



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

FLORE

## Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

### **Associazione tra fattori di rischio nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e quadro psicopatologico all'esordio**

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

*Original Citation:*

Associazione tra fattori di rischio nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e quadro psicopatologico all'esordio / M.C.Stefanini;F.Monami;G.Castellini;M.Caselli;P.Dirindelli;M.R.Troiani;M.G.Martinetti. - In: FORMAZIONE PSICHIATRICA E SCIENZE UMANE. - STAMPA. - 1(2012), pp. 63-78.

*Availability:*

This version is available at: 2158/641747 since:

*Terms of use:*

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

*Publisher copyright claim:*

(Article begins on next page)

STEFANINI MARIA CRISTINA, MD, MONAMI FRANCESCA, MD,  
CASTELLINI GIOVANNI, MD, CASELLI MICHELA, MD,  
DIRINDELLI PAOLO, TROIANI MARIA RITA,  
MARTINETTI MARIA GRAZIA, MD.

ASSOCIAZIONE TRA FATTORI DI RISCHIO NEI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) E QUADRO  
PSICOPATOLOGICO ALL'ESORDIO

*Estratto da:*

**Formazione  
Psichiatrica  
e Scienze umane**

n. 1 - 2012

FLORENCE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE  
PSYCHIATRIC UNIT  
DEPARTMENT OF NEUROPSYCHIATRIC SCIENCES

STEFANINI MARIA CRISTINA, MD, MONAMI FRANCESCA, MD,  
CASTELLINI GIOVANNI, MD, CASELLI MICHELA, MD,  
DIRINDELLI PAOLO, TROIANI MARIA RITA,  
MARTINETTI MARIA GRAZIA, MD.

## **ASSOCIAZIONE TRA FATTORI DI RISCHIO NEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE (DCA) E QUADRO PSICOPATOLOGICO ALL'ESORDIO**

### **Obiettivo**

Il presente studio analizza la relazione fra i fattori di rischio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e il quadro psicopatologico e comportamentale all'esordio.

### **Metodi**

Il campione preso in esame è costituito da 88 pazienti affetti da un Disturbo del Comportamento Alimentare e afferenti (nel periodo compreso da settembre 2006 a agosto 2008) ai Servizi per la prevenzione e cura dei DCA dell'Area Vasto Centro della Regione Toscana. L'età media dei pazienti è 15.4 anni, in un range fra 11 e 18 anni. Il 90.9% del campione è rappresentato da femmine (N=80) e il 9.1% da maschi (N=8). La diagnosi è di Anoressia Nervosa (AN) per il 69.3% (N=61), di Bulimia Nervosa (BN) per il 6.8% (N=6) e di Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati nel 23.9%. Nel 2.3% (N=2) non era disponibile la diagnosi. E' stata utilizzata una cartella informatizzata per valutazione di

Fattori di Rischio, Precipitanti, di Mantenimento e valutazione testistica (EDI-2 e BUT).

### **Risultati**

Il dato più rilevante è una relazione statisticamente significativa tra alcuni tratti psicopatologici considerati fattori di rischio per i DCA e le caratteristiche all'esordio. In particolare, la preoccupazione per il corpo (OR=7.2, [2.5-21.2]), l'esercizio fisico (OR=5.5,[1.6-18.2]) e la dieta restrittiva (OR=3.6,[0.9-13.7]) presenti all'anamnesi correlano con la presenza di ossessione per il cibo all'esordio. Fattori di rischio quali dipendenza dal consenso altrui (OR=4.6 [1.5-13.4]), pensiero tutto-nulla (OR=3.5 [1.2-9.5]), preoccupazione estrema per il corpo (OR=2.7 [1-7.6]), disturbi dell'umore (OR=17.6,[4.9-62.4]), disturbi d'ansia (OR=6.19 [2.1-17.7]), lutti non risolti (OR=3.8 [0.9-15.2]) aumentano il rischio di sviluppare depressione all'esordio del DCA. La presenza in anamnesi di impulsività aumenta il rischio di un quadro clinico iniziale caratterizzato da condotte di eliminazione, quali vomito auto-indotto (OR=3.3; [0.9-12.1]), abuso di diuretici e lassativi (OR=9.2; [0.9-87.5]). Anche traumi (OR=4.4; [1.1-17.5]) e lutti non risolti (OR=3.9; [1.1-14]) aumentano il rischio di vomito auto-indotto.

