Individuals With Eating Disorders From the Price Foundation Collaborative Genetics Study

Characteristic	All Subjects (N=672)		Anorexia Nervosa (N=97)		Anorexia and Bulimia (N=293)		Bulimia Nervosa (N=282)		Analysis	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	χ^2 (df=2)	p
Age (years)	28.36	9.45	26.64	9.71	29.30	9.10	27.96	9.65	1.61	0.45
Current body mass index	21.01	3.06	19.15	2.11	19.97	2.56	22.73	2.95	109.35	0.0001*
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2 (df=2)	p
Female sex	662	98.6	94	96.9	290	99.0	278	98.6	—	
Diagnosed as having at least										
one anxiety disorder	427	64	53	55	198	62	176	68	4.96	0.068
OCD	277	41	34	35	129	44	114	40	2.42	0.30
Social phobia	134	20	21	22	68	23	45	16	5.24	0.07
Specific phobia	102	15	14	14	54	18	34	12	5.93	0.05
Generalized anxiety disorder	65	10	13	13	30	10	22	8	2.69	0.26
PTSD	86	13	5	5	43	15	38	13	9.88	0.007
Panic disorder	72	11	9	9	32	11	31	11	0.29	0.86
Agoraphobia	20	3	3	3	11	4	2	2	1.48	0.48

*p<0.01.

64% prevalenza lifetime disturbi d'ansia

41% DOC e DCA

20% Fobia sociale e DCA

Anxiety Disorder	Age at Onset of Anxiety Disorder (years)		Age at Onset of Eating Disorder (years)		Anxiety Disorder Preceded Eating Disorder in Subjects With Anxiety Disorder		Eating Disorder Preceded or Occurred at Same Time as Anxiety Disorder in Subjects With Anxiety Disorder		Anxiety Disorder Preceded Eating Disorder in All Subjects	
	Mean	SD	Mean	SD	N	%	N	%	N	%
OCD	14.38	6.92	17.43	3.96	146	62	88	38	155	23
Social phobia	13.78	8.80	17.47	3.84	88	74	31	26	87	13
Specific phobia	11.86	8.07	18.40	4.29	64	83	13	17	67	10
Generalized anxiety disorder	13.22	6.88	17.92	5.14	35	65	19	35	34	5
PTSD	17.46	6.94	17.57	4.86	34	41	49	59	27	4
Panic disorder	20.94	6.94	18.71	6.45	19	29	46	71	20	3
Agoraphobia	17.41	6.34	18.31	4.21	8	47	9	53	7	1

L'insorgenza del disturbo ossessivo compulsivo, fobia sociale, fobia specifica, e disturbo d'ansia generalizzato solitamente precedono l'insorgenza del disturbo alimentare. Al contrario, PTSD, disturbo di panico e agorafobia spesso si sviluppano dopo l'insorgenza del disturbo alimentare

42% delle persone con disturbi alimentari ha l'insorgenza di uno o più disturbi d'ansia durante l'infanzia

DCA e ABUSO DI SOSTANZE

- > comorbidità con comportamenti di binge/purging
 - 55% BN
 - 23% AN
- Sostanze più frequenti: psicostimolanti ed alcol

REGULAR ARTICLE



Drug Abuse in Women with Eating Disorders

David B. Herzog, MD^{1*}
 Debra L. Franko, PhD^{1,2}
 David J. Dorner, PhD^{1,3}
 Pamela K. Keel, PhD⁴
 Safia Jackson, BA¹
 Mary Pat Manzo, BA¹

ABSTRACT

Objective: Drug abuse in women with eating disorders has received relatively little attention. The frequency of drug use disorder (DUD) by specific drug type was examined in the current longitudinal study.

Method: In a prospective study, women diagnosed with either anorexia nervosa (AN; $n = 136$) or bulimia nervosa (BN; $n = 110$), were interviewed and assessed for research diagnostic criteria (RDC) DUD every 6–12 months over 8.6 years.

Results: Forty-two (17%) women in the current longitudinal study had a lifetime history of DUD, with 19 prospective onsets over the course of the study (9 AN

and 10 BN). The most commonly abused illicit drugs were amphetamines, cocaine, and marijuana, and rates of DUD did not differ between intake diagnoses of AN and BN.

Conclusion: Drug abuse in women with eating disorders is an area of clinical concern and should be monitored routinely throughout the treatment process. © 2006 by Wiley Periodicals, Inc.

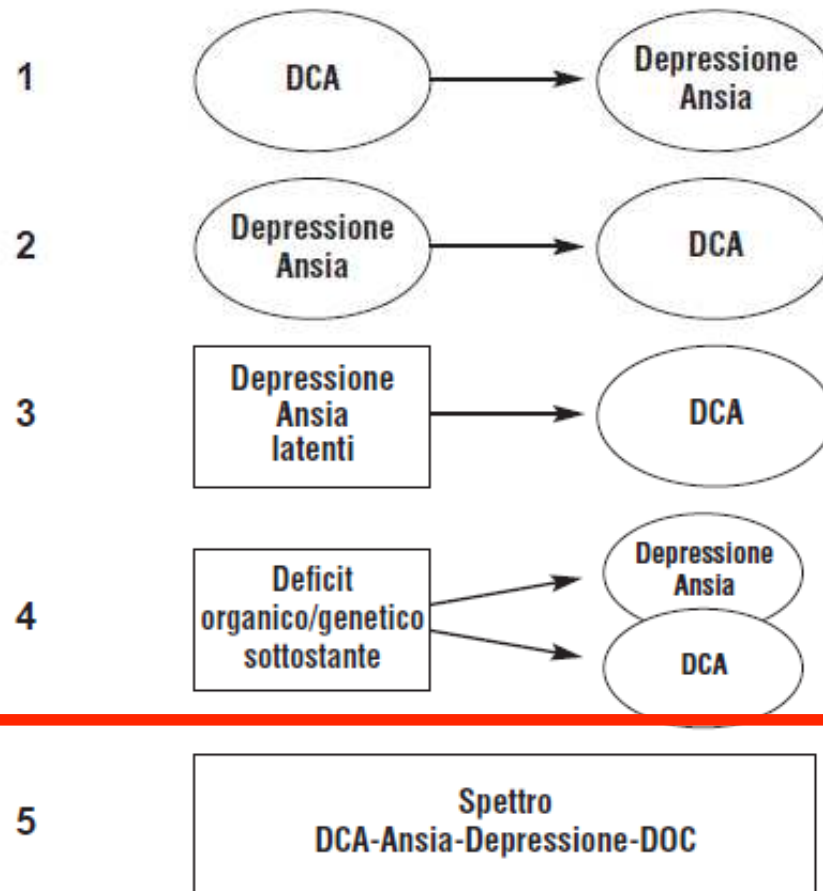
Keywords: drug abuse; women; eating disorders

(Int J Eat Disord 2006; 39:364–368)

Comorbilità psichiatrica nei DCA

1. Concetto di comorbilità nei DCA: dati e modelli
2. Funzionamento cognitivo e psicopatologia (spettro)
3. Fattori rilevanti per la psicopatologia: Età di esordio
4. Suicidalità e autolesionismo

MODELLI INTERPRETATIVI DELLA COMORBILITA' NEI DCA



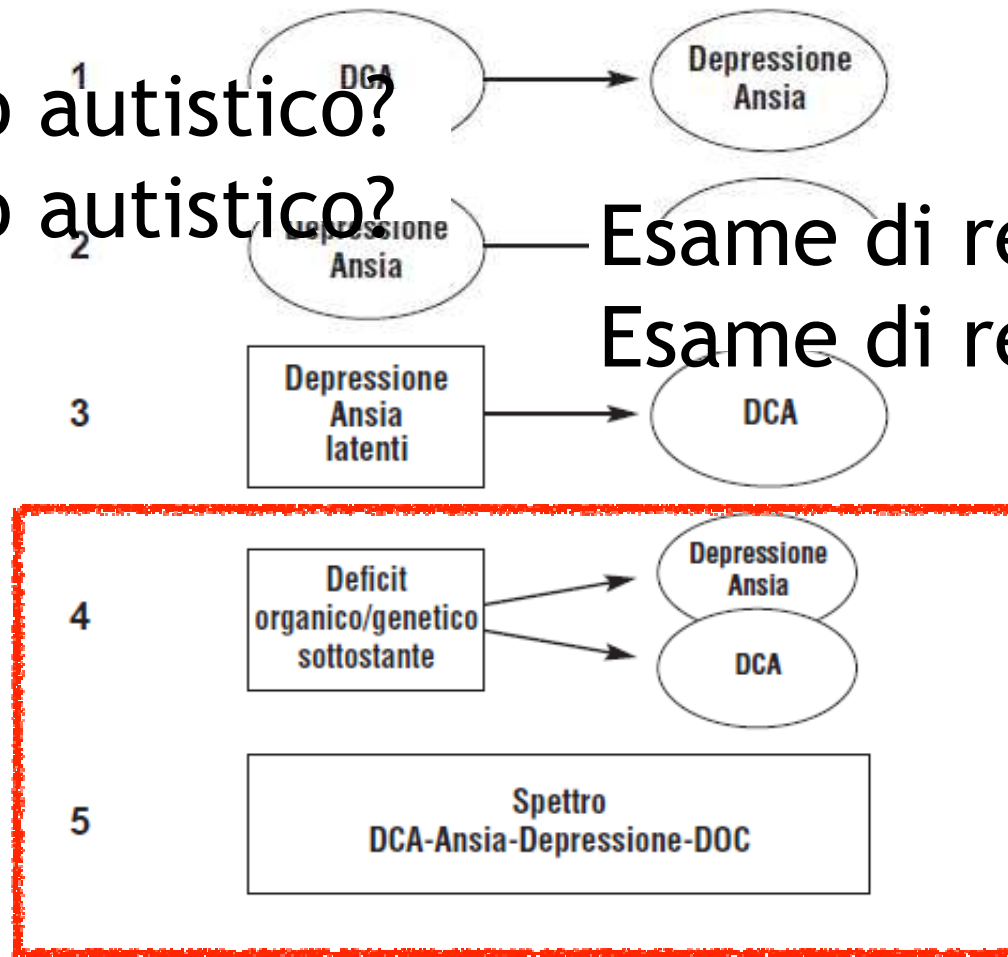
MODELLI INTERPRETATIVI DELLA COMORBILITA' NEI DCA

Spettro autistico?

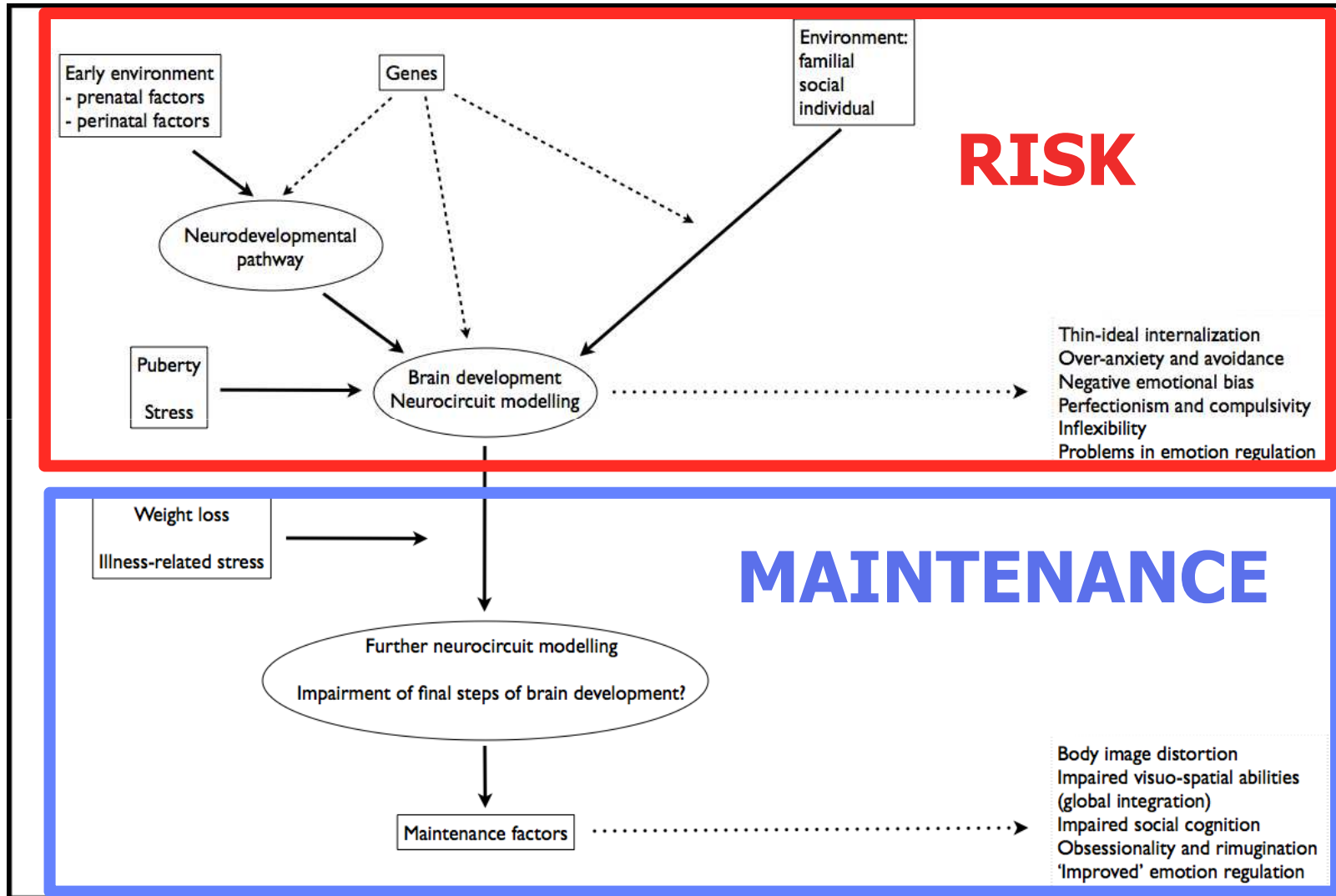
Spettro autistico?

Esame di realtà?

Esame di realtà?



Pathogenetic models for anorexia nervosa



(Int J Eat Disord 2013; 46:443–446)

Fattori genetici

☑ Studi di aggregazione familiare



☑ Studi sui gemelli



☑ Studi di linkage e genetica molecolare



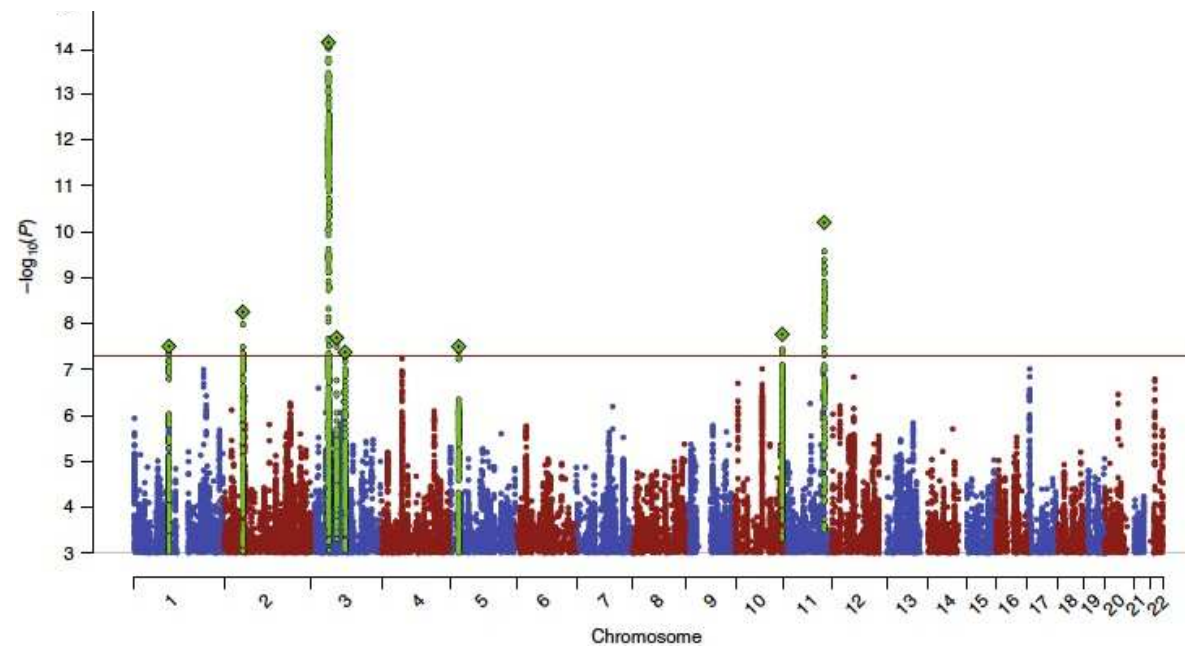
Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa

Hunna J. Watson et al.*

16.992 casi
di anoressia
nervosa

55.525
donne sane

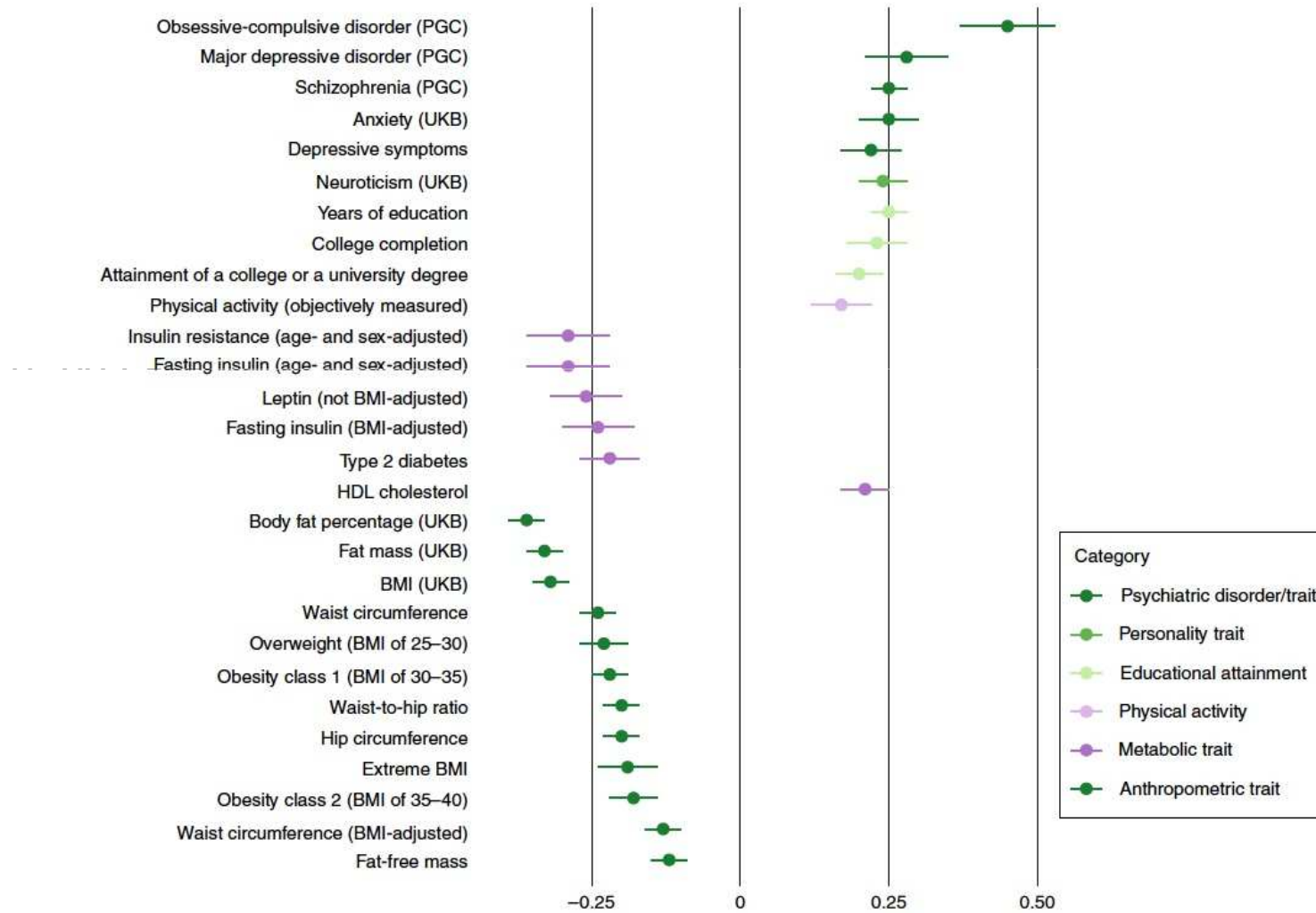
16.992 casi
di anoressia
nervosa



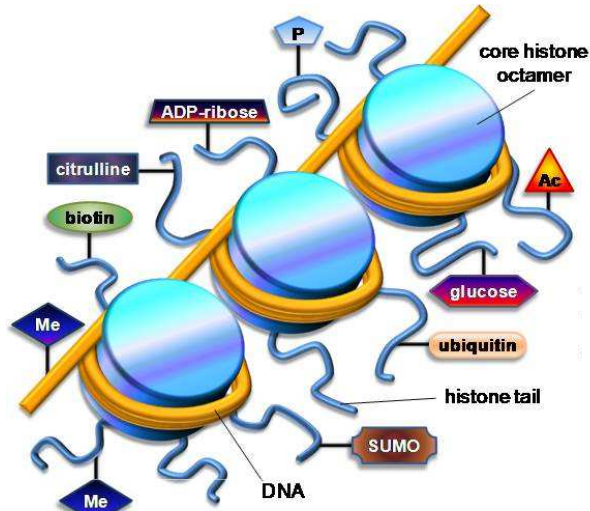
Correlazioni genetiche

NATURE GENETICS

LETTERS



Neurosviluppo ed epigenetic



Il periodo di vita prenatale e i primi mesi di vita sono cruciali per determinare e "programmare" l'espressione genetica in particolare di quei geni importanti per sviluppare capacità di adattamento all'ambiente.

Programmazione epigenetica:

cambiamenti nell'espressione di geni implicati in:

- traiettorie sviluppo cerebrale
- traiettorie sviluppo somatico (altezza)
- programmazione peso corporeo e comportamenti alimentari
- risposta allo stress

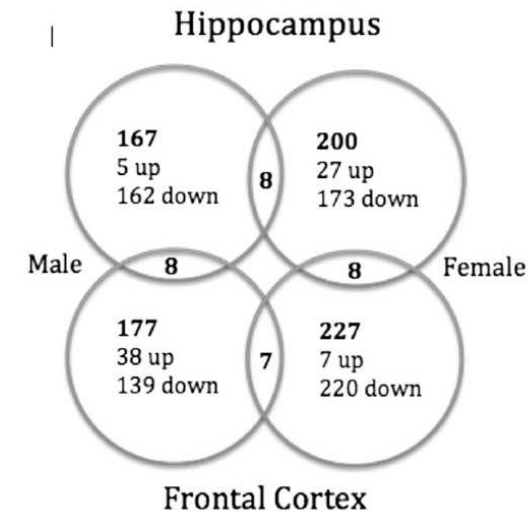
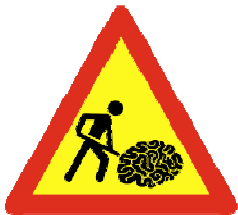


Fig. 2. Venn diagrams summarizing the changes in gene expression in the offspring of rats exposed to prenatal stress (45).

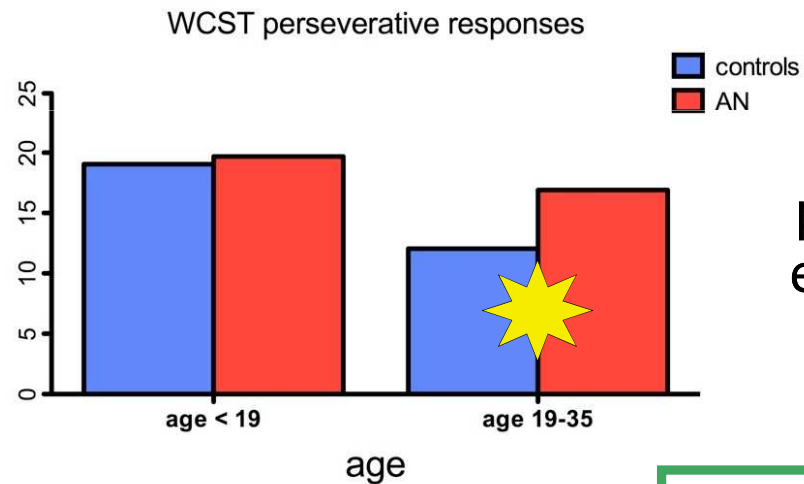


BRAIN AT WORK

cognitive functioning in anorexia nervosa

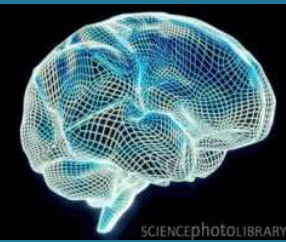
AN = alta inflessibilità

AN = difficoltà nei cambiamenti di strategia

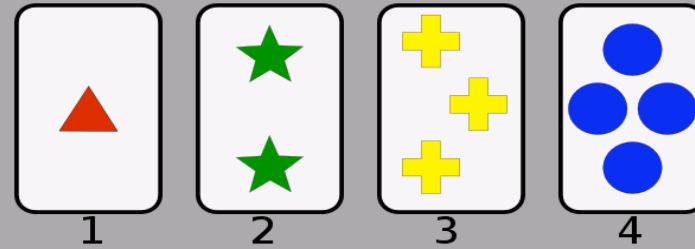


più grave nelle pazienti con esordio precoce

Correlazione non significativa con il peso e scarso miglioramento con il recupero ponderale



WCST- perseverative responses

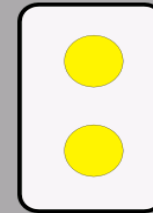


1

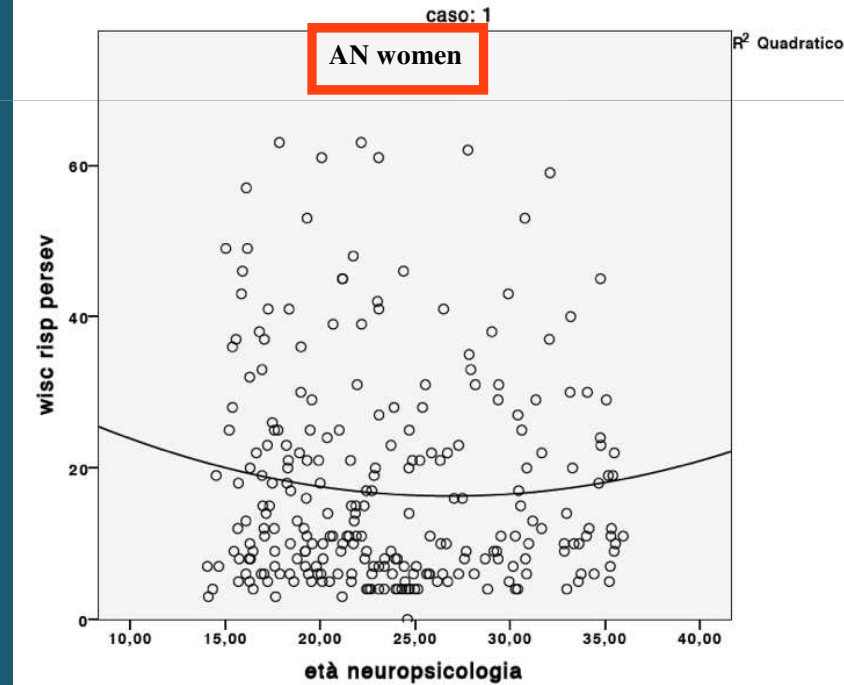
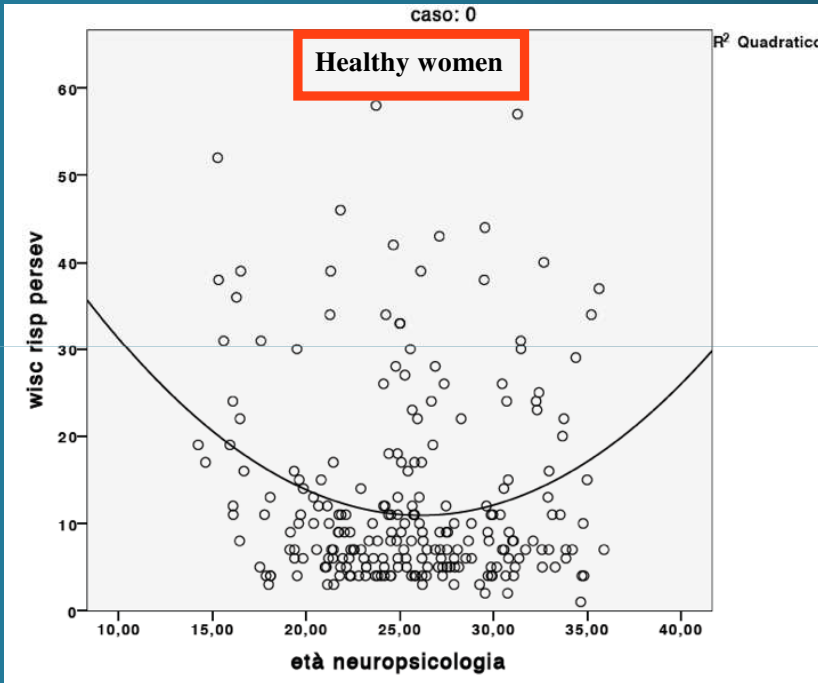
2

3

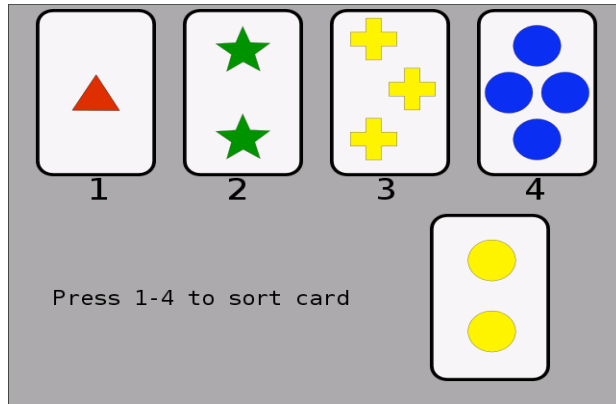
4



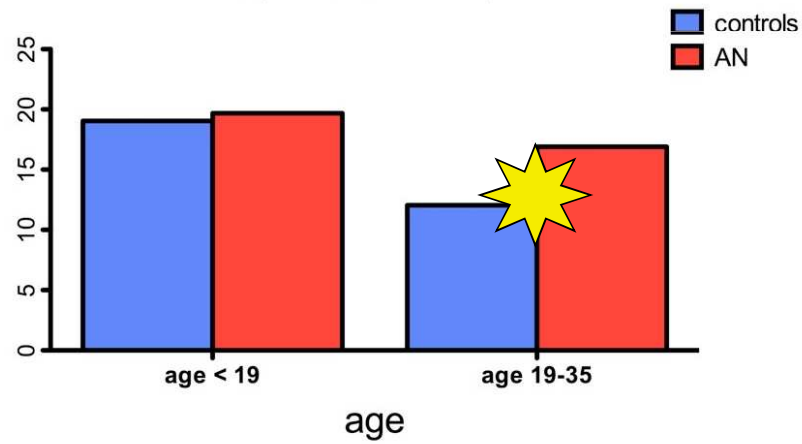
Press 1-4 to sort card



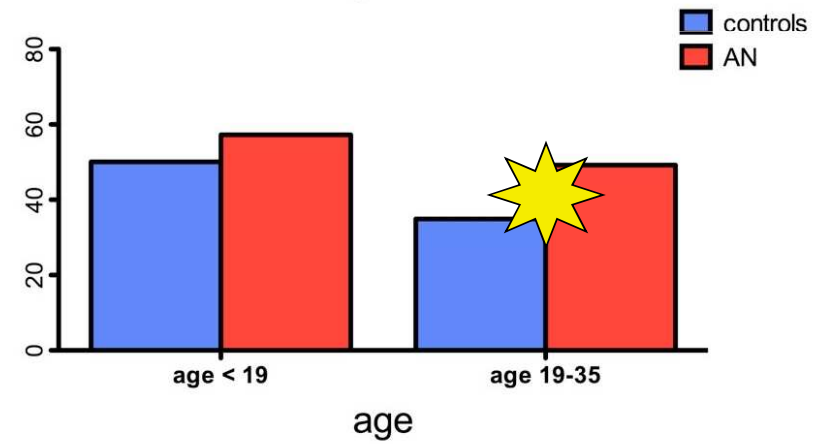
General linear models including age and education as covariates



