Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Dipartimento
Economia Aziendale, Sanità e Sociale – DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

La percezione dell'immagine corporea nei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: lo yoga come terapia.

Una revisione della letteratura

Lavoro di Tesi

(Bachelor Thesis)

di

Gaia Vigoni

Direttrice di Tesi: Lara Pellizzari

Anno accademico: 2021/2022

Manno, 31 luglio 2022

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Dipartimento
Economia Aziendale, Sanità e Sociale – DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

La percezione dell'immagine corporea nei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: lo yoga come terapia.

Una revisione della letteratura

Lavoro di Tesi

(Bachelor Thesis)

di

Gaia Vigoni

Direttrice di Tesi: Lara Pellizzari

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi".

Anno accademico: 2021/2022

Manno, 31 luglio 2022

“Le persone perfette non combattono, non mentono, non commettono errori e non esistono”.

Aristotele

LISTA DEGLI ACRONOMI

DEASS: Dipartimento Economia, Aziendale, Sanità e Sociale

EBN: Evidence Based Nursing

EBM: Evidence Based Medicine

PICO: Patient Intervention Comparison Outcome

PIO: Patient Intervention Outcome

SUPSI: Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

MESH: Medical Subject Headings

AN: Anoressia Nervosa

APA: American Psychiatric Association

BED: Binge-Eating Disorder

BN: Bulimia Nervosa

DCA: Disturbi del Comportamento Alimentare

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10: Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali

IMC: Indice di massa corporea

LT: Lavoro di Tesi

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

CBT: Terapia cognitivo-comportamentale

IPT: Terapia interpersonale

FBT: Terapia basata sulla famiglia

RCT: Studi clinici controllati randomizzati

ABSTRACT

Background / Introduzione
I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie psichiatriche complesse, in rapida e costante evoluzione nella società odierna, caratterizzate da condotte morbose verso il cibo che compromettono fortemente la salute fisica e il funzionamento psicosociale (American Psychiatric Association [APA], 2014). Gli individui colpiti da questo disturbo portano con sé un bagaglio ricco di vissuti emotivi e conflitti irrisolti, esperienze personali, più o meno dolorose, rispecchiate da un rapporto compromesso con il cibo, il corpo e le emozioni. Immagine corporea e bassa autostima sono due dei principali sintomi che mantengono attivo e perpetuante il Disturbo alimentare. Lo yoga, attraverso le sue tecniche di respirazione, movimento e meditazione, risulta essere uno strumento efficace che permette di percepire e sentire il proprio corpo, senza giudicarlo e di migliorare la propria autostima.

Scopo / Obiettivo
Lo scopo è quello di identificare i benefici che una disciplina corporea, come lo yoga, può portare attraverso la consapevolezza della respirazione e del movimento sui sintomi correlati all'immagine corporea e all'autostima nei principali Disturbi della condotta alimentare, integrandola come medicina complementare all'interno dei trattamenti tradizionali.

Metodologia
La domanda di ricerca emersa è *"Praticare una disciplina ad approccio corporeo che prevede una consapevolezza del respiro e del movimento aiuta i pazienti con Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione a gestire i pensieri perpetuanti e le emozioni migliorando l'accettazione dell'immagine corporea e della stima di sé?".* La metodologia utilizzata per rispondervi è una revisione della letteratura.

Risultati
In totale sono stati analizzati 6 articoli di carattere qualitativo e quantitativo. Dall'analisi e sintesi degli studi è emerso che i programmi di yoga effettuati all'interno di centri di trattamento per i Disturbi alimentari conducono a modifiche positive in molti aspetti della psicopatologia della malattia.

Discussione / Conclusione
Ad oggi non esiste il trattamento completo o di preferenza per la cura dei Disturbi alimentari a causa della loro complessità clinica (Milano, 2015). I trattamenti tradizionali mancano di attenzione ad alcuni sintomi, come la regolazione emotiva e l'insoddisfazione corporea. Dalle evidenze esaminate si evince che l'applicazione della disciplina dello yoga nella loro cura conduce a miglioramenti significativi nella sintomatologia dei Disturbi alimentari, sulla regolazione dell'emozioni, sull'autocompassione, sull'autocritica, sulla consapevolezza e infine, sull'immagine corporea. Ad oggi però, non esistono ancora sufficienti studi per pronunciarsi completamente sui reali benefici dello yoga nel trattamento di questa sintomatologia.

Parole chiave
"Eating disorders", "yoga", "yoga exercise", "body image", "conscious breathing", "body dissatisfaction", "a randomized controlled trial".

INDICE

INTRODUZIONE **7**
MOTIVAZIONE **8**
BACKGROUND / QUADRO TEORICO **9**
I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione 9
Criteri diagnostici DSM-5 AN, BN, BED 11
Il concetto di abbuffata 15
Il concetto di condotte compensatorie 16
Anoressia Nervosa 17
Bulimia Nervosa 18
Binge Eating Disorder 19
Epidemiologia 20
Eziopatogenesi e fattori di rischio dei DCA 21
Complicanze fisiche, psicologiche e sociali 24
Trattamenti 25
Ruolo infermieristico 28
Decorso ed esiti | concetto di guarigione 30
L'immagine corporea nei DCA 32
Disciplina ad approccio corporeo: Yoga 34
FOREGROUND / METODOLOGIA **37**
Evidence Based Nursing (EBN) 37
Disegno di ricerca 37
Struttura della revisione della letteratura 38
APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA **40**
Fase 2: ricerca esaustiva e riproducibile delle informazioni pubblicate 40
Fase 3: selezione sistematica, in base ai criteri predefiniti di inclusione ed esclusione, degli studi eleggibili 41
Fase 4: analisi della qualità metodologica degli studi inclusi 42
DESCRIZIONE DEI RISULTATI **42**
Tabella di estrazione dati 42
Fase 5: Sintesi quantitativa o qualitativa delle informazioni 50
DISCUSSIONE DELLA REVISIONE **56**
Fase 6: Discussione delle ragioni di concordanza e discordanza tra i risultati degli studi 56
CONCLUSIONI **60**
Conclusioni della revisione della letteratura 60
Limiti della ricerca 61
Implicazioni per la ricerca e possibili sviluppi 61
Conclusioni personali 62
Riflessione personale sul ruolo infermieristico 63

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 Circolo vizioso Bulimia Nervosa 19
Figura 2 I principali processi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione 23
Figura 3 Schemi di autovalutazione 33
Figura 4 Gerarchia delle evidenze scientifiche: livelli di evidenza 39
Figura 5 Diagramma di flusso per la selezione degli articoli scientifici. 42

INTRODUZIONE

In un mondo così complesso e ricco di sfumature, sempre più travagliato dagli avvenimenti degli ultimi anni, si osservano patologie psichiatriche con quadri clinici articolati in rapida e costante evoluzione: i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.
Al di là delle pur rilevanti considerazioni epidemiologiche, si deve evidenziare prima di tutto che le persone affette da questa malattia portano con sé un bagaglio ricco di vissuti emotivi e conflitti irrisolti, esperienze personali, più o meno dolorose, rispecchiate da un rapporto compromesso con il cibo, il corpo e le emozioni.
L'obiettivo di questa revisione della letteratura è di approfondire la psicopatologia e fisiologia del Disturbo alimentare, focalizzandosi su una disciplina antica e sull'efficacia di questa sulle emozioni e sui pensieri perpetuanti nei soggetti affetti da un Disturbo alimentare, al fine di migliorare due principali elementi che mantengono attiva la patologia: l'immagine corporea negativa e la bassa stima di sé. Per raggiungere tale scopo il Lavoro di Bachelor è strutturato in tre grandi capitoli e illustra i principali Disturbi alimentari, dalla magrezza dell'Anoressia Nervosa, al normopeso della Bulimia, fino all'obesità del Binge eating disorder. Nella prima parte ci si addentrerà nella definizione di questi disturbi e si presenteranno i criteri diagnostici, l'epidemiologia, l'eziologia e i principi di trattamento. In quanto professionista, un paragrafo sarà dedicato all'importanza del ruolo dell'infermiere nella "guarigione" da tale disturbo. Alla fine di questo capitolo sarà presente una descrizione approfondita dell'intervento utilizzato per rispondere alla domanda di ricerca formulata: la disciplina dello yoga. La seconda parte descriverà la metodologia adoperata e la ricerca effettuata all'interno delle banche dati. Dopo una spiegazione del metodo e delle tecniche di selezione degli studi andrò ad esporre e a discutere i principali risultati ricavati dall'analisi degli stessi; successivamente, andrò ad esaminare i limiti e le implicazioni che potrebbero essere approfondite da ricerche future. Concluderò svolgendo una riflessione personale sulla revisione della letteratura redatta e di come questa potrà essere rilevante nel mio futuro professionale.

MOTIVAZIONE

Come può il nostro cervello controllare totalmente la nostra mente, i nostri impulsi e il nostro corpo? Perché quelle voci sono così invadenti e fanno così tanto male? Cosa succede se le forme del nostro corpo non sono così "perfette"?
Bisogna smettere di pensare che soffrire di un disturbo alimentare sia un capriccio o una ricerca di attenzione. Smettere, ma saper ascoltare. Dietro la corazza, si nasconde un mondo complesso dove a volte ci si sente grandi e altre volte molto piccoli. A volte dentro una gabbia dorata e altre volte all'interno di una torre sperduta.
Non si può minimizzare queste patologie a una semplice volontà di perdere peso, le stesse rappresentano una strada che si compie, un rifugio che consente di sfuggire ai pericoli, ai problemi e alle minacce della vita.
Questo lavoro racchiude un tema che per questioni personali e famigliari mi sta a cuore. Non posso negare di non conoscere questa Malattia, le sue voci, il suo controllo e il suo circolo vizioso: la difficoltà di abbandonarla e la tortura di viverla. Anoressia, bulimia e binge eating sono disturbi che si mostrano nel corpo, ma iniziano prima nella nostra mente. Ritengo che il nostro cervello sia qualcosa che molti chiamano "perfezione", io questa parola ho deciso di eliminarla tempo fa dal mio vocabolario e per questo ritengo che la nostra mente sia macchinosa. Come tutte le macchine, anch'essa, è composta da tanti elementi come i neuroni e i vasi sanguigni. Più una macchina possiede dei componenti più è complicata da scoprire e da utilizzare. Per questo, ancora adesso, nonostante tutti i progressi nel mondo della medicina e della scienza, i più importanti ricercatori non si riescono a spiegare il motivo per cui si sviluppano le malattie psichiatriche. Il disturbo alimentare si insinua nella testa e ti parla, ti giudica e ti dice che sei una persona inutile, che il tuo corpo non va bene e che mangiare vuol dire essere una perdente. La persona vive le giornate ascoltando e seguendo ogni cosa che la testa le dice di fare e, ogni "strappo alla regola" è vissuto come una sconfitta.
Le persone accanto ad un soggetto con un DCA (genitori, fidanzati o amici) vivono un tempo sospeso, non riescono realmente a capire cosa succede, non sanno cosa fare, come comportarsi o cosa dire. E poi ci sono le crisi, in quegli istanti la malattia prende totalmente il sopravvento al punto tale che la persona sembra posseduta; i momenti in cui dici: "basta!" ma non riesci a separarti e il giorno che finalmente vedi la luce in quel tunnel ormai da tempo troppo buio. Quindi, questo cattivo giudice può essere messo a tacere. Trovare un trattamento differente da quelli tradizionali, che ti permette di entrare in contatto con la persona e non con la Malattia è il motivo che mi spinge a trattare questo argomento anche se penso che, alla fine, la terapia più efficace per sconfiggere questa patologia sia Amare se stessi.

BACKGROUND / QUADRO TEORICO

La redazione di questo capitolo permette al lettore di calarsi nel contesto dell'argomento preso in considerazione per la presente revisione della letteratura, al fine di comprendere il cuore della psicopatologia dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. L'obiettivo è di offrire un quadro globale e completo sul tema delineando l'ampia esistenza della problematica. In questo elaborato andrò a concentrarmi principalmente sui tre Disturbi alimentari più diffusi: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa e *Binge eating disorder*.

I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione

Alimentarsi rappresenta uno dei bisogni fondamentali dell'esistenza dell'essere umano (Becciu & Colasanti, 2016).

I Disturbi del comportamento alimentare (DCA), ad oggi definiti dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) come "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", sono malattie psichiatriche complesse con quadri mutevoli nel tempo. Queste sono caratterizzate da condotte patologiche verso le abitudini alimentari che destano una determinata preoccupazione e, di conseguenza, portano ad un estremo controllo del peso a causa di un'alterata percezione dell'immagine corporea. Tali comportamenti disfunzionali compromettono profondamente sia la salute fisica, a causa di un alterato consumo e assorbimento del cibo, che il funzionamento psico-sociale della persona (American Psychiatric Association [APA], 2014; Ministero della Salute, 2022).

Nei soggetti con un Disturbo alimentare il rapporto con il cibo diventa ossessivo, disordinato, ritualistico e caotico; il disagio verso il proprio aspetto fisico diviene insostenibile al punto tale da attaccare l'autostima e la vita sociale dell'individuo che ne è affetto (Becciu & Colasanti, 2016). L'obbiettivo finale di questa patologia è quello di raggiungere un'immagine corporea perfetta dove lo specchio è il *partner* assillante (Cavanna & Stagi, 2009). Nei disturbi alimentari, infatti, l'autostima non si fonda sulle qualità intellettive o morali, bensì sul peso e sulla forma del proprio corpo. L'immagine corporea diventa la "droga" della persona ma, nonostante i ripetuti comportamenti alimentari, l'immagine riflessa nello specchio non darà mai il risultato di perfezione a cui si ambisce. I DCA vengono definiti come disturbi bio-psico-sociali in quanto, questa idea di corpo che si desidera raggiungere influenza totalmente la vita delle persone (Recalcati & Merli, 2006b). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce i Disturbi del comportamento alimentare un "problema di salute pubblica" grave e in continuo aumento nei Paesi industrializzati, diffuso principalmente tra adolescenti e giovani adulti di sesso femminile, nonostante possa colpire persone di ogni età, genere, sesso e aree geografiche (Ministero della Salute, 2022).

In questi ultimi anni la pandemia da COVID-19 ha dato un incremento di prevalenza e gravità di tali patologie generando isolamento sociale prolungato e una maggiore insicurezza, problemi già fondanti nella patologia stessa (Nizzoli, 2021). I fattori coinvolti nella comparsa e nel mantenimento di queste problematiche non sono solo di origine metabolica o genetica, ma anche psicologica ed ambientale. Far parte di una civiltà significa tener conto della presenza di leggi, norme e limiti; Freud la definisce una sorgente di disagio insopprimibile poiché crea un conflitto tra i bisogni e gli impulsi individuali e le barriere costruite dalla realtà della società. Per questo per far parte della propria cultura è necessario rinunciare e bloccare le proprie pulsioni (Recalcati & Merli, 2006). I DCA rappresentano un disturbo con una forte determinante culturale e l'incidenza dei casi è differente nelle diverse popolazioni del mondo. Nei paesi occidentali maggiormente industrializzati i disordini alimentari rappresentano una vera e propria emergenza epidemiologica rispetto alle società orientali (Piccini, 2000). I Disturbi del Comportamento Alimentare vengono classificati a seconda dell'indice di massa corporea

e delle condotte alimentari disfunzionali predominanti (episodi di abbuffate o condotte compensatorie) (Cannata & Situlin, 2013). Anoressia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) e *binge eating disorder (BED),* rappresentano i tre principali quadri. Oltre a questi esistono un'ampia categoria di Disturbi alimentari descritti dal DSM-5, che semplificherò qui di seguito ([APA], 2014).
Si distinguono in: pica, disturbo da ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non altrimenti specificato ([APA], 2014; Fassino et al., 2007). Il Pica è caratterizzato principalmente dall'ingestione di una o più sostanze non alimentari e non commestibili come carta, capelli, sapone, ghiaccio, metallo, ecc., per una durata di almeno un mese. Il Disturbo da ruminazione consiste nel rigurgito ripetuto di alimenti dopo averli rimasticati, sputati o deglutiti nuovamente, non è correlato a condizione gastrointestinale e si manifesta per un periodo di almeno un mese. Il Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo si associa alla limitazione o fuga nell'assunzione di alimenti per carenza d'interesse, paura dei rischi avversi dell'alimentarsi o rifiuto delle proprietà sensoriali del cibo. Il Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione fa riferimento a quelle patologie che non soddisfano concretamente i criteri di un qualsiasi DCA ma i loro sintomi principali e le loro complicanze sono comunque correlate a quelle di un disturbo alimentare. Infine, il Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione si differenzia da quello precedentemente descritto per la mancata spiegazione dei criteri che non soddisfano alcun altro specifico disturbo della condotta alimentare, a causa di insufficienti dati per effettuare una diagnosi accurata ([APA], 2014; Dalle Grave, s.d.).
Data la loro complessità, l'intervento prematuro riveste un'importanza particolare ed è fondamentale una collaborazione multidisciplinare tra le diverse figure professionali, con lo scopo di fare una diagnosi precoce, di attuare una rapida presa in carico e di rallentare e interrompere l'evoluzione a lungo termine (Ministero della Salute, 2022).

