

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN DIETISTICA

IL RUOLO DELLA PERCEZIONE DI MALATTIA NEI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNA RASSEGNA  
SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Tesi di Laurea in Psicologia clinica

Relatore

Prof.ssa Laura Sirri

Presentata da

Nicole De Sario

I SESSIONE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

## Sommario

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1 – DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE .....	5
1.1 Diagnosi.....	5
1.2 Qualità di vita .....	8
1.3 Comorbidità e conseguenze medico-internistiche.....	9
1.3.1 Comorbidità .....	9
1.3.2 Conseguenze medico-internistiche .....	12
1.4 Trattamento.....	14
1.4.1 Riabilitazione nutrizionale .....	14
1.4.2 Motivazione al cambiamento .....	17
1.4.3 Mantenimento .....	17
1.4.4 Interventi psicologici .....	18
CAPITOLO 2 – LA PERCEZIONE DI MALATTIA .....	21
2.1 Il modello teorico.....	21
2.2 Questionari sulla percezione di malattia.....	22
2.3 Implicazioni cliniche della percezione di malattia .....	25
2.3.1 Qualità della vita .....	25
2.3.2 Aderenza terapeutica.....	26
2.3.3 Self-management .....	26
CAPITOLO 3 - RASSEGNA SISTEMATICA SULLA PERCEZIONE DI MALATTIA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE .....	28
3.1 Metodi.....	28
3.2 Risultati.....	30
3.3 Discussione.....	39
CONCLUSIONI.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	45

## INTRODUZIONE

Questa tesi tratta l'importanza della valutazione della percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare facendo riferimento alla letteratura presente. Questo aspetto è particolarmente interessante poiché, in base alla percezione di malattia del singolo paziente, il professionista, in particolare il dietista, può variare il trattamento per renderlo più adeguato al soggetto. Inoltre, grazie alla percezione di malattia, il dietista è in grado di comprendere meglio lo stato di malessere e la fase del cambiamento in cui si trova la persona e, di conseguenza, essere maggiormente d'aiuto.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di effettuare una rassegna sistematica della letteratura, così da conoscere più approfonditamente la percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare, in particolare anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating.

L'elaborato si sviluppa in tre capitoli: nel primo capitolo vengono affrontate le caratteristiche generali per la diagnosi dei disturbi del comportamento alimentare definite dalla quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5)* dell'*American Psychiatric Association*. Un ulteriore aspetto trattato in questa sezione è la qualità di vita che può fornire informazioni utili sulla condizione di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, in quanto, in questi ultimi, è stata rilevata una bassa qualità di vita. Inoltre, vengono analizzate le comorbidità e le conseguenze medico-intrinseche che possono causare gravi danni sia fisici che psichici in chi soffre di questa patologia. Vengono approfonditi, per quanto riguarda le comorbidità, i disturbi dell'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, il perfezionismo, la depressione, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, l'abuso di sostanze e il suicidio; mentre, per quanto riguarda le conseguenze medico-intrinseche, si parla di alterazioni elettrolitiche, struttura cardiaca, anomalie ormonali, osteoporosi, complicanze del tratto gastrointestinale e disturbi del sonno. Infine, viene esaminato il trattamento utilizzato dal team multidisciplinare, formato da medico, psicologo e dietista che prende in carico il paziente. Inizialmente, deve essere valutato lo stato di nutrizione del soggetto e l'adeguatezza dell'*intake* alimentare; si prosegue stabilendo gli obiettivi da raggiungere e il mantenimento dello stato di normopeso conservato senza restrizione calorica e cognitiva. Nello specifico, il dietista può decidere di utilizzare come metodo di trattamento la CBT-E, teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, o il TFC, training di familiarizzazione con il cibo.

Nel secondo capitolo vengono specificati il significato e le origini della percezione di malattia. Dapprima viene illustrata la classificazione delle manifestazioni del comportamento abnorme di malattia di Pilowsky. Successivamente, viene spiegato il modello teorico dell'*illness*

*perception* di Leventhal, secondo cui la rappresentazione di malattia si può dividere in sei items. Vengono poi approfonditi i questionari relativi alla percezione di malattia utilizzati per testare questo aspetto. Esistono diverse tipologie di questionari che possono essere adottate: i questionari auto-compilativi (*Illness Perception Questionnaire* - IPQ; *Illness Perception Questionnaire-Revised* - IPQ-R; *Brief Illness Perception Questionnaire* - Brief-IPQ), le interviste semi-strutturate (*Insight and Treatment Attitude Questionnaire* - ITAQ; *Schedule for the Assessment of Insight* - SAI; *Brown Assessment Beliefs Scale* - BABS) e le rappresentazioni grafiche (*Pictorial Representation of Illness and Self Measure* - PRISM). In terzo luogo, si evidenzia come la percezione di malattia può aiutare a prevedere la qualità di vita che diminuisce quando il soggetto ha una comprensione maggiore della sua condizione, l'aderenza terapeutica che aumenta all'aumentare della consapevolezza di malattia e il *self-management*. Infatti, più è presente percezione di malattia più le modalità di coping del paziente sono adattative.

Infine, nel terzo capitolo vengono mostrati i metodi di ricerca che sono stati utilizzati per realizzare la rassegna sistematica della letteratura riguardo alla percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare. Inizialmente, in due differenti banche dati, Pubmed e Scopus, sono stati ricercati articoli inerenti al tema proposto attraverso l'incrocio di diverse parole chiave. Poi, attraverso un processo di selezione sono stati esclusi diversi studi in quanto duplicati, non pertinenti con l'argomento e perché non in lingua inglese o con partecipanti non adulti. Infine, per ognuno dei 13 articoli inclusi in questa rassegna sistematica sono stati individuati i risultati e approfonditi attraverso il confronto degli studi presi in esame.

Grazie a questa ricerca è stato possibile comprendere meglio l'importanza di considerare come i pazienti percepiscono la propria condizione di malattia in modo che l'operatore, in particolare il dietista, possa, attraverso il trattamento, motivare e indurre al cambiamento.

## CAPITOLO 1 – DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

### 1.1 Diagnosi

Nel maggio 2013 è uscita la quinta edizione dell'*American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5) che, rispetto alla precedente pubblicazione, ha reso meno restrittivi i criteri diagnostici per anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating (disturbo di alimentazione incontrollata) (American Psychiatric Association, 2013).

*Criteri DSM-5 per la diagnosi di anoressia nervosa:*

- A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno, tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Specificare se:

- Tipo restrittivo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo.
- Tipo bulimico/purgativo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento.

Specificare se:

- In remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza, ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto.
- In remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) attuale o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI. Le fasce sottoindicate derivano dalle categorie della World Health Organization per le magrezze degli adulti. Per bambini e adolescenti si dovrebbero usare i percentili di BMI corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.

Lieve: BMI  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>;

Moderata: BMI 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>;

Grave: BMI 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>;

Estrema: BMI  $< 15$  kg/m<sup>2</sup> (American Psychiatric Association, 2013).

*Criteri DSM-5 per la diagnosi di bulimia nervosa:*

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

1. Mangiare, in un periodo circoscritto di tempo, una quantità di cibo che è maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili.
2. Un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, digiuni o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

D. La valutazione di sé è influenzata dalle forme e dal peso del corpo.

E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo.
- In remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: 1-3 episodi/settimana;

Moderata: 4-7 episodi/settimana;

Grave: 8-13 episodi/settimana;

Estrema:  $\geq 14$  episodi/settimana (American Psychiatric Association, 2013).

*Criteri DSM-5 per la diagnosi di disturbo da binge-eating:*

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

1. Mangiare, in un periodo circoscritto di tempo, una quantità di cibo che è maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili.

2. Un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio.

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre (o più) dei seguenti sintomi:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.

3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.

4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.

5. Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

C. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo.

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi.

E. L'alimentazione incontrollata non è associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati che non si verifica esclusivamente in corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: i criteri per la diagnosi di binge-eating sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana.

- In remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di binge-eating sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di binge-eating. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale.

Lieve: 1-3 episodi/settimana;

Moderata: 4-7 episodi/settimana;

Grave: 8-13 episodi/settimana;

Estrema:  $\geq 14$  episodi/settimana (American Psychiatric Association, 2013).

## 1.2 Qualità di vita

Nelle persone con disturbi del comportamento alimentare, uno degli aspetti più importanti di cui tenere conto è la qualità di vita, perché fornisce informazioni su come il soggetto vive la propria condizione.

È stato dimostrato che pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating hanno una qualità di vita fisica e psichica inferiore rispetto alla popolazione sana. In particolare, è stato notato che l'indice di massa corporea (BMI) e la gravità del disturbo alimentare sono predittori di una peggiore qualità di vita. Rispetto a valutazioni che si concentrano solo sulla sintomatologia, quelle relative alla qualità di vita considerano più fattori che possono influenzare il benessere di una persona. Per questo, l'analisi sulla qualità di vita ha implicazioni anche nella pratica clinica, poiché i pazienti hanno la possibilità di comunicare i modi in cui la malattia influenza il loro modo di vivere.

Esistono numerose misure della qualità di vita, tra cui il *Quality of Life Inventory* (QOLI) che consente la raccolta di dati qualitativi e quantitativi per diversi domini a cui vengono attribuiti dei punteggi. Questa misura permette, inoltre, alle persone di scrivere commenti su ciascun dominio, producendo dati più completi.

In uno studio, Pollack et al. (2015) hanno dimostrato, attraverso questa valutazione, che non c'è differenza significativa tra gruppi con anoressia nervosa e bulimia nervosa. Questi risultati evidenziano l'importanza di tenere presente se un soggetto considera un dominio importante e quali aspetti sono rilevanti per la sua vita, così da poter avere un approccio terapeutico più mirato.

Esistono, inoltre, due studi in cui viene descritta la correlazione tra qualità di vita fisica e mentale in condizioni di anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating (Ágh et al., 2015; Jenkins et al., 2014).

I risultati di questi studi suggeriscono che la presenza di vari sintomi alimentari disordinati (abbuffate, vomito autoindotto, esercizio fisico compulsivo) in un individuo, si può associare a una salute mentale più compromessa rispetto alla salute fisica. Invece, la presenza di atteggiamenti di sopravvalutazione del peso e della forma del corpo è associata ad un danno maggiore sulla salute fisica. Tuttavia, chi soffre di questo problema di peso può vedere intaccato anche il proprio benessere psichico.



## **1.3 Comorbidità e conseguenze medico-internistiche**

### **1.3.1 Comorbidità**

Anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating sono disturbi che possono essere aggravati da comorbidità di vario genere. La presenza di questi disturbi può aumentare la gravità e la cronicità della malattia e può influenzare negativamente l'esito dei trattamenti. Infatti, riconoscere le comorbidità, in un individuo, può aiutare ad avere un approccio terapeutico più mirato ed efficace.

Tra le comorbidità, quelle più diffuse sono ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e perfezionismo.

L'esordio dei disturbi d'ansia precede quello dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa e questo indica che l'ansia rappresenta un fattore importante per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare.

Inoltre, è importante considerare che a persone che si sono riprese da un disturbo alimentare da almeno 12 mesi vengono attribuiti livelli ancora elevati di ansia (Kaye et al., 2004).

Il disturbo ossessivo-compulsivo è il disturbo d'ansia più comune. In particolare, i sintomi più frequenti in questi pazienti sono simmetria ed ordine.

Quindi, il perfezionismo è uno degli aspetti principali che caratterizza questi soggetti che cercano di raggiungere ideali e aspettative elevati evitando errori e difetti. È stato notato che negli individui che soffrono di binge-eating, le abbuffate sono innescate proprio da queste aspettative perfezionistiche. Inoltre, l'eccessiva preoccupazione di commettere errori, caratterizzata da un comportamento dicotomico, ovvero dal principio del tutto o niente, in cui qualsiasi difetto costituisce un completo fallimento, è un aspetto del perfezionismo tipico di anoressia nervosa e bulimia nervosa.

Infine, il perfezionismo può portare allo sviluppo di ansia dell'aspetto sociale che induce il soggetto a monitorare in maniera eccessiva il proprio aspetto fisico. Per questo motivo, le abbuffate possono fungere da soluzione per alleviare o evitare questa ansia (Brosos e Levinson, 2017).

Un'altra comorbidità comunemente diagnosticata nei disturbi del comportamento alimentare è la depressione. In particolare, sono stati valutati i livelli di triptofano nel sangue, che serve per la sintesi della serotonina cerebrale e porta ad una diminuzione dei sintomi depressivi. Quindi, bassi livelli di serotonina e triptofano possono essere interpretati come conseguenza di carenze nutrizionali (Attia et al., 2005) e possono alterare la neurotrasmissione della via serotoninergica e, di conseguenza, causare sintomi depressivi (Haleem, 2012).