Influenza dei coetanei (OR=14.0; [1.3-142.8]), aspettative esasperate dei genitori (OR=7.2 [2.3;22.9]), esercizio fisico (OR=11.6; [3.9-34.7]), dieta restrittiva (OR=5.5; [1.8-16.5]), pensiero tutto - nulla (OR=2.7; [1-7.3]) e perfezionismo (5.5; [1.9-16]) correlano in modo significativo con la presenza di iperattività motoria all'esordio.

### **Conclusioni**

Il presente studio ha indagato l'esistenza di correlazioni fra fattori di rischio per i DCA e differenti quadri clinici all'esordio. E' stato evidenziato come la presenza di fattori psicopatologici quali l'impulsività, i traumi e i lutti non risolti aumentano in modo significativo il rischio di condotte di eliminazione all'esordio (vomito autoindotto, abuso lassativi e diuretici). Inoltre la presenza in anamnesi di stili di vita dominati da dieta restrittiva e esercizio fisico correla con un quadro clinico caratterizzata da iperattività

motoria; così come la presenza di perfezionismo, pensiero tutto e nulla e influenza di coetanei.

**Parole chiave:** Disordini del Comportamento Alimentare (DCA), Fattori di Rischio (FR), quadro psicopatologico all'esordio.

## Summary

### Objective

The present study investigated the relationship between the risk factors of eating disorders (ED) and the behavioral and psychopathological picture debut.

**Participants and Measurements:** The sample examined consists of 88 patients suffering from eating disorders and related (in the period from September 2006 to August 2008) Services for the prevention and treatment of eating disorders (ED) of Area Vasto Centro of Tuscany.

The mean age of patients was 15.4 years (range: 11-18). The 90.9% of sample was composed respectively of females (N = 80) and male 9.1% (N = 8).

The diagnosis of Anorexia Nervosa (AN) was found in 69.3% (N = 61), bulimia nervosa (BN) in 6.8% (N = 6) and the Eating Disorders Not Otherwise Specified in 23.9%.

In 2.3% (N = 2) of cases, the diagnosis was not available.

It was used a computerized folder for evaluation of Risk Factors, Precipitants Factors, Maintenance Factors and for the analysis of administered tests (EDI-2 and BUT).

## Results

The most significant find was a statistically significant relationship between some psycho pathological traits as risk factors for eating disorders and onset features.

In particular, the concern for the body (OR = 7.2, [2.5-21.2]), exercise (OR = 5.5, [1.6-18.2]) and the restrictive diet (OR = 3.6, [0.9-13.7]) present on psychological history seems to correlate with the presence of food obsession at presentation.

Risk factors such as dependence on the consent of others (OR = 4.6 [1.5-13.4]), all-nothing thinking (OR = 3.5 [1.2-9.5]), extreme concern for the body (OR = 2.7 [1-7.6]), mood disorders (OR = 17.6 [4.9-62.4]), anxiety disorders (OR = 6.19 [2.1-17-7]), unresolved grief (OR = 3.8 [0.9-15.2]) increased the risk of develop depression at onset of eating disorders.

The presence, in psychological history, of impulsively seemed to increase the risk of an initial clinical picture characterized by purging behavior, such as self-induced vomiting (OR = 3.3 [0.9-12.1]), abuse of laxatives and diuretics (OR = 9.2 [0.9-87.5]). While traumas (OR = 4.4 [1.1-17.5]), and unresolved grief (OR = 3.9 [1.1-14]) seemed to increase the risk of self-induced vomiting.

Peer influence (OR = 14.0 [1.3-142.8]), exaggerated expectations of parents (OR = 7.2 [2.3, 22.9]), exercise (OR = 11.6 [3.9-34.7]), restrictive diet (OR = 5.5 [1.8 -16.5]), all or nothing thinking (OR = 2.7 [1-7.3]) and perfectionism (5.5 [1.9-16]) correlated significantly with the presence of hyperactivity onset.

### **Conclusions**

The present study investigated the existence of correlations between risk factors for eating disorders and different clinical presentation. It's been shown that presence of psycho pathological factors such as impulsively, trauma and unresolved grief, significantly increased risk of onset purging (self-induced vomiting, abuse laxatives and diuretics).