Criteri diagnostici DSM-5 AN, BN, BED

Anoressia Nervosa

Con l'introduzione del nuovo DSM-V nel 2013 sono state apportate rilevanti modifiche nei criteri per la diagnosi di anoressia nervosa, al fine di favorire una migliore accuratezza diagnostica e una diminuzione di diagnosi generiche (Artoni, 2021).
La paura di ingrassare, ossia la preoccupazione soggettiva di prendere peso, è uno tra i criteri, in questa sede non approfonditi, che sono stati modificati nel DSM-V e che ritengo importante segnalare ai fini della mia ricerca per il fatto che interrogava la volontà della persona affetta da AN e quindi di difficile valutazione oggettiva. Quindi, si va a far riferimento ad un "comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso" (Artoni, 2021; Dalle Grave, s.d.).

Per fare diagnosi di AN devono essere soddisfatti tutti e tre i criteri diagnostici esplicitati nella tabella sottostante:

Criteri diagnostici DSM-5 dell'Anoressia Nervosa:
A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

(American Psychiatric Association [APA], 2014)

Vengono poi distinte due forme di anoressia nervosa specificate dall'ICD-10 con distinti codici in base al sottotipo:
tipo con restrizioni (F50.01): durante gli ultimi 3 mesi l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva;
tipo con abbuffate/condotte di eliminazione (F50.02): durante gli ultimi 3 mesi l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

([APA], 2014).

Un'ulteriore indicazione da valutare e specificare è se la paziente si trova ([APA], 2014):
in remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti;

in remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

([APA], 2014).

Concludendo, sono stati inseriti dei parametri per misurare lo stato di gravità attuale sulla base dell'IMC. Negli adulti (come rappresentato sotto) si fa riferimento all'Indice di massa corporea mentre nei bambini e adolescenti sui percentili dell'IMC:

- **lieve**: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m^2;
- **moderato**: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2;
- **grave**: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2;
- **estremo**: Indice di massa corporea < 15 kg/m^2.

Il livello di gravità aumenta in caso di sintomi clinici, di disabilità funzionale e di necessità di supervisione ([APA], 2014).

Bulimia Nervosa

I criteri diagnostici della bulimia nervosa vennero descritti tempo fa nel DSM-III. Con l'uscita del nuovo manuale DSM-5 sono state apportate modifiche ai criteri per la diagnosi di questo Disturbo alimentare consentendo una diagnosi sicura, una valutazione precisa del rischio e una pianificazione del trattamento efficace (Di Fiorino & Pacciardi, 2008). Nel primo criterio vengono descritte le caratteristiche principali di un'abbuffata con lo scopo di dare al professionista i parametri precisi ed essenziali per poter chiarire con certezza quello che significa "episodio bulimico". Gli episodi di abbuffata a settimana presi in considerazione nel DSM-5 vengono ridotti da due a una volta alla settimana negli ultimi tre mesi e non più negli ultimi sei. In questo modo, fissando una frequenza minima si restringe il campo di diagnosi escludendo gli individui che si abbuffano ogni tanto e individuando le persone che hanno il disturbo in modo persistente (Clerici et al., 1996). La presente classificazione diagnostica descrive la bulimia nervosa attraverso tre segni caratteristici: ricorrenti episodi di abbuffate, molteplici ed inadeguate condotte di compensazione per evitare l'incremento del peso corporeo e, forma e peso del corpo che influenzano considerevolmente l'autostima ([APA], 2014):

Criteri diagnostici DSM-5 della Bulimia Nervosa:
1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti: a) Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili. b) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

([APA], 2014).

Il quinto ed ultimo criterio è molto importante per sottolineare che non esiste solo un disturbo dell'alimentazione. Se un individuo si abbuffa ma ha un IMC inferiore a 18,5 kg/m^2 avrà una diagnosi di AN con abbuffate/condotte eliminatorie, al contrario, se l'IMC è maggiore o uguale a quello della persona stessa, verrà valutata una diagnosi di BN (Dalle Grave, s.d.).

Come per l'AN anche per la bulimia, a seconda dei sintomi manifestati, viene specificato se il disturbo è:
in remissione parziale: quando, in seguito alla precedente e piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni di questi, anche se non tutti, sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.
in remissione completa: quando, in seguito alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno di questi è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

([APA], 2014).

Nella BN i rischi per la salute sono connessi maggiormente alle condotte di eliminazione (Cannata & Situlin, 2013). Per questo motivo viene introdotto nel DSM-5 il *livello di gravità attuale* attraverso una media di episodi compensatori utilizzati durante la settimana:
- **lieve**: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- **moderato**: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- **grave**: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- **estremo**: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

([APA], 2014).

Binge Eating Disorder

Per formulare la diagnosi di *Binge eating aisorder*, l'American Psychiatric Association (APA) (2014) ha definito dei criteri diagnostici basati sulla descrizione e circoscrizione dei segni e sintomi che caratterizzano la patologia:

Criteri diagnostici per il binge eating disorder.
A. Episodi ricorrenti di abbuffata. Un'abbuffata compulsiva è definita dai seguenti aspetti (entrambi necessari): 1. Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili. 2. Sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
B. Gli episodi di abbuffate sono associati ad almeno tre dei seguenti aspetti: 1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

	2. Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di pienezza. 3. Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame. 4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite. 5. Provare disgusto verso di sé, depressione o intensa colpa dopo l'episodio.
C.	Le abbuffate suscitano sofferenza e disagio.
D.	Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
E.	Le abbuffate non sono associate con l'uso regolare di comportamenti di compenso inappropriati (per es. digiuno, vomito, esercizio fisico eccessivo) e non si verificano esclusivamente nel corso di anoressia nervosa e bulimia nervosa.

([APA], 2014).

Sulla base di questi dobbiamo andare ad indicare la *gravità attuale* del problema alimentare che viene determinata dalla frequenza degli "episodi di abbuffata" ([APA], 2014):

- **lieve**: da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.
- **moderata**: da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- **grave**: da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- **estrema**: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

Inoltre, il DSM-V considera il BED:
in remissione parziale: quando, successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.
in remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il BED, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

([APA], 2014).

Il concetto di abbuffata

Come abbiamo potuto osservare nelle tre principali forme di Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione sopra descritte, c'è la presenza di ricorrenti crisi di abbuffata compulsiva incontrollabile, seguita da sensi di colpa, fallimento e depressione. Da professionista ritengo fondamentale conoscere il significato di questa manifestazione per comprendere al meglio il disturbo della bulimia nervosa, del *binge eating disorder* e dell'anoressia nervosa di tipo due.

Per molte persone l'abbuffata rappresenta una semplice trasgressione alla dieta, qualche cosa di perfettamente inoffensivo; per altri, invece, indica un vero e proprio problema (Oliva, 2022). Il termine abbuffata compulsiva, nella bulimia nervosa chiamata anche crisi o episodio bulimico, nasce dall'espressione *binge eating* coniata da un professore in cura per obesità. Questo termine esprime con chiarezza il comportamento attuato dalla persona mentre si nutre, cioè quello di ingozzarsi e di riempirsi fino a stare male. Il professore descriveva il sintomo come una trasgressione alla dieta, indicava con *binge eating* quegli istanti in cui da solo e quanto più segretamente possibile, fuori dalla routine alimentare, cedeva all'impulso di mangiare con voracità e senza freni, in maniera posseduta. Raccontava di avere una perdita di controllo su quello che stava succedendo e di provare uno stato di coscienza alterato (Cuzzolaro, 2014). La perdita di controllo, elemento centrale dell'abbuffata, indica l'incapacità di ingerire la quantità di cibo desiderata e stabilita e, spesso proviene da un periodo di tempo (ore o giorni) di importante restrizione alimentare (Oliva, 2010). Infatti, solitamente, all'origine del *binge eating* c'è la presenza di una dieta ipocalorica seguita dalla persona in maniera rigida e costante. L'interpretazione di mancanza di controllo per la rottura delle regole dietetiche rappresenta il motore scatenante del circolo vizioso delle abbuffate (Dalle Grave, 2012; Oliva, 2022). I cambiamenti del tono dell'umore e la risposta ad avvenimento sono altri fattori che comportano l'episodio di abbuffata, che viene dunque adottata per neutralizzare momentaneamente le emozioni negative (Dalle Grave, 2012). L'abbuffata compulsiva si compone da due caratteristiche principali: la quantità di alimenti ingeriti in un lasso di tempo circoscritto, che è indiscutibilmente maggiore a quella che ogni individuo mangerebbe in situazioni simili nello stesso periodo di tempo e la sensazione, durante l'episodio, di non essere in grado di fermarsi di mangiare o di non riuscire a controllare cosa e quanto si sta ingerendo (Oliva, 2022). A seguire i sentimenti di repulsione verso se stessi, disistima e colpa (Oliva, 2010). Importante distinzione da fare sono i tipi di abbuffate compulsive: quella oggettiva si verifica quando il cibo che viene ingerito è oggettivamente assunto in grosse quantità; mentre quella soggettiva quando il soggetto che si alimenta percepisce di ingerire un'elevata quantità di cibo. L'alimentazione eccessiva può essere sia oggettiva, quando la quantità di alimenti è elevata, che oggettiva se la quantità è scarsa. Un particolare fondamentale è che nell'abbuffata oggettiva non avviene una perdita di controllo. Questi episodi di abbuffata non si escludono tra loro: nei Disturbi alimentari possono verificarsi tutti e tre (Dalle Grave, 2012; Oliva, 2022). A causa della vergogna le crisi bulimiche accadono sempre in solitudine e di nascosto. L'abbuffata può essere più o meno programmata ed è rappresentata, inoltre, dalla rapidità dell'assunzione del cibo, assunzione che prosegue fino a che l'individuo non si sente così pieno da stare male. Questo comportamento interferisce sulla qualità di vita della persona e causa danni importanti alla sua salute fisica (Oliva, 2010). Le abbuffate compulsive sono una delle cause di mantenimento del Disturbo della condotta alimentare e, attraverso l'intensificazione della restrizione dietetica e del suo controllo, rafforzano la valutazione del peso e del corpo, incoraggiano

l'uso dei comportamenti compensatori e infine, vengono utilizzate per gestire in maniera squilibrata gli eventi e gli stati d'animo associati (Dalle Grave, 2012).

Il concetto di condotte compensatorie

Il quadro sintomatologico legato al contesto alimentare, dal digiuno dell'anoressia nervosa alle crisi bulimiche della bulimia nervosa, con tutto il suo corredo di condotte disfunzionali, è un evento che impatta nella vita della persona. Le manifestazioni sono uno sforzo grossolano di autocura, come nel resto delle malattie psichiatriche, che hanno la funzione di difendere l'individuo da pensieri ossessivi ai quali non riesce a rinunciare. Gli effetti del controllo del cibo, del peso e delle forme del corpo tendono ad eternare la patologia per via di un feedback negativo: aumenta l'attenzione sul cibo, sul corpo, sull'alimentazione e accrescono le distorsioni legate all'immagine corporea e ai messaggi fisiologici del senso della fame e della sazietà. (Milano, 2015).
Un altro elemento che caratterizza il quadro psicopatologico dei DCA, in particolare dell'anoressia nervosa di sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione e della bulimia nervosa è il *purging.* Questo termine indica quei meccanismi di compensazione o comportamenti di eliminazione, quali vomito auto-indotto, utilizzo di diuretici e/o lassativi e/o farmaci, eccessiva attività fisica e digiuno prolungato, il tutto con la finalità di controllare l'immagine corporea ed evitare un aumento del peso. Sono azioni messe in atto a seguito di quei comportamenti definiti "sbagliati", come l'abbuffata compulsiva, per alleviare il timore di aumentare di peso. Tutti questi comportamenti inappropriati ostacolano l'acquisizione di strategie dirette per gestire gli stati emotivi negativi, facendo si che diminuisca la soglia di tolleranza di questi, mantenendo attivo il disturbo alimentare (Dalle Grave, 2012).
Praticare un esercizio fisico eccessivo e compulsivo ha lo scopo di controllare il proprio peso e le proprie forme corporee e di annientare le emozioni negative. È definito eccessivo quando viene attuato in maniera inappropriata provocando danni fisici anziché benefici a causa della sua frequenza, durata e intensità. Inoltre, risulta compulsivo quando viene avviato con un senso di obbligo soggettivo, quando si manifestano ansia e sensi di colpa nel momento in cui non viene eseguito e quando assume priorità rispetto ad altre attività della giornata (Dalle Grave, 2012).
L'utilizzo del vomito auto-indotto ha lo scopo di eliminare il cibo mangiato, o meglio, di espellerlo prima che il corpo possa digerirlo assimilandone le calorie. Nelle prime fasi di malattia l'utilizzo di questa tipologia di *purging* ha la capacità di lenire quegli stati emotivi negativi e di senso di colpa che sono apparsi dopo aver ingerito una quantità eccessiva di cibo. Viene percepito dall'individuo come modalità per riappropriarsi del controllo perso. Tuttavia, col tempo il soggetto concentrando l'attenzione ossessiva sull'alimentazione incrementa il numero di abbuffate compulsive e di conseguenza si verificherà un aumento di questo meccanismo di eliminazione che porta alla comparsa di complicanze fisiche e psicosociali (Dalle Grave, 2012).
L'uso improprio di diuretici e lassativi ha l'obiettivo di tenere sotto controllo le preoccupazioni sulle proprie forme corporee e sul peso. I lassativi vengono utilizzati sia durante o dopo un'abbuffata per eliminare le calorie assunte assumendo la medesima finalità del vomito auto-indotto, che senza abbuffata. In quest'ultimo caso vengono impiegati con lo stesso scopo della dieta ferrea per ridurre il peso corporeo. Per quanto riguarda l'utilizzo dei diuretici, non avendo alcun effetto sulle calorie ingerite, vanno ad agire sul bilancio idrico riducendo il peso corporeo attraverso l'eliminazione di liquidi (Dalle Grave, 2012). Inizialmente l'assunzione di questi mezzi per ridurre il peso tranquillizza le ragazze con un disturbo alimentare per l'effetto "pancia piatta" e la

sensazione di essere “leggere, vuote, asciutte” ma, con il passare del tempo, risulta essere una condotta pericolosa e poco efficace in quanto questi farmaci hanno effetti dannosi sulla salute fisica e psicologica. Diuretici e lassativi contribuiscono a mantenere attivo il disturbo alimentare, indirizzando l’individuo a crearne un abuso. Una brusca interruzione di questi farmaci comporta un aumento di peso e quindi un altrettanto aumento delle emozioni negative riguardanti il corpo e le sue forme, di conseguenza accentua i comportamenti disfunzionali del soggetto come una restrizione calorica maggiore e un riutilizzo di questi (Dalle Grave, 2012). In un quadro clinico come quello della bulimia nervosa e anoressia nervosa bulimica, si interviene inizialmente interrompendo i circoli viziosi di "digiuno-abbuffata-*purging*" che mantengono attivo il Disturbo alimentare (Gritti, 2016).