Per questo motivo, durante la rialimentazione ci si aspetta che, con l'assunzione di aminoacidi essenziali e con l'aumento di triptofano nel sangue, i sintomi depressivi diminuiscano significativamente.

Se si tiene in considerazione la depressione, inoltre, si può parlare di alessitimia più marcata in soggetti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare rispetto alla popolazione generale. Infatti, gli individui con bulimia nervosa presentano una forte difficoltà nell'identificare i propri sentimenti, mentre i soggetti con anoressia nervosa mostrano difficoltà a descrivere le proprie emozioni (Speranza et al., 2005). Per questo si può parlare di correlazione tra disturbi del comportamento alimentare e mancanza di consapevolezza enterocettiva, ovvero la mancanza di capacità di discriminare tra sensazioni somatiche e stati emotivi.

Tra le caratteristiche riscontrate nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare è possibile osservare anche il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). In particolare, è stato dimostrato che l'impulsività, caratteristica di questo disturbo, è presente anche in soggetti con comportamenti di abbuffate e di eliminazione. Infatti, in uno studio Fernández-Aranda et al. (2013) hanno specificato che in gruppi più impulsivi, come quelli con bulimia nervosa e binge-eating, si può notare un livello più alto di ADHD rispetto a gruppi con anoressia nervosa.

È possibile spiegare questa minore prevalenza di sintomi dell'ADHD attraverso caratteristiche cognitive, come rigidità e perfezionismo, tipiche dei soggetti con anoressia nervosa (Ptáček et al., 2010). Comunque, per quanto riguarda l'anoressia nervosa, si può tenere presente che una caratteristica importante di questo disturbo rimane l'esercizio fisico eccessivo che può essere considerato un comportamento irrequieto e iperattivo (Stulz et al., 2013).

Diversi studi hanno dimostrato una frequente associazione tra disturbi del comportamento alimentare e abuso di sostanze. Le sostanze maggiormente rappresentate sono psicostimolanti e alcol (Siracusano et al., 2003).

Si è potuta notare una forte associazione nei soggetti con comportamenti bingeing/purging. Infatti, nei pazienti con bulimia nervosa e binge-eating si è osservato un più alto utilizzo di droghe e alcol (O'Brien e Vincent, 2003), probabilmente perché possiedono un comportamento di impulsività maggiore rispetto ai soggetti con anoressia nervosa (Wiseman et al., 1999).

Tuttavia, non si può affermare che questo abuso sia presente solo in persone con bulimia nervosa e binge-eating, in quanto si può dire che la privazione di cibo può indurre all'abuso di queste sostanze. Questo è stato dimostrato, ad esempio, nel Minnesota Study (Keys et al., 1950),

dove si è notato un aumento di abuso di tabacco e caffè, uniche droghe a disposizione dei partecipanti, durante il periodo di digiuno.

Infine, le persone con bulimia nervosa e anoressia nervosa spesso abusano di sostanze come lassativi, pillole dimagranti e diuretici, che vengono assunti con l'obiettivo di controllare il proprio peso. Inizialmente, questi farmaci vengono impiegati per combattere la stitichezza causata dallo scarso *intake* di cibo e dalla disidratazione, ma con il passare del tempo il loro utilizzo diventa cronico e improprio. Infatti, la maggior parte dei pazienti adopera i lassativi per indurre diarrea al fine di sentirsi più magri, per perdere peso e come comportamento di compenso dopo un'abbuffata (Roerig et al., 2010).

Infine, un'ultima comorbidità associata ai disturbi del comportamento alimentare è il suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte tra individui con anoressia nervosa; infatti, si stima che il 5% delle morti per questa patologia sia a causa del suicidio.

In soggetti affetti da bulimia nervosa e binge-eating è presente un elevato rischio di comportamento suicida rispetto alla popolazione generale.

Questo atteggiamento, spesso, viene amplificato da comorbidità come depressione e uso di sostanze.

Si è notato che questo problema è associato a disturbi alimentari in quanto questi individui sono più frequentemente coinvolti in comportamenti dolorosi (Smith et al., 2018).

Per di più, anche un basso amore per sé stessi e un'elevata auto colpevolezza sono associati a questa comorbidità. Poiché la prevalenza di suicidio nel binge-eating è più bassa rispetto agli altri due disturbi si può pensare che l'atto suicidario sia associato maggiormente al purging rispetto alle abbuffate. Comunque il rischio suicidario può fluttuare così come possono evolvere le forme restrittive e le forme binge-purge (Goldstein e Gvion, 2019).

La maggior parte dei decessi in pazienti con anoressia nervosa è causata dall'uso di metodi con un'alta probabilità di morte, mentre nei pazienti con bulimia nervosa e binge-eating le modalità sono più simili a tentati suicidi e quindi con metodi non così letali (Selby et al., 2010).

Al contrario, è stato visto che una valutazione positiva verso il proprio corpo è correlata negativamente al suicidio. Per cui, è importante, durante il percorso terapeutico, investire in questo senso per cercare di diminuire l'immagine corporea distorta che potrebbe portare questi individui al suicidio (Lewis et al., 2021).

### **1.3.2 Conseguenze medico-internistiche**

I pazienti affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating possono avere delle complicanze mediche, a causa della malnutrizione, delle condotte compensatorie e delle abbuffate, che spesso causano una riduzione della qualità di vita e dello stato di salute.

I comportamenti alimentari disfunzionali possono portare a gravi alterazioni elettrolitiche. In particolare, queste anomalie sono tra le cause di morte più frequente nei pazienti con bulimia nervosa, questo perché la gravità delle alterazioni elettrolitiche peggiora con l'aumento delle condotte di vomito e dall'utilizzo di lassativi, che provoca ipokaliemia e ipocloremia (Roerig et al., 2010). Inoltre, il vomito cronico provoca diminuzione di liquidi nel fluido intravascolare, e questo fa sì che si attivi il sistema renina-angiotensina-aldosterone. Questo sistema provoca un aumento della produzione di aldosterone che induce i reni a riassorbire sodio e cloruro per prevenire disidratazione, ipotensione e svenimento, e inoltre promuove la secrezione renale di potassio causando ipokaliemia (Nitsch et al., 2021).

Le alterazioni elettrolitiche, in particolare l'ipokaliemia, possono causare anche gravi complicanze cardiache, come aritmie e prolungamento dell'intervallo QT (Mehler e Rylander, 2015). Il più delle volte, nei pazienti con disturbi alimentari si nota bradicardia con frequenza a riposo inferiore a 60 battiti al minuto (Westmoreland et al, 2015). Spesso questo aspetto viene recuperato con l'aumento ponderale del peso corporeo.

È noto che nell'anoressia nervosa grave ci possono essere delle modifiche della struttura cardiaca che portano allo sviluppo di atrofia ventricolare sinistra; questa, poi può evolvere in prolasso della valvola mitrale (Westmoreland et al, 2015).

Inoltre, la maggior parte dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare sono ipogonadici a causa del ritorno ad uno stato puberale in cui la secrezione degli ormoni è ridotta (Westmoreland et al, 2015). Nei pazienti maschi i bassi livelli di testosterone influenzano la libido e la forza muscolare. Nelle femmine, invece, si ha una diminuzione della produzione degli estrogeni che comporta un'irregolarità mestruale nelle ragazze affette da bulimia nervosa, amenorrea in quelle affette da anoressia nervosa (Nitsch et al., 2021).

Un'ulteriore conseguenza è l'osteoporosi, che si presenta maggiormente nell'anoressia nervosa. La perdita di densità minerale ossea è dovuta alla ridotta formazione ossea e all'aumento del riassorbimento osseo causate dall'incapacità delle ovaie di produrre estrogeni. Questo problema è evidente anche solo dopo un anno di anoressia nervosa, e nonostante la giovane età dei pazienti si ha un aumento notevole del rischio di fratture. L'osteoporosi è una delle complicazioni che può lasciare danni irreversibili anche dopo la guarigione (Westmoreland et al, 2015).

Le complicanze del tratto gastrointestinale sono numerose e si sviluppano nel tratto superiore negli individui che utilizzano il vomito autoindotto, mentre si sviluppano nel tratto inferiore nei pazienti che abusano di lassativi (Nitsch et al., 2021).

Infatti, il vomito eccessivo espone l'esofago all'acido gastrico che danneggia lo sfintere esofageo inferiore, aumentando il reflusso gastroesofageo (Nitsch et al., 2021; Mehler e Rylander, 2015) e provocando erosione dentale che, una volta sviluppata, diventa irreversibile (Nitsch et al., 2021).

I soggetti che inducono il vomito, inoltre, lo fanno inserendo le dita in bocca e questo gli procura abrasioni cutanee alla mano con formazione di calli: viene chiamato segno di Russell (Mehler e Rylander, 2015).

I pazienti che utilizzano lassativi in modo eccessivo e cronico possono essere a rischio di sviluppare "colon catartico", ovvero la condizione per cui il colon diventa un tubo incapace di spostare le feci in avanti in modo autonomo (Nitsch et al., 2021).

Il binge-eating, poi, porta a un aumento del rischio di dilatazione gastrica acuta che può essere pericolosa, in quanto la compattazione di cibo nello stomaco può ostruire la circolazione sanguigna gastrica, portando a necrosi e perforazione dello stomaco (Sato e Fukudo, 2015). In più questo può causare altre problematiche come il rigurgito acido, bruciore di stomaco e gonfiore (Cremonini et al., 2009).

Infine, gli individui con disturbi alimentari possono riscontrare disturbi del sonno. Per quanto riguarda i pazienti con anoressia nervosa sono coloro che risentono meno di questo disturbo, in quanto utilizzano il tempo di sonno ridotto per essere iperattivi. I soggetti affetti da bulimia nervosa, invece, tendono a spostare in avanti il periodo di sonno a causa delle abbuffate che possono avvenire in tarda serata o di notte (Lauer e Krieg, 2004).

Sono le persone con binge-eating ad avere una probabilità maggiore di sviluppare insonnia. Questo può essere associato a un comportamento alimentare alterato perché il sonno disregolato provoca un'aumentata impulsività e quindi abbuffate più frequenti, che a loro volta producono interruzioni dei meccanismi che regolano il sonno (Mehr et al., 2021). Il sistema più colpito è quello dell'orexina (ipocretina), composta da una coppia di neuropeptidi sintetizzati nell'ipotalamo caudale, che media contemporaneamente il comportamento di ricompensa e i processi sonno/veglia. Per questo motivo, Mehr et al. (2021) hanno proposto uno schema ciclico secondo cui il binge-eating stesso causa un cambiamento della funzione del sistema dell'orexina determinando schemi di sonno sfasati e favorendo, così, le abbuffate.

Questa ipotesi è supportata dal fatto che i neuroni che producono l'orexina aumentino di numero in risposta ad una esposizione cronica di cibo ad alto contenuto di grassi e di zuccheri. Di

conseguenza, questa esposizione si traduce in un aumento dell'eccitazione che porta a una disregolazione del sonno, che a sua volta porta a ridotto controllo inibitorio e quindi abbuffate (Mehr et al., 2021).

## **1.4 Trattamento**

Nella maggior parte dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare vengono fatti interventi attraverso un team multidisciplinare specializzato, composto principalmente da medici, dietisti e psicologi. Questo perché i disturbi del comportamento alimentare possono dare complicanze sia mediche che psicologiche importanti, che, se non trattate, mantengono e aggravano la malattia.

Inoltre, molti di questi soggetti hanno problemi relativi alla consapevolezza della malattia e la motivazione al trattamento, per cui è possibile considerare la condivisione con il paziente delle scelte terapeutiche per renderlo più consapevole.

### **1.4.1 Riabilitazione nutrizionale**

Come descritto nelle Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (2017) il primo passo nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare è la valutazione degli introiti alimentari, che permette di definire la tipologia di disturbo davanti al quale ci si trova. In particolare, si tiene conto di:

- **Restrizione dietetica:** limitazione volontaria dell'*intake* di cibo per ridurre l'apporto energetico e ottenere un calo ponderale e un controllo del peso, questa diminuzione può arrivare anche a 300-600 Kcal/die. Alla restrizione dietetica, spesso, si associano rituali (ad esempio, rigidità degli orari, sminuzzare il cibo, utilizzo di spezie e sapori forti, abbondare con i liquidi e alimentazione vicaria, ovvero, mangiare attraverso gli altri, cucinando alimenti molto calorici che poi vengono dati da mangiare ad amici e familiari) che permettono di ridurre e tollerare meglio le sensazioni di fame e di disagio associate alla limitazione dell'*intake* calorico.
- **Abbuffata:** caratterizzata, come descritto del DSM-5, dall'ingestione, in un determinato lasso di tempo, di una quantità di cibo maggiore rispetto a quella che consuma la popolazione generale nello stesso tempo, e dalla sensazione di perdita di controllo durante l'episodio. Spesso, durante l'episodio vengono mescolati cibi dolci e salati e consumati gli alimenti ritenuti "cattivi", ovvero quelli che durante la restrizione calorica sono evitati.