Moreover, the presence in the history of lifestyles dominated by restrictive diet and physical activity correlated with clinical picture characterized by hyperactivity, as well as the presence of perfectionism, all or nothing thinking and influence of peers.

**Key words:** eating disorders, risk factor, onset features.

### **Introduzione**

Il modello eziopatogenetico dei Disturbi del Comportamento alimentare (DCA), condiviso dalla letteratura scientifica, riconosce nella

malattia la via finale comune di possibili processi patogenetici che nascono, a loro volta, da interazioni tra molteplici fattori.

Secondo questo schema il rischio di sviluppare la patologia risulta dall'influenza reciproca di vari fattori predisponenti che agiscono sull'individuo. Dei soggetti a rischio però solo alcuni manifesteranno la malattia in virtù della resilienza, risultato di un'interazione dinamica tra fattori di rischio e fattori protettivi. E' proprio il bilancio di quest'ultimi due elementi a determinare la vulnerabilità individuale.

In conclusione, la complessità dei DCA riflette una altrettanto variegata eziologia in cui intervengono fattori predisponenti (genetici, culturali, psicologici, familiari), che creano una sorta di vulnerabilità biologica e psicologica, fattori scatenanti che determinano il passaggio dalla suscettibilità al disturbo vero e proprio e infine fattori di mantenimento responsabili della cronicizzazione del disturbo.

In questa cornice teorica di riferimento, il presente studio si propone l'obiettivo di verificare l'esistenza di un'associazione fra fattori di rischio per i DCA riconosciuti dalla letteratura e gli aspetti psicopatologici all'esordio (riconducibili alle aree della psicopatologia individuale, delle relazioni familiari e sociali e delle condotte) in un campione di pazienti con età inferiore a 18 anni. Infatti, se da un punto di vista clinico molto spesso i quadri all'esordio sono sovrapponibili, la presentazione psicopatologica e comportamentale mostra un'importante variabilità inter-soggettiva.

Un'analisi categoriale dei fattori di rischio inoltre può permettere di fare luce sul ruolo che le problematiche familiari, molto spesso riscontrate nei pazienti in età evolutiva, giocano sull'esordio e sulla prognosi dei DCA.

## **Materiali e metodi**

### **Pazienti**

Il campione totale arruolato nello studio è costituito da 88 pazienti adolescenti giunti, nel periodo compreso fra il 1 settembre 2006 e il 31 agosto 2008, ai servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Area Vasto Centro della Regione Toscana e che presentavano una diagnosi di DA (DSM IV TR) (8). L'età media dei pazienti è 15.4, in un range compreso fra 11 e 18 anni; la diagnosi è di

Anoressia Nervosa per il 69.3%, di Bulimia Nervosa per il 6.8% e di EDNOS per il 23.9%.

Il 37.5% (n=33) dei pazienti presenta almeno un disturbo associato e il 23.9% (n=21) due disturbi. Il 38.6% (n=34) non presenta alcun disturbo in comorbidità. In particolare i disturbi più frequenti associati sono risultati i disturbi dell'umore (53.2%), seguiti dai disturbi d'ansia (34.1%).

### **Metodologia**

Per ogni paziente alla presa in carico è stata compilata una cartella clinica informatizzata che rende omogenea l'osservazione clinica in senso longitudinale (follow-up a 0, 1 e 2 anni dall'inizio della ricerca) dal punto di vista psichiatrico, medico e dietetico/nutrizionale e permette di applicare in maniera adeguata gli strumenti necessari come test, questionari e scale (EDI-2, BUT). Consente inoltre di evidenziare il percorso effettuato dal paziente: modalità di invio, presa in carico, terapia, dimissioni. Nel presente lavoro si esaminano i dati relativi ai fattori di rischio, classificati secondo lo schema proposto da Jacobi et al (Tab.1) e i dati relativi al profilo psicopatologico presentato dal paziente alla presa in carico interdisciplinare integrata (Tab.2). Per quanto riguarda le comorbidità associate è stato indagato l'asse I del DSM-IV, escludendo l'asse II in quanto è controversa la diagnosi di Disturbo di Personalità nei minori. Per ciascuna caratteristica psicopatologica è stato chiesto al clinico di esprimere una valutazione soggettiva relativa alla presenza e al peso delle singole caratteristiche psicopatologiche, su una scala di Likert: 0= fattore assente; 1= fattore scarsamente presente; 2= fattore moderatamente presente; 3= fattore marcatamente presente. Infine, la valutazione è stata semplificata per ridurre al minimo l'errore, derivato dalla soggettività del giudizio dell'operatore ed il fattore è stato registrato come assente (punteggio=0) o presente (punteggi compresi fra 1 e 3). Abbiamo proceduto ad analizzare quattro principali aree disfunzionali: a) tratti psicopatologici individuali; b) aspetti relazionali (familiari e interpersonali), c) condotte; d) caratteristiche della relazione terapeutica