WCST perseverative responses



WCST global score





BRAIN AT WORK

cognitive functioning in anorexia nervosa

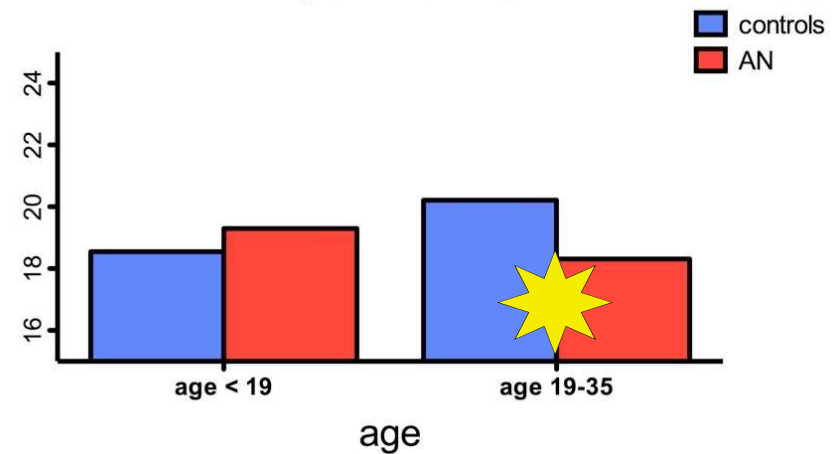
AN = bassa coerenza centrale

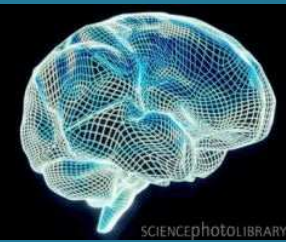
AN = scarsa memoria visiva



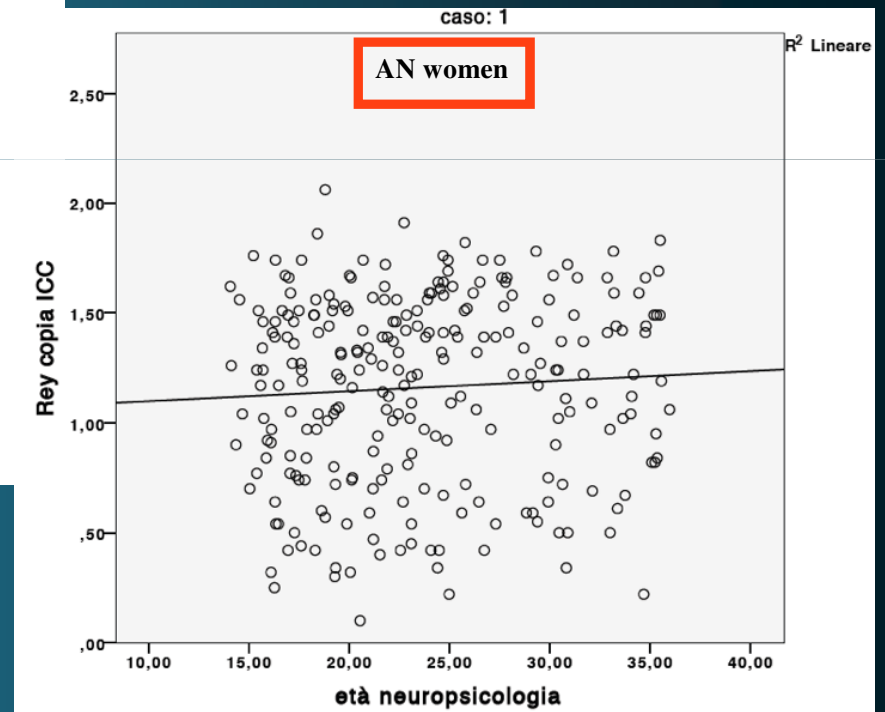
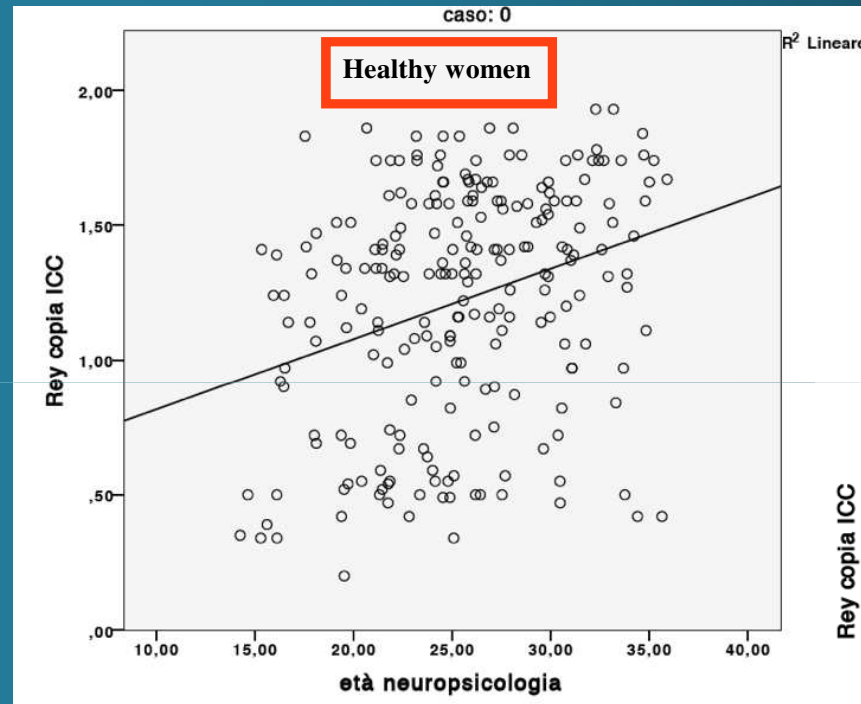
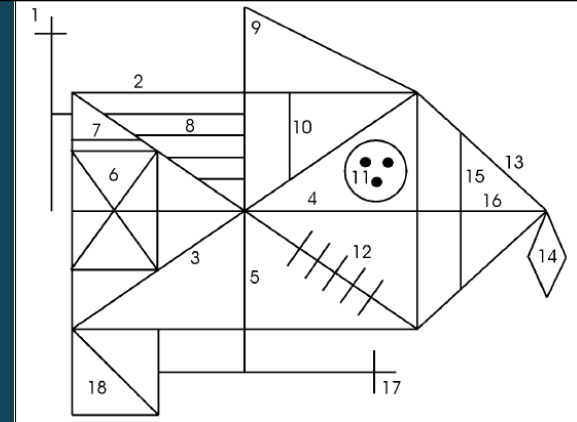
Rey visual memory

Correlazione non significativa
con il peso e scarso
miglioramento con recupero
ponderale

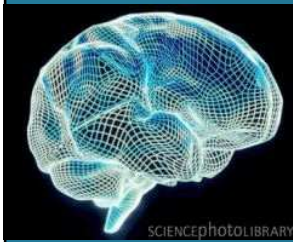




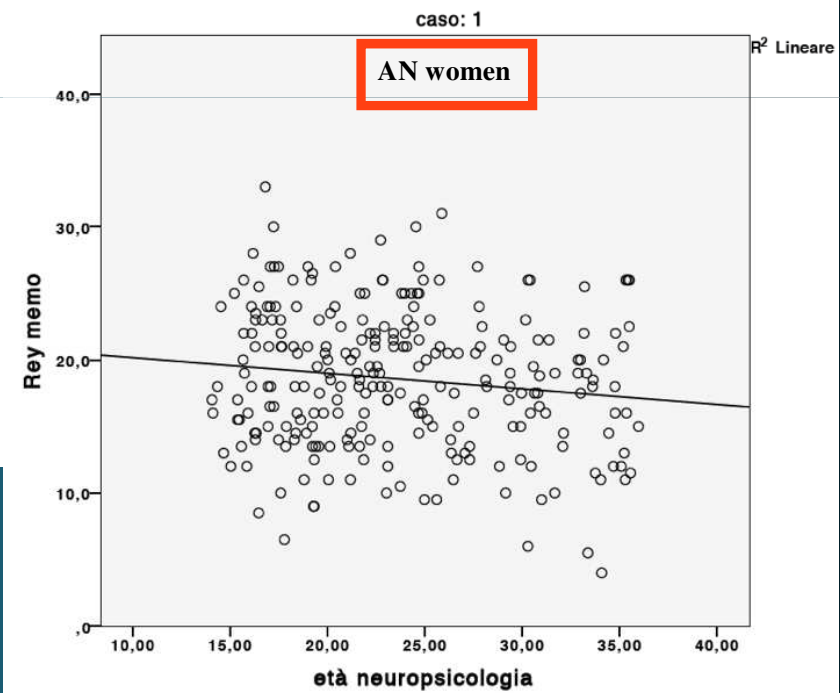
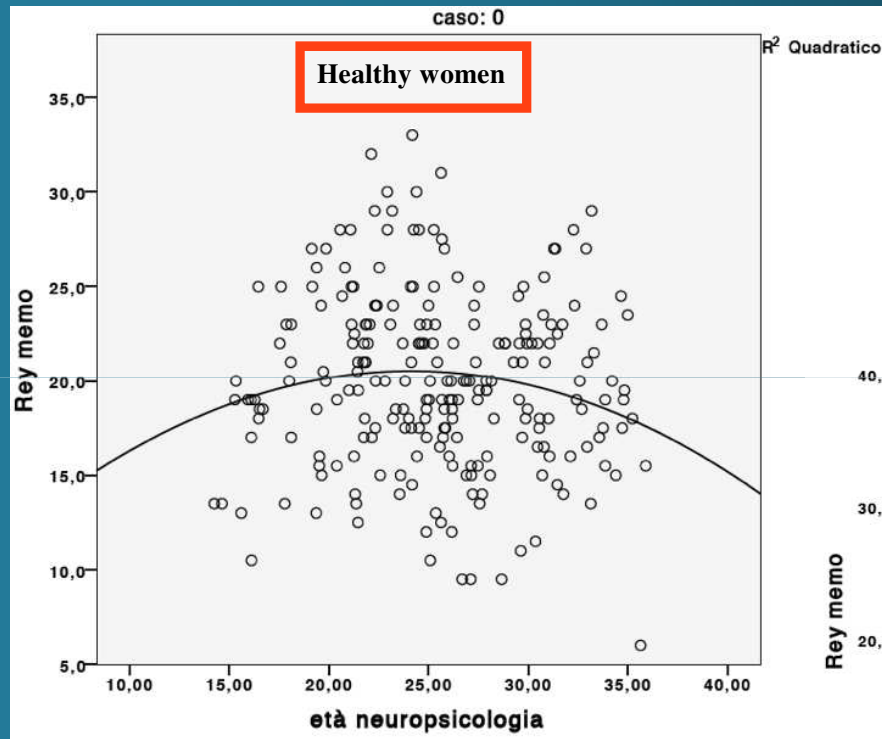
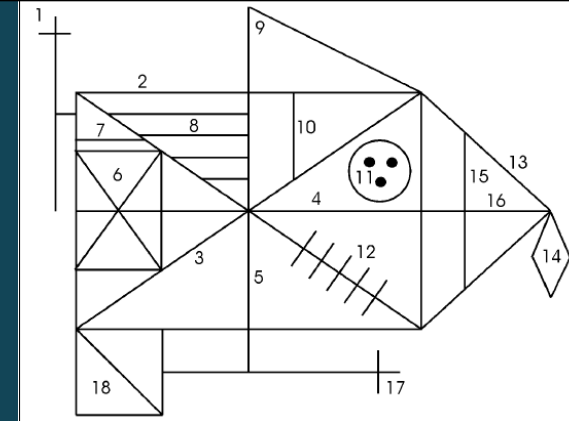
Rey-Osterrieth Figure Test