- Comportamenti di compenso: comportamenti che vengono messi in atto per eliminare le calorie assunte e ritenute eccessive. Questi metodi sono principalmente il vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici ed esercizio fisico eccessivo.

Durante la valutazione nutrizionale, per valutare l'adeguatezza nutrizionale e la ritmicità dei pasti vengono utilizzati diversi strumenti:

- 24-hour recall: il terapeuta chiede al paziente cosa è stato consumato nelle 24 ore precedenti, ponendo l'attenzione, in particolare, sulla quantità e qualità degli alimenti.
- Diario alimentare: registrazione dei cibi consumanti in tempo reale e in autonomia dal paziente. Nel diario alimentare devono essere specificati tutti gli alimenti consumanti e in quale quantità. In generale, la compilazione del diario viene richiesta per 3-7 giorni comprendendo anche dei festivi.
- Scheda di monitoraggio: adattamento del diario alimentare, utilizzato sia nell'area nutrizionale sia in quella psicologica per fornire un quadro dettagliato del comportamento alimentare e dei meccanismi che lo mantengono. Questo strumento va compilato in tempo reale dal paziente, che deve annotare la qualità e la quantità (descritta in porzioni e non in grammi) dei cibi consumati. In più, viene chiesto di annotare, gradualmente, anche gli alimenti considerati eccessivi (per valutare se le abbuffate sono oggettive o soggettive), i comportamenti di compenso, gli eventi, emozioni e pensieri che influenzano il comportamento alimentare disfunzionale. La scheda di monitoraggio, inoltre, permette di valutare i cambiamenti messi in atto e l'efficacia della terapia (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

Per valutare lo stato nutrizionale del paziente possono essere utilizzati diversi strumenti:

- Indice di massa corporea: viene valutato il BMI per stabilire il livello di gravità dell'anoressia nervosa.
- Circonferenza del braccio: utile per valutare le riserve energetiche e la massa proteica. In particolare, se la circonferenza del braccio è  $< 23.5$  cm allora è probabile che il BMI sia  $< 20 \text{ kgm}^{-2}$ ; e una circonferenza del braccio  $> 20$  cm, in generale, non prevede ospedalizzazione.
- Plicometria: serve per misurare il grasso corporeo. Questo metodo viene associato alla circonferenza del braccio, in quanto, in condizione di malnutrizione, la misurazione della plica può essere alterata. Anche dopo il recupero del peso la sua attendibilità può essere alterata, perché la maggior parte del grasso corporeo tende ad accumularsi nelle regioni centrali del corpo rispetto a quelle periferiche.
- Esami biochimici:

- Proteine plasmatiche: la concentrazione serica di alcune di queste proteine (albumina, pre-albumina, transferrina) è utile per la valutazione dello stato nutrizionale e della massa proteica, in quanto la carenza di aminoacidi durante la malnutrizione può avere delle conseguenze della produzione di proteine.
- Elettroliti: vengono valutati principalmente: ipopotassiemia, responsabile dello sviluppo di aritmie cardiache e complicanze renali; ipomagnesiemia associata a ipocalcemia e ipopotassiemia; ipofosfatemia, soprattutto durante la rialimentazione e in casi di vomito autoindotto, se non trattata può dare scompenso cardiaco.
- Bioimpedenziometria (BIA): utile per valutare i compartimenti corporei. In particolare, misura l'acqua corporea totale intracellulare ed extracellulare (maggiormente rappresentata in condizioni di malnutrizione). Generalmente, viene utilizzata per far crescere nelle pazienti la consapevolezza dei cambiamenti legati al trattamento nutrizionale, in modo da distogliere l'attenzione sul peso corporeo.
- Densitometria ossea (DXA): è uno strumento che permette di valutare la densità minerale ossea, la massa magra (sia totale sia distrettuale) e la massa grassa corporea dei pazienti. La DXA, però, può sottostimare la massa grassa quando si è di fronte a grave obesità o gravissima malnutrizione, mentre, la stima della massa magra può essere alterata in condizione di alterazioni dello stato di idratazione superiori al 5%. Questa valutazione è consigliata in pazienti con amenorrea da più di 6 mesi o che hanno un BMI < 15 kgm<sup>-2</sup>. In particolare, fornisce un T-score, che se compreso tra -1 e -2.5 definisce uno stato di osteopenia, mentre se è sotto a -2.5 indica uno stato di osteoporosi (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

Una volta definito lo stato di nutrizione, si passa al vero e proprio trattamento che inizia stabilendo gli obiettivi. Questi possono essere:

- Affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso: scarso apporto di nutrienti e di energia che causa la perdita di peso.
- Affrontare la restrizione dietetica cognitiva: questa restrizione è indipendente dal deficit calorico, ma va affrontata ugualmente poiché può causare la limitazione dell'assunzione di cibo al fine di controllare il peso e la forma del corpo.
- Correggere le complicanze fisiche: questo obiettivo aiuta a prevenire danni d'organo e morte.
- Correggere le conseguenze psicosociali: la malnutrizione può portare il soggetto ad avere pensieri e comportamenti disfunzionali, come isolamento sociale e depressione.



- Raggiungere il normopeso: questo obiettivo va raggiunto prima che si abbiano complicanze fisiche e psichiche gravi, perché se la malnutrizione diventa cronica diventa più difficile da trattare.
- Normalizzare il comportamento alimentare: ridurre le regole dietetiche rigide che i pazienti si autoimpongono.
- Ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà: la risoluzione di questo problema può aiutare a non mantenere la psicopatologia (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

#### **1.4.2 Motivazione al cambiamento**

Gli individui con disturbi dell'alimentazione mostrano sintomi egosintonici, infatti, tendono a non considerare la restrizione calorica e il basso peso un problema, anzi, spesso pensano sia una vittoria. Questo succede perché la restrizione calorica e il sottopeso vengono visti come la dimostrazione della loro forza di volontà e autocontrollo.

Le Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (2017) consigliano diverse modalità e strategie per aiutare i soggetti a capire l'esigenza del recupero del peso corporeo. Prima di tutto, si deve ingaggiare il paziente adottando un counseling motivazionale con lo scopo di far riconoscere i problemi alla base del comportamento disfunzionale e potere, così, individuare le strategie da mettere in atto per il cambiamento. Con il counseling motivazionale si fa leva sull'autoefficacia del paziente, si lavora sull'ambivalenza (sempre presente in questi soggetti), si inducono speranza e ottimismo e si migliora l'autostima. Poi, si deve educare sugli effetti psicobiologici dell'essere sottopeso. Per farlo si possono fornire delle dispense sul Minnesota Study o delle informazioni specifiche su quali possono essere le conseguenze fisiche e psicologiche della malnutrizione.

Infine, si possono discutere i pro e i contro del recupero del peso. Infatti, è importante valutare le ragioni a favore e contro il cambiamento analizzando tutti gli aspetti della vita del paziente, come le relazioni con gli altri, le prestazioni scolastiche e lavorative e le aspirazioni e i progetti futuri.

#### **1.4.3 Mantenimento**

I pazienti con malnutrizione devono essere aiutati a raggiungere un peso sano, che in generale coincide con un BMI = 19 per gli adulti e un percentile di 25 nei bambini e adolescenti. Questo stato di normopeso deve essere mantenuto senza una restrizione calorica, senza sintomi associati e in un range di 2-3 kg.

Le Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (2017) raccomandano una velocità di recupero di peso settimanale compresa tra 0,5 kg e 1,0 kg la settimana nel trattamento ambulatoriale. Tale velocità di recupero è generalmente accettata da questi pazienti ed è possibile con un surplus energetico di 500 kcal, raggiungibile con un aumento di *intake* di cibo e una diminuzione dell'attività fisica. In setting ospedaliero la velocità di recupero di peso può essere maggiore, tra 1,0 kg e 1,5 kg la settimana, per permettere di raggiungere la dimissione con un peso normale e il più velocemente possibile (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

#### **1.4.4 Interventi psicologici**

Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare può essere svolto attraverso due metodi: CBT-E o TFC.

La CBT-E è la tecnica di riabilitazione che si basa sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica e che pone come nucleo centrale della psicopatologia l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione. Con la CBT-E, dopo aver valutato lo stato nutrizionale del paziente, si passa alla messa in atto delle tecniche da adottare per aumentare di peso. Infatti, se il paziente ha una alimentazione regolare (5 pasti + 2 spuntini e consuma la maggior parte dei gruppi alimentari), si provvede a fornire delle indicazioni utili per aumentare l'introito calorico di 500 kcal. Invece, se il paziente non ha una alimentazione regolare, si fornisce un piano dietetico da 1200-1500 kcal/die (se non c'è il rischio di refeeding syndrome) e si attua un'educazione nutrizionale mirata (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

Durante le sedute è importante trattare diversi argomenti, tra cui:

- Misurazione del peso: ogni settimana viene rilevato il peso attraverso la pesata collaborativa. Il paziente si pesa su una bilancia con intervallo minimo di 500 g, dopodiché valuta il proprio peso con il terapeuta in modo che possa confrontarsi su eventuali preoccupazioni o timori.
- Valutazione check del peso e del corpo: spesso, questi pazienti hanno l'abitudine di pesarsi molte volte al giorno notando i minimi cambiamenti corporei fisiologici e di guardare come il proprio corpo cambia durante la giornata.
- Il momento del pasto: per questi pazienti il momento del pasto è sempre molto complicato e difficile per cui bisogna fornire strategie utili per superarlo. Nella CBT-E si consiglia di affrontare il pasto utilizzando l'alimentazione meccanica, ovvero mangiando senza tenere conto degli stimoli di fame e sazietà. Questo viene fatto perché queste sensazioni, spesso, sono alterate dalla malnutrizione.

- Attività fisica eccessiva: in un primo momento, i pazienti devono essere aiutati ad interrompere l'attività fisica per permettere un aumento ponderale del peso. Una volta raggiunta una condizione di normopeso, l'attività fisica può essere ripresa in modo graduale e controllato per permettere il recupero del tono muscolare.

Un altro metodo di trattamento per la riabilitazione nutrizionale è il TFC, ovvero il training di familiarizzazione con il cibo. Questo tipo di trattamento ha l'obiettivo di aiutare i pazienti a recuperare la percezione reale dei propri bisogni, a far fronte alle paure legate all'aumento del peso e all'*intake* di cibo (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

Tecniche di familiarizzazione con il cibo:

- Desensibilizzazione sistematica: All'inizio dell'intervento si richiede al paziente di compilare una piramide dell'ansia, strumento essenziale per la elaborazione graduale delle sue specifiche fobie alimentari. Questo processo consiste nella presentazione dello stimolo ansiogeno, ovvero il cibo, in modo graduale. La piramide dell'ansia viene ricompilata ogni volta che il paziente sente di aver affrontato alcune sue fobie. Il confronto delle piramidi viene utilizzato per rendere il paziente consapevole delle paure superate e dei traguardi raggiunti.
- Alimentazione regolare: questa tecnica si distingue dall'alimentazione meccanica, in quanto il paziente sperimenta nuovamente e in modo progressivo i segnali biologici di fame e sazietà. Il cibo viene visto in base alla sua capacità di interrompere il pasto (efficienza saziante) ed in base alla sua capacità di produrre un arco di tempo (sazietà) non occupato dal pensiero fisso e ricorrente al cibo.
- Gestione dell'ambiente: vengono fornite informazioni sulle tecniche di marketing e sulla lettura delle etichette. Inoltre, il paziente impara a cucinare con tecniche diverse e gli viene spiegato come scegliere i condimenti qualitativamente migliori e come utilizzare le spezie.

Un aspetto importante di cui tenere conto durante il TFC è il pasto assistito, durante il quale il paziente è assistito da operatori specializzati che hanno il compito di controllare che tutti gli alimenti vengano consumati, di normalizzare il comportamento alimentare ed eliminare i rituali, di aiutare il paziente ad attenuare l'ansia e le preoccupazioni e di riattribuire al pasto il suo valore biologico e sociale. Infine, è necessario monitorare i pazienti anche durante l'ora dopo il pasto, in quanto questo momento è spesso caratterizzato da un aumento dell'ansia, che può essere gestito dai pazienti utilizzando comportamenti di compenso (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

In genere, sia per la alimentazione meccanica che per la TFC è necessario monitorare il paziente per 60'-90', magari coinvolgendolo in attività alternative (per esempio leggere, guardare la TV, studiare, ascoltare la musica) per gestire i momenti di preoccupazione che li portano ad adottare comportamenti di compenso. Questo tipo di terapie possono avere un ruolo importante nel fornire abilità a lungo termine in modo che i pazienti possano autogestirsi quando non parteciperanno più al pasto assistito (Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione, 2017).