a) Tra gli aspetti psicopatologici individuali, la dis-percezione dell'immagine corporea e la negazione del disagio somato-psichico costituiscono elementi caratterizzanti quel nucleo psicotico che molti autori



considerano al centro del rapporto alterato con il proprio corpo e con il cibo nei DCA. In questi soggetti, l'incapacità di recepire in modo corretto i segnali del proprio corpo (distorsione percettiva) e la dis-percezione dell'immagine corporea, convalidano la falsa credenza di condotte anomale legate a scelte consapevoli. D'altro canto, la negazione del disagio somatico e psichico interferiscono sulla presa di coscienza di malattia, con ripercussioni sul piano terapeutico. Altri aspetti centrali, quali l'auto-valutazione e il perfezionismo, caratterizzano un altro focus dei DCA: la fragilità narcisistica, espressa come la necessità di compiacere e corrispondere ad attese, talvolta inconsapevoli, dell'ambiente. La capacità affermativa viene così a poggiare su aspettative perfezionistiche, con difficoltà a fronteggiare situazioni frustranti che generano vissuti delusivi e perdita dell'auto-stima. Infine, abbiamo considerato la ruminazione ossessiva, fattore altamente significativo, come sintomo internalizzante sul versante dell'ansia, che accomuna quadri pleiomorfi nell'ambito dei DA.

b) Tra i fattori relazionali rivestono un ruolo cruciale la conflittualità nelle relazioni familiari (relazioni conflittuali o invischiate con il nucleo familiare, difficoltà di emancipazione dalla famiglia) e il disinvestimento ed evitamento delle relazioni con i pari (di cui abbiamo valutato in particolare il ritiro sociale). Negli ultimi anni, la lettura nazionale e internazionale ha ampiamente analizzato la conflittualità familiare, evidenziando come dinamiche conflittuali, nelle famiglie di pazienti affetti da DCA, si generino indipendentemente da pre-esistenti fragilità familiari.

c) Per quanto riguarda le problematiche esternalizzanti abbiamo analizzato le condotte compensatorie e di eliminazione (condotte additive) e l'iperattività motoria.

d) Considerando come il rischio di drop out possa essere legato alla difficoltà di sostenere una continuità psico-terapeutica, abbiamo inserito la qualità della relazione psico-terapeutica analizzando il parametro: relazione terapeutica negativa. Infine, si è proceduto alla verifica di possibili associazioni significative fra il quadro clinico all'esordio e i singoli fattori di rischio analizzati. La nostra attenzione si è concentrata sulle caratteristiche psicopatologiche e comportamentali all'esordio, verificando la presenza o meno di una associazione con i fattori di rischio. Il test condotto per le associazioni è un chi-quadro, in cui si è calcolato l'ODDs Ratio.

## **Risultati**

### **Analisi categoriale dei fattori di rischio**

In Tab.3 è stata riportata la statistica descrittiva relativa ai fattori di rischio. Fra i fattori di rischio legati allo sviluppo sottolineiamo l'elevata frequenza di difficoltà alimentari precoci (20.45%) e in particolare la presenza in anamnesi di una storia di obesità o sovrappeso (32.95%). Fra i fattori comportamentali oltre il 40% del campione presenta in assessment una storia di diete o di aumentato esercizio fisico. Fra quelli psicopatologici il deficit di autostima (51.14%), il perfezionismo e i tratti ossessivi sono presenti in oltre la metà del campione (52.27%). Per quanto riguarda i fattori familiari emerge un'importante familiarità per i disturbi psichiatrici (37.5%) e per i Disturbi Alimentari (21.6%).