Central coherence index



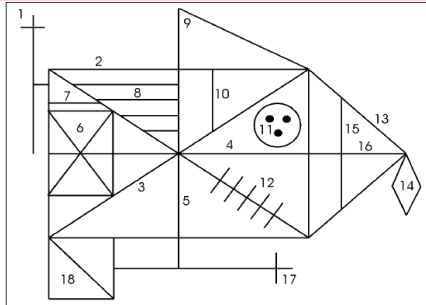
Rey-Osterrieth Figure Test



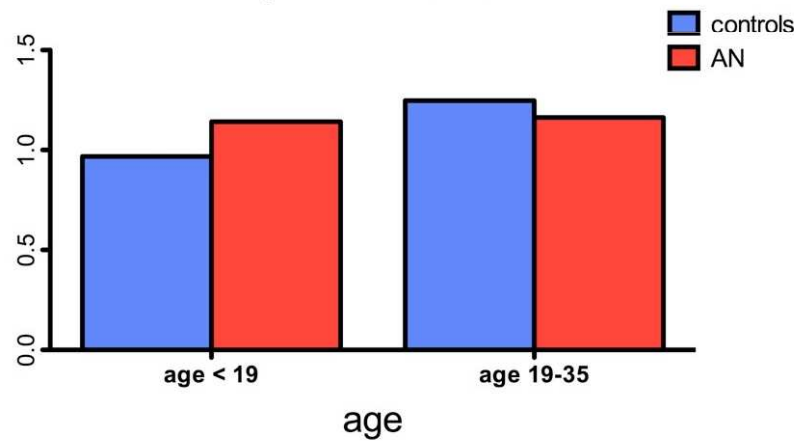
Visual memory

General linear models including age and education as covariates

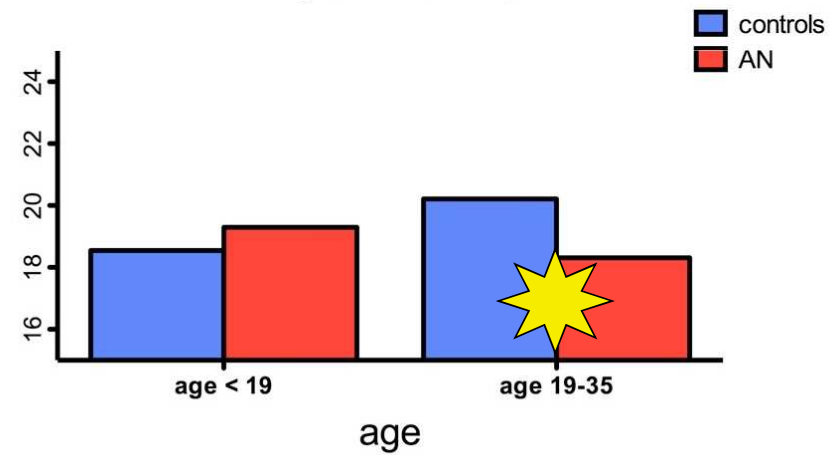
Rey-Osterrieth Complex Figure Task



Rey central coherence



Rey visual memory





cognitive functioning in anorexia nervosa

Decision making

veridical



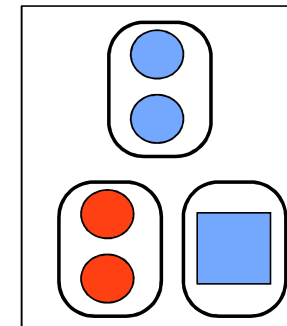
IOWA gambling task

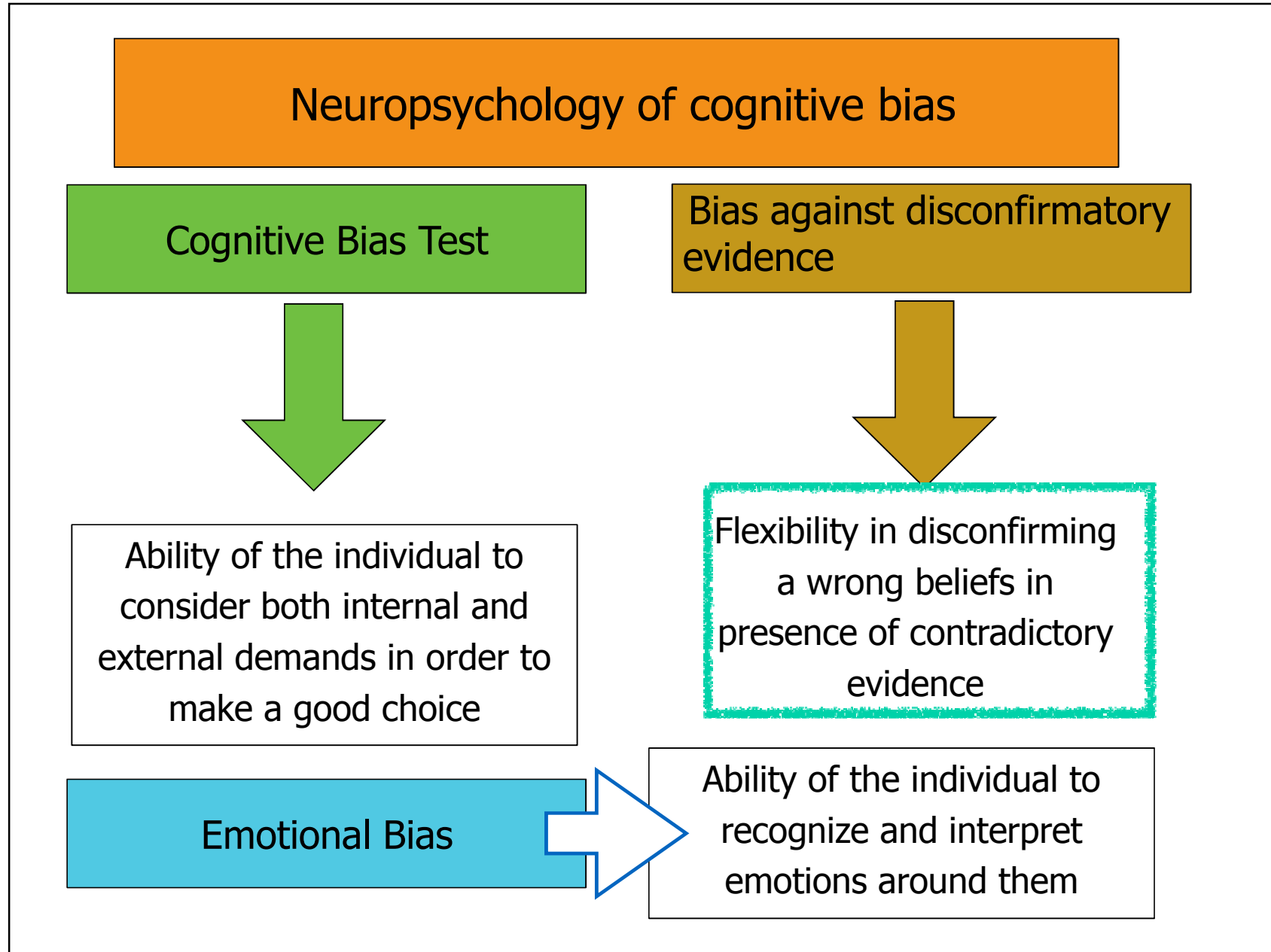


adaptive



Cognitive Bias Task







riconoscimento delle emozioni

AN = scarsa empatia nelle pazienti quando sono sottopeso

Reading the mind in the eyes

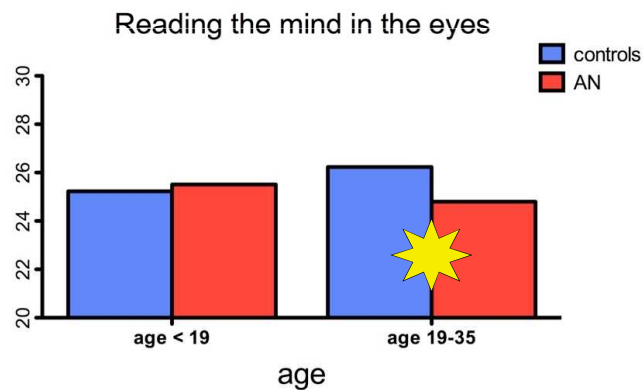


Surprised

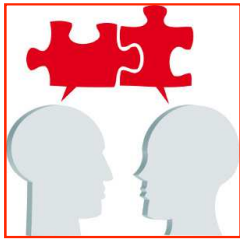
Sure about something

Joking

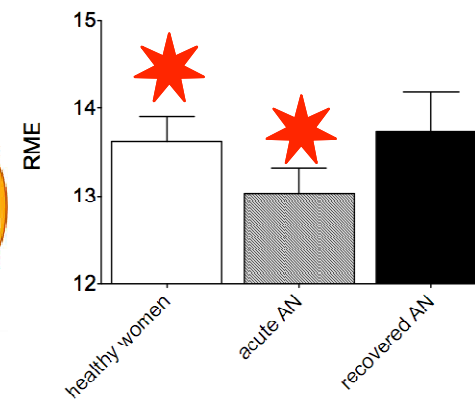
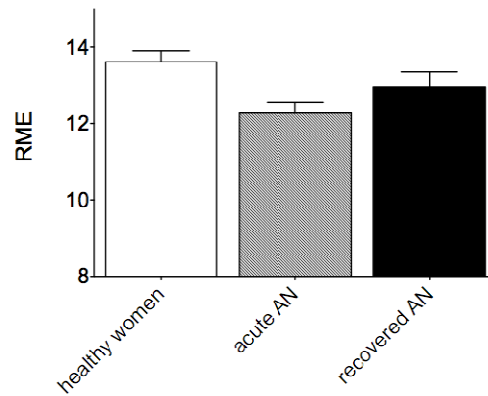
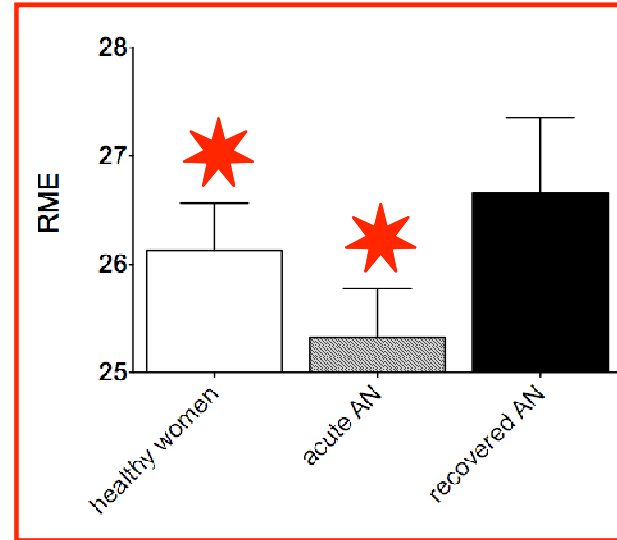
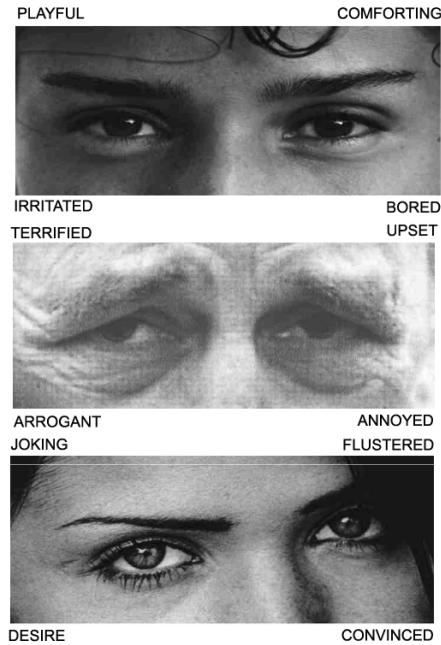
Happy

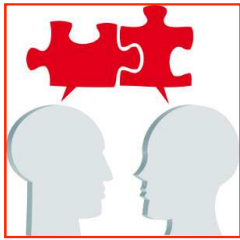


più grave nelle pazienti con esordio precoce



Reading the mind in the eyes





Reading the mind in the eyes

PLAYFUL COMFORTING



IRRITATED BORED
TERRIFIED UPSET



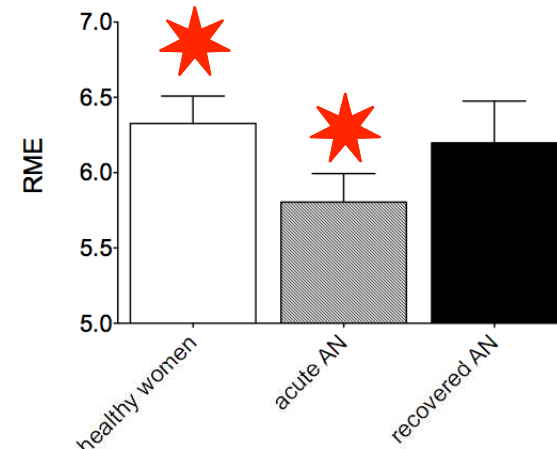
ARROGANT ANNOYED
JOKING FLUSTERED



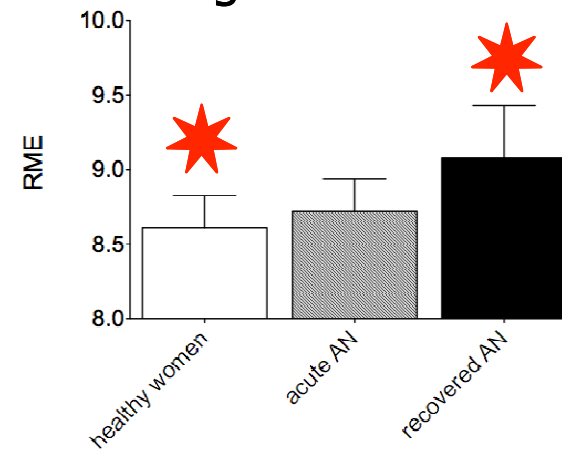
DESIRE CONVINCED

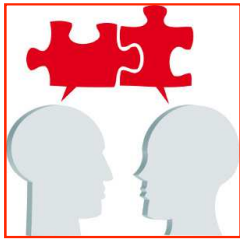


Positive emotions

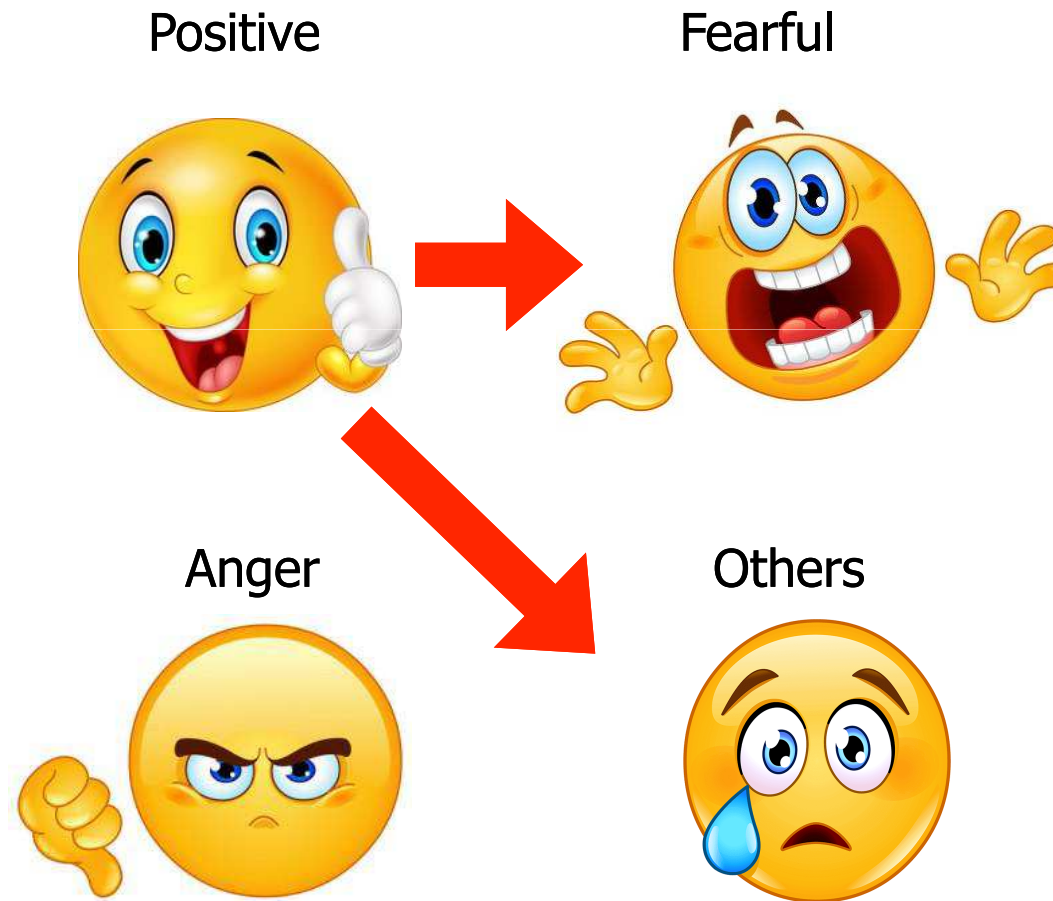
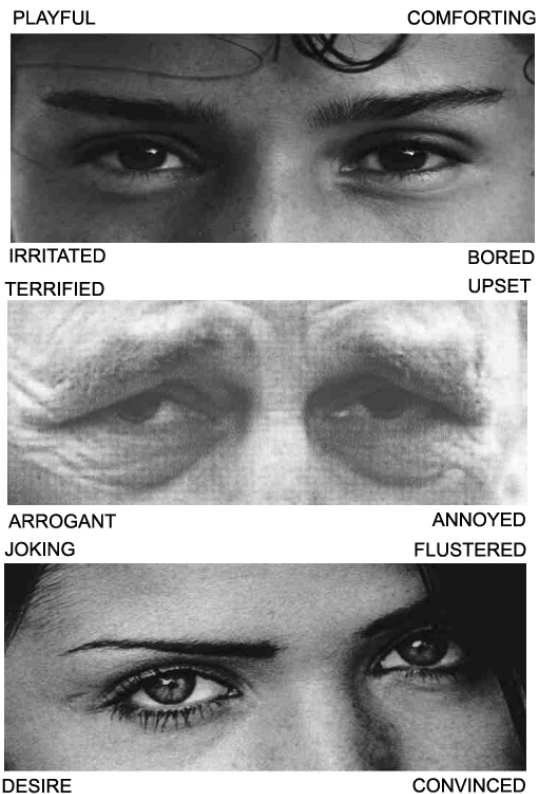


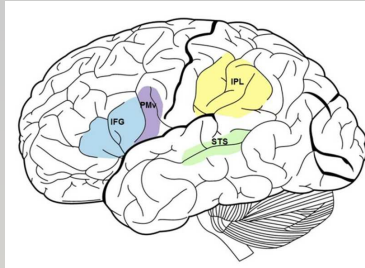
Negative emotions





Bias of anorexia nervosa patients in the recognition of emotions





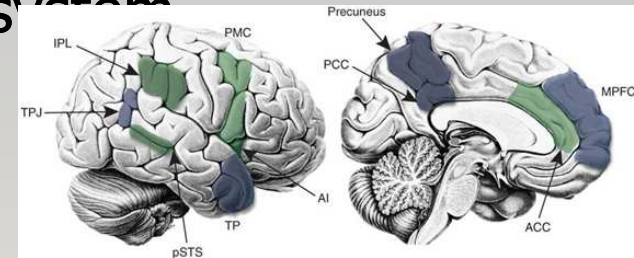
Mirror Neuron System

E' un sistema che si attiva solo in presenza di movimento (imitazione), e permette di capire le azioni e le emozioni degli altri attraverso una simulazione interna (Rizzolatti et al., 1996)



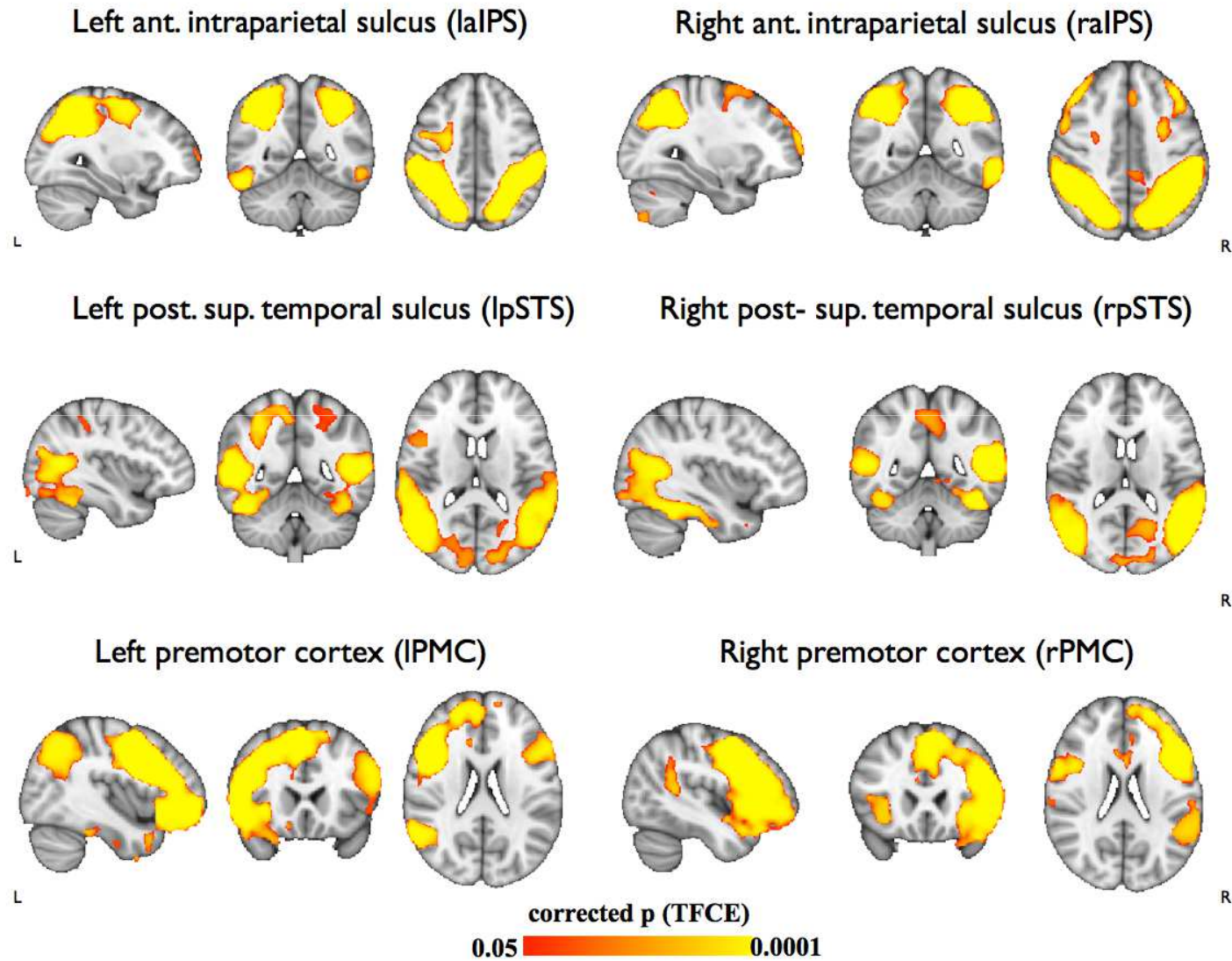
Theory of Mind system

Theory of Mind system



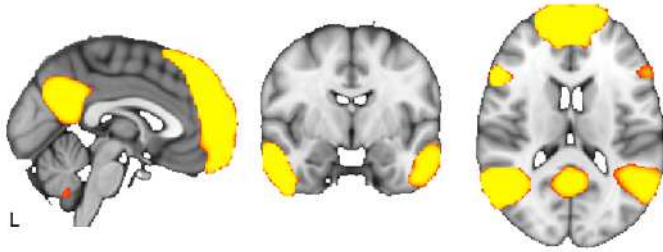
Abilità di attribuire stati mentali, come desideri, intenzioni, credenze ed emozioni alle altre persone in modo da spiegare e prevedere il loro comportamento (Frith and Frith, 1999)