## CAPITOLO 2 – LA PERCEZIONE DI MALATTIA

### 2.1 Il modello teorico

Mechanic e Volkart (1961) hanno studiato le differenze nel comportamento di malattia assunto dai diversi individui. Con *illness behavior* si intende il modo in cui i sintomi vengono percepiti, valutati e manifestati, o nascosti da ogni individuo. Il comportamento di malattia è influenzato da aspetti sociali, culturali e personali di ogni soggetto, e, inoltre, può variare, in uno stesso individuo, in base alla malattia davanti a cui ci si trova.

Nel 1969, Pilowsky introduce il termine *abnormal illness behavior*, ovvero quando le convinzioni negative e i comportamenti disadattativi rispetto una malattia portano ad una maggiore sofferenza psicologica e hanno un impatto negativo sulla qualità di vita, sulle cure e sulla prevenzione. Inoltre, Pilowsky (1997) classifica le manifestazioni del comportamento abnorme di malattia in base a:

- Affermazione vs negazione di malattia
- Affermazione: condizione in cui la persona assume in modo sproporzionato il ruolo di malato (ad esempio, somatizzazione e ipocondria).
- Negazione: condizione in cui la persona non assume il ruolo di malato. In psicoanalisi viene definita come un meccanismo di difesa immaturo rispetto a emozioni spiacevoli.
- Focalizzazione somatica/psicologica: il comportamento abnorme può riguardare sintomi somatici ma anche sintomi psicologico-psichiatrici (ad esempio, sintomi dell'anoressia nervosa, depressivi, psicotici).
- Motivazione prevalentemente conscia o inconscia
- Conscia (maggiore consapevolezza della malattia): è il caso, ad esempio, di chi sa di avere una malattia ma finge di non essere malato per paura dello stigma sociale.
- Inconscia (basso livello di consapevolezza della malattia): o mancanza di insight che è presente nella maggior parte dei pazienti con disturbi psicotici.

Un concetto che in seguito si è sviluppato e affronta più specificatamente l'aspetto sia cognitivo che emotivo delle patologie è la percezione di malattia, come suggerito da Leventhal et al. (1980). È il modo in cui il soggetto rappresenta cognitivamente ed emotivamente un pericolo per la propria salute. Attraverso questo meccanismo, ogni persona mette in atto dei comportamenti di coping che permettono di superare il problema (Leventhal et al., 1980).

In particolare, Leventhal et al. (1980) hanno sviluppato il modello teorico dell'*illness perception*, in cui la rappresentazione di malattia è divisa in:

- *Identity*: sintomi che caratterizzano una determinata malattia e che il soggetto riconosce come tali.
- *Causes*: cause che il paziente attribuisce alla sua condizione.
- *Consequences*: conseguenze che la persona pensa siano dovute alla malattia, come ad esempio la gravità, gli esiti e gli effetti sulla qualità di vita.
- *Timeline*: la convinzione rispetto alla durata nel tempo della malattia.
- *Control (personal and treatment)*: controllo del soggetto sulla propria malattia, che può avvenire attraverso cure mediche oppure azioni personali. Questo è particolarmente preventivo, in quanto la persona mette in atto un'aderenza alle terapie che può avere prognosi positiva.
- *Coherence*: quanto il soggetto pensa di avere compreso la sua patologia.

La percezione soggettiva di malattia può avere ripercussioni su vari aspetti della vita della persona; infatti, possono essere riscontrati effetti sulle strategie di coping messe in atto, sulla qualità di vita fisica e psicologica, sulla percezione dell'autoefficacia, sull'aderenza terapeutica e sugli esiti di programmi riabilitativi.

## **2.2 Questionari sulla percezione di malattia**

Per valutare la percezione di malattia nei singoli soggetti vengono utilizzati alcuni questionari specifici.

Tra i questionari auto-compilativi troviamo:

- *Illness Perception Questionnaire - IPQ* (Weinman et al., 1996): è stato sviluppato per valutare le rappresentazioni cognitive della malattia, in particolare considerando le diverse dimensioni di malattia del modello teorico di Leventhal, infatti, è composto da 5 scale. In particolare, la scala dell'identità è formata da 12 sintomi che il paziente deve valutare attraverso una scala di 4 punti che va da "sempre" a "mai" (Weinman et al., 1996). Gli item delle altre scale vengono mostrati in ordine sparso e valutati dal paziente attraverso una scala Likert a 5 punti che va da "completamente d'accordo" a "decisamente non d'accordo" (Weinman et al., 1996). Queste componenti della rappresentazione di malattia, però, non sono indipendenti tra loro: ad esempio, può esserci un legame diretto tra la rappresentazione della causa e il controllo della malattia (Weinman et al., 1996). Le rappresentazioni cominciano quando si avvertono i primi sintomi della malattia e con il tempo possono evolvere, in base all'andamento della patologia; per questo spesso è necessario ripetere più volte il test nel corso del follow-up (Weinman et al., 1996). Il limite di questo questionario

è stato quello di studiare solo la componente cognitiva delle rappresentazioni, lasciando da parte l'aspetto emotivo (Moss-Morris et al., 2002).

- *Illness Perception Questionnaire-Revised* - IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002): è un questionario che permette di ottenere un quadro più completo della rappresentazione soggettiva di malattia. L'IPQ-Revised ha permesso di valutare con più precisione anche le risposte emotive provocate dalla malattia. Inoltre, permette di capire quanto la rappresentazione da parte del paziente fornisca informazioni sulla malattia e consente di studiare il modo in cui le rappresentazioni emotive influenzano i comportamenti di coping (Moss-Morris et al., 2002). Questo questionario è diviso in tre sezioni. La prima parte riguarda l'identità ed è composta dai 12 sintomi: dolore, nausea, affanno, perdita di peso, stanchezza, rigidità articolare, arrossamento degli occhi, mal di testa, disturbi allo stomaco, disturbi del sonno, capogiri, perdita di energia, presenti anche nell'IPQ originario, ai quali sono stati aggiunti mal di gola e respiro sibilante. Viene chiesto ai pazienti di valutare se hanno sperimentato questi sintomi utilizzando le risposte sì/no. In un secondo momento, viene chiesto se questi sintomi sono correlati alla malattia presente, utilizzando lo stesso modello di risposta. Infine, nella terza sezione vengono trattate le conseguenze, la percezione di durata nel tempo, la coerenza e l'emotività e sono valutati con una scala Likert a 5 punti: "fortemente in disaccordo", "in disaccordo", "né d'accordo né in disaccordo", "d'accordo" e "fortemente d'accordo" (Moss-Morris et al., 2002).
- *Brief Illness Perception Questionnaire* – Brief-IPQ (Broadbent et al., 2006): è un questionario breve che permette di indagare la percezione di malattia quando questa fa parte di aspetti psicologici più ampi, oppure quando vengono ripetuti i test frequentemente. Il Brief-IPQ presenta nove domande utilizzate per valutare rapidamente le rappresentazioni cognitive ed emotive della malattia (Broadbent et al., 2006). Ogni domanda riassume gli elementi contenuti in ciascuna sottoscala del questionario sulla percezione della malattia (Ng, 2012). Otto domande richiedono risposte che vengono valutate utilizzando una scala che va da 1 a 10, mentre una domanda richiede una risposta aperta, dove il paziente deve elencare i tre fattori causali più importanti della sua malattia (Broadbent et al., 2006).

Inoltre, sono disponibili interviste semi-strutturate per valutare la consapevolezza di malattia con particolare riferimento ai disturbi mentali gravi:

- *Insight and Treatment Attitude Questionnaire* - ITAQ (McEvoy et al., 1989): ha lo scopo di valutare tre domini dell'insight, ovvero la consapevolezza di essere ammalato, di avere bisogno di ricovero e di cure mediche. È un'intervista semi-strutturata formata da 11 item: i primi 5 indagano il riconoscimento della patologia e quindi la consapevolezza di avere una

malattia, gli altri item, invece, valutano la consapevolezza di bisogno di ricovero e di cure mediche (Carroll et al., 1999).

- *Schedule for the Assessment of Insight* - SAI (David et al., 1992): è un'intervista semi-strutturata che valuta l'insight nella psicosi (Konstantakopoulos et al., 2020). È composta da tre item, ovvero la consapevolezza del soggetto di essere affetto da un disturbo mentale, la capacità di individuare come anormali fenomeni come deliri e allucinazioni e il riconoscimento della necessità di un trattamento (Castrogiovanni et al., 2004).
- *Brown Assessment Beliefs Scale* - BABS (Eisen et al., 1998): è un'intervista semi-strutturata composta da 7 item, che misurano la credenza che la propria convinzione sia esatta, la percezione delle idee degli altri su quella convinzione, la spiegazione della differenza tra il proprio punto di vista e quello di altri, la stabilità delle convinzioni, i tentativi di critica delle convinzioni, insight come riconoscimento che il pensiero abbia portato a una patologia e le idee/deliri di riferimento. Il punteggio finale si ottiene valutando i primi sei item, mentre l'ultimo viene escluso da questo conteggio perché le idee di riferimento sono caratteristiche solo di alcuni disturbi (Phillips et al., 2013). Questo strumento ha l'obiettivo di valutare i livelli di consapevolezza in un'ampia varietà di disturbi psichiatrici come, ad esempio, i disturbi del comportamento alimentare, per i quali viene usato in quanto indaga le convinzioni sull'immagine corporea (Konstantakopoulos et al., 2020).

Infine, possono essere utilizzate delle rappresentazioni grafiche, ad esempio il *Pictorial Representation of Illness and Self Measure* (PRISM). Questa rappresentazione è un metodo pittorico bidimensionale che valuta il peso della sofferenza in una malattia (Büchi e Sensky, 1999). Il PRISM è un metodo di assessment facile da comprendere e che può essere compilato in tempi brevi; inoltre, è considerato affidabile, applicabile e utile nella determinazione dell'impatto psicologico di una malattia (Pietro et al., 2016). In aggiunta, può aiutare i soggetti nella comprensione della loro malattia perché riflette la percezione della patologia e la sua gestione da parte della persona. Infine, può facilitare la comunicazione tra paziente e medico, anche per monitorare la risposta psicologica al trattamento (Büchi e Sensky, 1999). Ai pazienti viene mostrato un pannello bianco, che rappresenta la loro vita, con un cerchio giallo, di circa 70 mm, che rappresenta "se stessi", raffigurato nell'angolo in basso a destra. A questo punto, viene dato ai pazienti un cerchio rosso, di circa 50mm, che rappresenta la malattia, e viene chiesto di posizionarlo sul pannello. Infine, viene valutata la distanza tra i due cerchi, per cui, più la distanza è breve, maggiore è la sofferenza causata dalla malattia (Pietro et al., 2016; Tomioka et al., 2021).



Sándor et al. (2020) hanno modificato il PRISM nel PRISM-D per capire se, avendo la possibilità di disegnare autonomamente i cerchi, ci sia una modifica della percezione della malattia nel corso del tempo. Infatti, è stata data la possibilità ai pazienti di disegnare i cerchi in libertà sia per quanto riguarda le dimensioni che per la loro posizione nel pannello. Questo metodo permette di avere più informazioni sulla rappresentazione della malattia (Sándor et al., 2020).

Infine, si può utilizzare il disegno, che è un metodo semplice per valutare la percezione di malattia dei pazienti e che permette di capire quali convinzioni hanno le persone che potrebbero interagire con l'aderenza al trattamento e con la qualità di vita. Ai soggetti viene chiesto di disegnare il loro corpo durante tre fasi della loro vita: prima della malattia, durante la malattia, dopo il trattamento. Ai pazienti vengono dati tre fogli dove viene chiesto di disegnare il proprio corpo durante le tre fasi della vita e si invita a rispondere alla domanda: "Siamo interessati a cosa pensi sia successo al tuo corpo. Potresti descrivere cosa hai disegnato in fondo a ogni disegno?" (Tiemensma et al., 2015).

### **2.3 Implicazioni cliniche della percezione di malattia**

La valutazione della percezione di malattia ha contribuito a predire molti indicatori di esito come la qualità di vita, l'aderenza terapeutica e il *self-management* in diverse patologie.