Anoressia Nervosa

L’anoressia nervosa, AN, è uno dei più comuni Disturbi della condotta alimentare che si caratterizza da un grave sottopeso provocato da una diminuzione quotidiana delle calorie mangiate e, in alcuni casi, anche da un aumento dell’esercizio fisico e delle condotte di eliminazione. Queste persone vivono un patologico controllo delle forme corporee e del proprio peso che nasce dall’intensa preoccupazione dell’immagine di sé, vissuta attraverso il terrore di essere grasse e il desiderio di essere magre (Artoni, 2022; ISSalute, 2019; Lagona, 2021). Le pazienti con AN percepiscono lo stimolo della fame in modo preponderante a causa della riduzione delle calorie ingerite. Il controllo e la negazione di questa sensazione diventa per loro una fonte di appagamento, alimentando ancor di più i comportamenti disfunzionali del disturbo (Lagona, 2021).
Mara Selvini Palazzoli (2005), psichiatra ricordata per i suoi studi sull’anoressia, osservando il comportamento delle anoressiche verso il cibo afferma che, al contrario di altre patologie mentali, in queste pazienti il cibo non è considerato fonte di disagio in quanto visto come interessante e importante ma, ciò che crea angoscia e pericolo è l’atto del nutrirsi e del saziarsi, in quanto genera un sentimento di sconfitta (Palazzoli, 2005).
L’anoressia negli uomini non mostra diversità sostanziali sull’epidemiologia rispetto a quella delle donne, anche nel sesso maschile si evidenzia una prevalenza e un’incidenza dei casi di AN in aumento (Cozzularo, 2004). È un disturbo tipico della popolazione occidentale che se diventa di lungo decorso e non viene correttamente trattato, tende a cronicizzarsi causando complicanze fisiche, psicologiche e sociali fortemente invalidanti (Artoni, 2022). Il sintomo principale è una marcata perdita di peso dovuta all’introduzione di una dieta auto-gestita nel proprio regime alimentare, interpretata inizialmente senza particolari pensieri e preoccupazioni dalle persone che le stanno accanto. L’esordio si presenta quando la persona inizia ad avvertire i successi desiderati e comincia ad adottare meccanismi patologici come l’esclusione di alcuni cibi visti come “cattivi”, la ricerca di un peso corporeo sempre più basso e il non mangiare regolarmente. In questa prima fase della malattia, che viene chiamata “luna di miele”, il soggetto con anoressia avverte uno stato di benessere e di onnipotenza pensando di aver trovato una soluzione al suo disagio. Il controllo estremo che ha verso il cibo, il proprio corpo e le emozioni, diventa nel tempo una difesa inconsapevole che lo porta a percepire la malattia come una protezione. Tale sensazione di “potere” complica la prognosi: all’esordio queste pazienti possiedono uno scarso livello di *insight*, vale a dire che non si considerano malate e questo rappresenta un ostacolo al trattamento e ai tentativi di aiuto. Progressivamente la “luna di miele” svanisce diventando una “gabbia soffocante” che provoca un aumento e un peggioramento dei disturbi fisici e psicologici. In questo stadio

della malattia i sintomi che la caratterizzano influenzano la capacità della persona nel vivere la propria quotidianità (Artoni, 2022; Recalcati & Merli, 2006).
Il quadro psicopatologico dell'anoressia nervosa è composto da un'intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi e dall'alterato modo in cui il soggetto vive la forma corporea che condiziona pesantemente la sua vita (Gritti, 2016). I pazienti con AN presentano un'alterata percezione dell'immagine corporea e non riconoscono la gravità della propria condizione al punto tale da rifiutare ogni possibile modifica di comportamento, arrivando ad aggravare e cronicizzare la malattia (Oliva, 2010). Il corpo è il punto centrale della loro vita, lo percepiscono come obeso o normopeso nonostante sia fortemente sottopeso. Un tratto psicopatologico comune è legato all'autostima che si fonda unicamente sugli aspetti corporei ed è quindi altamente influenzata dal peso, dunque, più il corpo è magro e maggiore risulta l'autostima in queste ragazze. Il loro obiettivo è plasmare il loro corpo facendolo tacere e trasformandolo in un corpo privo di ogni aspetto femminile ma che si traduca in "leggero". La necessità o il bisogno di tenere tutto sotto controllo le porta a vivere come una sconfitta l'atto di mangiare e come una vergogna quello di farlo davanti ad altre persone (Gritti, 2016). Per i soggetti con AN la malattia è una compagna di viaggio alla quale si legano nonostante il male che provoca ma che, d'altro canto, hanno paura a vivere senza di lei (Oliva, 2010).

Bulimia Nervosa

La bulimia nervosa è la seconda malattia più comune dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e si manifesta con ricorrenti abbuffate seguite da inappropriate condotte compensatorie o di eliminazione, il tutto per evitare un aumento del peso corporeo (Fassino et al., 2007). Questa patologia fu analizzata per la prima volta all'inizio degli anni Settanta da uno psichiatra di Londra, Gerald Russell, che la descrisse come "inquietante variante dell'AN", caratterizzata da voracità incontrollata e appetito inappagabile seguito da condotte eliminatorie ripetute. Da qui nasce il significato di "bulimia", dal greco "fame da bue" (Dalle Grave, s.d.; Fassino et al., 2007). La sua definizione letterale pone l'accento sulle caratteristiche principali che presenta questa patologia, l'incapacità di mantenere il controllo su alcuni aspetti del proprio comportamento: dall'appetito, all'alimentazione, al proprio peso (Di Fiorino & Pacciardi, 2008). La BN tende ad essere molto insidiosa poiché non si nota. La persona infatti, solitamente in normo peso, riesce a nascondere le abbuffate e le condotte compensatorie fino a quando la malattia trasforma completamente la personalità del soggetto e tutta la sua quotidianità (Marucci & Dalla Ragione, 2007). Un quarto delle persone colpite da bulimia all'inizio del disturbo soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa (Cuzzolaro, 2014). Iniziano con una dieta alimentare rigida ed estrema e da un giorno all'altro riducono drasticamente l'apporto calorico con la sensazione di fame che diviene costante. Ad un certo punto del percorso avviene una sorta di "fallimento del processo anoressico" (citato in Recalcati & Merli, 2006), viene quindi interrotta la restrizione alimentare ed entrano in gioco le crisi bulimiche che comportano un normopeso o un peso corporeo lievemente al di sotto o al di sopra della norma, particolarità che varia a seconda della frequenza delle condotte di compensazione che vengono attuate (Dalle Grave, 2012). Dominati dalla vergogna le abbuffate avvengono in solitudine con voracità e in maniera incontrollata, senza alcun freno o restrizione. Introducono nel corpo alimenti senza un ordine, dal dolce al salato e viceversa, consumandoli fino a sentirsi male (Di Fiorino & Pacciardi, 2008).

I soggetti con bulimia nervosa entrano a far parte del circolo vizioso della patologia, spesso le crisi bulimiche sorgono quando i soggetti si trovano di fronte ad emozioni e sentimenti negativi come rabbia, stress e depressione. In queste circostanze per rispondere allo stato interiore iniziano a mangiare compulsivamente, questo comportamento viene definito *emotional eating*. Ma non è tutto, infatti anche la forte restrizione alimentare e quindi la sensazione di fame può portarli ad avere episodi di trasgressione alla dieta, in particolare una volta percepita la sensazione di aver perso totalmente il controllo si lasciano andare alle abbuffate e alle condotte compensatorie (*purging*). L'abbuffata è vissuta come tentativo di cancellare le emozioni dolorose e di cambiare il proprio mondo interiore (Fassino et al., 2007). Al termine della crisi bulimica, raggiunto l'apice del circolo vizioso della bulimia, vivono sentimenti di colpa, disagio e una forte paura di aumentare di peso e per questo attuano delle condotte per sopprimere i sentimenti di fallimento eliminando le calorie ingerite (Di Fiorino & Pacciardi, 2008). Le diete successive all'episodio bulimico accrescono la vulnerabilità a nuovi episodi di abbuffata. Questo descritto è il circolo vizioso della BN che, una volta intrapreso, stimola il mantenimento della patologia nel tempo favorendo la sua cronicizzazione (Fassino et al., 2007).

Figura 1 Circolo vizioso Bulimia Nervosa (Artoni, 2021)

Alla base del disturbo vi sono i pensieri polarizzati unicamente sul peso e sulle sue forme, sui quali gli individui con BN basano la valutazione di sé andando ad influenzare i livelli della propria autostima. Anche le minime variazioni del fisico vengono vissute come evento drammatico e con manifestazioni depressive suscettibili (Fassino et al., 2007).
Ciò che accomuna le pazienti bulimiche con quelle anoressiche è la paura di aumentare di peso e di conseguenza non essere in grado di fermarsi durante l'assunzione di cibo, la "lotta" contro l'appetito è fonte di emozioni intense. Se le persone con AN restrittiva combattono contro la sensazione di fame e vincono questa battaglia, le persone con BN perdono lo scontro e tale sconfitta è percepita con vergogna e angoscia e viene spiegata tramite attacchi bulimici, iniziando a mangiare senza interruzione (Europen Institute of Systemic-relational Therapies [E.I.S.T.], 2020).

Binge Eating Disorder

Nel 1959 lo psichiatra Albert Stunkard evidenziò un comportamento caratterizzato da episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata e con ingestione di grandi quantità di cibo in pazienti in eccesso ponderale, una condotta che chiamò *binge eating* (Dalle Grave et al., 2020; Palmiero, 2009). Inizialmente questa patologia venne differenziata da quelli che sono i Disturbi della condotta alimentare fino a quando, negli anni Ottanta, attraverso degli studi, si accorsero che alcune persone affette da bulimia nervosa non adottavano comportamenti compensatori dopo episodi di abbuffate. Sempre negli stessi anni si osservò che i pazienti con obesità e con episodi di perdita di controllo nel mangiare non rientravano nei criteri diagnostici della bulimia nervosa (Dalle Grave et al., 2020). L'Associazione Psichiatrica Americana lo descrisse inizialmente nel DSM-IV tra i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, da una parte considerato come una variante

della bulimia nervosa e dall'altra un'espressione alimentare sprovvista di correlati psicopatologici che predispone all'obesità (Cavanna & Stagi, 2009). In un secondo momento, nel 2013, è stato introdotto come categoria diagnostica valida e distinta dalle altre forme di Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Dalle Grave et al., 2020).
Il *binge eating disorder*, chiamato anche disturbo da alimentazione incontrollata, è una patologia alimentare che si trova spesso associato ad una condizione di obesità ed è caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate non accompagnate da comportamenti compensatori ([APA], 2014; Palmiero, 2009).
La persona con *binge eating disorder* tende quindi ad avere una mancanza di controllo verso il mangiare e un incremento del peso corporeo (Palmiero, 2009). Le sue caratteristiche principali riguardano la quantità di cibo ingerito, la sensazione di non essere capaci di smettere di mangiare, il disprezzo e la colpa verso sé stessi dopo all'abbuffata (Oliva, 2010). Le condizioni che portano a sviluppare tale disturbo possono essere i commenti negativi, il bullismo subito in giovane età o, come per gli altri Disturbi alimentari, le immagini di ideali di bellezza e fisico che promuovono in televisione o sui *socialmedia*. L'inizio di una dieta ferrea è il fattore di rischio comportamentale più potenziale per il BED, in quanto la privazione calorica aumenta il bisogno di ingerire maggior quantità di cibo e comporta nel tempo l'aumento del peso (Agüera et al., 2021).
Nei soggetti affetti da BED il corpo viene percepito in maniera differente rispetto agli altri disturbi alimentari, viene vissuto come un oggetto fastidioso che emana sensazioni sgradevoli con le sue compulsive richieste di cibo, per cui non merita di essere curato e apprezzato (Cavanna & Stagi, 2009). Tante volte sono persone che si imbarazzano del loro disturbo e tentano di nasconderlo abbuffandosi in maniera frettolosa e con la presenza di sensazioni di angoscia, per questo motivo la psicopatologia di base viene trascurata e ci si concentra nel trattare l'obesità e le sue complicazioni come principale problema (Guerdjikova et al., 2019). I segni tipici sono una bassa autostima e un umore depresso. In queste persone la perdita di controllo di fronte al cibo proviene dalla difficoltà di fronteggiare le emozioni e gli impulsi, non riuscendo a gestire quello che sentono dentro provano un sentimento di impotenza e lo esprimono attraverso questo comportamento (Guerdjikova et al., 2019). La classificazione del BED come forma di Disturbo del comportamento alimentare nella clinica psichiatrica ha implicato una nuova e maggiore attenzione verso la sfera psicologica e psicopatologica dell'obesità e della sua cura (Cuzzolaro, 2014).

Epidemiologia

Ad oggi i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (*Feeding* and *Eating Disorsorder*) rappresentano una vera e propria "epidemia sociale" in continua crescita a causa della notevole diffusione di fattori di rischio che influenzano una popolazione giovanile sempre più vulnerabile (Marucci & Dalla Ragione, 2007; Milano, 2015). Le sindromi alimentari più frequenti sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata. Il quadro epidemiologico internazionale evidenzia che i Disturbi alimentari colpiscono prevalentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile con un rapporto di 10:1 anche se, negli ultimi anni, vi è stato un aumento di casi di DCA nel sesso maschile seppur in misura ridotta rispetto all'altro sesso. Inoltre, questi disturbi colpiscono il 10% della popolazione nella fascia di età adolescenziale, tra i 12 e i 25 anni. Alcune ricerche più recenti riferiscono che ci sia una diminuzione dell'età di esordio della patologia, colpendo bambini e la fascia preadolescenziale. Questo cambiamento implica un rischio maggiore di danni permanenti a causa della malnutrizione, principalmente a carico di quegli organi che in questa fascia di età non hanno ancora raggiunto una piena

maturazione, come il sistema nervoso centrale e l'apparato osseo (Marucci & Dalla Ragione, 2007; Ministero della Salute, 2013). Nello specifico l'AN esordisce in età puberale mentre la BN si manifesta qualche anno dopo, in giovani donne o in tarda adolescenza (Touyz et al., 2010). Per quanto riguarda l'età di esordio del BED si differenzia dagli altri due disturbi essendo spartita in un arco di tempo più ampio (dall'infanzia alla terza età), con un apice nella prima età adulta (Ministero della Salute, 2013). Questo sta a significare che su cento giovani donne, dieci soffrono di una forma di disturbo connesso all'alimentazione e tra esse una o due si ammalano dei disturbi più gravi come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, mentre le restanti manifestano comportamenti clinici transitori o incompleti (Ministero della Sanità, 1998 in prevenzione DCA).
Per quanto concerne il numero di casi presenti in una popolazione in un determinato momento (prevalenza), sembra che la prevalenza di AN e BN in una popolazione a rischio (età adolescenziale o prima età adulta) vari tra l'1,5 e il 10%, con un rapporto di 2:1 per le pazienti con BN rispetto a quelle con AN. A differenza degli anni 50'-80' nei quali l'anoressia nervosa risultava essere la manifestazione principale di un disturbo alimentare, negli ultimi decenni si è modificata evidenziando una crescita esponenziale per il disturbo bulimico e il *binge eating disorder*. Invece, i dati risultano sottostimati a riguardo dei nuovi casi in una popolazione definita in un determinato periodo di tempo (incidenza) in quanto, spesso, le pazienti affette non richiedono aiuto e dunque non vengono inserite nel calcolo. È risaputo che ogni anno, nel mondo, decine di milioni di giovani si ammalano di un disturbo alimentare (Touyz et al., 2010). Per l'AN nel corso di un anno si verificano almeno 8 nuovi casi per 100.000 abitanti, per la BN almeno 12 nuovi casi per 100.000 abitanti, al contrario per il BED non ci sono ancora dati attendibili per quanto riguarda l'incidenza (Ministero della Salute, 2013).
I Disturbi della condotta alimentare costituiscono un problema di salute complesso, un reale allarme sanitario che ancora oggi non sembra trovare margine alla sua crescita esponenziale la cui incidenza accresce al tempo stesso con le modifiche degli aspetti psicopatologici (Ministero della Salute, 2013).