Mirror neuron system networks (resting-state fMRI)

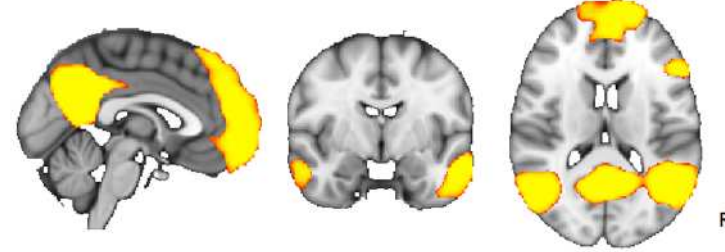


TOM system networks (resting-state fMRI)

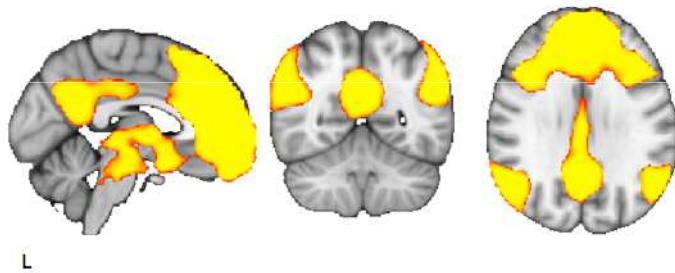
Left temporal-parietal junction (lTPJ)



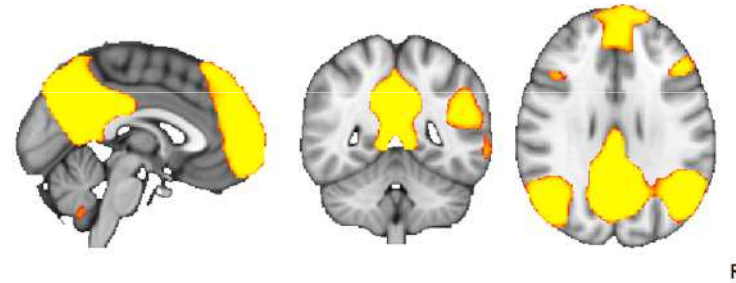
Right temporal-parietal junction (rTPJ)



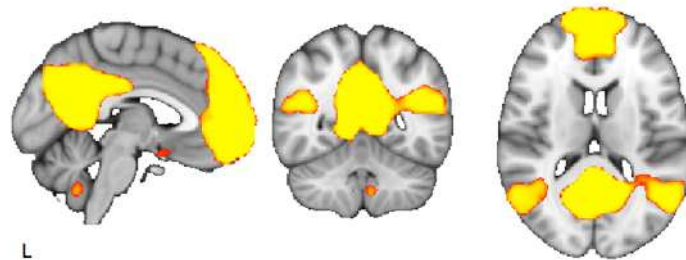
Medial prefrontal cortex (mPFC)



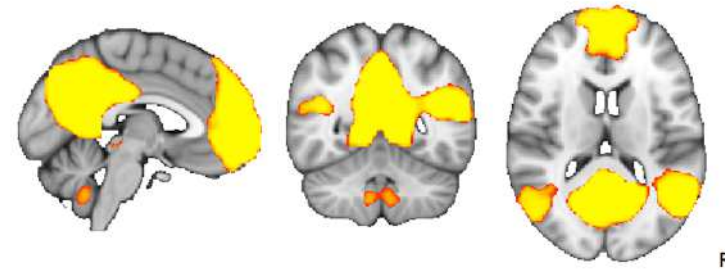
Precuneus, post. cingulate cortex (PC-PCC)




Left precuneus (lPC)



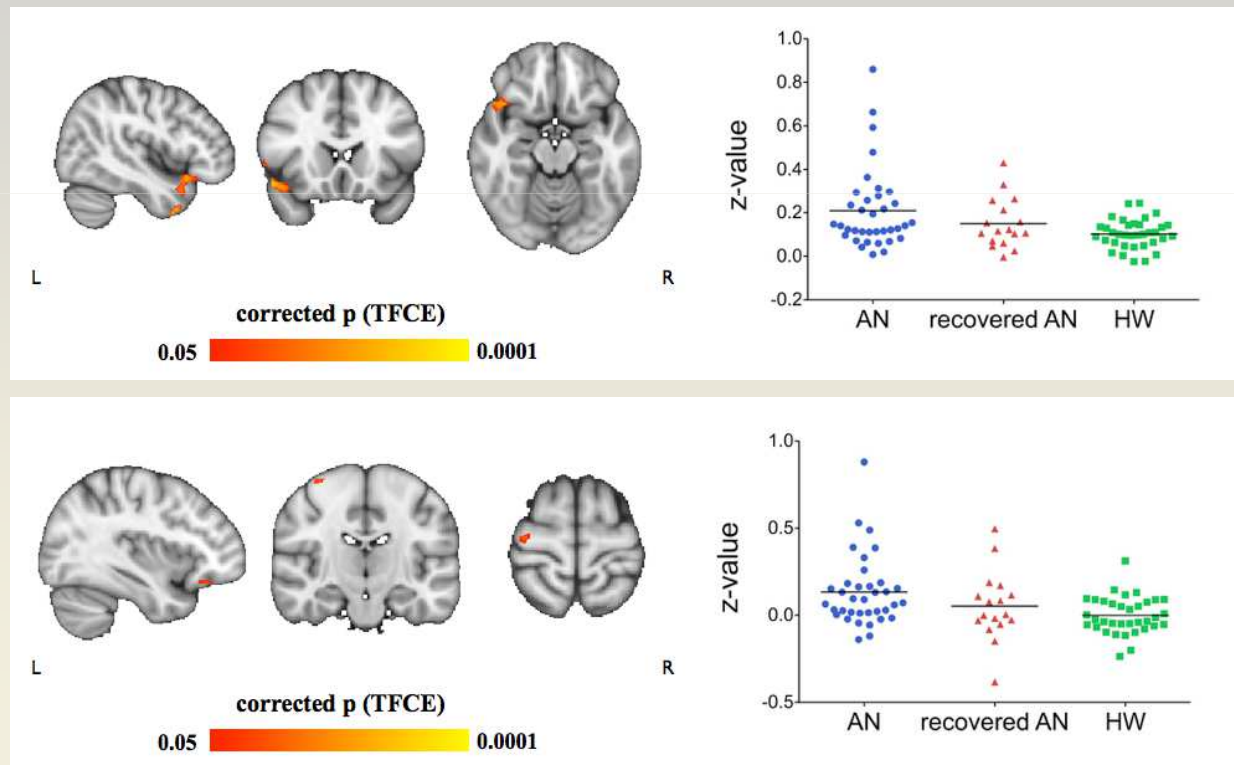
Right precuneus (rPC)



corrected p (TFCE)
0.05  0.0001

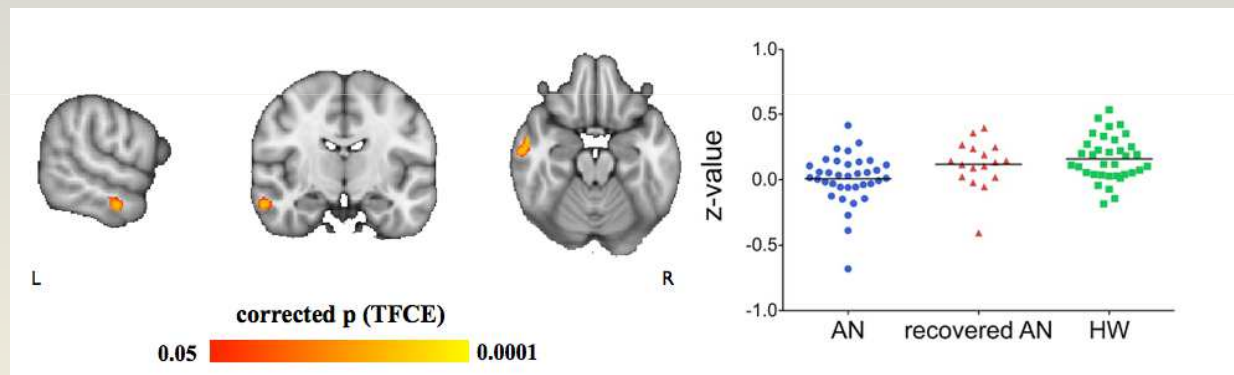
Analisi di connettività funzionale

Differenze significative tra pazienti con AN in fase acuta e le donne sane (aumentata connettività, AN >HC) nel network dei neuroni specchio (Premotor Cortex (PMC))



Analisi di connettività funzionale

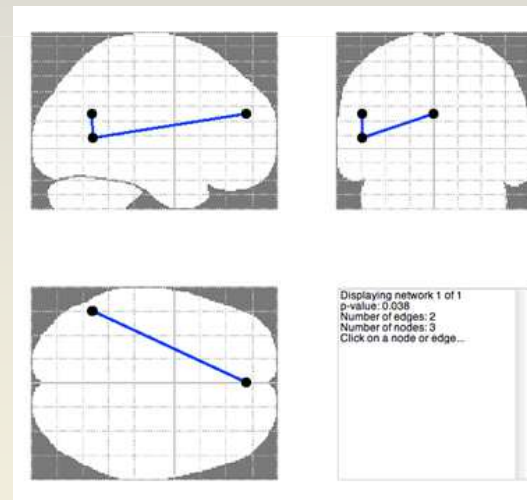
Network della Teoria della mente (ToM): differenza significativa (diminuita connettività AN<HC) per l'area della Temporal Parietal Junction





Network-based analysis

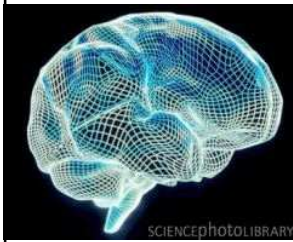
Aumentata 'interconnessione' nell'AN tra il network dei neuroni specchio (IpSTS seed) e il network della teoria della mente (mPFC and ITPJ seeds)



AN>HC

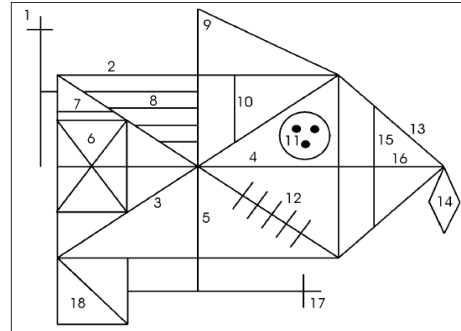
I due network (ToM e MNS) sono meno segregati nelle pazienti con AN (come già trovato in soggetti con disturbi dello spettro autistico).

Nel nostro campione di pazienti con AN, l'aumentata 'interconnessione' potrebbe suggerire un meccanismo compensatorio: l'iperconnettività del MNS farebbe da compensazione ad un inefficiente (o non maturo) network della ToM.



cognitive functions and treatment response in AN

Rey-Osterrieth Complex Figure Task

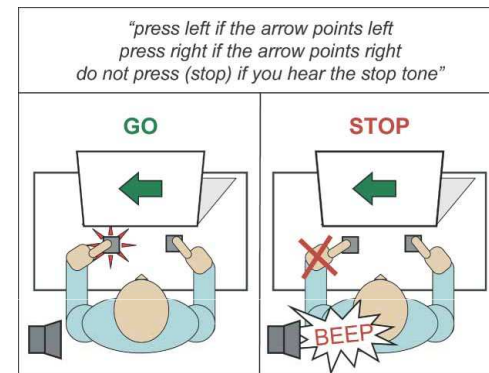


129 AN subjects

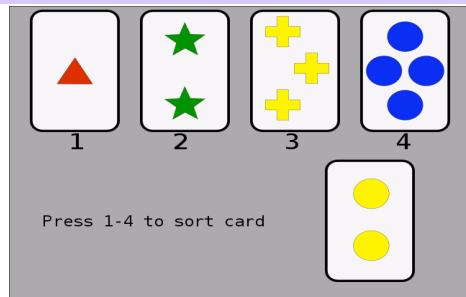
average BMI at assessment:

16.4 (SD=1.5)

Stop-Signal Task



Wisconsin Card Sorting Task



Reading the mind in the eyes



Surprised

Sure about something

Joking

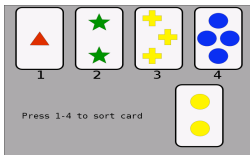
Happy

IOWA gambling task



Cognitive impairment as predictor of response to treatment

Wisconsin Card Sorting Task



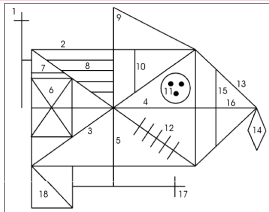
Improvement

$p < 0.005$

Final BMI

$p < 0.03$

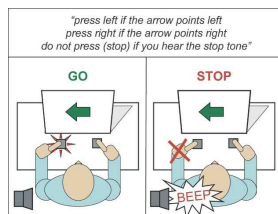
Rey-Osterrieth Complex Figure Task



not significant

not significant

Stop-Signal Task



not significant

not significant

Reading the mind in the eyes



not significant

not significant

Surprised

Sure about something

Joking

Happy

Cognitive impairment and response to treatment

Improvement

Final BMI

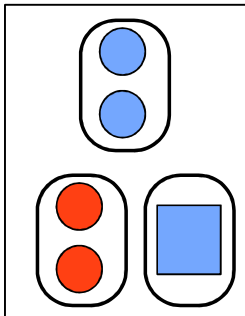
IOWA gambling task



not significant

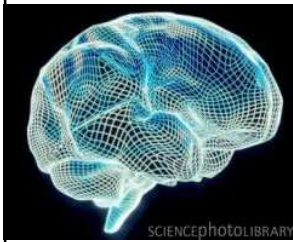
not significant

Cognitive Bias task



not significant

not significant



cognitive functions and treatment response in AN - 2

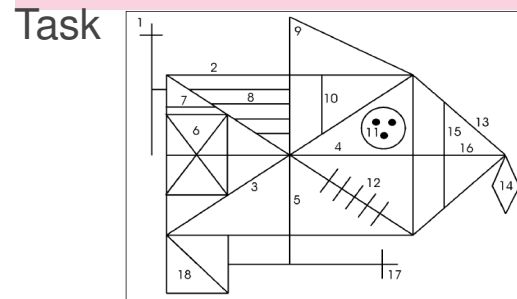
- a. admitted patients excluded
- b. known prognostic factors included in the model

144 AN subjects
 39 full remission (27%)
 51 much improved (35%)

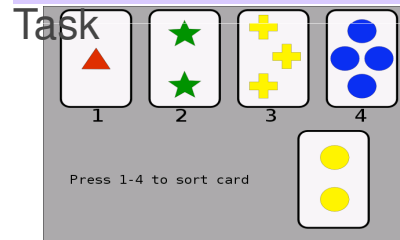
average BMI:
 16.1 (SD=1.5)

average age:
 22.5 (SD=7.3)

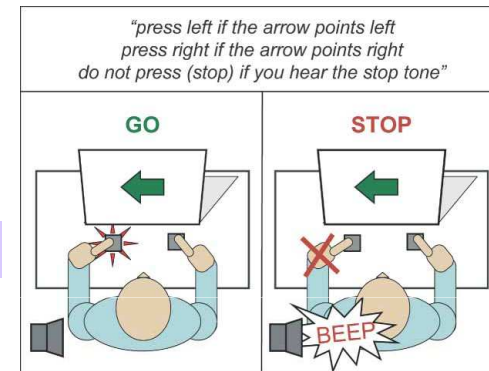
Rey-Osterrieth Complex Figure



Wisconsin Card Sorting



Stop-Signal Task



Reading the mind in the eyes

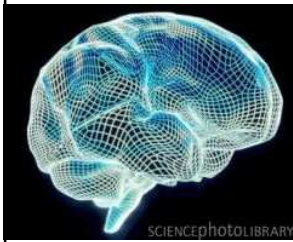


Surprised Sure about something

Joking Happy

IOWA gambling task





cognitive functions and treatment response in AN - 2

Logistic regression: predictors of full remission:

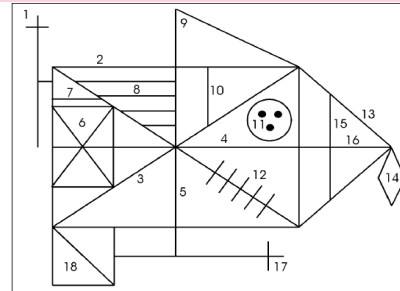
- diagnostic subtype (p=0.403; NS)
- duration illness (p=0.026)
- BMI (p=0.001)
- onset age (p=0.23; NS)
- lowest BMI (p=0.25; NS)

including cognition:

- WISC (p=0.065)
- Rey ICC (p=0.030)
- all others NS

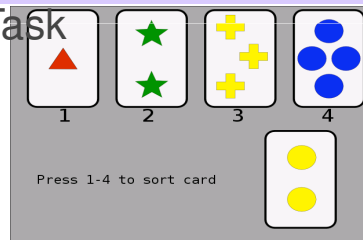
Rey-Osterrieth Complex Figure

Task



Wisconsin Card Sorting

Task



Reading the mind in the



Surprised

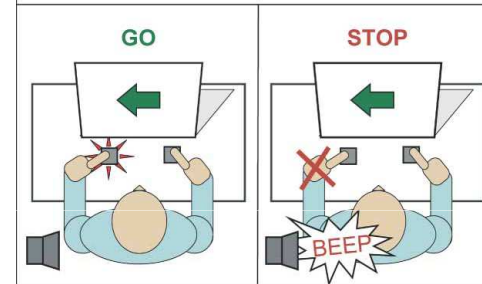
Sure about something

Joking

Happy

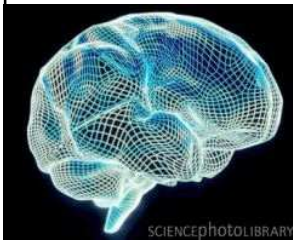
Stop-Signal Task

"press left if the arrow points left
press right if the arrow points right
do not press (stop) if you hear the stop tone"



IOWA gambling task

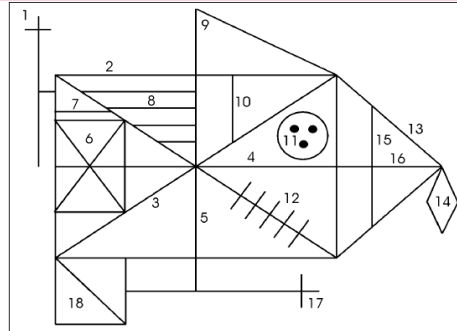




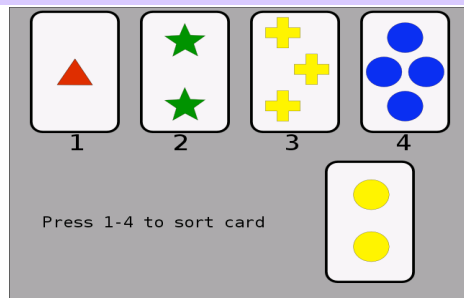
cognitive functions in anorexia and bulimia nervosa

Rey-Osterrieth Complex Figure Task

- 246 healthy controls
- 226 AN patients
- 50 patients with BN and previous AN
- 35 patients with BN (no previous AN)

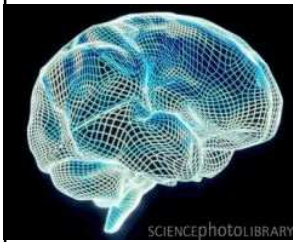


Wisconsin Card Sorting Task



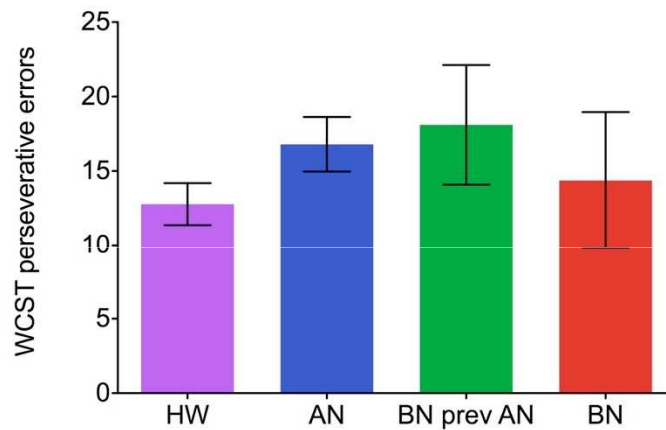
IOWA gambling task





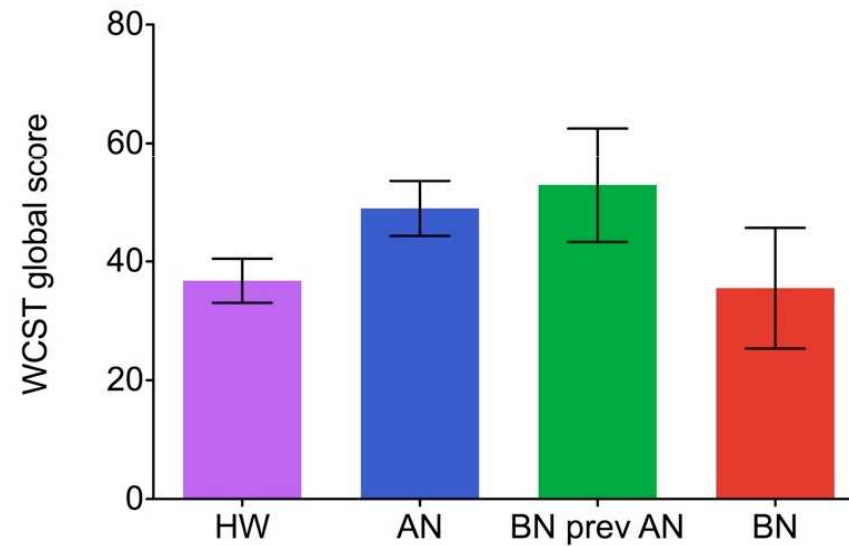
cognitive functions in anorexia and bulimia nervosa

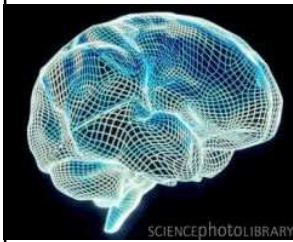
WCST perseverative errors



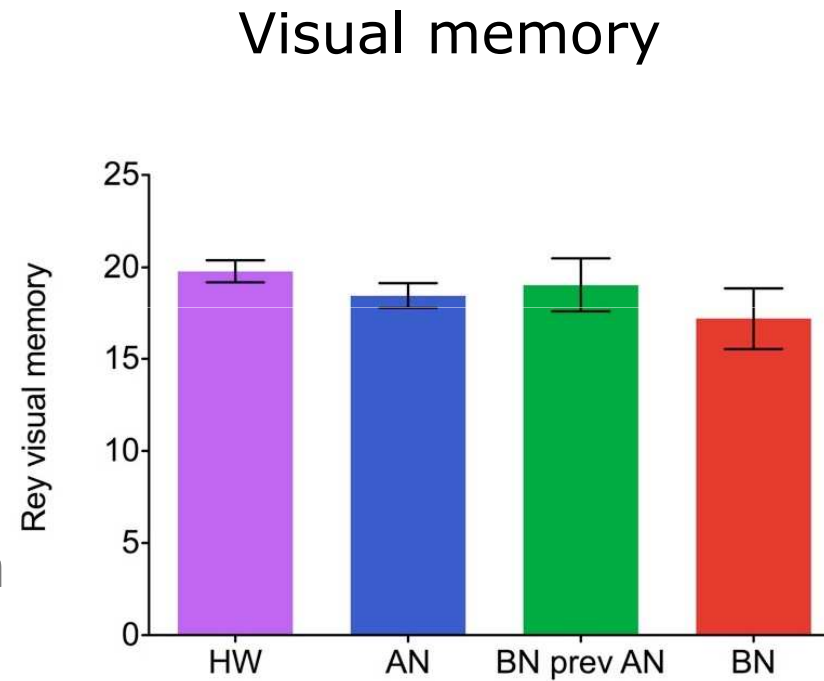
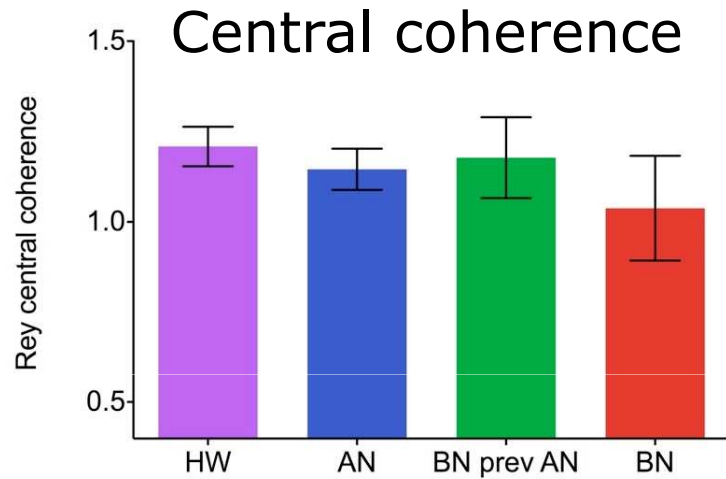
Solo le pazienti con BN e pgressa AN sono più inflessibili dei controlli sani

WCST global index

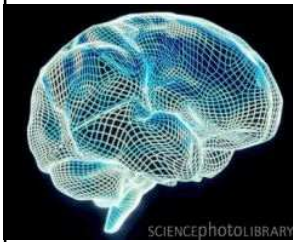




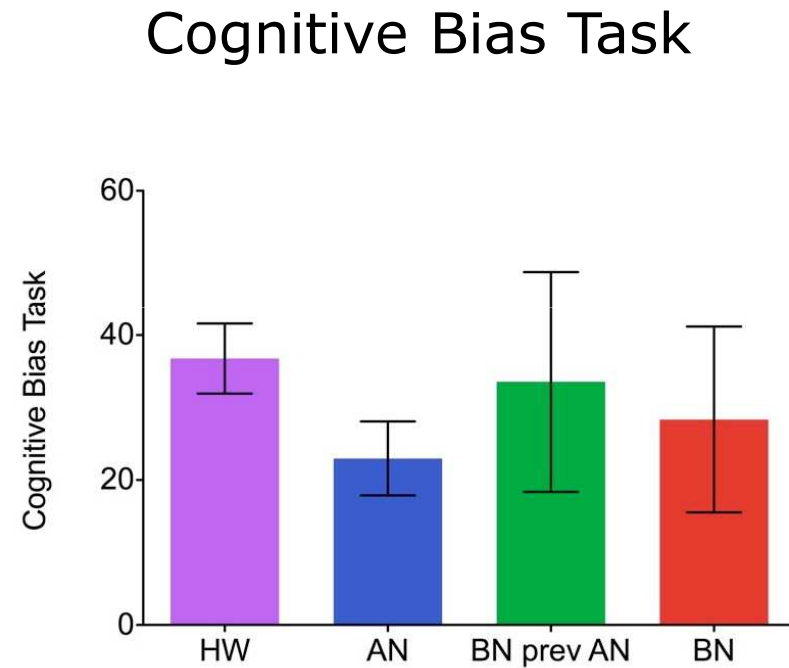
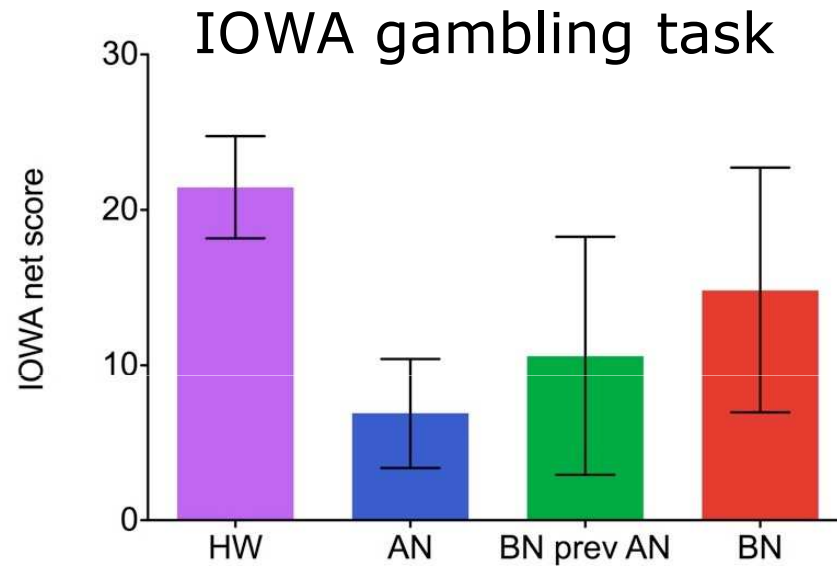
cognitive functions in anorexia and bulimia nervosa



Le abilità visuo-spaziali non sono alterate nelle pazienti con BN



cognitive functions in anorexia and bulimia nervosa



Le abilità decisionali sono alterate nelle pazienti con BN, ma in modo meno grave rispetto all'AN

Comorbilità psichiatrica nei DCA

1. Concetto di comorbilità nei DCA: dati e modelli
2. Funzionamento cognitivo e psicopatologia (spettro)
3. Fattori rilevanti per la psicopatologia: Età di esordio
4. Suicidalità e autolesionismo

 FOCUS ON WOMEN'S MENTAL HEALTH

Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Angela Favaro, MD, PhD; Lorenza Caregaro, MD;
Elena Tenconi, PhD; Romina Bosello, MD; and Paolo Santonastaso, MD

Campione:

tutti i pazienti afferiti al Centro
Regionale per i DCA tra il 1985 e il
2008

1,666 pazienti con AN

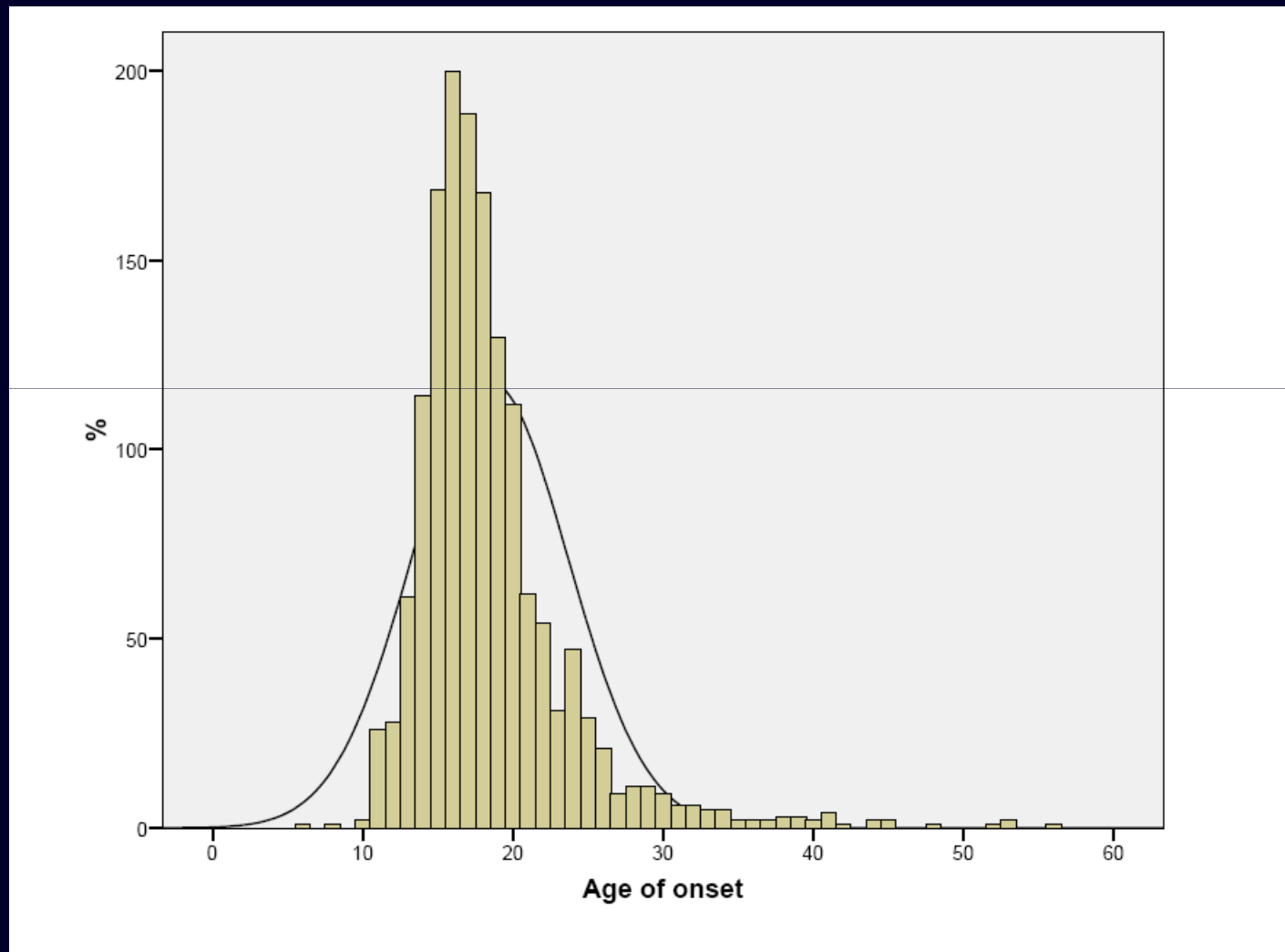
793 pazienti con BN senza AN

Abbiamo analizzato l'età di
esordio a seconda dell'anno di
nascita

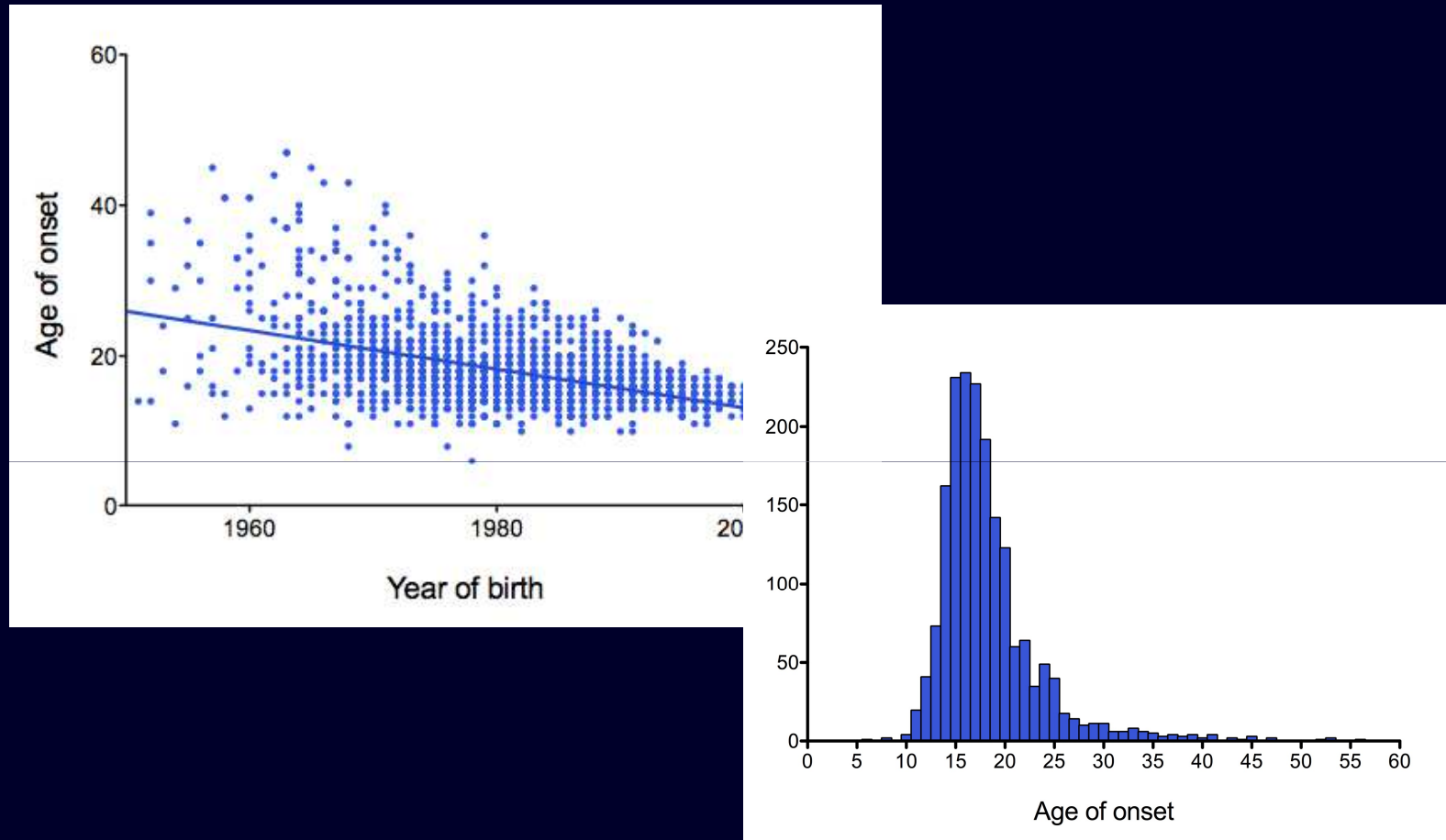
Conclusion: Age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa is decreasing in younger generations. The implications of our findings in terms of long-term outcome remain to be understood. Biologic and sociocultural factors explaining this phenomenon need to be explored in future studies.

J Clin Psychiatry 2009;70(12):1715-1721

Esordio - AN: moda 16 aa, media 18.5 aa

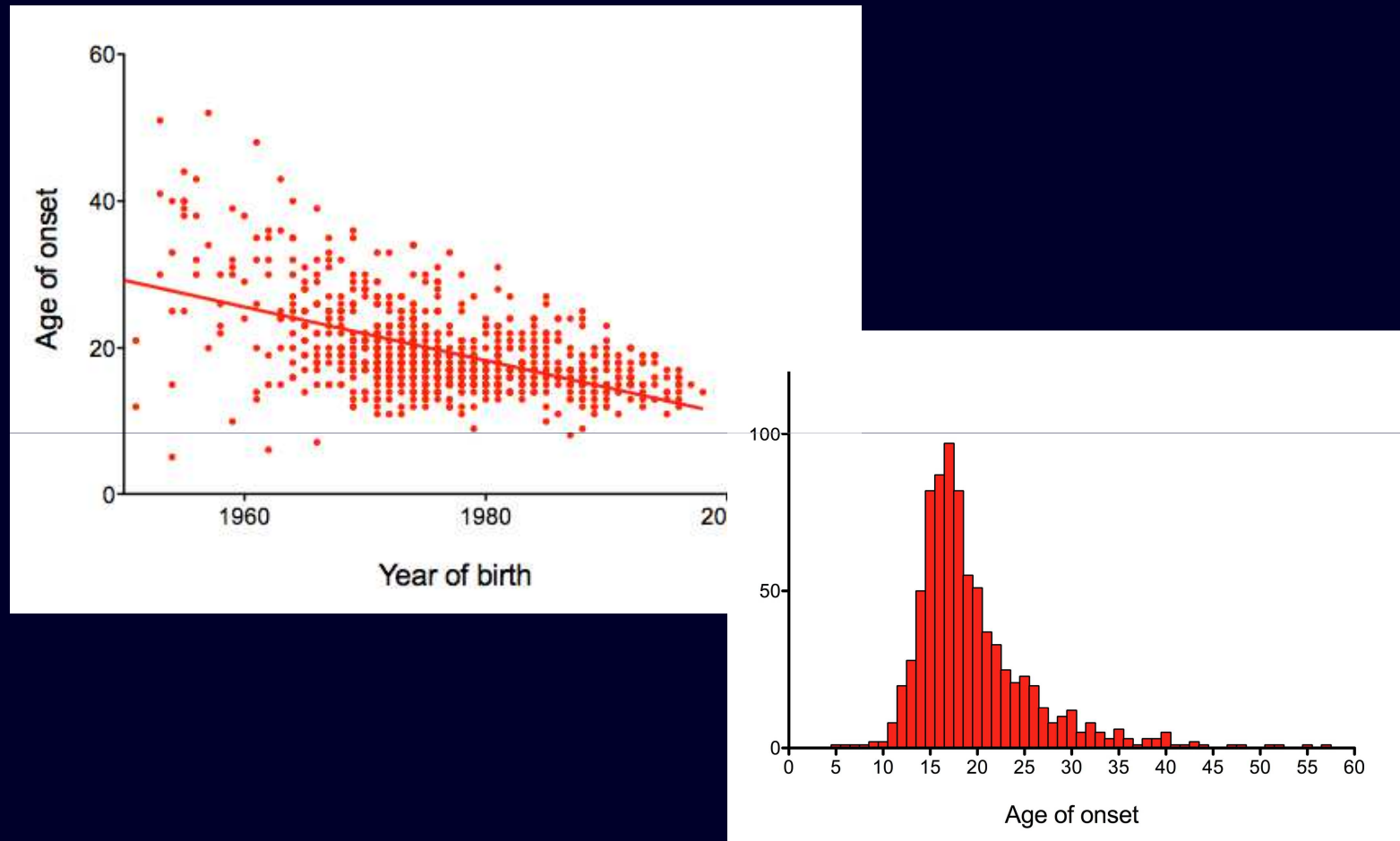


AN time trends



casistica al 2016 - DSM-5 (n=3164)

BN time trends



casistica al 2016 - DSM-5 (n=3164)

Tabella V. Pattern di presentazione nei casi di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa in relazione all'anno di nascita (Coorte 2).

<i>Anno di nascita</i>	<i>n</i>	<i>Età d'esordio, media (DS), anni</i>	<i>Età d'esordio <16 anni</i>		
			<i>n</i>	<i>OR (IC 95%)</i>	<i>P</i>
AN					
1970-1972	202	18,21 (2,84)	39	1	...
1973-1975	279	17,96 (2,89)	51	0,93 (0,59-1,48)	0,776
1976-1978	287	17,16 (2,91)	79	1,59 (1,03-2,45)	0,037
1979-1981	248	16,82 (2,66)	82	2,06 (1,33-3,20)	0,001
1982-1985	255	16,85 (2,93)	95	2,48 (1,61-3,82)	<0,001
BN					
1970-1972	101	18,14 (3,04)	18	1	...
1973-1975	121	17,83 (3,10)	31	1,59 (0,83-3,05)	0,165
1976-1978	123	17,24 (2,67)	31	1,55 (0,81-2,98)	0,185
1979-1981	72	17,04 (2,91)	23	2,16 (1,06-4,40)	0,033
1982-1985	82	17,50 (2,89)	18	1,30 (0,62-2,69)	0,485

Età di esordio e comorbidità psichiatrica

Età di esordio più precoce è associata a maggiore inflessibilità cognitiva e minori capacità empatiche (ritardo maturato secondario alla malnutrizione o fattore di rischio pre-esistente?)

Nei pazienti più giovani è frequente un pre-esistente DOC o un evento traumatico (bullismo o abuso). Il disturbo alimentare rende inoltre questi pazienti meno resilienti allo stress per eventi successivi all'esordio con frequente sviluppo PTSD o sindromi correlate

Comorbilità psichiatrica nei DCA

1. Concetto di comorbilità nei DCA: dati e modelli
2. Funzionamento cognitivo e psicopatologia (spettro)
3. Fattori rilevanti per la psicopatologia: Età di esordio
4. Suicidalità e autolesionismo

Suicidalità e DCA

INTRODUZIONE

Il nostro studio si propone di valutare la suicidalità in un ampio campione di soggetti con disturbo del comportamento alimentare, analizzando le eventuali similitudini e differenze all'interno dei diversi sottogruppi diagnostici.

Uno studio sulla mortalità nei disturbi alimentari ha riscontrato che le donne con AN presentano un ~~rischio relativo di 50~~, ed in due metanalisi si è determinato che il suicidio rappresenta la ~~seconda causa di morte~~ nella AN. Pochi studi hanno indagato la suicidalità nei DCA. I risultati ottenuti sono vari e contraddittori. Sebbene la maggior parte degli studi non abbia trovato differenze nella frequenza dei tentati suicidi tra gli individui con AN e BN, due studi hanno riscontrato tassi di tentato suicidio inferiori nei soggetti con AN rispetto a quello con BN. La discrepanza nei risultati potrebbe essere legata ad una suddivisione o meno negli studi, dei soggetti con AN restrittivi e purgativi; quando si fa tale distinzione infatti i tentativi di suicidio appaiono più frequenti nel sottogruppo purgativo rispetto a quello restrittivo, con tassi comparabili con quelli dei soggetti con BN.

MATERIALI E METODI

Il campione consiste in 2428 pazienti affetti da DCA, giunti presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Padova, nel periodo compreso tra il 1992 ed il 2008. Il campione è stato suddiviso in tre sottogruppi diagnostici principali (AN, BN, NAS DCA), a loro volta suddivisi in sottogruppi (ANR n: 492, ANBP n: 219, BN purge n: 704, BN non purge n: 189, NAS per AN n: 205, NAS per BN n: 175, NAS purge n: 204, BED n: 240).

La diagnosi di DCA è basata sui criteri del DSM IV. I dati sono stati raccolti tramite un' intervista strutturata (ISDA), un' intervista semistrutturata (Q.D.A. Santonastaso, 2005) e questionari autosomministrati: EDI, SCL-90.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il t di Student e l'analisi della varianza ad una via con post-hoc analisi.

RISULTATI

La prevalenza dei tentati suicidi (TS) è risultata complessivamente maggiore rispetto a quella della popolazione generale e significativamente differente nei vari sottogruppi diagnostici.

La prevalenza di TS nella popolazione generale è, stando ad una stima nell'ISTAT del periodo 2005-2007, del 5,5%, mentre nel nostro campione è compresa tra il 5% ed il 40%.

I TS sono più frequenti nei disturbi ~~caratterizzati da condotte di eliminazione~~. I disturbi caratterizzati da sintomi restrittivi sono risultati quelli con minor prevalenza di TS, rimanendo comunque maggiore rispetto alla popolazione generale. Le diagnosi parziali presentano un comportamento ~~analogo a quello delle rispettive diagnosi piene~~, risultando la presenza di comportamenti "purghe", la caratteristica maggiore associata ai TS..

Le caratteristiche cliniche associate ad una maggior suicidalità sono risultate una più lunga durata di malattia per l'AN restrittiva e bulimico purgativa, un BMI minore per l'AN restrittiva e NAS per AN ed una maggior frequenza del vomito e delle condotte purgative per la BN purgativa.

Comportamenti autoaggressivi

Autoaggressività minore

- Danni lievi o moderati
- Autoaggressività “diretta”, ma spesso associata a comportamenti autoaggressivi “indiretti” (alcool, fumo, guida pericolosa).
- No intento suicidario
- Ripetitività

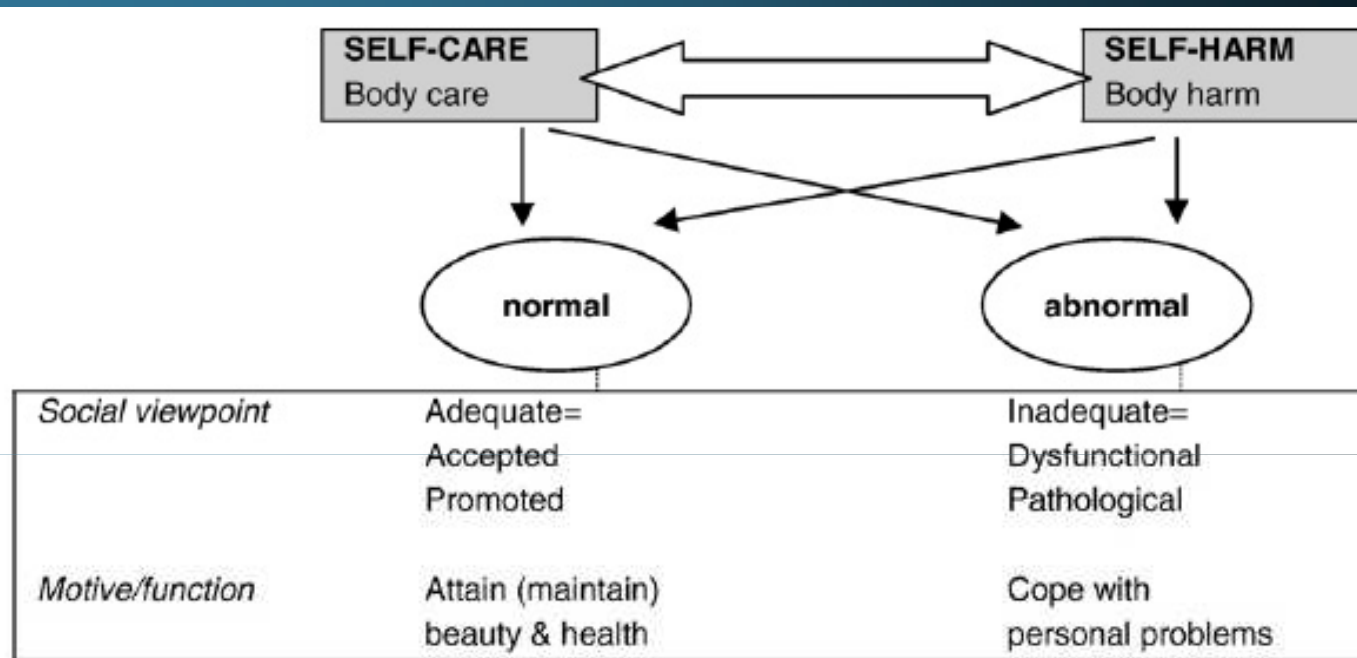


Fig. 1. The dimension of self-care versus self-harm.