#### **2.3.1 Qualità della vita**

È stato dimostrato che la percezione di malattia può influenzare la qualità di vita in diverse patologie. Ad esempio, nelle malattie mentali, come i disturbi psicotici, la percezione che queste patologie portino a conseguenze negative è associata a una diminuzione della qualità di vita (Lobban et al., 2003). Uno studio condotto da Schoormans et al. (2014) ha evidenziato come i pazienti caratterizzati dalla convinzione che la loro malattia abbia conseguenze gravi abbiano una scarsa qualità di vita anche dopo due anni di follow-up (Schoormans et al., 2014). Anche in malattie intestinali, come la sindrome dell'intestino irritabile, è stata osservata una correlazione significativa tra la percezione di gravità dei sintomi e la qualità di vita. Infatti, la percezione dei pazienti che la malattia si possa controllare è correlata positivamente al benessere psicologico e a un buon andamento sociale. Al contrario, l'idea che la malattia non possa essere gestita si associa significativamente a punteggi più bassi nella qualità di vita (De Gucht, 2015). Infine, è stato visto che se l'attribuzione di causalità rispetto alla malattia da parte del paziente è prevalentemente di tipo somatico si ha una diminuzione della qualità di vita

fisica; mentre, l'attribuzione della malattia a cause intrapsichiche è correlata a un abbassamento della qualità di vita mentale ma a una migliore qualità di vita fisica (Riedl et al., 2009).

Quindi, la qualità di vita potrebbe essere migliorata cambiando la percezione della malattia da parte del soggetto. Ciò può essere ottenuto fornendo più informazioni al paziente rispetto alla patologia e al trattamento che può essere messo in atto (Schoormans et al., 2014).

### **2.3.2 Aderenza terapeutica**

La percezione di malattia può influenzare l'aderenza terapeutica del soggetto. È stato dimostrato che la percezione di malattia, misurata con il Brief-IPQ, modula l'accettazione del trattamento anche in pazienti con Sindrome dell'intestino irritabile (De Gucht, 2015). In generale, si è notato che chi ha una comprensione coerente della propria malattia percepisce come funzionale il trattamento (Baines e Wittkowski, 2012). L'idea che la propria malattia avrà un andamento cronico è associata a un maggiore utilizzo di farmaci e quindi a una aderenza terapeutica maggiore (Baines e Wittkowski, 2012). Infatti, la ricerca di un trattamento è maggiore nei soggetti che percepiscono i loro sintomi come permanenti, come accade in pazienti affetti da malattie mentali (Baines e Wittkowski, 2012). Inoltre, la convinzione che il trattamento possa controllare la malattia determina una adeguata assunzione di farmaci e quindi una migliore aderenza terapeutica (Baines e Wittkowski 2012). In una rassegna della letteratura, Kucukarslan (2012) ha indagato la percezione di malattia rispetto all'aderenza ai farmaci, in adulti con asma, ipertensione, insufficienza cardiaca, glaucoma, dolore cronico non maligno e tubercolosi, evidenziando che i soggetti con poco senso di controllo sulla propria malattia hanno una minore aderenza al trattamento. Invece, l'identità di malattia, da sola, migliora in modo significativo l'aderenza terapeutica (Kucukarslan, 2012). Quindi, si può dire che la percezione di malattia del soggetto aiuta a prendere decisioni rispetto alla terapia e migliora l'aderenza terapeutica e il rapporto con il medico (Riedl et al., 2009).

### **2.3.3 Self-management**

La percezione di malattia influenza anche il modo in cui il paziente si prende cura di sé stesso e gestisce la malattia durante la terapia. Infatti, il modo in cui le persone, ad esempio con diabete mellito, percepiscono la malattia influenza i comportamenti di coping come il prendersi cura di sé (Harvey e Lawson, 2009). La percezione di gravità della malattia e dell'efficacia della terapia è associata significativamente a una migliore autogestione da parte del paziente; in particolare, è stato notato che la comprensione del diabete porta a una maggiore aderenza alla dieta (Harvey e Lawson, 2009).

I soggetti che considerano la loro malattia come cronica percepiscono un maggiore controllo sulla propria situazione (Baines e Wittkowski, 2012). In effetti, sono state riscontrate correlazioni positive tra l'impegno personale e la sensazione di controllo sui sintomi (Baines e Wittkowski, 2012).

Anche nelle malattie mentali è stata riscontrata una connessione tra la percezione della propria patologia come cronica e strategie di coping adattative (Baines e Wittkowski 2012). Le motivazioni che spingono i pazienti a dedicarsi alle attività di cura richieste dai medici sono determinate dalla percezione della propria malattia, in particolare, dalla percezione della possibilità che si verifichino eventi avversi. Inoltre, influisce l'impatto che le loro azioni sembrano avere sulla vita quotidiana e l'idea che hanno rispetto all'efficacia della terapia (Harvey e Lawson, 2009).

## **CAPITOLO 3 - RASSEGNA SISTEMATICA SULLA PERCEZIONE DI MALATTIA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Esaminare la tematica dell'*illness perception* in soggetti affetti da disturbo del comportamento alimentare è di fondamentale importanza per diversi motivi. Infatti, analizzare gli aspetti psicologici che influenzano il comportamento dei pazienti può essere utile ai terapeuti per aiutare la persona a migliorare le strategie di coping che vengono messe in atto, l'aderenza alla terapia e l'esito della malattia.

Un ulteriore aspetto da considerare è la mancanza di insight che caratterizza questi soggetti, in quanto la ricerca di cure avviene solo quando la persona diventa più consapevole della propria malattia.

Inoltre, va tenuto presente che la percezione di malattia si modifica con l'evolvere della patologia; per questo le convinzioni del paziente potrebbero cambiare nelle diverse fasi della terapia.

Quindi, l'obiettivo di questa rassegna sistematica è di valutare la letteratura sul ruolo della percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating) al fine di capire come le convinzioni dei pazienti sulla loro malattia influenzano la motivazione al trattamento e al cambiamento.

### **3.1 Metodi**

Questa rassegna sistematica sulla percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare è stata condotta analizzando la letteratura presente su due diverse banche dati: Pubmed e Scopus. Le parole chiave utilizzate inerenti alla malattia sono state: "anoressia nervosa", "bulimia nervosa", "binge eating" ed "eating disorder"; mentre quelle inerenti alla percezione di malattia sono state: "illness perception" e "illness representation". Ogni parola chiave del primo gruppo è stata accostata a ogni parola chiave del secondo gruppo tramite l'operatore booleano "AND".

Per quanto riguarda Pubmed, la ricerca avanzata delle parole chiave è stata condotta solo su abstract e titolo, utilizzando come filtro la lingua inglese. Dopodiché, per ogni associazione di parole chiave sono stati raccolti tutti gli articoli trovati: "anoressia nervosa" AND "illness perception" (n = 6); "bulimia nervosa" AND "illness perception" (n = 3); "binge eating" AND "illness perception" (n = 2); "anoressia nervosa" AND "illness representation" (n = 0); "bulimia nervosa" AND "illness representation" (n = 0); "binge eating" AND "illness representation" (n

= 0); “eating disorder” AND “illness perception” (n = 9); “eating disorder” AND “illness representation” (n = 1).

In merito a Scopus, la ricerca avanzata delle parole chiave è stata condotta su abstract, titolo e parole chiave, utilizzando come filtri la lingua inglese e il tipo di documento (articolo). In seguito, per ogni associazione di parole chiave sono stati raccolti tutti gli articoli trovati: “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 141); “bulimia nervosa” AND “illness perception” (n = 61); “binge eating” AND “illness perception” (n = 32); “anorexia nervosa” AND “illness representation” (n = 15); “bulimia nervosa” AND “illness representation” (n = 7); “binge eating” AND “illness representation” (n = 2); “eating disorder” AND “illness perception” (n = 239); “eating disorder” AND “illness representation” (n = 31).

Successivamente, sono stati confrontati tutti gli articoli e sono stati esclusi i duplicati riscontrati nelle diverse raccolte: nella ricerca su Pubmed per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 2), per “bulimia nervosa” AND “illness perception” (n = 2), per “binge eating” AND “illness perception” (n = 2), per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 2), per “eating disorder” AND “illness representation” (n = 1); mentre nella ricerca su Scopus per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 46), per “bulimia nervosa” AND “illness perception” (n = 43), per “binge eating” AND “illness perception” (n = 27), per “anorexia nervosa” AND “illness representation” (n = 6), per “bulimia nervosa” AND “illness representation” (n = 5), per “binge eating” AND “illness representation” (n = 2), per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 86) e per “eating disorder” AND “illness representation” (n = 13).

Un altro criterio di esclusione è stato l’età dei partecipanti agli studi, sono stati eliminati gli articoli che trattavano età diverse da quella adulta: su Pubmed per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 1) e per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 2); mentre su Scopus per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 24), per “bulimia nervosa” AND “illness perception” (n = 1), per “binge eating” AND “illness perception” (n = 2), per “anorexia nervosa” AND “illness representation” (n = 3), per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 19) e per “eating disorder” AND “illness representation” (n = 1).

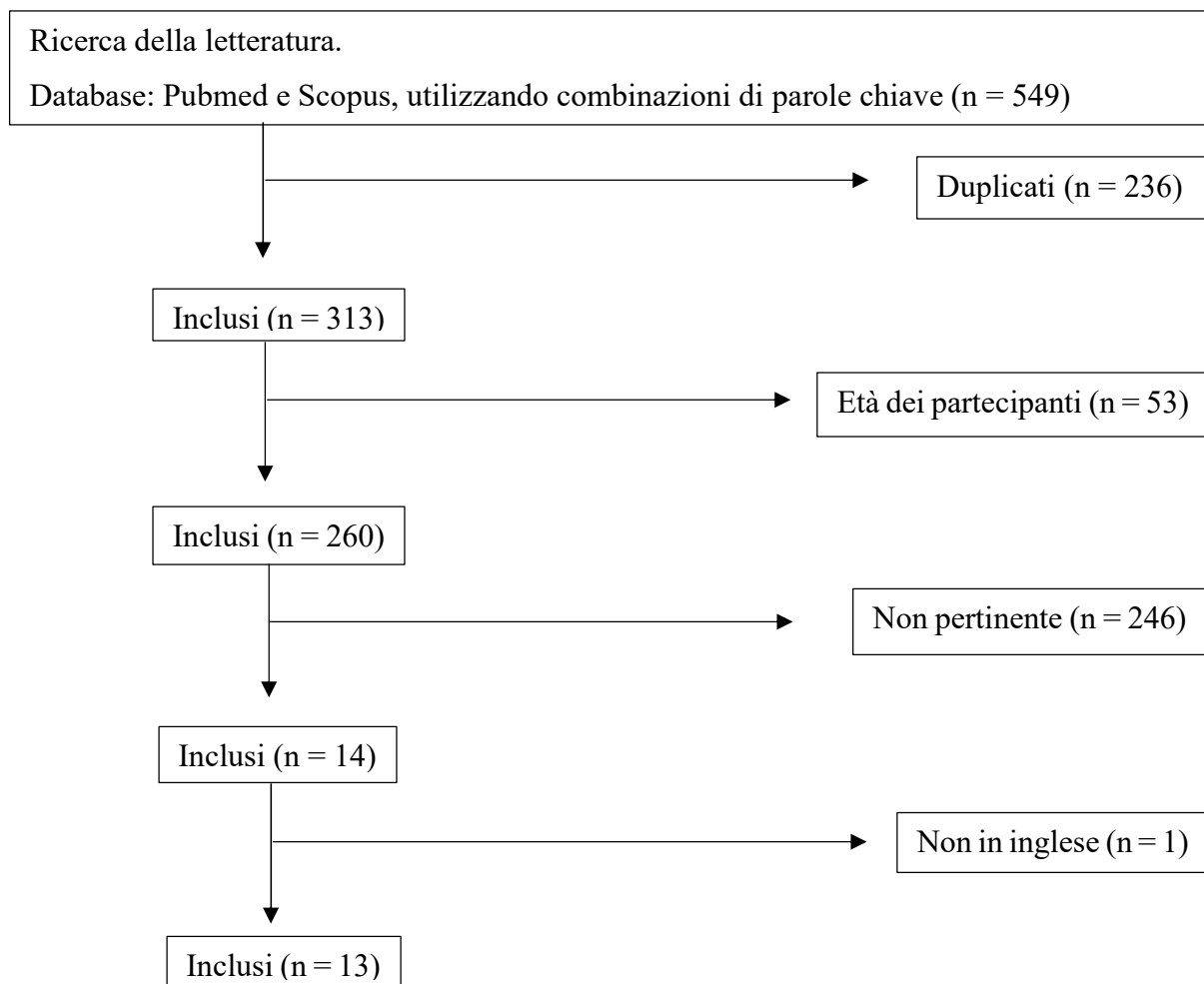
Un ulteriore criterio di esclusione è stato la non specificità dell’argomento: su Pubmed per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 2), per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 2) e per “eating disorder” AND “illness representation” (n = 1); mentre su Scopus per “anorexia nervosa” AND “illness perception” (n = 67), per “bulimia nervosa” AND “illness perception” (n = 16), per “binge eating” AND “illness perception” (n = 3), per “anorexia nervosa” AND “illness representation” (n = 6), per “bulimia nervosa” AND “illness

representation” (n = 1), per “eating disorder” AND “illness perception” (n = 131) e per “eating disorder” AND “illness representation” (n = 17).