Eziopatogenesi e fattori di rischio dei DCA

Le cause di sviluppo dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non sono ancora totalmente conosciute. Negli anni sono state individuate numerose componenti di rischio per le quali gli studiosi hanno ritenuto si trattasse di disturbi con eziopatogenesi multifattoriale (Touyz et al., 2010). Tra i fattori di rischio si possono individuare le condizioni genetiche/famigliari, le caratteristiche sociali e/o ambientali e, in alcuni casi, gli eventi traumatici: questi elementi precedono le manifestazioni di un determinato fenomeno e, in tal senso, aumentano la probabilità che esso si presenti. L'esistenza di più fattori di rischio, come nel caso dei Disturbi dell'alimentazione, accresce la probabilità di ammalarsi nelle persone predisposte ma, allo stesso tempo, non è considerata la sola causa determinante per il loro sviluppo (Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso [AIDAP], 2015; Touyz et al., 2010). Alcuni studiosi hanno determinato la presenza di fattori di rischio generali, si tratta di presupposti non modificabili che accrescono il rischio di sviluppare un DCA in tutti gli individui. Questi fattori di pericolo sono quattro e sono i seguenti: sesso femminile, periodo adolescenziale e prima età adulta, appartenenza ad una società occidentale e propaganda sull'ideale di magrezza. (Dalle Grave, 2012). Il modello multifattoriale considera la presenza di fattori predisponenti o favorenti (requisiti individuali, familiari/relazionali e socioculturali) in riferimento a quelle caratteristiche o situazioni che potenziano il rischio di precipitare

verso un DCA, per quelle persone vulnerabili e predisposte psicologicamente e biologicamente (Invernizzi, 2006). Questi, in periodi particolari della vita, generalmente durante l'adolescenza, interagiscono con fattori definiti scatenanti o cronicizzanti che precedono l'insorgenza e sembrerebbe siano i responsabili diretti della manifestazione del disturbo. Questi ultimi, ad oggi ancora in fase di studio, sono: l'inizio di una dieta, i sentimenti d'insicurezza e gli eventi negativi e stressanti della vita (Cannata & Situlin, 2009; Franzoni et al., 2004)

Fattori individuali

All'interno dei fattori individuali troviamo delle condizioni di rischio generali e non modificabili. Il sesso femminile è uno dei primi indicatori in quanto, nonostante l'aumento negli ultimi anni di DCA nel genere maschile, le ragazze rimangono più soggette a sviluppare un Disturbo alimentare (Cannata & Situlin, 2009). Il secondo parametro è l'età di insorgenza ed è stato osservato che nella maggior parte dei casi si verifica tra il periodo adolescenziale e la prima età adulta, durante questo periodo di vita i continui cambiamenti corporei accostati alla ricerca della propria identità, alla crescita di nuove aspettative e responsabilità di vita, vengono percepiti dagli individui in maniera differente (Cannata & Situlin, 2009). Nelle ragazze e nei ragazzi lo sviluppo puberale è determinato dal cambiamento delle forme del proprio corpo e ciò implica maggiore consapevolezza della propria immagine corporea. Queste modifiche possono essere vissute in maniera positiva ma talvolta anche negativa e, in quest'ultimo caso, il soggetto svilupperà una forte insoddisfazione verso il proprio aspetto fisico (Cannata & Situlin, 2009). Un fattore predisponente si collega alle differenti discipline che pongono al centro del lavoro l'importanza di un determinato aspetto corporeo e possono influire negativamente nella vita dei soggetti portandoli ad attuare comportamenti malsani, come un eccessivo esercizio fisico o il ricorso a diete ferree (Cannata & Situlin, 2009). Un secondo aspetto è il confronto con gli altri e le richieste provenienti dal gruppo di pari, avvenimenti che possono essere vissuti con difficoltà e disagio (Cannata & Situlin, 2009). Altre caratteristiche individuali e rilevanti nella predisposizione e nello sviluppo di un Disturbo alimentare sembrano essere dovute ad alcuni tratti della personalità: la bassa autostima e la paura di crescere, la tendenza al perfezionismo che è molto presente nelle pazienti con anoressia e si manifesta con la continua paura di fare la cosa sbagliata, l'impulsività e la difficoltà nella gestione dello stress che favoriscono i comportamenti nelle persone con BN. Per concludere, ad ampliare la vulnerabilità di un soggetto sono i traumi che questo può aver subito in tempi passati o recenti, per esempio i lutti, le separazioni o gli abusi (Cannata & Situlin, 2009).

Fattori familiari

La possibilità di sviluppare un DCA aumenta se in famiglia sono presenti casi di sovrappeso o di Disturbi alimentari, sia per una questione ereditaria che per l'imposizione da parte dei familiari di stili alimentari sregolati (in eccesso o restrittivi), che comportano un problematico rapporto con il corpo e con l'alimentazione. Inoltre, le aspettative elevate di successo associate a criticismo, se non soddisfatte dal figlio, creano un terreno di fragilità morale che facilmente può sfociare in comportamenti di perfezionismo e sentimenti di nullità e ansia. Questo si sviluppa anche quando i genitori assumono un controllo della vita del ragazzo al punto tale da sfociare in iperprotezione, limitando la sua autonomia. Un disagio alimentare può essere il mezzo attraverso il quale manifestare il proprio disagio all'interno delle famiglie (Cannata & Situlin, 2009).

Fattori socioculturali ed economici
La società occidentale in cui viviamo è responsabile della bassa autostima nei soggetti più vulnerabili. Anoressia e bulimia sembrano essere più connesse ai valori e ai conflitti di questa cultura, legate particolarmente alla realizzazione dell'identità femminile e alla funzione sociale e familiare che possiede la donna (Cuzzolaro, 2014).
A causa delle influenze culturali imposte dai *media* e dal mondo della moda, dove il valore di sé è centrato su un ideale di corpo perfetto e di estrema magrezza, tra gli individui si ha un incremento del desiderio di imitazione di tali "modelli"; i soggetti si impegnano quindi a raggiungere un obiettivo immaginario attraverso la dieta e la perdita di peso, per cercare di trovare la propria identità e felicità (Cannata & Situlin, 2009; Touyz et al., 2010).
L'impatto negativo dei *social media*, dove le persone sembrano possedere corpi e vita perfetta, alimenta i DCA spingendoli verso forme di patologie più critiche. Tutto questo provoca in loro sentimenti di inadeguatezza fino a sentirsi un fallimento; avere un fisico magro sarebbe la conferma di aver raggiunto una sicurezza e un controllo della propria vita tale da aumentare l'autostima e il valore di sé (Nizzoli, 2021).
Non si è ancora a conoscenza del motivo per il quale alcune persone si ammalano di un Disturbo alimentare in forma lieve per cui la remissione è rapida mentre altre, al contrario, sviluppano la patologia in maniera più cronicizzata con un decorso che persiste per tutta la vita fino a condurli alla morte (Franzoni et al., 2004).
Una volta che la patologia ha esordito e i suoi comportamenti si sono instaurati nella vita del soggetto, intervengono dei meccanismi di mantenimento o fattori perpetuanti che danno origine al circolo vizioso dei Disturbi dell'alimentazione, ostacolando il percorso di guarigione del paziente e spingendolo a rimanere legato alla patologia (Invernizzi, 2006).
Questi fattori si verificano lungo il percorso di malattia e gestiscono lo schema disfunzionale di autovalutazione fondato sull'eccessiva focalizzazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione (Dalle Grave, 2012). Le manifestazioni disfunzionali del disturbo, le articolate modifiche psicologiche e biologiche causate dalla restrizione dietetica e dai comportamenti di compensazione agiscono come fattori di mantenimento della patologia trascinando il soggetto a giudicare ed interpretare la propria persona in base all'immagine corporea che assume ([AIDAP], 2015).

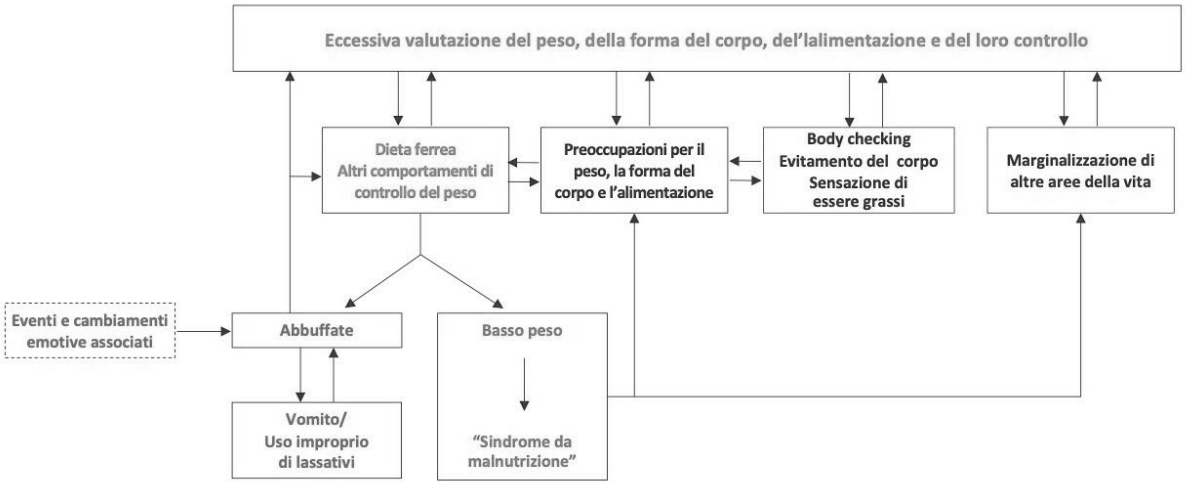

Figura 2 I principali processi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione ([AIDAP], 2015)

In sintesi, la comparsa di un DCA viene attribuita all'influenza reciproca dei fattori di rischio predisponenti, scatenanti e perpetranti (Piccini, 2000).

Complicanze fisiche, psicologiche e sociali

I Disturbi del comportamento alimentare intaccano diverse aree della vita, dalla salute fisica al funzionamento psicologico, passando per le relazioni interpersonali fino alla carriera scolastica e lavorativa (Dalle Grave, 2012). L'insorgenza precoce e la cronicizzazione della patologia interferiscono con il fisiologico processo evolutivo biologico e psicologico della persona, provocando conseguenze molto più gravi a livello fisico e mentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità riguardanti la tutela della salute mentale (Ministero della Salute, 2013). Pur essendo riconosciuti principalmente come disturbi psichiatrici, i DCA, se non curati in tempi e con sistemi adeguati, generano *complicanze fisiche* importanti. Quest'ultime secondarie alla dieta restrittiva ipocalorica, al forte sottopeso, alle condotte improprie utilizzate per controllare il peso e la forma del corpo e all'ingestione di grandi quantità di cibo. Tali manifestazioni possono compromettere e provocare un danno a tutti gli organi e apparati (gastrointestinale, endocrino, cardiovascolare, scheletrico, ematologico, dermatologico, sistema nervoso centrale, ecc.) (Dalle Grave, 2012; Ministero della Salute, 2013). Le complicanze mediche danneggiano in modo rilevante la qualità di vita della persona e, nelle condizioni più gravi, mettono a rischio la loro sopravvivenza (Dalle Grave, 2012). Nella maggior parte dei casi i sintomi sono reversibili grazie ad interventi multidimensionali precoci, i quali consentono il recupero ponderale e la ripresa di una corretta alimentazione (Dalle Grave, 2012).
I danni fisici sono diversi in relazione all'individuo e al Disturbo alimentare di cui è affetto, per entità e compromissione. Le principali disfunzioni mediche associate al disturbo di anoressia nervosa sono direttamente collegate al calo ponderale e alla dieta restrittiva, la loro durata e gravità sono i fattori di rischio per lo sviluppo delle complicanze fisiche. La persona affetta da AN presenterà ipotensione e bradicardia con riduzione delle dimensioni del cuore, aritmie e aumentata dispersione del QT a livello cardiovascolare. Il sistema ginecologico presenterà possibile amenorrea secondaria (un tempo criterio diagnostico) e infertilità; seguiranno disturbi gastrointestinali, danni renali, atrofia celebrale e problemi alle ossa come l'osteoporosi. Le complicanze mediche nell'anoressia causano all'incirca la metà dei decessi della malattia (OSC, s.d.). Per quanto riguarda le complicanze mediche della bulimia nervosa, sono principalmente determinate dai comportamenti adottati per evitare l'aumento di peso: i cosiddetti metodi compensatori. Le più frequenti si possono sviluppare nel tratto gastrointestinale attraverso ipertrofia delle ghiandole salivari, reflusso gastroesofageo, sindrome di Mallory Weiss, diarrea e malassorbimento, dilatazione gastrica ecc. Anche nel caso di BN le complicanze provocano problemi cardiovascolari, endocrini e renali. A causa dell'utilizzo frequente del vomito auto-indotto, i pazienti creano danni al cavo orale e ai denti, in concomitanza all'utilizzo di lassativi e diuretici che provocano delle alterazioni elettrolitiche (OSC, s.d.). Nei *labor* osserveremo una diminuzione dei valori di potassio, cloro e sodio, la presenza di disidratazione e di una condizione di alcalosi metabolica (Dalle Grave, 2012). Un'alterazione cutanea tipica è la presenza di un segno patognomico definito come "segno di Russell", caratterizzato da arrossamento e callosità sulla superfice dorsale delle dita della mano, provocate dallo sfregamento con la bocca durante l'induzione del vomito (OSC, s.d.).
Per concludere le complicanze fisiche, nel disturbo da *binge eating* la problematica principale riguarda l'aumento del peso. L'obesità, come in qualsiasi disturbo, si associa

ad aumento del rischio di sviluppare diverse malattie. L'adipe in eccesso facilita lo sviluppo di diabete, patologie cardiovascolari e polmonari, difficoltà nel sonno e malattie osteo-articolari (OSC, s.d.).
A *livello psicologico* gli individui con DCA si presentano con una bassa autostima, sintomi ossessivi, ansia, pensieri di autocritica, depressione e cambiamenti del tono dell'umore: queste alterazioni psicologiche sono secondarie ai comportamenti disfunzionali della patologia. Il sottopeso dell'anoressia nervosa provoca irritabilità, preoccupazione, diminuzione delle energie, difficoltà a dormire, disinibizione nella sfera sessuale e un aumento dell'atteggiamento e dei pensieri ossessivi. D'altro canto, nella BN e nel BED gli episodi di abbuffata si associano a sentimenti di colpa, vergogna, autocritica e tristezza. I bulimici tendono inoltre ad avere alti tassi di ideazione suicidaria, comportamenti autolesionistici o di tentato suicidio. I disturbi psicologici possono essere presenti prima o coesistere con il disagio alimentare e in tali casi ostacolano la guarigione dal DCA. I danni psicologici dovuti alle peculiarità cliniche del Disturbo alimentare diminuiscono fino a scomparire con la remissione della patologia (Dalle Grave, 2012).
Per quanto riguarda le *complicanze sociali,* le persone con un Disturbo alimentare tendono ad isolarsi trascurando le relazioni. Questo per dare maggiore attenzione al controllo dell'immagine corporea e per evitare il disagio di doversi mostrare nella fase di alimentazione in pubblico. Inoltre, in caso di AN quando abbiamo un'importante sottopeso, si vive una perdita di interesse per le persone che si hanno attorno. Le complicanze interpersonali possono essere un fattore di rischio, una componente di mantenimento e una conseguenza di un disturbo alimentare (Dalle Grave, 2012).
Infine, le persone affette da DCA, all'esordio sviluppano un controllo ossessivo e di perfezionismo clinico verso lo studio e il lavoro. Tale controllo li porta ad isolarsi dalle attività esterne conseguendo così degli ottimi risultati a scuola. Nonostante questo, gli individui con anoressia e bulimia non provano mai soddisfazione per il loro estremo impegno, cosa che nel tempo provoca danni alla loro carriera lavorativa o scolastica (Dalle Grave, 2012).
I segnali d'allarme di un disturbo alimentare sono in alcune occasioni conclamati e manifesti, in altre si presentano in forma misteriosa e quindi difficoltosi da riconoscere, altre volte ancora si associano a manifestazioni passeggere o a "capricci dell'adolescenza". Anche se spesso appare molto difficile da risanare, è di fondamentale importanza porre attenzione all'esordio della malattia e ai suoi sintomi precoci derivanti da un'eccessiva considerazione delle forme e del peso del corpo e da un'attenzione particolare verso l'alimentazione (Cirillo & Riva, 2015). Accorgersi subito aiuta a prevenire o evitare lo sviluppo nel tempo di queste complicanze.

Trattamenti

Di Disturbi alimentari si muore, ma si può anche guarire: la strada verso la guarigione è lunga e ricca di ostacoli e per questo motivo è essenziale un totale impegno da parte del soggetto assistito, del suo nucleo famigliare e del team professionale (Fantauzzi, 2014). Dall'esordio e per tutto il decorso della malattia i componenti fisici e psichici lavorano in continua interazione fra loro, mantenendo e peggiorando tutta quella costellazione sindromica particolare dei DCA. Nei Disturbi alimentari vi sono tre principali strade di approccio terapeutico, tra queste: le psicoterapie che attuano azioni dirette ai sintomi mentali, gli interventi medico-nutrizionali come la riabilitazione alimentare e la terapia farmacologica e gli interventi riguardanti l'ambiente, come ad esempio la psicoterapia basata sulla famiglia (Milano, 2015).

Il progetto terapeutico è fondato sul modello eziopatogenetico bio-psico-sociale, si forma su basi multimodali e multidisciplinari a rete. I professionisti coinvolti nella cura di questi pazienti sono diversi a secondo del contesto clinico: psichiatri, internisti, nutrizionisti, dietisti, psicologi, infermieri, ecc. (Fassino et al., 2007). La malattia di provenienza psicologica si traduce tuttavia su complicanze fisiche, perciò per guarire il corpo in maniera adeguata è importante tenere in considerazione l'individuo che lo abita e l'ambiente in cui è inserito (Fantauzzi, 2014). Per questa ragione gli interventi devono essere contestualizzati e personalizzati alla singola persona e al tipo di disturbo dal quale è affetta (Touyz et al., 2010). I **punti centrali** da raggiungere nel percorso di cura risultano essere il recupero del peso corporeo nei limiti della norma (compatibile con la vita) e una condizione di salute accettabile, trattando le complicanze mediche e le comorbidità psichiatriche, affrontando i pensieri e i comportamenti disfunzionali, nonché le difficoltà interpersonali e i conflitti sociali. Il tutto aumentando l'autostima e riducendo le preoccupazioni eccessive relative alla forma del corpo, per poi arrivare ad assimilare degli stili comportamentali da poter adoperare di fronte alle difficoltà della vita reale (Fantauzzi, 2014; Fassino et al., 2007; Touyz et al., 2010).
Il modello organizzativo della cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è pianificato, a seconda della gravità e dell'intensità della patologia, su tre differenti contesti: ambulatoriale, ricovero diurno o *day hospital* e ospedalizzazione in strutture di riabilitazione intensiva. La scelta del luogo di cura dipende da diversi fattori come la gravità delle condizioni fisiche, la durata del disturbo, il fallimento dei trattamenti precedenti e l'ambiente familiare. La terapia ambulatoriale rappresenta il trattamento di eiezione. Il ricovero ordinario in struttura, invece, rappresenta un altro tipo di contesto e viene effettuato per trattare quelle complicanze, fisiche e psichiche, che mettono a repentaglio la salute e la vita del paziente (Invernizzi, 2006; Ministero della Salute, 2018). Nel 2017 il *National Istitute for Health and Care Excellence* (NICE) ha presentato le linee guida mirate ad identificare i trattamenti efficaci dei disturbi di anoressia nervosa, bulimia nervosa e *binge eating disorder (National Istitute for Health and Care Excellence, 2017)*.