Comportamenti autoaggressivi

Impulsivi

- ◆ Tagli con lamette, taglierini o coltelli
- ◆ Bruciature
- ◆ Punture con aghi
- ◆ Botte al ventre o sbattere i pugni o la testa
- ◆ Morsi

Caratteristiche

- * Episodico
- * Spesso ha un “grilletto”
- * Ha uno scopo comunicativo a livello interpersonale
- * E' egosintonico
- * Spesso non è accompagnato da dolore, ma da sollievo
- * Ha lo scopo di ottenere una gratificazione immediata senza riguardo per le conseguenze

Comportamenti autoaggressivi

Compulsivi

- ◆ Tirarsi e strapparsi i capelli
- ◆ Lesioni o escoriazioni da grattamento
- ◆ Lesioni al viso e acne
- ◆ Lesioni mucose (pellicine labbra e bocca)
- ◆ Onicofagia grave

Caratteristiche

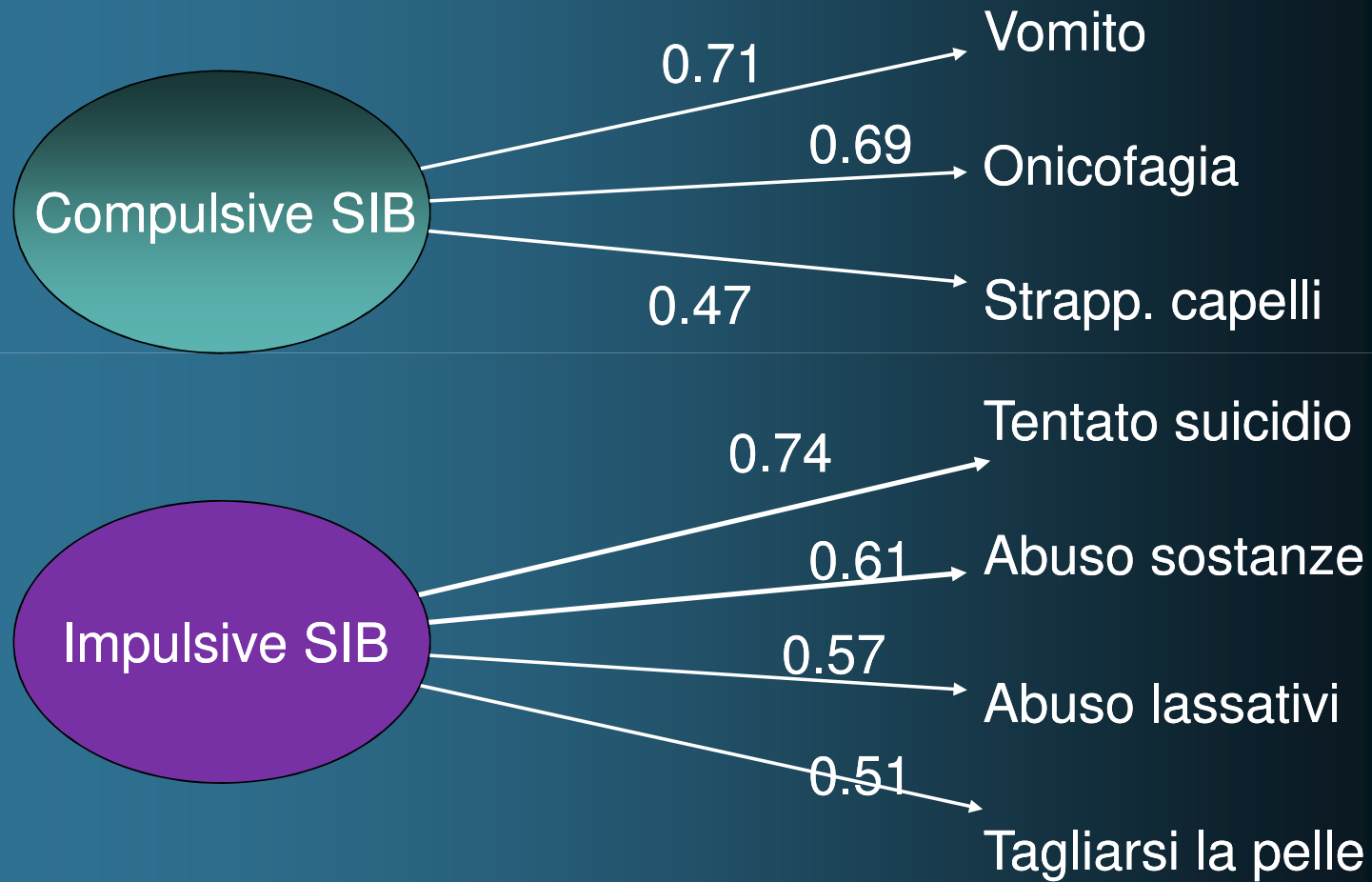
- * Ripetitivo
- * Egodistonico
- * La persona cerca di resistere al comportamento
- * Non c'è un "grilletto"
- * Sensibilità al dolore è conservata
- * Per prevenire ansia e angoscia, non per gratificazione

Comportamenti autoaggressivi

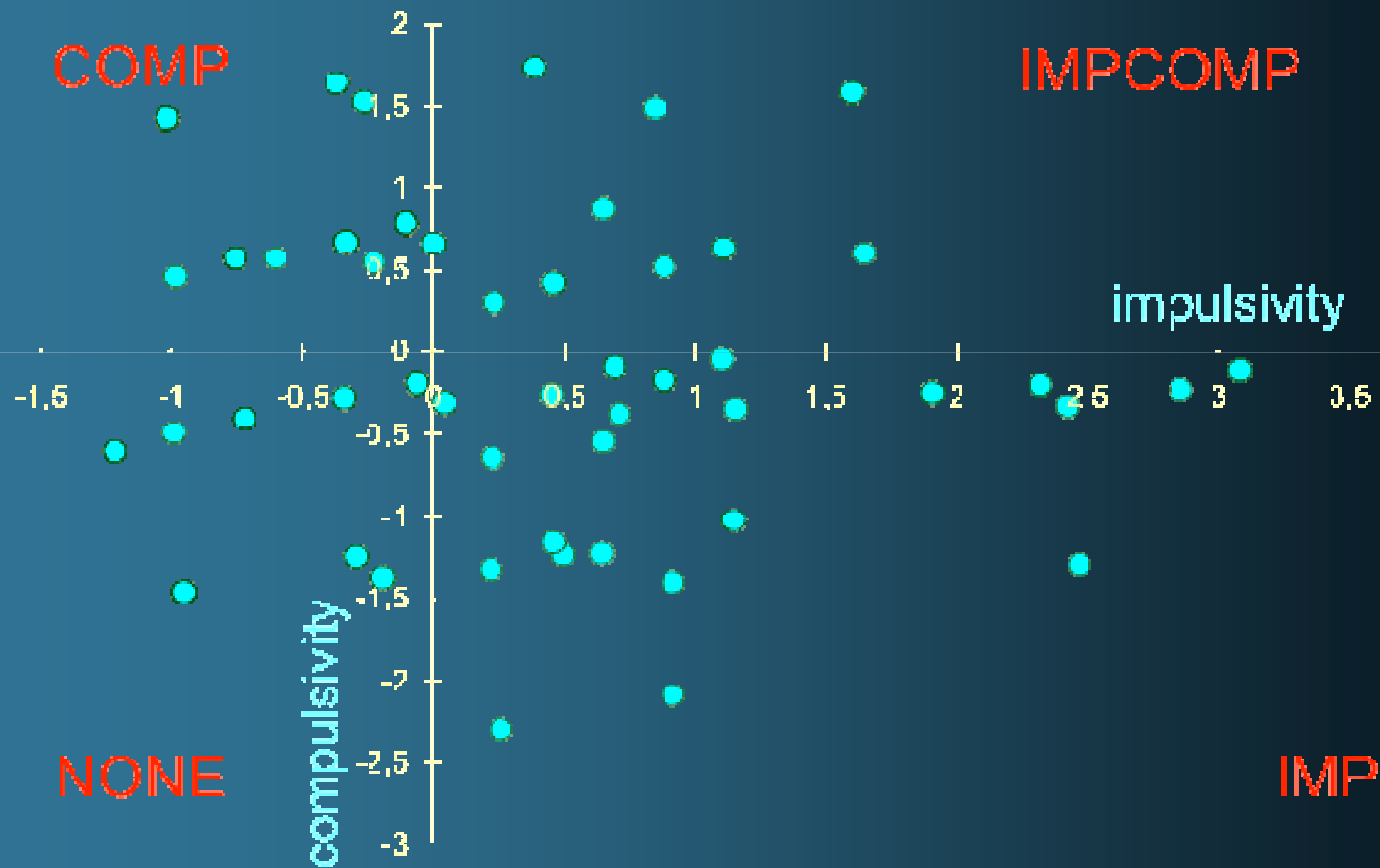
Perché è importante lo studio dei comportamenti autoaggressivi

- ❖ Sono frequenti negli adolescenti e in diversi disturbi psichiatrici (borderline, disturbi alimentari, depressione)
- ❖ Rappresentano un indice di gravità clinica e aumentano la difficoltà del trattamento
- ❖ Sono possibili predittori dell'evoluzione e dell'evoluzione del trattamento

Comportamenti autoaggressivi nella bulimia nervosa

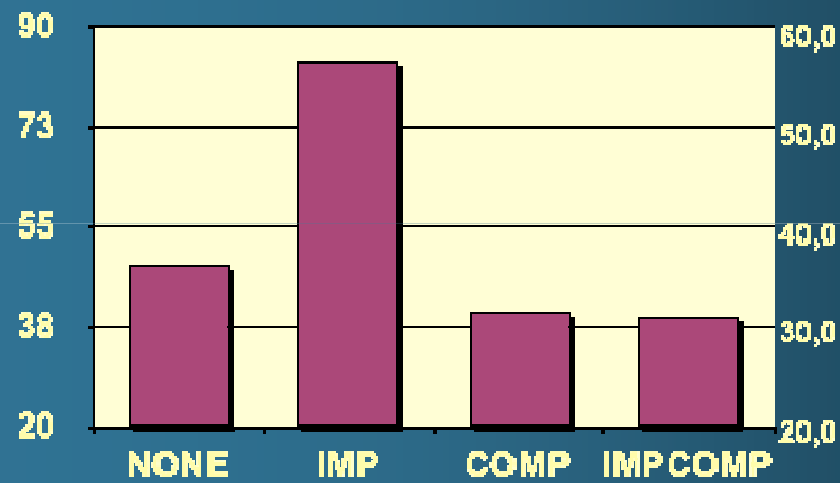


Comportamenti autoaggressivi nella BN

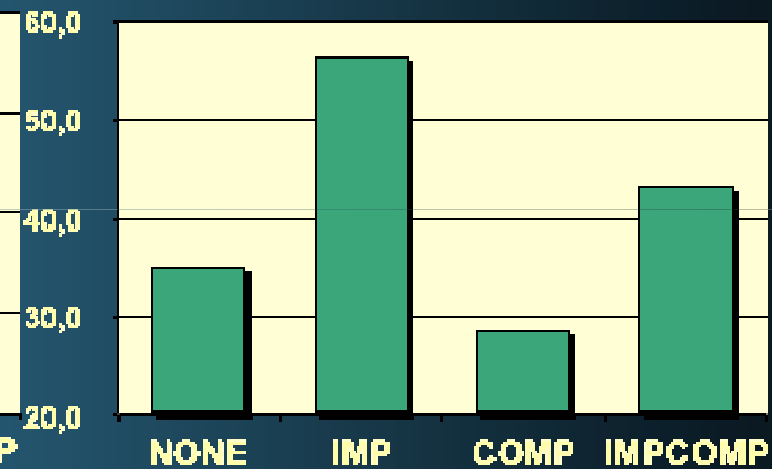


Comportamenti autoaggressivi: durata

Bulimia nervosa

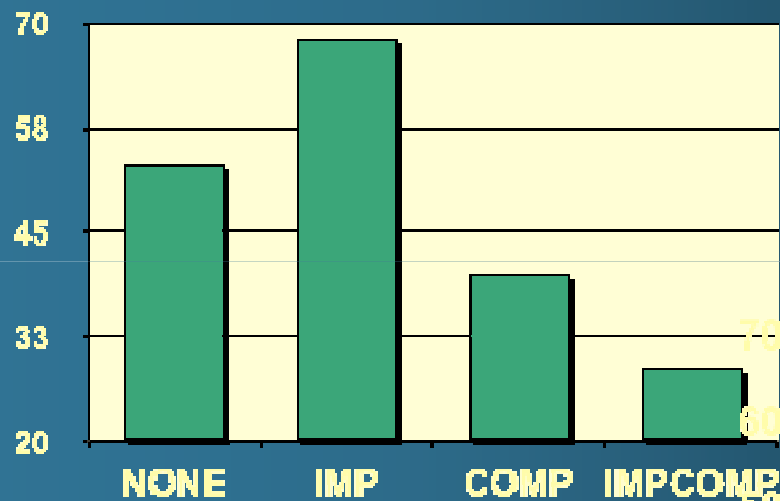


Anoressia nervosa

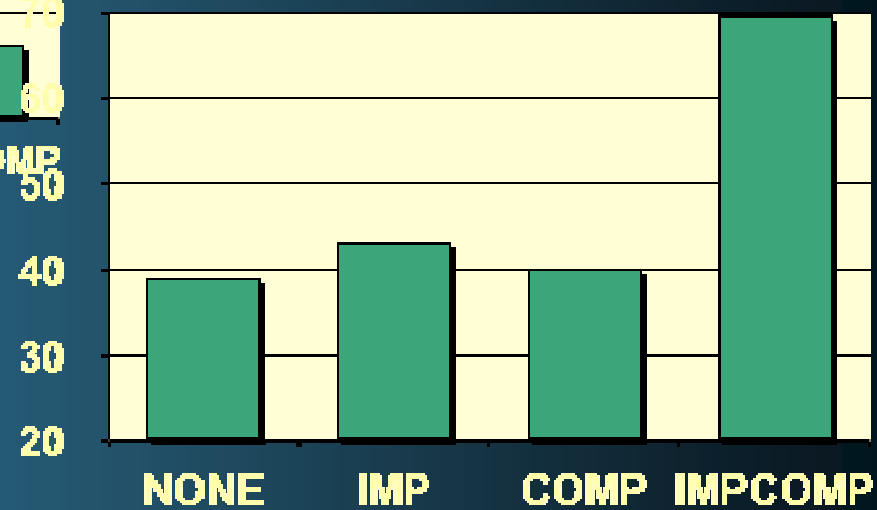


Comportamenti autoaggressivi: % dropout

Bulimia nervosa

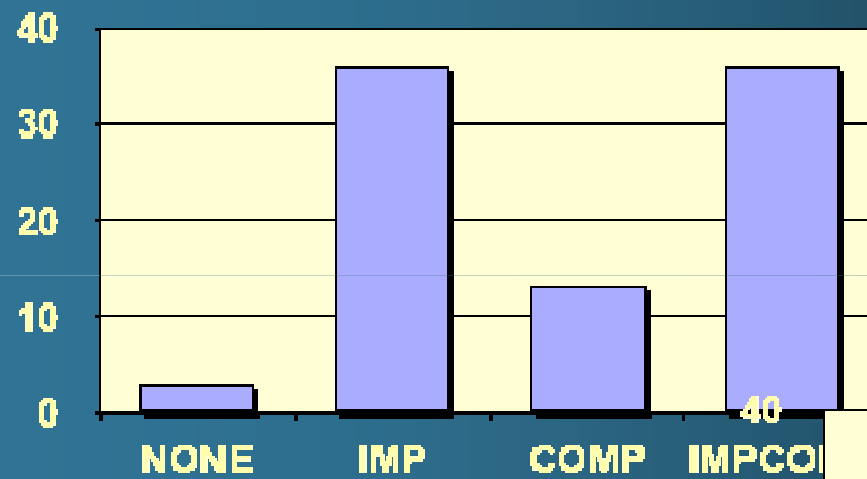


Anoressia nervosa

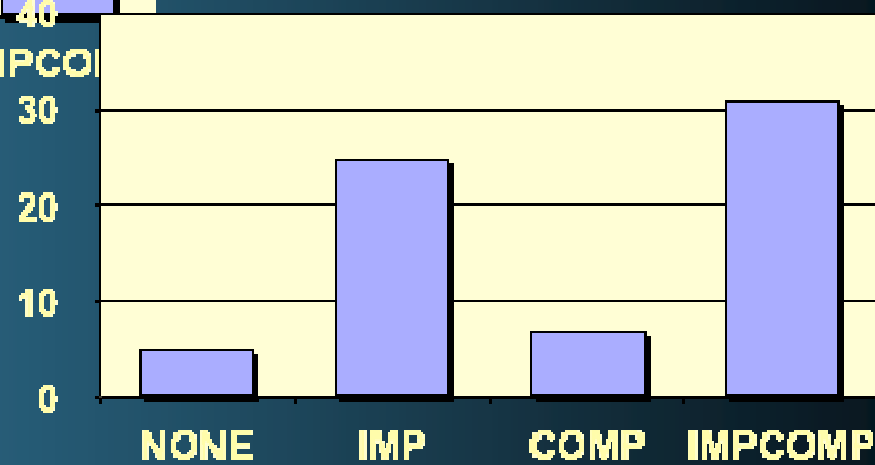


Comportamenti autoaggressivi: % abuso sessuale

Bulimia nervosa



Anoressia nervosa



Comportamenti autoaggressivi nei DCA

- ◆ Impulsività e compulsività sono due dimensioni psicopatologiche fondamentali nella comprensione delle caratteristiche dei singoli casi nel campo dei DCA.
- ◆ Per questo motivo, la valutazione della presenza di comportamenti autoaggressivi nei pazienti con DCA fornisce importanti informazioni sulle caratteristiche di personalità e può dare indicazioni sulla personalizzazione dei trattamenti.



GRAZIE!