Inoltre, è stato escluso un altro articolo dalla ricerca su Scopus per “anorexia nervosa” AND “illness perception” in quanto non è in lingua inglese.

Infine, l'estrazione dei dati si è focalizzata su nome del primo autore, paese dello studio, metodo per valutare l'*illness perception* (strumento utilizzato), caratteristiche del campione e i risultati emersi dallo studio.

**Figura 1. Processo di selezione degli articoli**



### 3.2 Risultati

La ricerca effettuata tramite i due database Pubmed e Scopus, attraverso combinazioni di parole chiave, in abstract, titolo e, appunto, parole chiave, ha dato 549 risultati. Di questi sono stati presi in considerazione 13 articoli, dopo aver escluso gli altri in quanto duplicati, non pertinenti con l'argomento, non in lingua inglese e costituiti da partecipanti non in età adulta. I risultati degli studi sono riportati nella Tabella 1.

**Tabella 1. Risultati emersi dagli articoli inclusi nella rassegna sistematica**

<b>Autore/i e anno</b>	Holliday et al., 2005
<b>Paese</b>	Regno Unito
<b>Partecipanti</b>	95 pazienti in trattamento ambulatoriale per anoressia nervosa (91 donne con età media di 33 anni e 4 uomini con età media di 32 anni).
<b>Assesment</b>	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difficoltà a dare un senso alla propria malattia.</li><li>- Presenza di depressione che può influenzare la percezione della malattia.</li><li>- Rifiuto dell'idea di essere malati e scarso impegno nel trattamento.</li><li>- Malattia percepita come cronica e angosciante, con forti conseguenze negative.</li><li>- Percezione negativa della controllabilità e curabilità della malattia.</li><li>- Associazione di un grande numero di sintomi fisici alla malattia che suggerisce la presenza di una forte identità di malattia.</li></ul>
<b>Autore/i e anno</b>	De Jong et al., 2012
<b>Paese</b>	Regno Unito
<b>Partecipanti</b>	78 pazienti in trattamento ambulatoriale per bulimia nervosa: 49 con bulimia nervosa e 29 con bulimia nervosa non altrimenti specificata (74 donne e 4 uomini).
<b>Assesment</b>	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identità di malattia relativamente bassa.</li><li>- BMI correlato negativamente con identità percepita della malattia, controllo personale e conseguenze negative.</li><li>- Ansia positivamente correlata con cronicità, conseguenze negative, rappresentazioni emotive e coerenza della malattia.</li><li>- Sensazione di gestire il disturbo alimentare e ottimismo sull'utilità del trattamento.</li><li>- Tendenza a ritenere il disturbo come parzialmente autoinflitto.</li></ul>

	- In coloro che cercano un trattamento vi sono più comprensione e consapevolezza del disturbo.
<b>Autore/i e anno</b>	Agüera et al., 2021
<b>Paese</b>	Spagna
<b>Partecipanti</b>	104 pazienti in trattamento ambulatoriale con anoressia nervosa (23), bulimia nervosa (39), binge-eating (19) e altri disturbi specifici dell'alimentazione (23) (94 donne e 10 uomini, età media 30,9 anni).
<b>Assesment</b>	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In coloro che sperimentano più sintomi maggiore è la percezione del disturbo come cronico, ciclico e con conseguenze negative.</li> <li>- Percezione del disturbo come più ciclico nei pazienti con bulimia nervosa rispetto ai pazienti con anoressia nervosa.</li> <li>- I pazienti con maggiore compulsività e perdita di controllo percepiscono più conseguenze negative.</li> <li>- I pazienti con bulimia nervosa e binge-eating percepiscono il disturbo alimentare come destinato a durare più a lungo, con più conseguenze e con un maggiore impatto emotivo rispetto agli altri pazienti.</li> <li>- Una migliore percezione della malattia è associata positivamente a una maggiore durata del disturbo e alla dipendenza da cibo.</li> <li>- L'insight è più basso nei pazienti con anoressia nervosa con sottotipo restrittivo rispetto a quelli con il sottotipo binge-purging.</li> <li>- Sembra prevalere una deliberata negazione del disturbo piuttosto che una mancanza di consapevolezza della malattia.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Quiles Marcos et al., 2007
<b>Paese</b>	Spagna
<b>Partecipanti</b>	98 pazienti in trattamento ambulatoriale con anoressia nervosa (60), bulimia nervosa (27) e binge-eating (11) (donne con età media di 20,8 anni).



<b>Assesment</b>	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percezione della malattia come controllabile, curabile, altamente dolorosa e angosciante, cronica e con gravi conseguenze.</li> <li>- La percezione della malattia è correlata all'adattamento alla malattia.</li> <li>- Nei pazienti con bulimia nervosa vi è la tendenza a considerare più ciclica la propria malattia rispetto ai pazienti con anoressia nervosa.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Stockford et al., 2007
<b>Paese</b>	Stati Uniti
<b>Partecipanti</b>	69 pazienti in trattamento ambulatoriale con anoressia nervosa (23), bulimia nervosa (19) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (27) (67 donne e 2 uomini, età media di 31,1 anni).
<b>Assesment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)</li> <li>- Questionario sulle fasi del cambiamento (SCQ)</li> <li>- Scala del luogo di controllo del recupero (RLOC)</li> </ul>
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gravità, la cronicità e la depressione sono associate alla percezione che il disturbo alimentare sia cronico, incurabile e incontrollabile.</li> <li>- Emerge una marcata identità di malattia.</li> <li>- Lo stadio motivazionale della precontemplazione è associato a punteggi più bassi di identità di malattia.</li> <li>- Lo stadio motivazionale del mantenimento è associato a maggiori punteggi di identità di malattia.</li> <li>- Chi non considera il cambiamento spesso vede la malattia come "egosintonica" o parte integrante della propria personalità.</li> <li>- Esiste un legame tra la consapevolezza dei pro e dei contro del disturbo e il passaggio alla fase d'azione.</li> <li>- Nella fase di mantenimento è importante che il disturbo venga percepito come ciclico.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Fox e Diab, 2015

<b>Paese</b>	Regno Unito
<b>Partecipanti</b>	6 partecipanti in trattamento ambulatoriale con BMI < 14 (donne con età media di 27 anni).
<b>Assesment</b>	Interviste semi-strutturate
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La malattia è percepita come parte integrante della propria vita.</li> <li>- In generale, passa molto tempo prima che le pazienti ammettano di avere un disturbo alimentare.</li> <li>- La fase di insorgenza dell'anoressia viene vissuta come un periodo positivo.</li> <li>- L'anoressia viene percepita come identità di ciò che sono.</li> <li>- La malattia viene vissuta come qualcosa che dà sicurezza.</li> <li>- La “parte anoressica” della persona è descritta come severa e giudicante rispetto alla “parte non anoressica” della persona.</li> <li>- La malattia viene vissuta come una battaglia che le pazienti perderanno.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Higbed e Fox, 2010
<b>Paese</b>	Regno Unito
<b>Partecipanti</b>	13 partecipanti con anoressia nervosa: 10 ricoverati e 3 ambulatoriali (età media di 26 anni).
<b>Assesment</b>	Interviste semi-strutturate
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soprattutto nelle prime fasi della malattia, questa non viene percepita davvero come un disturbo.</li> <li>- L'anoressia viene accettata perché fornisce senso di controllo, di realizzazione o di superiorità.</li> <li>- L'anoressia in alcuni casi viene percepita come inspiegabile, mentre in altri come una “voce”.</li> <li>- Le rappresentazioni cognitive dell'anoressia sono caratterizzate da senso di complessità, incertezza e difficoltà ad attribuire un senso alla malattia.</li> <li>- Alcuni soggetti descrivono l'anoressia come parte integrante della propria identità, altri mostrano consapevolezza di avere un problema, ma non necessariamente l'anoressia in quanto tale.</li> </ul>

	- Spesso la malattia viene percepita come cronica.
<b>Autore/i e anno</b>	Nordbø et al., 2006
<b>Paese</b>	Norvegia
<b>Partecipanti</b>	18 donne con anoressia nervosa: 14 ambulatoriali e 4 ricoverate (età media di 25,5 anni).
<b>Assesment</b>	Interviste semi-strutturate
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pazienti percepiscono l'anoressia soprattutto come un comportamento psicologico; solo una la descrive come "difficoltà nel mangiare abbastanza".</li> <li>- L'anoressia nervosa è percepita come un modo per ottenere un senso di stabilità, sicurezza, prevedibilità, padronanza e forza.</li> <li>- L'anoressia nervosa è descritta come un modo per evitare emozioni ed esperienze negative.</li> <li>- L'anoressia nervosa è percepita come un modo per sentirsi degni di complimenti e riconoscimenti.</li> <li>- L'anoressia nervosa è descritta come un aiuto per crearsi un'identità.</li> <li>- L'anoressia nervosa è vissuta come un modo per suscitare cura da parte di altre persone.</li> <li>- L'anoressia nervosa è percepita come un mezzo per comunicare le difficoltà agli altri.</li> <li>- L'anoressia nervosa è vissuta come un modo per morire di fame (solo per 2 pazienti).</li> </ul>
<b>Autore /i e anno</b>	Mond et al., 2006
<b>Paese</b>	Australia
<b>Partecipanti</b>	159 pazienti con bulimia nervosa (donne con età media di 29,9 anni).
<b>Assesment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervista (vignetta che descrive un'immaginaria donna che soddisfa i criteri diagnostici per la bulimia nervosa, sottotipo purging)</li> <li>- Scala di Kessler per il disagio psicologico (K-10)</li> </ul>

<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pazienti che riconoscono di avere un problema con l'alimentazione hanno livelli più elevati di psicopatologia e maggiori probabilità di avere comportamenti compensatori.</li> <li>- La consapevolezza di avere un problema è associata a una maggiore tendenza a cercare un trattamento.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Cooper et al., 2007
<b>Paese</b>	Regno Unito
<b>Partecipanti</b>	69 donne (57 in trattamento ambulatoriale) con anoressia nervosa (23), bulimia nervosa (19) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (27).
<b>Assesment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)</li> <li>- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</li> <li>- Questionario sull'autostima di Rosenberg (RSEQ)</li> <li>- Questionario sul supporto sociale percepito (PSS)</li> </ul>
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nell'anoressia durante le prime fasi di malattia vi è mancanza di comprensione psicologica e di controllo, nella fase d'azione i soggetti dichiarano di avere un problema serio e nella fase di mantenimento c'è la percezione che il disturbo abbia gravi conseguenze finanziarie e che non sia dovuto al caso o alla sfortuna.</li> <li>- Nella bulimia nelle prime fasi di malattia vi è la difficoltà a mettere in relazione i sintomi con il disturbo e nella fase del cambiamento spesso è presente un controllo delle proprie azioni, la convinzione che il disturbo non sia grave, una più chiara comprensione del disturbo e la convinzione che i sintomi siano dovuti al caso o alla sfortuna.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Hodge e Baker, 2021
<b>Paese</b>	Australia
<b>Partecipanti</b>	7 donne con anoressia nervosa vittime di abusi sessuali (età compresa tra 20 e 50 anni).
<b>Assesment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviste qualitative individuali</li> </ul>

	- Disegni e poesie
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'anoressia è descritta come un modo per “andare avanti”.</li> <li>- Il disturbo è percepito come un modo per gestire lo stress emotivo e dare voce al proprio dolore.</li> <li>- Il disturbo è vissuto come un'arma e una sensazione di avere potere.</li> <li>- Il disturbo è definito come una forma di autolesionismo e un tentativo di suicidio.</li> <li>- Il disturbo è vissuto come un modo per mantenere tutto “in ordine” e “sotto controllo” (controllo del proprio corpo, delle emozioni, dei ricordi e dei pensieri).</li> <li>- Il corpo “snello” viene visto come un metodo per ottenere l'accettazione sociale.</li> <li>- Le pratiche corporee hanno l'obiettivo di autoconservazione e di purificazione.</li> <li>- L'abbuffata è vissuta come un modo per fermare i sentimenti negativi.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Quiles Marcos et al., 2008
<b>Paese</b>	Spagna
<b>Partecipanti</b>	98 pazienti ambulatoriali con anoressia nervosa (60), bulimia nervosa (27) e binge-eating (11) (donne con età media di 20,8 anni).
<b>Assesment</b>	Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emerge la tendenza a sottostimare la gravità della malattia da parte delle pazienti.</li> <li>- Le pazienti hanno una percezione pessimistica della possibile evoluzione futura della malattia.</li> </ul>
<b>Autore/i e anno</b>	Gilboa-Schechtman et al., 2006
<b>Paese</b>	Stati Uniti
<b>Partecipanti</b>	40 donne in trattamento ambulatoriale con anoressia nervosa (20) e bulimia nervosa (20).
<b>Assesment</b>	- Test degli atteggiamenti alimentari (EAT-26)

	- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
<b>Risultati emersi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pazienti con anoressia nervosa prestano meno attenzione alle emozioni e hanno minore consapevolezza emotiva rispetto a quelle con bulimia nervosa.</li> <li>- Emerge una minore emotiva nelle pazienti rispetto a un campione di controllo senza disturbi del comportamento alimentare.</li> </ul>

Dalla Tabella 1 si può vedere che gli studi sulla percezione di malattia nei disturbi del comportamento alimentare sono stati condotti in diversi paesi. La maggior parte di questi sono stati svolti nel Regno Unito e in Spagna, seguiti da Stati Uniti, Australia e infine Norvegia.