### **Valutazione delle caratteristiche psicopatologiche alla presa in carico**

In Tab. 4 sono riportati i dati descrittivi relativi agli items relativi al versante psicopatologico, relazione, comportamentale e psicoterapico analizzati. Oltre alla presenza importante di fattori psicopatologici comuni ai DCA (auto-svalutazione, negazione del disagio somato-psichico, perfezionismo e dispercezione dell'immagine corporea), si evidenzia una conflittualità a livello familiare (78.4%) e difficoltà relazionali (64.8%).

### **Associazione fra fattori di rischio e caratteristiche psicopatologiche.**

Nei grafici., sono state riportate le relazioni significative fra caratteristiche psicopatologiche "ossessione cibo" e "depressione" e i singoli fattori anamnestici.

Dai dati in nostro possesso si evince che alcuni fattori di rischio, in particolare la preoccupazione per il corpo (OR=7.2, [2.5-21.2]), l'esercizio fisico (OR=5.5,[1.6-18.2]) e la dieta restrittiva (OR=3.6, 0.9-13.7]), aumentano in modo significativo il rischio di sviluppare all'esordio l'ossessione per il cibo (Tab.5).

Fattori di rischio quali dipendenza dal consenso altrui (OR=4.6 [1.5-13.4]), pensiero tutto-nulla (OR=3.5 [1.2-9.5]), preoccupazione estrema per il corpo (OR=2.7 [1-7.6]), disturbi dell'umore (OR=17.6,[4.9-62.4]), disturbi d'ansia (OR=6.19 [2.1-17.7]), lutti non risolti (OR=3.8 [0.9-15.2]) aumentano il rischio di sviluppare depressione all'esordio del DCA (Tab.5).

La presenza in anamnesi di impulsività si associa a un quadro d'esordio caratterizzato da condotte di eliminazione, quali vomito auto-indotto (OR=3.3 [0.9-12.1]), abuso di diuretici e lassativi (OR=9.2 [0.9-87.5]). Anche traumi (OR=4.4 [1.1-17.5]) e lutti non risolti (OR=3.9 [1.1-14]) aumentano il rischio di vomito auto-indotto (Tab.6).

Influenza dei coetanei (OR=14.0 [1.3-142.8]), aspettative esasperate dei genitori (OR=7.2 [2.3;22.9]), esercizio fisico (OR=11.6 [3.9-34.7]), dieta restrittiva (OR=5.5 [1.8-16.5]), pensiero tutto - nulla (OR=2.7 [1-7.3]) e perfezionismo (OR=5.5 [1.9-16]) aumentano il rischio di iperattività motoria all'esordio (Tab.6).

## **Discussione**

L'elaborazione dei dati mette in evidenza che la presenza di specifiche caratteristiche psicopatologiche e comportamentali all'esordio sono associati a determinati tratti psicopatologici, presenti in anamnesi e individuabili come fattori di rischio per i DCA.

Pazienti con un quadro clinico dominato dall'ossessione per il cibo presentano con maggior frequenza in anamnesi fattori di rischio psicopatologici quali perfezionismo, impulsività, pensiero tutto-nulla, preoccupazione estrema del corpo e dipendenza dal consenso altrui. Così, un esordio caratterizzato da depressione è correlato in modo significativo con la presenza di fattori di rischio come disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, lutti non risolti, dipendenza consenso altrui, pensiero tutto-nulla e preoccupazione estrema per il corpo. Condotte di eliminazione quali il vomito auto-indotto sono associate al riscontro in anamnesi di fattori di rischio quali lutti non risolti e traumi; altri metodi di eliminazione come l'abuso di diuretici e lassativi sono associato a tratti psicopatologici caratterizzati da impulsività. Un esordio caratterizzato da iperattività motoria si associa con la presenza in anamnesi di storie di diete ed esercizio fisico.

Le difficoltà nei contatti personali e il ritiro sociale sono invece caratteristiche comportamentali associate in modo significativo a tratti psicopatologici quali il perfezionismo, la dipendenza dal consenso altrui e il pensiero tutto-nulla. Le difficoltà relazionali sembrano quindi correlate maggiormente ai tratti disfunzionali di personalità piuttosto che al disturbo alimentare in sé.