Terapia cognitivo-comportamentale incentrato sui Disturbi dell'alimentazione (CBT-ED)
Questo trattamento nasce, durante gli anni Ottanta, per curare i pazienti con bulimia nervosa. È fondata sulla teoria transdiagnostica progettata da Fairburn, che si caratterizza dall'osservazione della psicopatologia e dei meccanismi di mantenimento presenti nel disturbo del singolo paziente (Dalle Grave, 2012). Ogni patologia ha caratteristiche cliniche simili e nel tempo può avvenire un passaggio da un disturbo all'altro. Questo presuppone che i Disturbi dell'alimentazione abbiano origine e si mantengano da fattori comuni (Milano, 2015). Il percorso terapeutico, della durata di 4-5 mesi, è costituito da tre fasi distinte e sviluppate all'interno di 19 sedute individuali. Il suo obiettivo è quello di eliminare le condotte e i pensieri principali che mantengono attivo il disturbo: dieta restrittiva, condotte di compensazione, abbuffate e le ansie riguardanti il peso e l'aspetto fisico (Dalle Grave, 2012). Si è osservato che la CBT-ED, oltre ad incrementare la sfera sociale, migliora l'autostima e la depressione e può essere impiegata nella prevenzione delle ricadute. Viene usata nella cura della bulimia nervosa dove, col tempo, si osserva una evidente riduzione dei suoi sintomi perpetuanti. Per quanto riguarda il BED non si hanno ancora dei risultati ottimali di validità a lungo termine ma si è osservata un'efficacia contro le abbuffate compulsive adottate da questi pazienti. In merito all'anoressia nervosa, la terapia cognitivo-comportamentale assume una durata di tempo più lunga e con questa si affrontano maggiori domini inerenti alla sfera personale e sociale. Un esempio di diversità tra AN e BN sta nella riabilitazione alimentare, difatti,

mentre nella prima vengono utilizzate delle tecniche per pianificare i pasti, nella seconda il principale metodo è l'automonitoraggio alimentare (Piccini, 2000).

Terapia interpersonale (IPT)
Si tratta di un intervento psicoterapico focalizzato nell'indentificare e correggere le problematiche interpersonali, in quanto quest'ultime risultano essere importanti fattori di mantenimento del Disturbo della condotta alimentare (Touyz et al., 2010). Il focus principale consiste nel diminuire pensieri e preoccupazioni per il peso e le forme corporee, cambiando il proprio atteggiamento di fronte alla dieta e alle condotte compensatorie (Piccini, 2000). I problemi interpersonali vengono raggruppati in quattro classi distinte che riguardano i lutti non risolti, le dispute interpersonali, le difficoltà a stabilire o mantenere rapporti e i problemi inerenti alle fasi di transizione della vita (citato in Dalle Grave, 2012). Il percorso psicoterapico si compone da tre fasi: la prima è volta a identificare la problematica che sviluppa e mantiene il disturbo; la seconda prevede la stipulazione di un contratto terapeutico volto ad operare su questi temi; per finire, lo scopo della terza fase è quello di analizzare i cambiamenti ottenuti nella sfera interpersonale e di scoprire nuove strategie per affrontare le difficoltà future. Tale trattamento viene applicato nella cura dei pazienti affetti da bulimia nervosa e dal disturbo da alimentazione incontrollata (Piccini, 2000; Touyz et al., 2010).

Terapia basata sulla famiglia (FBT)
Il coinvolgimento della famiglia all'interno del percorso di cura aiuta a cambiare la loro posizione da fattore di mantenimento della patologia a fattore favorente (Invernizzi, 2006). Ci sono evidenze che rivelano l'efficacia della terapia basata sulla famiglia nel percorso di cura di pazienti più giovani affetti da anoressia nervosa di insorgenza precoce. È un intervento ambulatoriale multidisciplinare intensivo della durata di un anno che favorisce la normalizzazione del peso corporeo e dell'alimentazione grazie ad un controllo da parte dei genitori e, contemporaneamente, incrementa il funzionamento familiare in merito allo sviluppo adolescenziale (Dalle Grave, 2012; Ministero della Salute, 2018).

Terapia farmacologica
Per quanto riguarda gli interventi farmacologici, la ricerca suggerisce che non possono essere la terapia di prima scelta nel trattamento dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in quanto rivelano un beneficio clinico limitato (Piccini, 2000). L'impiego della terapia farmacologica ha due finalità differenti, quella di trattare la comorbidità psichiatrica associata a questi disturbi come la depressione maggiore e quella di contribuire alla risoluzione di alcuni sintomi caratteristici dei Disturbi alimentari (Ministero della Salute, 2018). A causa delle frequenti ricadute e *drop-out* la terapia farmacologica deve essere adoperata all'interno di un processo di cura integrato in associazione a interventi nutrizionali e psicoterapeutici (Piccini, 2000; Ministero della Salute, 2018). La combinazione di entrambi i trattamenti ha dimostrato efficacia nei casi di bulimia nervosa; inoltre, la somministrazione di *fluorexitina* è risultata soddisfacente nella diminuzione e nella remissione completa (nel 20% dei casi) delle crisi bulimiche e delle condotte di eliminazione. Nonostante ciò, questa soppressione della psicopatologia non risulta di lunga durata perché frequentemente accompagnata da ricadute. Per quanto concerne l'impiego della terapia farmacologica nel BED, in particolare degli inibitori della ricaptazione della serotonina, in alcuni pazienti si è rilevata una completa eliminazione

della frequenza di abbuffate compulsive, senza però ottenere risultati nel sovrappeso (Ministero della Salute, 2018).

Auto-aiuto con manuali

Alcuni terapeutici hanno introdotto l'auto-aiuto come trattamento nei casi lievi di pazienti con BN e BED. Questo può essere utilizzato in diversi contesti anche da professionisti non specializzati, come il medico di famiglia o l'infermiera professionale che hanno seguito un breve corso all'utilizzo di manuali derivati dalla CBT per i disturbi della condotta alimentare. Questa terapia può essere applicata in diversi modi: auto-aiuto puro quando il soggetto segue il trattamento da solo; auto-aiuto guidato che implica che il paziente venga seguito, per un breve periodo, da un professionista attraverso incontri regolari. La presenza di un'altra persona con una posizione di secondo piano serve a mantenere alta la motivazione dell'individuo indirizzandolo nel programma e aiutandolo a controllare la giusta adesione agli scopi del percorso. L'auto-aiuto può anche essere utilizzato come aggiunta ad un intervento specialistico col fine di aumentare l'efficacia dell'intervento stesso. Le evidenze hanno individuato una cessione degli episodi bulimici in 20-30% dei pazienti e la loro riduzione nel numero di episodi nel 50-60% (Dalle Grave, 2012; Ministero della Salute, 2018; Piccini, 2000).

Ruolo infermieristico

La complessità di tale disturbo necessita un approccio multidisciplinare, all'interno del quale la figura dell'infermiere svolge un ruolo di primaria importanza nel processo di cura della persona affetta da DCA: instaurare una relazione con l'assistito e la sua famiglia e accompagnarlo per tutto il suo percorso di cura.

I disturbi della condotta alimentare rappresentano patologie quasi sconosciute nel mondo dei sanitari, tutti sanno della loro esistenza ma pochi hanno le conoscenze e le capacità necessarie per erogare un'assistenza completa e indirizzata al disturbo stesso (Fantauzzi, 2014). Il rischio che può accadere è quello di comportarsi così come fanno i genitori di questi pazienti, ossia cercando di prevalere sui segni e sintomi del malato pur di farlo alimentare. Quando si assiste a queste forme di disturbo è importante padroneggiare la patologia con cui ci si confronta ogni giorno, i suoi segni e sintomi, le peculiarità ma, soprattutto ricordare che dietro la malattia c'è una persona che soffre e bisogna concentrarsi su di lei. Per questo motivo il primo passo da fare è accogliere la persona assistita e instaurare una relazione di fiducia: il professionista deve essere in grado di comprendere quali siano i campanelli d'allarme *(red flags)* che la persona trasmette attraverso i suoi comportamenti, stati d'animo ed emozioni ed essere bravo ad accoglierli e a gestirli (Fantauzzi, 2014). L'assistenza infermieristica mira ad alleviare sia la sofferenza fisica causata dalla restrizione calorica, dai mezzi compensatori o dal digiuno forzato, che ad attenuare la sofferenza psichica che rappresenta la causa principale che ha sviluppato la patologia (Fantauzzi, 2014).

Un rapporto di cura basato sulla fiducia e sulla sincerità reciproca risulta spesso difficoltoso da instaurare nel momento in cui l'operatore percepisce che la persona assistita non voglia essere curata, in quanto non consapevole della sua condizione di salute. Questo può provocare nella persona affetta una chiusura verso l'infermiere (Fantauzzi, 2014). Nel caso in cui il paziente cominci a sfogarsi con il professionista, per quest'ultimo è di fondamentale importanza non cadere nella manipolazione. Le debolezze degli operatori vengono infatti utilizzate dai malati a proprio favore, cercando così di sfruttare le situazioni di fragilità per ottenere quello che desiderano. In merito a tutto questo possiamo dire che le persone con anoressia, bulimia e BED studiano molto

bene i comportamenti, le caratteristiche e le vulnerabilità dei professionisti per colpire l'anello debole dell'équipe (Fantauzzi, 2014).
L'infermiere per lavorare con queste persone deve conoscersi, essere conscio del proprio ruolo e del proprio agire, consapevole delle sue emozioni, fragilità e punti di forza. Avere la capacità di guardare la propria persona e di usufruire delle proprie esperienze e vissuti per aiutare il malato (Fantauzzi, 2014). Non sempre è possibile nei casi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione arrivare alla guarigione completa. Nei pazienti cronici allontanarsi dal tunnel della malattia risulta più complesso rispetto a pazienti con diagnosi precoce. Il compito e l'obiettivo degli infermieri e di tutta l'équipe è quello di stabilizzare le condizioni psico-fisiche generali e di attenuare la sofferenza (Fantauzzi, 2014).
In un rapporto di cura la comunicazione verbale e non verbale è un aspetto necessario, permette di cogliere i primi segnali e di iniziare un percorso di cura verso la guarigione. La comunicazione con questa tipologia di individui è spesso monotematica, concentrata unicamente sul cibo e sulla propria immagine del corpo. Si creano discorsi che suscitano nell'assistito ansia e preoccupazioni che possono rivelarsi dannosi per il percorso terapeutico. L'infermiere in questi casi deve cercare di riportare l'attenzione dell'individuo su quello che si sta svolgendo e cambiare l'argomento con tematiche piacevoli (Fantauzzi, 2014). La relazione non si crea solo con l'assistito ma anche con i genitori di esso e anche con loro spesso si riconoscono notevoli ostacoli e difficoltà. I familiari, non essendosi accorti prima dei comportamenti del figlio che lo avrebbero portato a sviluppare la patologia, si sentono in colpa, arrabbiati e inadeguati (Fantauzzi, 2014). Con questi sentimenti iniziano ad essere iperprotettivi nei confronti del malato cercando di accontentarlo ad ogni desiderio che esprime, ma questo comportamento risulta disfunzionale e nocivo nei confronti del figlio. Così facendo infatti, nascondono informazioni importanti per il trattamento rischiando di ostacolare, seppur involontariamente, il lavoro dei professionisti. Per questa ragione, nelle fasi iniziali di cura, i familiari non vengono avvertiti dagli operatori come una risorsa, in quanto sembra che abbiano perso la capacità di osservare la realtà oggettiva dei fatti perché immersi totalmente nel vortice della malattia del figlio (Fantauzzi, 2014). L'intervento che viene attuato in questi casi è quello di separare il paziente dal nucleo familiare. Rimane di fondamentale importanza per gli operatori stabilire con i genitori una relazione fondata sulla collaborazione e sulla fiducia corrisposta (Fantauzzi, 2014).
Uno tra i vari compiti che svolge la figura infermieristica all'interno del trattamento di cura della persona affetta da Disturbo alimentare è il pasto assistito. La relazione che hanno con il cibo, oggetto della loro fissazione, è problematica, si parla di amore e odio. Questi due sentimenti a contrasto comportano una fuga dal momento del pasto, perché inglobati da ansia e preoccupazioni (Fantauzzi, 2014). Durante l'alimentazione attuano comportamenti di rifiuto o di evitamento, rituali come mangiare molto lentamente in un ordine preciso, manipolare e occultare i pasti, eludere certi alimenti, tagliare il cibo in piccoli pezzi e analizzare le caratteristiche presenti all'interno dell'alimento (grassi, proteine, carboidrati) (Delfrate & Bergamasco, 2017). Questo intervento terapeutico-riabilitativo nutrizionale, centrale nel percorso terapeutico dei Disturbi dell'alimentazione, ha il fine di assistere il paziente ad abbattere quelle barriere che gli negano un'assunzione adatta di nutrimenti per qualità e quantità (Ministro della Salute, 2017). Viene rivolta ai soggetti che manifestano una smisurata preoccupazione per la forma del corpo e il peso, ansia legata all'ingestione di cibo, paura di mancanza di controllo e di aumento di peso incontrollato e che attua abitudini alimentari che condizionano l'alimentazione (Ministro della Salute, 2017). L'obbiettivo finale di questo intervento è quello di riabituare l'utente ad un'alimentazione sana e corretta attraverso alcuni aspetti cruciali per quest'ultimo: dovrà rinunciare alle sue abitudini patologiche e sospendere i rituali alimentari; gestire la

paura nei riguardi dell'alimentazione; dare un significato all'atto di mangiare come se fosse una "medicina" e, saper affrontare le emozioni percepite dopo il pasto (Fantauzzi, 2014; Ministro della Salute, 2017). Il fatto di essere tenuti sotto osservazione per loro significa non poter avere il controllo come lo avevano a casa, in particolare su determinati rituali che attuavano come il nascondere il cibo e correre al bagno (Fantauzzi, 2014). Il primo pensiero che solitamente affligge l'utente di fronte al vassoio è la presenza di più alimenti di quelli concordati con la nutrizionista o dietista e il non essere in grado di ingerirli tutti (Fantauzzi, 2014). Il professionista durante il pasto assistito deve attuare metodi specifici per sostenere l'utente ad alimentarsi nel momento in cui sorgono delle difficoltà. Questi metodi implicano il saper educare, supportare, distrarre e decentrare i pensieri ossessivi derivanti dal disturbo (Ministro della Salute, 2017). Per cui, l'infermiere si siede vicino al paziente e cerca di comprendere le sue preoccupazioni, osserva la quantità ingerita e lasciata nel piatto, cerca di fargli confessare i pensieri e le emozioni che sente (Fantauzzi, 2014). L'operatore incoraggia la persona a non fermarsi ad ascoltare le sensazioni psico-fisiche derivanti dal pasto. Una strategia è insegnare ad utilizzare l'alimentazione meccanica: considerare il cibo come una "medicina" e non farsi condizionare dagli stimoli interni ed esterni. Molti studi hanno mostrato che questo intervento risulta efficace anche quando vi è una resistenza al percorso terapeutico (Ministero della Salute, 2018). Durante il pasto vengono imposte delle "regole" che risultano essere obiettivi del trattamento in quanto affrontano i rituali alimentari attuati dai pazienti: non tagliuzzare o dividere il cibo, non fissare il piatto degli altri, non andare in bagno dopo il pasto e non nascondere gli alimenti (Fantauzzi, 2014; Ministro della Salute, 2017). Far rispettare queste regole non significa per l'operatore assumere un ruolo autoritario. L'infermiere deve comunque rispettare le scelte del paziente, capire le difficoltà e aggirare le sue resistenze (Ministero della Salute, 2018).