Inoltre, molti studi si sono soffermati sulla valutazione solo dell'anoressia nervosa, in numero minore solo sulla bulimia nervosa e nessuno solo sul binge-eating; mentre la maggior parte degli studi ha valutato in generale i disturbi del comportamento alimentare, confrontando le tre diverse patologie.

Osservando la Tabella 1, si può notare una prevalenza dell'utilizzo di un questionario in particolare, il Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), che è stato utilizzato in 7 studi su 13. In altri casi si è preferito utilizzare interviste semi-strutturate o esperienziali.

Infine, si evince che la maggior parte dei pazienti affetti da anoressia nervosa fatica a dare un senso alla propria malattia, che spesso viene vista come cronica, angosciante e con conseguenze negative; infatti, in molti casi non si ha aderenza al trattamento perché considerato inutile. L'anoressia viene percepita come parte integrante della propria vita, come qualcosa che dà sicurezza, senso di controllo, senso di superiorità, senso di potere, come mezzo per comunicare le proprie difficoltà agli altri, come modo per ottenere l'accettazione sociale, ma anche come una battaglia che perderanno.

Per quanto riguarda la bulimia nervosa, i pazienti che ne sono affetti hanno una scarsa identità di malattia. I pazienti che riconoscono di avere un problema hanno livelli più elevati di psicopatologia, maggiore probabilità di comportamenti compensatori, ma sono anche quelli che ricercano più velocemente una cura. Spesso, questo disturbo viene percepito dai soggetti come autoinflitto, le abbuffate considerate come un modo per bloccare i sentimenti, mentre le compensazioni sono interpretate come un metodo per tenere pulito il corpo.

In generale, si può dire che le persone con bulimia nervosa percepiscono il disturbo come più ciclico rispetto ai pazienti con anoressia nervosa; mentre soggetti con anoressia nervosa fanno meno attenzione, sono meno coscienti delle proprie emozioni e mostrano minore chiarezza

emotiva rispetto alle persone affette da bulimia nervosa. Invece, pazienti con bulimia nervosa o con binge-eating hanno una maggiore percezione della malattia rispetto a soggetti con anoressia nervosa.

Quindi, si può affermare che i pazienti che soffrono di qualsiasi disturbo del comportamento alimentare hanno meno consapevolezza emotiva rispetto a chi non soffre di questo tipo di disturbo.

### **3.3 Discussione**

Alla luce di questa rassegna sistematica, emerge che molti pazienti con disturbo del comportamento alimentare hanno una bassa percezione di controllo sulla malattia e questo li porta ad avere una durata della patologia più elevata, in quanto non ricercano cure. Quindi, risulta importante valutare la percezione di malattia di questi soggetti per assicurarsi che siano consapevoli della necessità di una terapia.

Spesso i pazienti tendono a identificarsi con la malattia, e ciò li porta a credere di non essere malati, oppure a considerare la patologia come qualcosa che li protegge e li tiene al sicuro; quindi, non ricercano alcun tipo di terapia. In questo caso, la valutazione della percezione di malattia diventa importante per garantire un trattamento più adeguato al singolo individuo.

Inoltre, un paziente che sperimenta una grande quantità di sintomi, di solito, percepisce come più negativo il proprio disturbo e potrebbe cercare più velocemente una cura. Infatti, è stato notato che durante le fasi del cambiamento della motivazione al trattamento, la percezione di malattia dei soggetti aumenta e diventa più realistica. Tenere in considerazione questo aspetto, può rappresentare un aiuto in più nella risoluzione del disturbo.

Infine, analizzare i motivi che spingono i soggetti a ricorrere a certi comportamenti può essere utile al terapeuta per impostare una terapia migliore. Per molti pazienti, effettivamente, le abbuffate sono percepite come un metodo per bloccare i propri sentimenti e le pratiche compensatorie come un modo per tenersi puliti.

Quindi, è possibile affermare che comprendere come le persone affette da disturbi del comportamento alimentare percepiscono la propria malattia può favorire il trattamento e, di conseguenza, l'esito della patologia.

I tredici studi presentati nella rassegna sistematica presentano due tipologie di analisi, uno quantitativo e uno qualitativo. Per quanto riguarda gli studi quantitativi ( $n = 8$ ) è possibile riscontrare un pattern tra i pazienti con anoressia nervosa e uno tra quelli con bulimia nervosa. Infatti, l'anoressia nervosa porta tendenzialmente a una minore consapevolezza della malattia, in quanto vi è una minore chiarezza emotiva e comprensione di ciò che avviene. Di

conseguenza, rispetto agli altri pazienti vi è anche uno scarso impegno nella volontà di curarla. Anche per quanto riguarda la controllabilità, l'anoressia si fa portatrice di un certo pessimismo nella possibilità di guarire. Tale condizione può facilmente causare uno stato di depressione e angoscia. Una caratteristica che, invece, è comune a entrambi i gruppi di pazienti è la percezione di cronicità della patologia e le conseguenze negative correlate a essa. Nei pazienti con bulimia nervosa, in generale, la percezione della malattia è maggiore; quindi, sono più consapevoli e ottimisti riguardo la possibilità di riuscire a gestire il disturbo. Sempre per questa ragione, tendono a considerare i sintomi come dovuti al caso, a differenza dei pazienti con anoressia nervosa che nella fase di mantenimento accettano che il disturbo non sia causato dalla sfortuna. In merito all'analisi qualitativa (n = 5) è possibile affermare che, in generale, il disturbo viene percepito come un problema psicopatologico e come un mezzo per comunicare agli altri le proprie difficoltà e dare voce al proprio dolore. Allo stesso tempo, il manifestarsi del disturbo è anche una maniera di ricercare approvazione, complimenti e riconoscimenti da parte della società e contemporaneamente sentirsi più forti. Talvolta, questo atteggiamento può rappresentare un tipo di autolesionismo fino a sfociare nel suicidio.

Ciò che emerge dal confronto tra le due categorie di studi, è una forte presenza dell'elemento emozionale. La volontà di sopperire ed evitare le emozioni sembra accomunare tutti i pazienti con la differenza che, nel caso dei bulimici, sia nell'analisi qualitativa che in quella quantitativa, appare una maggiore consapevolezza della malattia, dunque una maggiore ricerca del trattamento. Un parametro che è stato analizzato in entrambi gli studi è quello dell'identità di malattia. In particolare, all'interno dell'analisi qualitativa appare in misura maggiore rispetto all'analisi quantitativa. Tuttavia, i risultati sembrano mostrare la stessa tendenza: nei pazienti con anoressia nervosa l'identità di malattia è più alta, per cui si vedono rappresentati dalla malattia stessa. Nel caso dei pazienti con bulimia nervosa, invece, l'identità è più bassa, quindi non si indentificano totalmente nella patologia.

Quanto evinto dagli studi presenti in letteratura si dimostra utile, da parte del dietista, nel trattamento di pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Infatti, quando ci si trova di fronte a un caso di anoressia nervosa, bulimia nervosa o binge-eating, è necessario tenere in considerazione tutti i parametri analizzati, per poter intervenire in maniera adeguata con una cura corretta e specifica per il soggetto. Questo significa che, in base al tipo di percezione del paziente rispetto al proprio disturbo, l'applicazione della terapia subisce delle variazioni.

Gli studi valutati hanno riportato alcune limitazioni. In primo luogo, alcuni dei contributi in letteratura riguardano studi con pochi individui, perlopiù di sesso femminile. Inoltre, in alcuni casi i soggetti avevano già iniziato un percorso di cura, il che può influenzare la percezione



della propria malattia e far sì che il campione non sia rappresentativo, in quanto molti di questi pazienti non ricercano trattamento. Numerosi studi hanno poi considerato soprattutto la condizione di anoressia nervosa, per cui non è possibile cogliere specifiche caratteristiche di percezione di malattia nei singoli disturbi del comportamento alimentare.

In secondo luogo, gli studi inclusi non sono longitudinali, perciò i pazienti non vengono seguiti nel tempo. In più, la percezione di malattia è stata a volte valutata tramite un metodo a risposta chiusa; in questo modo, si può avere meno specificità della percezione di malattia. In altri casi è stata usata una sola domanda aperta.

Un'ulteriore limitazione è stata l'influenza che i terapeuti possono aver avuto sulle risposte dei pazienti ad alcune domande. Infatti, in alcuni casi i soggetti potrebbero aver utilizzato termini utilizzati durante la terapia.

Un'ultima limitazione è stata rappresentata dalla diagnosi di disturbo del comportamento alimentare che non sempre avviene tramite il *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*.

In futuro si potrebbero svolgere indagini più dettagliate sui singoli disturbi per avere un quadro più delineato sulla percezione di malattia in ogni singolo disturbo alimentare. Inoltre, sarebbe opportuno valutare anche la percezione di malattia nel sesso maschile per un confronto tra i diversi generi. Infine, i prossimi studi dovrebbero essere longitudinali per permettere di capire come evolve la percezione di malattia nel tempo nella singola persona.

## CONCLUSIONI

Questa rassegna sistematica si è posta l'obiettivo di determinare la necessità, da parte dei professionisti sanitari, di esaminare come la percezione di malattia nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare influenzi il percorso di terapia.

In particolare, i disturbi del comportamento alimentare presi in considerazione sono stati anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating, la cui diagnosi viene definita dalla quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5) dell'*American Psychiatric Association*. Quando si parla di questo tipo di patologie non si può non considerare la bassa qualità di vita sia fisica che psichica di questi pazienti; spesso, questo aspetto è causato dalle comorbidità e dalle conseguenze medico-intrinseche che li affliggono e li portano a considerare il suicidio come unica soluzione. Uno degli aspetti fondamentali presi in considerazione è il trattamento svolto attraverso un team multidisciplinare che coinvolge medico, psicologo e dietista. I tipi di trattamento che vengono utilizzati solitamente sono la CBT-E, teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, o il TFC, training di familiarizzazione con il cibo. Una differenza tra questi due metodi sta nel modo in cui viene affrontato il problema: nel primo caso, si cerca di far accettare il proprio peso e la propria forma del corpo al paziente, mentre nel secondo, si prova a far recuperare la percezione reale dei propri bisogni. Un'altra differenza sta nel meccanismo con cui si consiglia di affrontare il momento del pasto: nella CBT-E si chiede di mangiare il cibo in modo meccanico, mentre nel TFC si suggerisce di ascoltare i segnali di fame e sazietà del corpo. Nello specifico, il dietista valuta gli introiti alimentari, utilizzando strumenti come il recall delle 24 ore, il diario alimentare o le schede di monitoraggio, cercando di comprendere se sono presenti restrizione calorica, abbuffate e comportamenti compensatori. Inoltre, può valutare lo stato nutrizionale attraverso la stima del BMI, della circonferenza del braccio, della plicometria, della BIA e della DXA e la presa in esame degli esami biochimici. In generale, il vero trattamento inizia quando vengono stabiliti degli obiettivi da raggiungere che devono essere decisi in modo congiunto insieme al paziente. La terapia si conclude quando il paziente raggiunge uno stato di normopeso che riesce a mantenere senza restrizione calorica e cognitiva.

Questa dissertazione ha dimostrato di come la percezione di malattia sia presente e influisca su moltissime patologie sia fisiche che psicologiche. Infatti, viene spiegato da Leventhal nel suo modello teorico dell'*illness perception* che la rappresentazione di malattia di un soggetto si divide in: *identity, causes, consequences, timeline, control (personal and treatment)* e *coherence*. Questi elementi vengono studiati in modo approfondito nei questionari utilizzati

dagli operatori: i questionari auto-compilativi (*Illness Perception Questionnaire* - IPQ; *Illness Perception Questionnaire-Revised* - IPQ-R; *Brief Illness Perception Questionnaire* - Brief-IPQ), le interviste semi-strutturate (*Insight and Treatment Attitude Questionnaire* - ITAQ; *Schedule for the Assessment of Insight* - SAI; *Brown Assessment Beliefs Scale* - BABS) e le rappresentazioni grafiche (*Pictorial Representation of Illness and Self Measure* - PRISM). Da questo studio si è evinto come una percezione di malattia disadattativa può influire sulla qualità di vita, sull'aderenza alla terapia e sul *self-management* in modo negativo.