Le problematiche familiari non sembrano legate a sintomi chiave, né tanto meno predire la conflittualità familiare e le difficoltà relazionali all'esordio. Infatti, i pazienti valutati al momento della presa in carico hanno tutti evidenziato una rottura dell'equilibrio familiare, indipendentemente dalla preesistenza di fattori di rischio (genitori con patologie psichiatriche, familiarità per i DCA ecc). Questo dato rilevante ci induce a credere che tali fattori siano sì, implicati nella genesi, ma che probabilmente non influenzino la gravità del quadro clinico iniziale. Le cause delle alterazioni delle dinamiche familiari, spesso presenti nei pazienti, sono allora forse imputabili alla malattia stessa. Difficile determinare se le caratteristiche della famiglia rappresentino la causa o la conseguenza dei DA. Alla luce della recente letteratura, potremmo rispondere che lo "scompenso familiare" è il prodotto di una complessa interazione fra famiglia, paziente e malattia.

Non è emersa un'associazione fra fattori di rischio e la qualità dell'alleanza terapeutica. Abbiamo quindi formulato l'ipotesi che fra le possibili cause di una relazione psicoterapica negativa fossero elementi intrinseci al disturbo.

## **Conclusioni**

Il presente studio mette in luce il ruolo importante che alcuni fattori di rischio assumono nella patogenesi dei DCA, andando a individuare un continuum fra normalità e patologia, in cui tratti di personalità presenti fin dall'infanzia possono interagire con i fattori biologici, culturali, familiari, determinando la forma del DCA, in una prospettiva multifattoriale. In particolare, pazienti con anamnesi caratterizzate da tratti depressivi, ansiosi, preoccupazione estrema per il corpo e dipendenza giudizio altrui svilupperanno all'esordio del DCA quadri depressivi e ossessione per il cibo più spiccata rispetto ai pazienti che non hanno tali fattori di rischio in anamnesi. La presenza all'esordio di vomito correla con traumi e lutti non

risolti; mentre l'abuso di diuretici e lassativi è associata alla presenza in anamnesi di tratti psicopatologici di impulsività. Più controverso il ruolo dei fattori di rischio familiari, presenti in un'alta percentuale del campione studiato, ma non predittivi di specifiche manifestazioni cliniche. E' opportuno acquisire una sensibilità diagnostica tesa a valutar in profondità il disagio psicologico che sottende il disturbo per permettere una migliore comprensione delle manifestazioni sintomatiche e facilitare l'avvio del processo terapeutico. In futuro, si potrà valutare se la presenza di determinati fattori di rischio possa essere predittiva rispetto all'evoluzione del quadro clinico e psicopatologico, come prospettato da recenti ricerche volte a stabilire possibili associazioni fra caratteristiche cliniche e alcuni pattern di personalità.

## BIBLIOGRAFIA

- AILA GUSTAFSSON S., EDLUND B., KJELLIN L., NORRING C., *Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls- aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight*, Eur Eat Disord Rev., 2009, 17(5): 380-9.
- BARDONE-CONE A.M., WONDERLICH S.A., FROST R.O ET AL., *Perfectionism and eating disorders: current status and future directions*, Clin Psychol Rev., 2007, 27(3): 384-405.
- BRUCH H., *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosomaticmedicine, 14:187-194.
- CASSIN SE, VON RANSON KM, *Personality and eating disorders: a decade in review*, Clin Psychol Rev, 2005, 25: 895-916.
- COOK-DARZENS S., DOYEN C., MOUREN M.C., *Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications*, Eat Weight Disord., 2008, 13(4): 157-70.
- CUZZOLARO M., *Anoressie e bulimie. Un'epidemia del nostro tempo*, Bologna, Il Mulino, 2004.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text revised, American Psychiatric Association, 2001.
- FRANZONI E., GUALANDI P., PELLEGRINI G., *I disturbi del comportamento alimentare*, medicalsystems.it, 2004, Caleidoscopio.