Successivamente al pasto, gli utenti sono sommersi da preoccupazione, disagio fisico e ansia e, per gestire questi sentimenti avviano tutti quei comportamenti disfunzionali di compensazione. Per questo motivo, per gestire l'impulso di eliminazione vengono supervisionati nell'ora post-prandiale, lo scopo è quello di distrarli tramite attività ricreative o tramite sedute di gruppo o individuali. L'obiettivo finale è quello di educare i pazienti a gestire l'ansia e insegnargli a sviluppare delle competenze per quando si troveranno da soli di fronte al pasto (Fantauzzi, 2014; Ministro della Salute, 2017). Il pasto assistito permette di evitare quei metodi di rialimentazione invasivi e di limitare la durata delle degenze. Per l'équipe è un'occasione per conoscere meglio i pazienti e le loro condotte alimentari in modo da rilevare problematiche da affrontare e attuare nei diversi trattamenti (Ministro della Salute, 2017). Alcuni studi riferiscono che l'utilizzo dei pasti assistiti nel percorso riabilitativo comporta l'incremento del peso fino al suo normale IMC nell'86% di soggetti che hanno terminato le cure (Dalle Grave et al., 2013). Un altro compito dell'infermiere è la somministrazione della terapia. Durante questo intervento ci si trova di fronte a due tipologie di pazienti: quelli che rifiutano categoricamente il farmaco e quelli che l'assumono spontaneamente. Della prima categoria fanno parte quel tipo di utenti che fanno finta di prendere la terapia ma, in realtà, la nascondono. È importante che il professionista sia presente e controlli l'assunzione e nelle situazioni di rifiuto esponga gli effetti benefici che comporta l'accettazione della terapia (Fantauzzi, 2014).

Decorso ed esiti | concetto di guarigione

Seppur il trattamento sia lungo, complesso e in certe fasi doloroso, è possibile uscire dal tunnel dei pensieri e dei comportamenti ossessivi, tanto pericolosi quanto irrinunciabili, che caratterizzano i Disturbi alimentari (Cuzzolaro, 2004).

Il concetto di guarigione nelle malattie psichiche, come i Disturbi della condotta alimentare, risulta essere parzialmente differente dall'idea di guarigione nella medicina. Guarire indica uno stato di benessere reale non sentendosi in alcun modo male, non svolgendo una vita a seconda delle circostanze e non mirando ad essere uguali alle altre persone, ma questo risulta essere impegnativo. I disturbi mentali rappresentano un male interno e non il risultato di una causa esterna. Non esiste una vera guarigione se non c'è un cambiamento che integri il suo periodo di crisi nel percorso di vita di crescita della persona (Cuzzolaro, 2004).
Un esito positivo di guarigione dal disturbo alimentare è associato a fattori prognostici quali l'età precoce di esordio, la breve durata della malattia, l'assenza di comportamenti di eliminazione e l'assenza di complicanze come una severa perdita di peso (Casacchia et al., 2000). Dunque, la probabilità di guarigione è maggiore se la diagnosi è precoce. Con gli anni, infatti, la patologia si cronicizza e per i pazienti risulta sempre più difficile riprendersi dal disturbo. Nei pazienti cronici si cerca di operare sulla stabilizzazione dei sintomi, delle emozioni e del peso corporeo (Fantauzzi, 2014). Allo stesso modo è bene ricordare quanto disse il medico William Gull sulla prognosi di questi pazienti, ovvero che per quanto la situazione possa portare allo sfinimento, fino a quando sussiste la vita esiste la speranza (Cuzzolaro, 2004). Il ministero della salute (2017) definisce la remissione dal Disturbo dell'alimentazione quando, negli ultimi tre mesi, l'individuo non ha avuto episodi di abbuffata, di digiuno e di comportamenti compensatori, non rientra più nei criteri diagnostici dei DCA e ha raggiunto un IMC di almeno 18,5 kg/m^2.
Per ottenere una remissione completa del disturbo non è sufficiente limitarsi alla risoluzione dei sintomi specifici che compongono il quadro clinico al punto da non far più parte della categoria del DSM-5, bensì è opportuno affrontare anche tutti quei sintomi residui o psicopatologici (come il disturbo ossessivo-compulsivo o la depressione) che permangono nei soggetti guariti (Cuzzolaro, 2004). Per questo motivo è importante distinguere una valutazione finale positiva dalle remissioni temporanee. Ci si inoltra nell'ambito delle recidive e delle ricadute: la prima sta a definire la ricomparsa dei sintomi della malattia dopo almeno un anno dalla guarigione; la seconda si verifica quando i sintomi si ripresentano dopo una breve fase di remissione. In un vecchio studio si è osservato che dopo la dimissione molte degenti che avevano recuperato l'IMC durante il ricovero tentavano a perderlo nuovamente. La casistica di ricadute era una ogni tre persone. Per quanto riguarda le recidive, si possono riscontrare anche quando sono trascorsi quattordici anni dalla guarigione e sono spesso correlate ad avvenimenti della vita traumatici o impegnativi sotto la sfera emotiva (Cuzzolaro, 2004). La valutazione degli esiti, come del resto in tutti gli studi medici, viene riportata in percentuali e può essere effettuata in due modalità differenti. La prima indaga il decorso e lo sviluppo della patologia senza considerare i trattamenti eseguiti, l'altra si interroga sull'efficacia dei diversi percorsi terapeutici (Cuzzolaro, 2004). Secondo i dati del Ministero della Salute (2017) l'anoressia nervosa ha una percentuale di remissione del 20-30% dopo due-quattro anni e del 70-80% dopo otto o più anni dallo sviluppo della malattia, mentre la tendenza ad un condizione cronica persistente nel tempo si è osservata nel 10-20% dei casi. Nella bulimia nervosa il tasso di remissione è intorno al 27% ad un anno dall'esordio e superiore al 70% dopo 10 o più anni di malattia, il suo decorso appare cronico e protratto nel 23% dei casi. Infine, per il *binge eating disorder* a causa della sua recente definizione persiste una difformità tra i dati di follow-up: alcuni studi parlano di remissioni rapide rispetto alle altre due patologie, altri sostengono che siano simili ai dati della bulimia nervosa. Per quanto riguarda l'anoressia, quasi il 30% dei pazienti nei primi cinque anni di esordio mostra un cambiamento della forma di DCA verso la BN o il NAS (disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato), al contrario è molto più raro che si verifichi

un passaggio dalla bulimia all'AN, anche se il 20% dei soggetti si ritrova a sviluppare un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato. Invece, le persone con *binge eating disorder* mostrano sporadicamente il passaggio verso l'AN o la BN (Ministro della Salute, 2017). Una persona con DCA può vivere diverse evoluzioni della malattia e dei suoi sintomi: la guarigione, la cronicizzazione o la morte per complicanze mediche o suicidio (Cuzzolaro, 2004). I Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione risultano essere la patologia psichiatrica con il più alto tasso di mortalità. La diagnosi di anoressia nervosa comporta un rischio di morte 5-10 volte maggiore rispetto a quello degli individui sani della medesima età e sesso e le complicanze mediche sono le cause più comuni di decesso. L'AN, rispetto alla bulimia nervosa e al BED, ha un tasso più alto di suicidio, quasi il 20% delle morti sono correlate ad essa (Ministro della Salute, 2017).
Uno studio del 2002 ha presentato gli esiti dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione del ventesimo secolo: la prognosi è risultata variabile da studio a studio a prescindere dai trattamenti eseguiti. Per le persone sopravvissute, in media il 47% era guarita, il 33% era in miglioramento e il 20% era cronica (Cuzzolaro, 2004).
I dati ad oggi disponibili individuano come componenti fondamentali per ottenere la guarigione dal disturbo alimentare siano una maggior accettazione della propria immagine corporea, un aumento in positivo dell'autostima, una drastica riduzione e successiva eliminazione dei comportamenti disfunzionali e una normalizzazione del peso con il ritorno spontaneo delle normali funzioni biologiche (Cuzzolaro, 2004).

L'immagine corporea nei DCA

Il corpo rappresenta un costrutto articolato, espressione di percezioni, pensieri, credenze e comportamenti. Il modo in cui ci appare il nostro corpo, ovvero la nostra rappresentazione mentale, è definita «immagine corporea» (Milano, 2015; Schilder, 1988). L'immagine del corpo, chiamata così in psicopatologia e psicologia, è il risultato di un'interpretazione soggettiva data dall'intreccio di emozioni e pensieri costruiti nel corso del tempo, per cui non rappresenta la fotocopia fedele del nostro corpo oggettivo. La nostra immagine mentale del corpo e la sua soddisfazione o insoddisfazione si costruisce durante la crescita, dalla visione di noi bambini nello specchio dei nostri genitori, agli incontri di amici fino alle prime esperienze sessuali e sentimentali. La cultura in cui cresciamo, come ho già affermato in precedenza, con i suoi ideali e modelli di bellezza, contribuisce a modulare la percezione e "visione" del proprio corpo (Cuzzolaro, 2004).
Ad oggi il mondo richiede sempre più bellezza, si diventa ossessionati dal voler raggiungere a tutti i costi la perfezione, dando al corpo la funzione di un "oggetto" da mostrare o di una "gabbia" nel quale proteggersi e nascondersi (Marucci & Dalla Ragione, 2007; Ministero della Salute, 2021). Si ricerca la propria identità nell'identità corporea e per fare ciò il corpo viene manipolato, aggredito e sedotto (Marucci & Ragione, 2007).
Tra i "*core symptoms*" dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione esistono manifestazioni psicopatologiche complesse che interessano il costrutto mentale dell'immagine corporea e delle sue distorsioni soggettive; la loro eccessiva valutazione viene definita in termini medici psicopatologia nucleare (Dalle Grave, 2012; Milano, 2015). La percezione dell'immagine corporea è instabile, provvisoria e in continua evoluzione. La persona che soffre di DCA investe molto tempo della giornata al controllo del peso, delle forme corporee e dell'alimentazione, togliendo importanza al resto che gli sta attorno come le relazioni sociali, il lavoro, lo sport, ecc. Questi pensieri predominanti e insistenti sul corpo portano la persona ad autovalutarsi e giudicarsi esclusivamente in base a come si vede, sviluppando preoccupazioni ed emozioni negative come ansia, paura di ingrassare e sensi di colpa. Queste preoccupazioni possono risultare così

profonde che la loro esistenza ne risulta totalmente dominata (Milano, 2015). La patologia crea un aspetto chiamato *patoplastico*, che vuol dire che il corpo assume le somiglianze degli ideali corporei (Marucci & Ragione, 2007). Il desiderio di controllo del proprio corpo prevale su tutto nonostante possa portare a delle complicazioni fisiche gravi (Cannata & Situlin, 2009). Se le persone sane solitamente si valutano attraverso una varietà di domini della loro vita, quelle con un DCA hanno delle aree di vita definite, le uniche che possono stabilire che tipo di persone sono (Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso [AIDAP], 2015; Dalle Grave, 2012). Nel grafico seguente si può osservare lo schema di autovalutazione di una persona senza Disturbo alimentare e di una con tale problematica:

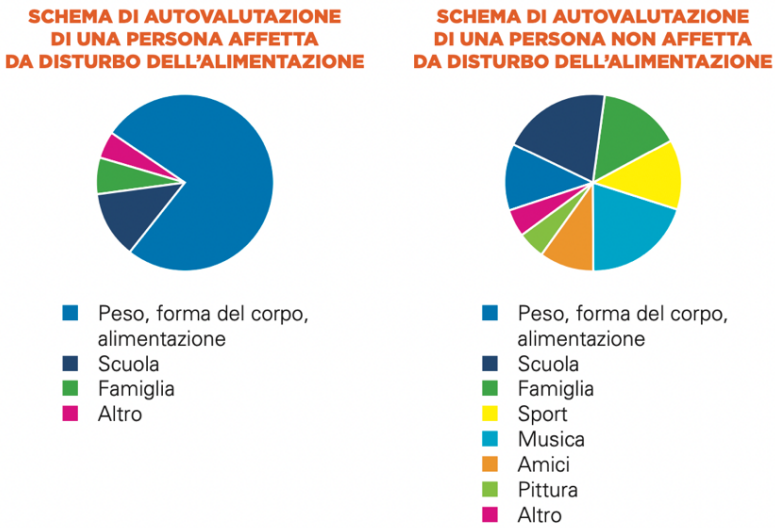

Figura 3 Schemi di autovalutazione (AIDAP, 2015)

Il grave disturbo dell'immagine corporea rappresenta il cuore della psicopatologia dell'anoressia nevorsa e della bulimia nervosa. Nell'AN l'esistenza di una preoccupazione intensa di aumentare di peso è legata ad una percezione errata e disturbata del proprio corpo. Nella BN invece, le forme e il peso del corpo sono l'unico elemento per la valutazione di sé (Cuzzolaro, 2004). Nelle persone affette da questa patologia è il corpo che proferisce il proprio sé, trasformandolo in un "linguaggio d'organo" in grado di cogliere emozioni, sensazioni, verità, percezioni (Cavanna & Stagi, 2009). Nell'anoressia nervosa e nella bulimia l'inscindibile relazione tra valore di sé e immagine corporea è governata dal controllo, dominato da un senso di impotenza e inadeguatezza (Cavanna & Stagi, 2009). Per quanto riguarda il BED questo legame assume caratteristiche specifiche. Se nell'AN il corpo è vissuto come un rivale da attaccare ed è percepito come un oggetto inutile e fastidioso che non merita di essere curato, gratificato e apprezzato poiché fonte di vergogna, nel *binge eating disorder* il corpo è la causa di sensazioni spiacevoli e di richieste compulsive di cibo (Cavanna & Stagi, 2009).
L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo porta i soggetti con Disturbi dell'alimentazione ad attuare un meccanismo di autovalutazione disfunzionale di controllo del proprio corpo o di parti di esso, definito *body check* (Dalle Grave, 2012). I DCA scrutano continuamente durante il giorno il loro corpo in modo preciso e critico mentre si concentrano ad osservare in maniera superflua e senza giudizio il corpo di persone magre e attraenti, come modelle o attrici, individuando nel loro fisico quelle parti

“perfette”. Il confrontarsi frequentemente le porta a creare una critica negativa di sé, giudicando il proprio corpo come sbagliato. Questo amplifica i difetti percepiti e intensifica l’insoddisfazione di sè nel momento in cui si pratica il *check* corporeo. Quest’ultimo viene effettuato per capire com’è la forma del proprio corpo, per osservare se questa si è modificata nel tempo e per controllare potenziali variazioni del proprio peso (Dalle Grave, 2012). Il *body check* può manifestarsi in diverse forme: *check* del peso, quando si misura assiduamente il peso corporeo; *check* visivi, quelle volte in cui si esamina, con atteggiamento ipercritico, specifiche parti del corpo allo specchio; *check* di misurazione, nel momento in cui si misurano le circonferenze di parti del corpo come fianchi, cosce, polsi, ecc.; *check* tattili, quando si pizzicano le pieghe cutanee delle cosce, delle braccia e della pancia o si toccano le ossa per valutare se si sentono; *check* di confronto, in quei momenti in cui si guardano i corpi o parti di esso di altre persone e ci si informa sul loro peso e taglia corporea per confrontarlo con il proprio; e infine, il *check* di rassicurazione, quando si consultano gli altri per ricevere conforto sulle forme del proprio corpo (Dalle Grave, 2012; Dalle Grave & Sartirana, s.d.). Questa condotta è un importante fattore di mantenimento, aumenta la preoccupazione per il peso e la forma del corpo e la restrizione calorica cognitiva in quanto fa esaltare le imperfezioni corporee in questi soggetti, portandoli a adottare comportamenti disfunzionali di controllo del peso. Inoltre, una ricerca ha anche mostrato che il *body checking* può essere un possibile fattore predittivo di sviluppo di un DCA in persone sane senza problematiche di tipo alimentare (Bailey & Waller, 2017; Dalle Grave, 2012). L’iper-preoccupazione per il peso e per le forme corporee porta ad avere un controllo del corpo attraverso modalità ossessive. Da una parte abbiamo il *body check* con tutte le sue forme di espressione, dall’altra si hanno comportamenti di negazione o di evitamento derivanti da un forte disgusto percepito dal corpo. Questi ultimi comportamenti sono la controparte attiva del controllo verso l’immagine corporea e sono finalizzati a non acquisire la consapevolezza di come è il proprio corpo (Milano, 2015). Spesso i due atteggiamenti, controllo ed evitamento, coesistono (Fairburn 2014 in Milano, 2015). La valutazione e l’insoddisfazione del proprio aspetto è differente nei due sessi. Le femmine manifestano il loro disagio perché non si sentono abbastanza magre, nei maschi invece, il malessere verso il corpo sorge perché non si sentono abbastanza muscolosi (Cuzzolaro, 2004).

Disciplina ad approccio corporeo: Yoga

“Tutte le difficoltà dell’uomo sono causate dalla sua incapacità di sedersi in silenzio in una stanza da solo”.

Blaise Pascal.