Dalla letteratura e, invece, emerso che i risultati degli studi inclusi comprendono pazienti adulti che soffrono di un disturbo alimentare tra anoressia nervosa, bulimia nervosa e binge-eating. Attraverso la compilazione di specifici questionari (Revised Illness Perception Questionnaire - IPQ-R) e l'utilizzo di interviste semi-strutturate o esperienziali è stato dedotto che la maggior parte dei pazienti affetti da anoressia nervosa non riesce a dare un senso alla propria malattia, spesso, vista come cronica, angosciante e con conseguenze negative; ciò porta a una minore aderenza terapeutica che viene ritenuta inutile. Inoltre, l'anoressia viene percepita come parte integrante della propria vita, come qualcosa che dà sicurezza. Nella bulimia nervosa i soggetti non si identificano con la malattia, ma spesso riconoscono di avere un problema e questo fa sì che ricerchino più rapidamente un trattamento. Di frequente, le abbuffate si configurano come strategia per inibire i sentimenti, mentre i comportamenti compensatori come un modo per purificare il proprio corpo.

Nella rassegna sistematica sono stati inclusi sia studi qualitativi che quantitativi. Il confronto tra queste tipologie di indagini ha rivelato che persone con anoressia nervosa hanno minore percezione della propria malattia e, per questo, sono portati a non ricercare una cura; al contrario, i pazienti con bulimia nervosa hanno maggiore consapevolezza della malattia e tendono, quindi, a cercare più velocemente un trattamento. La patologia, inoltre, si è rivelata un metodo per esprimere a persone esterne il proprio dolore.

È necessario tenere presente che gli articoli esaminati fanno riferimento soprattutto al genere femminile, all'anoressia nervosa, per cui è difficile comprendere appieno la percezione di malattia in tutti i disturbi alimentari. Inoltre, molti sono studi longitudinali che non permettono di valutare nel tempo la consapevolezza dei pazienti.

Per questo, le ricerche future potrebbero concentrarsi maggiormente sulla percezione di malattia in soggetti di sesso maschile in modo da poter paragonare i due generi. Inoltre, si potrebbero osservare più nello specifico tutti i disturbi alimentari per avere un quadro più dettagliato di tutte e tre le patologie. Infine, sarebbe interessante svolgere studi longitudinali per comprendere meglio come si modifica la percezione di malattia nel tempo.

Grazie a questa analisi è stato possibile cogliere l'importanza della comprensione della percezione di malattia dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare da parte dei professionisti, in particolare il dietista. Infatti, se il dietista è al corrente di come il soggetto percepisce la propria malattia, ha la capacità di modificare il trattamento in modo che possa essere più efficace e riesca a motivare e indurre al cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

- Ágh T., Kovács G., Pawaskar M., Supina D., Inotai A., Vokó Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: A systematic literature review. *Eating and Weight Disorders*, 20, 1-12.
- Agüera Z., Riesco N., Valenciano-Mendoza E., Granero R., Sanchez I., Andreu A., Jiménez-Murcia S., Fernández-Aranda F. (2021). Illness perception in patients with eating disorders: Clinical, personality, and food addiction correlates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2287-2300.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association: Arlington, VA.
- Attia E., Wolk S., Cooper T., Glasofer D., Walsh B.T. (2005). Plasma tryptophan during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 57, 674-678.
- Baines T., Wittkowski A. (2012). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20, 263-274.
- Broadbent E., Petrie K.J., Main J., Weinman J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brosof L.C., Levinson C.A. (2017). Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. *Appetite*, 108, 335-342.
- Büchi S., Sensky T. (1999). PRISM: Pictorial representation of illness and self measure: A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40, 314-320.
- Carroll A., Fattah S., Clyde Z., Coffey I., Owens D.G.C., Johnstone E.C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, 247-253.
- Castrogiovanni A., Iapichino S., Castrogiovanni P. (2004). Insight in anxiety disorders. *Journal of Psychopathology*, 10, 123-130.
- Cooper M., Stockford K., Turner H. (2007). Stages of change in anorexic and bulimic disorders: The importance of illness representations. *Eating Behaviors*, 8, 474-484.

- Cremonini F., Camilleri M., Clark M.M., Beebe T.J., Locke G.R., Zinsmeister A.R., Herrick L.M., Talley N.J. (2009). Associations among binge eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: A population-based study. *International Journal of Obesity*, 33, 342-353.
- David A., Buchanan A., Reed A., Almeida O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602.
- De Gucht V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Quality of Life Research*, 24, 1845-1856.
- De Jong H., Hillcoat J., Perkins S., Grover M., Schmidt U. (2012). Illness perception in bulimia nervosa. *Journal of Health Psychology*, 17, 399-408.
- Eisen J.L., Phillips K.A., Baer L., Beer D.A., Atala K.D., Rasmussen S.A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155, 102-108.
- Fernández-Aranda F., Agüera Z., Castro R., Jiménez-Murcia S., Ramos-Quiroga J.A., Bosch R., Fagundo A.B., Granero R., Penelo E., Claes L., Sanchez I., Riesco N., Casas M., Menchon J.M. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: A secondary psychopathological measure of severity? *BMC Psychiatry* 13, 166.
- Fox J.R., Diab P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an eating disorders unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20, 27-36.
- Gilboa-Schechtman E., Avnon L., Zubery E., Jeczmiern P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.
- Goldstein A., Gvion Y. (2019). Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1149-1167.
- Haleem D.J. (2012). Serotonin neurotransmission in anorexia nervosa. *Behavioural Pharmacology*, 23, 478-495.
- Harvey J.N., Lawson V.L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 5-13.

- Higbed L., Fox J.R.E. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 307-325.
- Hodge L., Baker A. (2021). Purification, punishment, and control: Eating disorders, self-harm, and child sexual abuse. *Qualitative Health Research*, 31, 1963-1975.
- Holliday J., Wall E., Treasure J., Weinman J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 50-56.
- Jenkins P.E., Hoste R.R., Doyle A.C., Eddy K., Crosby R.D., Hill L., Powers P., Mitchell J.E., Le Grange D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 1-5.
- Kaye W.H., Bulik C.M., Thornton L., Barbarich N., Masters K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Keys A., Brožek J., Henschel A. (1950). *The Biology of Human Starvation: Volume II*. University of Minnesota Press: Minneapolis, MN.
- Konstantakopoulos G., Georgantopoulos G., Gonidakis F., Michopoulos I., Stefanatou P., David A.S. (2020). Development and validation of the schedule for the assessment of insight in eating disorders (SAI-ED). *Psychiatry Research*, 292, 113308.
- Kucukarslan S.N. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8, 371-382.
- Lauer C.J., Krieg J.C. (2004). Sleep in eating disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 109-118.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (a cura di), *Contributions to medical psychology* (pp. 7-30). Pergamon Press: New York.
- Lewis Y.D., Kapon S., Enoch-Levy A., Jaroslavskij A., Witztum E., Stein D. (2021). Dissociation and suicidality in eating disorders: The mediating function of body image disturbances, and the moderating role of depression and anxiety. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 17.

- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (2017). Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali: Roma.
- Lobban F., Barrowclough C., Jones S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23, 171-196.
- McEvoy J.P., Apperson L.J., Appelbaum P.S., Ortlip P., Brecosky J., Hammill K., Geller J.L., Roth L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.
- Mechanic D., Volkart E.H. (1961). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26, 51.
- Mehr J.B., Mitchison D., Bowrey H.E., James M.H. (2021). Sleep dysregulation in binge eating disorder and “food addiction”: The orexin (hypocretin) system as a potential neurobiological link. *Neuropsychopharmacology*, 46, 2051-2061.
- Mehler P.S., Rylander M. (2015). Bulimia nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3, 12.
- Mond J., Hay P., Rodgers B., Owen C. (2006). Self-recognition of disordered eating among women with bulimic-type eating disorders: A community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 747-753.
- Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.
- Ng T.S. (2012). Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *Journal of Physiotherapy*, 58, 202.
- Nitsch A., Dlugosz H., Gibson D., Mehler P.S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88, 333-343.
- Nordbø R.H.S., Espeset E.M.S., Gulliksen K.S., Skarderud F., Holte A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 556-564.
- O'Brien K.M., Vincent N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57-74.



- Phillips K.A., Hart A.S., Menard W., Eisen J.L. (2013). Psychometric evaluation of the Brown Assessment of Beliefs Scale in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 640-643.
- Pietro N., Kleinjung T., Horat L., Schmidt-Weitmann S., Meyer M., Buchi S., Weidt S. (2016). Validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) as a novel visual assessment tool for the burden of suffering in tinnitus patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 47.
- Pilowsky I. (1969). Abnormal illness behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 347-351.
- Pilowsky I. (1997). *Abnormal illness behaviour*. Wiley: Chichester.
- Pollack L.O., McCune A.M., Mandal K., Lundgren J.D. (2015). Quantitative and qualitative analysis of the quality of life of individuals with eating disorders. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17, 2.
- Ptáček R., Kuželová H., Papežová H., Štěpánková T. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders. *Prague Medical Report*, 111, 175-181.
- Quiles Marcos Y., Terol Cantero M.C., Romero Escobar C., Pagano Acosta G. (2007). Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *European Eating Disorders Review*, 15, 373-384.
- Quiles Marcos Y., Weinman J., Terol Cantero C., Beléndez Vázquez M. (2008). The dissimilarity between patients' and relatives' perception of eating disorders and its relation to patient adjustment. *Journal of Health Psychology*, 14, 306-312.
- Riedl A., Maass J., Fliege H., Stengel A., Schmidtman M., Klapp B.F., Mönnikes H. (2009). Subjective theories of illness and clinical and psychological outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 449-455.
- Roerig J.L., Steffen K.J., Mitchell J.E., Zunker C. (2010). Laxative abuse. *Drugs*, 70, 1487-1503.
- Sándor Z., Látos M., Pócza-Véger P., Havancsák R., Csabai M. (2020). The drawing version of the pictorial representation of illness and self measure. *Psychology & Health*, 35, 1033-1048.

- Sato Y., Fukudo S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical Journal of Gastroenterology*, 8, 255-263.
- Schoormans D., Mulder B.J.M., van Melle J.P., Pieper P.G., van Dijk A.P.J., Sieswerda G.T., Hulsbergen-Zwarts M.S., Plokker T.H.W.M., Brunninkhuis L.G.H., Vliegen H.W., Sprangers M.A.G. (2014). Illness perceptions of adults with congenital heart disease and their predictive value for quality of life two years later. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 86-94.
- Selby E.A., Smith A.R., Bulik C.M., Olmsted M.P., Thornton L., McFarlane T.L., Berrettini W.H., Brandt H.A., Crawford S., Fichter M.M., Halmi K.A., Jacoby G.E., Johnson C.L., Jones I., Kaplan A.S., Mitchell L.E., Nutzinger D.O., Strober M., Treasure J., Woodside D.B., Kaye W.H., Joiner T.E. (2010). Habitual starvation and provocative behaviors: Two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 634-645.
- Siracusano A., Troisi A., Marino V., Tozzi F. (2003). Comorbilità nei disturbi della condotta alimentare: Revisione critica della letteratura. *Noos*, 9, 7-26.
- Smith A.R., Zuromski K.L., Dodd D.R. (2018). Eating disorders and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63-67.
- Speranza M., Corcos M., Loas G., Stéphan P., Guilbaud O., Perez-Diaz F., Venisse J.L., Bizouard P., Halfon O., Flament M., Jeammet P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153-163.
- Stockford K., Turner H., Cooper M. (2007). Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 139-154.
- Stulz N., Hepp U., Gachter C., Martin-Soelch C., Spindler A., Milo G. (2013). The severity of ADHD and eating disorder symptoms: A correlational study. *BMC Psychiatry*, 13, 44.
- Tiemensma J., Pereira A.M., Romijn J.A., Broadbent E., Biermasz N.R., Kaptein A.A. (2015). Persistent negative illness perceptions despite long-term biochemical control of acromegaly: Novel application of drawing test. *European Journal of Endocrinology*, 172, 583-593.
- Tomioka M., Hosoi M., Okuzawa T., Anno K., Iwaki R., Kawata H., Kubo C., Sudo N. (2021). The effectiveness of Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) for the

assessment of the suffering and quality of interpersonal relationships of patients with chronic pain. *BioPsychoSocial Medicine*, 15, 22.

Weinman J., Petrie K.J., Moss-Morris R., Horne R. (1996) The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445.

Westmoreland P., Krantz M.J., Mehler P.S. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *American Journal of Medicine*, 129, 30-37.

Wiseman C.V., Sunday S.R., Halligan P., Korn S., Brown C., Halmi K.A. (1999). Substance dependence and eating disorders: Impact of sequence on comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 332-336.