- GODART N., PERDEREAU F., FLAMENT M., JEAMMET P., *Families of patients with anorexia and bulimia, Review of the literature and therapeutic implications*, Paris, Ann Med Interne, 2002, 153(6):369-72.
- HAINES J., KLEINMAN K.P, RIFAS-SHIMAN S.L. ET AL., *Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents*, Arch Pediatr Adolesc Med, 2010, 164 (4): 338-43.
- KLEIN D.A., WALSH B.T., *Eating disorders: clinical features and pathophysiology*, Physiol Behav., 2004, 81 (2):359-74.
- LE GRANGW D., EISLER I., *Family interventions in adolescent anorexia nervosa*, Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2009, 18(1): 159-73.
- MARTINETTI M.G., *I disturbi del comportamento alimentare*, In: Normalità e patologia nello sviluppo psichico, F.Tani (a cura di), Giunti, Firenze, 2007, 241-73.
- SELVINI PALAZZOLI M., *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Cortina Raffaello, 2006.
- STEINER H., KWAN W., SHAFFER T.G. ET AL., *Risk and protective factors for juvenile eating disorders*, Eur Child Adolesc Psychiatry, 2003, 12 Suppl 1: 138-6.
- STRIEGEL-MOORE R.H., BULIK C.M., *Risk Factors for eating Disorders*, American Psychologist., 2007, 62(3): 181-198.
- VANDEREYCKEN W., VAN HUMBEECK I., *Denial of illness in Anorexia Nervosa- A Conceptual Review: part 2 Different Forms and Meanings* Eur, Eat. Disorders Rev., 2006, 14:352-68.
- WALLER G., SINES J. MEYER C. ET AL., *Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders*, Int J Eat Disord., 2007, 40(2): 143-8.

<b>FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI</b>
Genere Femminile
Età (Adolescenza – prima giovinezza)
Gruppo etnico occidentale o donne venute in contatto con il mondo occidentale
<b>Fattori legati allo sviluppo</b>
Obesità/soprappeso
Difficoltà alimentari precoci
Fattori perinatali (nascita prematura)
Malattie croniche dell'infanzia (diabete mellito I)
Menarca precoce
<b>Fattori comportamentali</b>
Storia di diete restrittive (dieta vegetariana, ortoressia)
Esercizio fisico quotidiano
Sport agonistico (danza)
<b>Fattori psichiatrici/psicologici</b>
Deficit di autostima
Aspettative esasperate
Dipendenza dal consenso degli altri
Perfezionismo patologico
Pensiero tutto o nulla
Impulsività
Preoccupazione estrema per il peso e le forme del corpo
Rifiuto del corpo adulto e sessualità
Difficoltà nel processo di individuazione- separazione
Evitamento dei conflitti (famiglia, coetanei, <i>partner</i> )
Disturbo dell'attaccamento
Disturbi dell'umore (depressione)
Disturbi d'ansia
Disturbo ossessivo- compulsivo
<b>Fattori iatrogeni</b>
Prescrizione diete in età adolescenziale
Interventi di prevenzione specifica malattia-legata
<b>FATTORI DI RISCHIO FAMILIARI</b>
Familiarità per DA
Familiarità per disturbi psichiatrici
Vischiosità del gruppo familiare
Famiglia divisa
Famiglia conflittuale
Famiglia non tutelante
Abuso intrafamiliare
<b>FATTORI DI RISCHIO SOCIOCULTURALI</b>
Idealizzazione della magrezza:
1. Influenza dei mass-media
2. influenza della famiglia
3. influenza dei coetanei

Tab.1 Categorie di fattori di rischio per i DA proposte da Jacobi et al. (2004)

<b>CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE</b>
Autosvalutazione
Negazione del disagio somatopsichico
Perfezionismo
Ruminazione Ossessiva
Dispercezione dell'immagine corporea
Relazioni conflittuali o invischiate con il nucleo familiare
Difficoltà nei contatti personali
Ritiro sociale
Iperattività motoria
Condotte Addittive
Relazione terapeutica negativa

*Tabella 2 Caratteristiche psicopatologiche alla presa in carico analizzate nello studio*