Lo yoga è una disciplina antica di oltre 5000 anni della tradizione induista, nata per portare equilibrio e salute alle dimensioni fisiche, mentali, emotive e spirituali dell'individuo. “Yoga” significa “unione, collegamento, fusione” fra corpo, mente ed anima, una condizione spesso disturbata nella vita quotidiana da influssi esterni. Lo yoga permette di eliminare le contrazioni presenti sia nel corpo che nell’anima, favorendo un’esperienza di liberazione e di rinascita (Klein et al., 2009). Questa disciplina viene spesso raffigurata metaforicamente come un albero composto da otto arti che rappresentano una gamma progressiva di pratiche alla base dello yoga, il cui obiettivo è sviluppare uno stato di benessere e armonia: *yama* (etica universale), *niyama* (etica individuale e autodisciplina), *asana* (posizioni fisiche), *pranayama* (controllo del respiro), *pratyanara* (controllo dei sensi), *dharana* (concentrazione), *dyana* (meditazione) e *samadhi* (beatitudine o trascendenza di sé) (Bayley-Veloso & Salmon, 2016; Sengupta, 2012). Negli ultimi anni, nella società occidentale, lo yoga è diventata una delle forme di

medicina complementare e alternativa più popolare per la cura di molteplici patologie: cardiopolmonari, endocrine, muscoloscheletriche, malattie specifiche come cancro ed epilessia e, più recentemente, nel trattamento e prevenzione contro i Disturbi alimentari. Oltre ad essere un aiuto nella cura di diverse malattie, alcune ricerche scientifiche dimostrano che questa disciplina sviluppa la consapevolezza del proprio corpo e la capacità di sentirlo, favorisce il legame mente-corpo, induce a seguire uno stile di vita sano, fornisce una maggiore "sensibilità corporea", allevia lo stress, migliora l'umore, rende la mente più flessibile, fornisce gli strumenti per raggiungere l'equilibrio mentale, migliora l'autostima e la sicurezza di sé, allevia la depressione e l'ansia, rafforza il rapporto con se stessi, aiuta a relazionarsi meglio con gli altri, fa esplorare se stessi e la dimensione spirituale (Wei & Groves, 2018).
Secondo Kabat-Zinn (2013) lo yoga è una delle tre pratiche fondamentali di consapevolezza, insieme alla scansione del corpo e alla meditazione seduta (Bayley-Veloso & Salmon, 2016). La disciplina più praticata e studiata nel mondo moderno è *l'Hatha Yoga* che raduna in sé tre componenti importanti: la regolazione del respiro (*pranayama*), il movimento (*asana*) e la meditazione o rilassamento profondo (*dhyana*). Questi tre elementi sono interconnessi tra loro dal momento che le posizioni fisiche sono unite al controllo del respiro e vengono realizzate con l'attenzione focalizzata al momento presente (Micheli, 2022). L'arte dello yoga va a creare una sorta di tela connettiva tra corpo, mente e respiro e, attraverso la consapevolezza di questi, funge da pulsante di "pausa" creando uno spazio che permette di esplorare le reazioni interne in maniera non giudicante e di scegliere come rispondere allo stress e ai meccanismi di coping inutili, ritrovando così una condizione di equilibrio. Lo yoga offre l'opportunità di apprendere come la propria mente e il proprio corpo possano reagire ad una serie di esperienze di vita quotidiana, creando così una consapevolezza di modelli emotivi e comportamentali (Diers, 2016).
Il nostro corpo è un complesso sistema vivente in cui interagiscono costantemente funzioni diverse come il respiro, il battito cardiaco e l'attività celebrale. Nell'ambito di questo scambio continuo, lo yoga favorisce un processo armonizzante che distribuisce la sua azione su ogni parte del corpo e della mente. I blocchi mentali, infatti, possono avere ripercussioni negative anche sul corpo come abbiamo visto nei Disturbi del comportamento alimentare. Affinché la mente possa raggiungere uno stadio superiore di consapevolezza è necessario avere il dominio del proprio corpo. Gli asana sono le posizioni fisiche, quei movimenti che rendono flessibili muscoli e articolazioni, fortificano gli organi interni, rinforzano il sistema sanguigno e sollecitano la circolazione. La sequenza dei movimenti favorisce lo sciogliersi delle contrazioni nel corpo e nella mente conducendo ad uno stato di pace interiore e rilassatezza. Di fondamentale importanza durante l'esecuzione di ogni singolo esercizio è uno stato di profonda consapevolezza e concentrazione, supportati da una respirazione completa (Klein et al., 2009).
Pranayama o controllo del respiro è considerata una componente essenziale della pratica dello yoga che influenza tutti i sistemi fisiologici dell'individuo. La respirazione è l'unico apparato sotto il controllo nervoso sia autonomo che volontario, per cui può essere regolata e modificata in modo cosciente (Markus, 2020). La nostra vita comincia con un primo inspiro e si conclude con un'espirazione profonda. Fra la nascita e la morte la nostra esistenza è scandita da milioni di inspiri ed espiri. L'atto di respirare è strettamente legato al concetto di vivere, un gesto tanto semplice, automatico e spontaneo quanto complesso e che influenza tutte le funzioni del nostro organismo (Markus, 2020). La cognizione di come si respira e la sua regolazione ci permette di prenderne il controllo e ha la capacità di rilassare il corpo e calmare la mente conducendoci in uno stato di consapevolezza e interiorizzazione. Il respiro può trasformare totalmente gli stati d'animo,

i sentimenti e gli schemi mentali; la sua forza ed energia interiore permette di superare confini che noi stessi ci siamo posti (Markus, 2020). Troppo spesso ci troviamo in condizioni che ci tolgono il fiato, per esempio quando siamo stressati, impauriti o preoccupati e, in questi casi, attuando una respirazione lunga e profonda possiamo andare a contrastarli, giungendo ad uno stato di rilassamento e centratura che distoglie la mente da pensieri negativi (Klein et al., 2009). Ogni persona possiede un ritmo respiratorio dal quale si lascia guidare, un ritmo naturale che rispecchia le proprie condizioni interiori (Markus, 2020). La mancata capacità di rapportarci con il nostro stesso respiro, di ascoltarlo e regolarlo può provocare agitazione mentale ed essere indice di uno stato di malessere psico-fisico dell'organismo (Klein et al., 2009). Nello yoga partecipano alla respirazione più zone del corpo: la respirazione addominale o diaframmatica, la respirazione toracica o costale e la respirazione clavicolare. La respirazione risulta consapevole quanto si combinano insieme tutte e tre le zone del corpo integrandole in un unico atto ampio e armonico, dando luogo alla respirazione completa (Klein et al., 2009; Lysebeth, 1979). La respirazione consapevole deve essere profonda, lenta, silenziosa e facile, con l'obiettivo di accrescere la concentrazione e la percezione di armonizzare il corpo e di esercitare un maggiore controllo sulla propria mente, influendo sull'emotività e sull'energia vitale (Klein et al., 2009; Lysebeth, 1979).
Infine, la meditazione, che è una pratica che si basa su una profonda concentrazione rivolta all'interno di sé, porta ad una maggiore percezione e consapevolezza della conoscenza della propria persona. Esistono molteplici tecniche di meditazione nelle quali la respirazione ha sempre un ruolo centrale (Klein et al., 2009).

FOREGROUND / METODOLOGIA

La ricerca è un'associazione di formazione, teoria e pratica, viene utilizzata come base nella nostra professione per rispondere a domande o risolvere problemi (Polit & Beck, 2003; Wood et al., 2004). Permette il cambiamento attraverso il raggiungimento di conoscenze e competenze basate su prove scientifiche e di efficacia che consentono, a loro volta, di ottenere una visione e una valutazione più ampia e critica nella pratica infermieristica (Wood et al., 2004). Le evidenze scientifiche diventano le fondamenta dei nostri interventi e del nostro processo decisionale: promuovono la fusione tra la ricerca e la pratica clinica, migliorando non solo la salute e il benessere dei pazienti ma anche di noi professionisti (Wood et al., 2004). Per arrivare a fare ciò dobbiamo essere in grado, come esperti della salute, di interpretare e valutare criticamente le ricerche affinché si possano usare i risultati in modo adeguato (Wood et al., 2004). La ricerca ci permette di descrivere e comprendere le particolarità di una situazione peculiare poco conosciuta, illustrando le manifestazioni che devono essere prese in considerazione nella pianificazione dell'assistenza infermieristica (Polit & Beck, 2003).
Ogni processo di ricerca richiede una metodologia per esprimere e chiarire al meglio il quesito a base dell'indagine, al fine di conseguire risultati efficaci (Wood et al., 2004).

Per la stesura del presente Lavoro di Bachelor ho scelto una metodologia di ricerca adatta a permettermi di analizzare ed esporre, in modo idoneo e coerente, la domanda di ricerca identificata. Per presentare una ricerca oggettiva ho effettuato una revisione della letteratura, indagando in banche dati, libri e documenti di articoli scientifici validi riguardo l'argomento trattato.

Evidence Based Nursing (EBN)

Negli anni '90 la continua esplosione di informazioni scientifiche ha portato alla creazione di un nuovo movimento nel settore sanitario: l'Evidence-Based Medicine (Saiani & Brugnolli, 2013). Quest'ultimo fa nascere un nuovo paradigma che afferma l'esigenza di fondare ogni scelta clinica e assistenziale sulle evidenze scientifiche derivanti dalla ricerca (Saiani & Brugnolli, 2013). Successivamente questo orientamento si allarga in tutto il sistema della sanità e nelle differenti discipline, nel nostro caso l'Evidence-Based Nursing (EBN) (Saiani & Brugnolli, 2013). L'EBN in italiano "Assistenza basata sulle evidenze (ABE)", viene definita come un processo utilizzato dagli infermieri, in un contesto che offre delle risorse, per prendere decisioni cliniche basate sulle migliori evidenze disponibili, sulla loro esperienza e sui desideri del singolo paziente (Di censo, Cullum, Ciliska, 1998 in Chiari, Mosci & Naldi, 2006). È un nuovo metodo di approcciarsi ai problemi riscontrati nella pratica, aiutando l'infermiere a prendere decisioni assistenziali in tutte le molteplici fasi del processo di cura (Saiani & Brugnolli, 2013).
Inoltre, l'art. 12 del Codice Deontologico dell'infermiere (2009), individua l'importanza della sperimentazione, della ricerca clinica e assistenziale per il perfezionamento delle conoscenze e per i benefici nella cura dell'assistito (Saiani & Brugnolli, 2013).

Disegno di ricerca

La revisione della letteratura è considerata una sintesi sistematica e dettagliata di testi accademici disponibili su un determinato problema di ricerca (Polit & Beck, 2014; Wood et al., 2004). Lo scopo principale di una revisione della letteratura è quello di accrescere le conoscenze per guidare una ricerca e creare le basi per uno studio valido per la pratica professionale, il tutto fondato sulle migliori evidenze scientifiche. L'analisi critica delle

evidenze trovate suggerisce nuove idee di ricerca e di scoprire nuove conoscenze e risultati su un problema clinico (Polit & Beck, 2003; Wood et al., 2004).
La prima parte dello scritto introduce, tramite una spiegazione teorica, il background, in italiano quadro teorico, che è lo sfondo dell'argomento scelto. Nel dettaglio, riguarda quella casistica di pazienti con i principali disturbi del comportamento alimentare. Nella seconda parte del lavoro ci addentreremo nella metodologia di ricerca utilizzata, ovvero la revisione della letteratura in tutte le sue fasi, per poi giungere alla fine del lavoro di Bachelor in cui metterò in relazione lo scopo dello studio presentato con gli articoli scientifici consultati (Wood et al., 2004). Per la stesura di una buona revisione della letteratura è importante saper distinguere i documenti esaminati, che costituiscono la principale tipologia di informazione, tra fonti primarie e fonti secondarie (Polit & Beck, 2014). Gli studi primari sono documenti scritti dai diretti creatori della ricerca; invece gli studi secondari sono testi di riassunti, analisi critica del lavoro di un teorico, realizzati da chi non ne è stato ricercatore dell'indagine (Polit & Beck, 2014; Wood et al., 2004). Ognuno di noi, come professionisti e persone, ha dei valori e dei pregiudizi che spesso fanno da filtro alle informazioni che riceviamo; se ci focalizzassimo sulle fonti secondarie per la nostra ricerca lavoreremmo su secondi filtri di altri autori che hanno effettuato delle ricerche sull'argomento (Polit & Beck, 2003). Per questa ragione le risorse primarie sono le principali fonti per le revisioni della letteratura (Wood et al., 2004).

Struttura della revisione della letteratura

Il primo passo da sostenere per la realizzazione di una revisione della letteratura è la scelta di un argomento che ci spinga ad una riflessione da approfondire. Le esperienze pratiche, la valutazione critica o le lacune che troviamo nella letteratura possono influire nello sviluppo di un'idea per la ricerca (Saiani & Brugnolli, 2010; Wood et al., 2004). Possiamo selezionare un tema di cui conosciamo la teoria e/o la pratica fino ad arrivare a focalizzarci su un argomento definito, in quanto sarà il focus di tutto il lavoro di tesi (Saiani & Brugnolli, 2010). Lo scopo della ricerca è trovare una soluzione al problema identificato che indica una condizione dubbia (Polit & Beck, 2014). Una volta individuata la domanda di ricerca, è opportuno verificare che sia pertinente o degna di essere messa in discussione, ricorrendo agli acronimi PIO o PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome), condizioni che non approfondirò nella tesi in oggetto in quanto non strettamente pertinenti con il quesito di ricerca scelto (Polit & Beck, 2014).
L'inizio è la parte più difficoltosa, un quesito di ricerca deve essere conciso per lo sviluppo di una revisione della letteratura in tutte le sue fasi e bisogna riflettere se il problema è rilevante per la pratica infermieristica, viceversa un quesito troppo ampio e vago ci porterebbe ad uscire dalla traccia e dall'*outcome* sperato (Polit & Beck, 2014).
Il passo successivo è la ricerca del materiale e la selezione degli studi al fine di renderli omogenei e pertinenti al proprio interrogativo clinico. L'autore deve godere di una buona *skill* di ricerca dal momento che i documenti vengono esaminati da più fonti come libri, articoli, banche dati e *web* (Polit & Beck, 2014). Durante questa fase possiamo riscontrare difficoltà nella selezione del materiale per una scarsa letteratura o un'eccessiva quantità di informazioni. In queste due situazioni lo scrittore deve circoscrive la propria area di ricerca ampliandola o ristringendola (Saiani & Brugnolli, 2010). Deve agire da diverse prospettive per avere riferimenti più appropriati, introducendo criteri di inclusione ed esclusione come filtri di ricerca, parole chiave che racchiudono il concetto dello studio o utilizzando gli operatori booleani (AND, OR, NOT) (Polit & Beck, 2014). La selezione dei dati richiede un'analisi delle evidenze scientifiche con una visione critica,

sulla base dell'abstract avremo uno sguardo chiaro che determina se l'intervento esposto sia pertinente e conforme alla nostra indagine clinica formulata (Saiani & Brugnolli, 2013). Per la selezione dei documenti e per una loro valutazione è fondamentale approcciarsi alla cosiddetta gerarchia delle evidenze, una piramide che dispone in ordine di affidabilità scientifica i diversi tipi di progetti di studio (Polit & Beck, 2014).

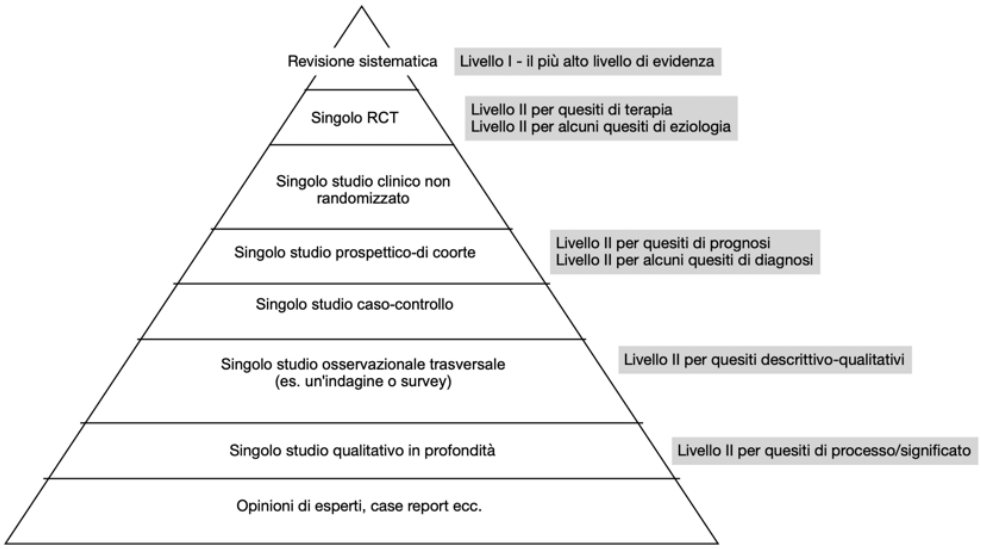

Figura 4 Gerarchia delle evidenze scientifiche: livelli di evidenza (Polit & Beck, 2014).