<b>Fattori di Rischio</b>		<b>n°</b>	<b>%</b>
Fattori legati allo sviluppo	Età adolescenziale	82	93.1
	Storia obesità	29	32.9
	Difficoltà alimentari precoci	18	20.4
	Malattie croniche infanzia	1	1.1
	Menarca precoce	10	11.36
Fattori psicopatologici	Eccessiva preoccupazione. Peso e forme, insoddisfazione corpo e immagine corporea neg.	27	30.6
	Scarsa autostima	45	51.1
	Perfezionismo, tratti ossessivi, DPOC	46	52.2
	Depressione, ansia, abuso alcol o sostanze, instabilità affettiva	26	29.5
	Disturbo attaccamento	26	29.5
Fattori comportamentali	Storie di diete ed aumento esercizio fisico	38	43.1
Fattori familiari	Stile di interazione e comunicazione familiare disfunzionale	25	28.41

*Tab.3 Analisi categoriale dei Fattori di Rischio DCA*



Caratteristiche all'esordio	Assente	Presente	Non definito	% Presente
<b>Psicopatologiche</b>				
Autosvalutazione	23	55	10	62.50
Negazione disagio somatopsichico	33	46	9	52.27
Perfezionismo	29	50	9	56.82
Ruminazione ossessiva	39	39	20	32.95
Dispercezione immagine corporea	25	54	9	61.36
<b>Relazionali</b>				
Relaz. Familiari conflittuali/ invischiato	9	69	10	78.41
Difficoltà contatti personali	20	57	11	64.77
Ritiro sociale	33	45	10	51.14
<b>Condotte</b>				
Iperattività motoria	39	40	9	45.45
Condotte additive	39	19	30	21.59
<b>Relazione psicoterapeutica</b>	61	15	12	17.05

**Tab.4 Valutazione caratteristiche psicopatologiche e comportamentali all'esordio**

<b>Caratteristiche psicopatologiche esordio</b>	<b>Fattori Rischio</b>	<b>Fattori Rischio OR</b>
<b>Ossessione Cibo</b>	Dieta restrittiva	3.6 [0.9-13.7]
	Esercizio fisico	5.5 [1.6-18.2]
	Aspettative esagerate	2.9 [1.0-8.2]
	Dip. consenso altri	3.5 [1.2-9.8]
	Perfezionismo	3.6 [1.2-10.2]
	Pensiero tutto/nulla	2.7 [0.9-7.5]
	Impulsività	1.5 [0.5-4.4]
	Preocc. estrema corpo	7.2 [2.5-21.2]
<b>Depressione</b>	Dip. consenso altri	4.6 [1.5-13.4]
	Pensiero tutto/nulla	3.5 [1.2-9.5]
	Preocc. estrema corpo	2.7 [1-7.6]
	Disturbi umore	
	Disturbi ansia	17.6 [4.9-62.4]
	Lutti non risolti	6.19 [2.1-17-7]
		3.8 [0.9-15.2]

**Tab.5 Odd Ratio Fattori di rischio e caratteristiche psicopatologiche all'esordio**

<i>Caratteristiche comportamentali esordio</i>	<i>Fattori di rischio</i>	<i>Fattori rischio OR</i>
<b>Esercizio fisico eccessivo</b>	Dieta restrittiva	5.5 [1.8-16.5]
	Esercizio fisico Perfezionismo	11.6 [3.9-34.7]
	Pensiero tutto-nulla	5.5 [1.9-16]
	Aspettative esasperate	2.7 [1-7.3]
	Influenza coetanei	7.2 [2.3;22.9] 14 [1.3-142.8]
<b>Body Checking</b>	Dieta restrittiva	3.5 [1.2-10.3]
	Aspettative esasperate	2.9 [1-8.1]
	Preocc. estrema corpo	6.7 [1.8-25.5]
<b>Abuso lassativi/diuretici</b>	Impulsività	9.2 [0.9-87.5]
<b>Isolamento sociale</b>	Aspettative esasperate	2.8 [1-7.3]
	Dip. consenso altri	2.8 [1-7.7]
	Perfezionismo	4 [1.5-10.4]
	Pensiero tutto/nulla	2.6 [1-6.8]
<b>Vomito auto-indotto</b>	Traumi	4.4 [1.1-17.5]
	Lutti non risolti	3.9 [1.1-14]
	Impulsività	3.3 [0.9-12.1]
<b>Sport agonistico</b>	Esercizio fisico Ossessione cibo	5.1 [1.9-13.9]
		3.8 [1.2-11.8]
<b>Abbuffate</b>	Impulsività	3.5 [1.2-10]

**Tab.6.Odd Ratio Fattori di rischio e caratteristiche comportamentali all'esordio**