Concludendo la ricerca della letteratura, è utile organizzare gli articoli raccolti in differenti modalità, per esempio in tavole riassuntive di estrazione dei dati o in schemi dei concetti principali, riportando le informazioni generali, le caratteristiche dello studio e dei partecipanti, l'intervento, gli esiti e i risultati chiave (Saiani & Brugnolli, 2010; Polit & Beck, 2014). Queste strutture ci permettono di organizzare il lavoro e di avere un quadro riassuntivo della ricerca bibliografica che abbiamo raccolto con l'obiettivo di avere una traccia che ci conduca in modo lineare e secondo logica ad un esito del quesito di ricerca (Saiani & Brugnolli, 2010; Polit & Beck, 2014). A questo punto, vengono riassunti i testi che identificano i temi importanti, per arrivare ad esporre un riepilogo dei risultati di ricerca ottenuti dall'analisi dei dati raccolti, ponendo attenzione anche alle aree di lacuna (Polit & Beck, 2003). La sintesi interpella un giudizio critico sull'affidabilità delle evidenze dell'argomento scelto (Polit & Beck, 2003). È importante che la revisione sia scritta con oggettività e imparzialità, uno studio non deve essere scartato perché in contrasto con altri o perché in opposizione con valori personali, tutti devono essere analizzati nei loro risultati e nelle loro prove. Quindi, dobbiamo essere in grado di offrire spiegazioni sulle possibili incongruenze (Saiani & Brugnolli, 2010; Polit & Beck, 2014). Al momento della discussione, il professionista espone le sue conclusioni sul concetto e sulle implicazioni degli esiti nella pratica professionale (Polit & Beck, 2003). La discussione permette di dare un'interpretazione dei risultati (tradotti nell'ambito pratico, concettuale o teorico), dei suggerimenti su come questi possano essere una risorsa per migliorare l'assistenza sanitaria e, infine, dare un'idea per intraprendere nuovi studi in quest'area di interesse esponendo i limiti con cui si è dovuto confrontare durante lo studio (Polit & Beck, 2003). Nelle conclusioni possiamo esporre le conoscenze che lo studio ci ha fatto acquisire.

APPLICAZIONE DELLA METODOLOGIA

Le fasi, che articolano la revisione della letteratura, per l'elaborazione del processo di ricerca sono le seguenti:

Fase 1: formulazione di un chiaro quesito di ricerca (e degli obiettivi del Lavoro di Bachelor)

Nell'elaborazione della revisione della letteratura il primo passo da compiere è la formulazione di un quesito di ricerca ben focalizzato, centrato su una casistica precisa di pazienti (Chiari et al., 2006). La domanda di ricerca si sviluppa dalla traduzione di un'incertezza nata da un problema identificato sulla pratica e deve essere spiegata in maniera precisa e articolata con termini in grado di aiutare, successivamente, la ricerca di risposte (Chiari et al., 2006).

"Praticare una disciplina ad approccio corporeo che prevede una consapevolezza del respiro e del movimento aiuta i pazienti con Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione a gestire i pensieri perpetuanti e le emozioni migliorando l'accettazione dell'immagine corporea e della stima di sé?"

Il campo di interesse dell'indagine ha come scopo quello di svolgere uno studio che miri a comprendere come la disciplina dello yoga, utilizzata nella cura dei principali Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, possa aiutare a migliorare l'immagine corporea percepita e l'autostima gestendo i pensieri perpetuanti e le emozioni negative.
Inoltre, l'elaborazione di questa revisione prevede al suo interno due finalità precise che sono state suddivise in obiettivi personali e obiettivi della revisione di letteratura:

Obiettivi individuali:

- aumentare le conoscenze teoriche sui Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- approfondire i concetti sul ruolo e sulle attitudini che un infermiere deve possedere per lavorare con questi tipi di pazienti;
- redigere una revisione della letteratura in tutte le sue fasi;
- indagare l'importanza delle tecniche dello yoga come metodo di cura.

Obiettivi della revisione di letteratura:

- comprendere l'importanza dell'intervento infermieristico in pazienti con Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- evidenziare come le tecniche dello yoga possano essere uno strumento efficace per il trattamento dei pazienti con DCA;
- esporre i limiti delle informazioni scientifiche disponibili riguardo lo yoga come trattamento in questa casistica di pazienti.

Fase 2: ricerca esaustiva e riproducibile delle informazioni pubblicate

Dopo aver formulato la domanda di ricerca, viene effettuata l'indagine scientifica per l'elaborazione del Background e per rispondere alla problematica clinica enunciata. Questa è eseguita attraverso strumenti bibliografici e informatici quali libri, manuali e riviste scientifiche (Polit & Beck, 2003). Inizialmente ho raccolto più studi possibili sull'argomento di interesse, selezionando principalmente studi clinici controllati randomizzati (RCT) e identificando in questi quei termini di ricerca più specifici da utilizzare nei diversi motori di ricerca.

Per la stesura del quadro teorico ho esaminato testi personali o presi in prestito dalla Biblioteca del Dipartimento Economia, Aziendale, Sanità e socialità (DEASS) e da altre strutture; inoltre, ho consultato letteratura scientifica e un'attenta sitografia. In merito all'identificazione e alla selezione degli articoli ho svolto molte ricerche nelle più valide banche dati, che riguardano l'ambito medico e infermieristico, che ci mette a disposizione l'università. L'utilizzo di più motori di ricerca mi ha permesso di individuare ulteriori articoli da includere e, la bibliografia citata negli articoli trovati, mi ha aiutata ad identificare altri articoli correlati all'argomento di interesse.
In particolare, ho consultato sei database elettronici: PubMed, CINAHL Complete (Ebsco), Cochrane Library, Europe PubMed Central, Medline (ProQuest) e Science Direct. Per aiutarmi nella ricerca di studi validi e consoni al problema identificato, ho adottato l'utilizzo di parole chiave "*key-words*" attraverso il vocabolario MeSH in PubMed, questi sono termini scientifici che utilizzano solitamente gli autori di studi per descrivere un determinato argomento e per renderlo più facilmente recuperabile nelle piattaforme elettroniche.

Parole chiave: *"eating disorders", "yoga", "yoga exercise", "body image", "conscious breathing", "body dissatisfaction", "a randomized controlled trial".*
Quest'ultime, accostate agli operatori booleani (AND, OR e NOT), mi hanno permesso di fare una ricerca più mirata ed esaustiva, creando delle stringhe di ricerca.

Fase 3: selezione sistematica, in base ai criteri predefiniti di inclusione ed esclusione, degli studi eleggibili

Durante il processo di ricerca ci confrontiamo con una vastità di articoli, in questi casi è opportuno fare una selezione dei criteri che possa aiutarci a ristringere il campo oggetto di studio e a chiarire quali saranno inclusi nell'analisi (Polit et al., 2014). I criteri di selezione sono chiamati criteri di inclusione ed esclusione, ci permettono di documentare quale popolazione, intervento, design di ricerca e *outcome* sono stati presi in considerazione per rispondere al quesito formulato (Polit et al., 2014). In questo modo andiamo a chiarire il motivo per cui solamente alcuni studi sono stati selezionati per l'elaborazione della letteratura, mentre altri esclusi per determinati criteri (Chiari et al., 2006).
Nella presente revisione i criteri di inclusione sono:
- paesi internazionali;
- articoli con "*full text*";
- studi qualitativi o quantitativi, randomizzati controllati, studi primari;
- articoli in italiano, in inglese, in francese o in tedesco;
- articoli dall'anno 2000;
- articoli che toccano i sintomi dei Disturbi alimentari;
- articoli che affrontano il tema dello yoga.

I criteri di esclusione sono:
- contesto di salute mentale in generale;
- articoli senza "*full text*";
- articoli più vecchi dell'anno 2000;
- revisioni di letteratura.

L'immagine seguente riporta il diagramma di flusso (figura 5) e illustra gli step della ricerca bibliografia effettuata:

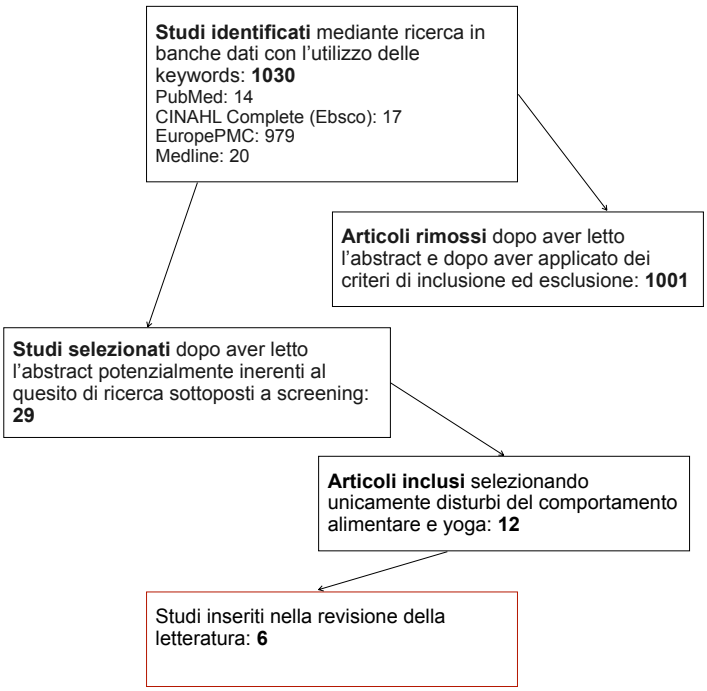

Figura 5 Diagramma di flusso per la selezione degli articoli scientifici.

Sono stati scartati dalla selezione tutti gli studi precedenti all'anno 2000. L'articolo di Kramer & Cuccolo (2020), seppur non totalmente conforme ai criteri di inclusione e alla domanda di ricerca per quanto riguarda l'aspetto della popolazione indagata, è stato utilizzato all'interno della revisione. La ricerca degli studi nelle banche dati è terminata nel momento in cui l'impiego di nuove *key-words* e la loro unione portava agli articoli già selezionati per l'analisi.

Fase 4: analisi della qualità metodologica degli studi inclusi

In qualsiasi revisione della letteratura è utile determinare la qualità degli studi, in modo da poter ottenere delle conclusioni sulle evidenze. Solitamente questo avviene attraverso un giudizio personale e quindi, soggetto a potenziali errori e distorsioni; per questo motivo dovrebbe essere condotto da due revisori. Essendo una sola persona a redigere questa revisione di letteratura, ho deciso di analizzare la qualità dei sei studi selezionati attraverso un'attenta lettura degli articoli secondo un mio giudizio (Polit & Beck, 2014).

Descrizione dei risultati

Tabella di estrazione dati

Dopo l'attenta valutazione dei sei articoli selezionati li ho riassunti nella tabella qui di seguito. Questo mi permetterà di raccogliere e di selezionare i risultati e i dati più pertinenti e rilevanti alla mia domanda di ricerca. Inoltre, mi permetterà anche di avere una visione globale degli articoli selezionati e di poter confrontare tra loro i risultati emersi, individuando i punti in comune ed eventualmente anche quelli discordanti.

AUTORI, ANNO e LUOGO	TITOLO	DESIGN e STRUMENTI dello studio	CAMPIONE	SCOPO INTERVENTO	RISULTATI | OUTCOME	LIMITI
T. Rain Carei, Ph.D.a, *, Amber L. Fyfe-Johnson, N.D.a , Cora C. Breuner, M.D., M.P.H.a , and Margaret A. Brown, Ph.D.b 2009 Seattle, Washington	*Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders*	Trattasi di uno studio di *design* qualitativo che descrive l'esperienza e le percezioni dei pazienti con DCA durante un programma di yoga. In questo studio pilota randomizzato i dati sono stati raccolti tramite questionari come l'Eating Disorder Examination (EDE) e colloqui clinici standardizzati.	Un totale di **50** ragazze e **4** ragazzi di età compresa tra 11 e 21 anni che ricevono cure ambulatoriali p er disturbi alimentari diagnosticati sono stati randomizzati a uno studio di 8 settimane: tra cure standard rispetto a yoga individualizzat o più cure tradizionali.	È un progetto che ha come scopo quello di valutare l'effetto del trattamento yoga individualizzato sugli esiti dei disturbi alimentari tra gli adolescenti che ricevono cure ambulatoriali per disturbi alimentari diagnosticati.	Il gruppo che ha partecipato alle sessioni di yoga ha mostrato una maggiore diminuzione dei sintomi dei disturbi alimentari. Nello specifico sono diminuiti i punteggi EDE (come la preoccupazione per il cibo e per il corpo), mentre il gruppo di controllo ha mostrato un calo iniziale, ma poi è tornato ai livelli EDE di base. Entrambi i gruppi hanno mantenuto gli attuali livelli di BMI e nel tempo sono diminuiti in ansia e depressione.	I risultati potrebbero non essere generalizzabili ai campioni ricoverati o di comunità. Inoltre, il campione limitato di partecipanti all'interno di ciascun sottogruppo diagnostico ha ridotto il potere statistico di differenziare gli effetti del trattamento in base alla diagnosi. Infine, i test ripetitivi possono aumentare i punteggi dei partecipanti in modo positivo poiché anticipano le domande e formulano risposte in anticipo.

Margaret A. Brennan, William J. Whelton & Donald Sharpe 2020 Canada	*Benefits of yoga in the treatment of eating disorders: Results of a randomized controlled trial*	É uno studio RCT che, come strumenti di misurazione, ha utilizzato: la scala diagnostica dei disturbi alimentari (EDDS), il questionario per l'esame dei DCA (EDE-Q), la difficoltà nella di regolazione delle emozioni (DERS), la scala autocritica/attaccante e autorassicurante (FSCRS), la scala dell'auto-compassione (SCS-SF), la scala di consapevolezza di Toronto (TMS), e gli atteggiamenti verso la ricerca di un aiuto psicologico professionale in forma abbreviata (ATSPPH-SF).	Il campione è composto da **53** donne, 26 soggetti inseriti nel gruppo trattamento e 27 nel gruppo di controllo. I partecipanti devono possedere un'età di almeno 18 anni, soddisfare i criteri DSM-5 per BN o BED e avere un'esperienza di yoga limitata o assente.	Lo scopo di questo studio è quello di indagare l'efficacia di un programma di otto settimane sull'incorporazione dello yoga per quanto riguarda l'autocompassione, l'autocritica e la regolazione delle emozioni in individui che soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare.	Il gruppo yoga è migliorato dalla settimana zero alla settimana otto mentre il gruppo di controllo non ha avuto pregressi in quel periodo di tempo. Si è osservata nel gruppo di yoga una riduzione della frequenza di episodi di abbuffate, una riduzione delle difficoltà di regolazione emotiva, una riduzione dell'autocritica e un aumento significativo dell'autocompassione e della consapevolezza nel tempo.	Un limite significativo riguarda la dipendenza dello studio da una condizione di controllo attivo della lista d'attesa, questo rende difficile accertare se i benefici sperimentati dai partecipanti yoga fossero dovuti al programma stesso o ad altri fattori confondenti. In secondo luogo, il periodo di *follow-up* di un mese è stato inadeguato per determinare se ci fossero effetti duraturi del programma yoga. In terzo luogo, il tasso di abbandono in questo studio era del 26%, che, sebbene elevato, è alla pari con i tassi di abbandono osservati nei

						trattamenti ambulatoriali dei disturbi alimentari. In quarto luogo, sono stati utilizzati moduli di autovalutazione, introducendo la possibilità di errori di risposta rispetto a quanto sarebbe stato ottenuto attraverso un colloquio clinico strutturato. Quinto, ed ultimo, i risultati di questo studio non possono essere generalizzati ad adolescenti, maschi o persone con altre diagnosi di disturbo alimentare, né possono essere generalizzati alle lezioni di Yoga in generale.
Lisa Diers,Sarah A., Allison Watt & Diana Neum	*A yoga-based therapy program designed to*	Trattasi di uno studio pilota fondato su dati qualitativi e quantitativi raccolti tramite	Il campione dello studio era formato da **67** partecipanti con diagnosi di disturbo	L'obiettivo dello studio era esaminare un nuovo programma terapeutico di	La partecipazione alla classe YBI ha prodotto miglioramenti statisticamente significativi nelle	Questo studio non includeva un gruppo di controllo; pertanto, i cambiamenti osservati

ark-Sztainer. 2020 Minnesota, USA	*improve body image among an outpatient eating disordered population: program description and results from a mixed-methods pilot study*	l'utilizzo di un questionario autosomministrato creato con i costrutti del Body Shape Questionnaire.	alimentare in trattamento ambulatoriale presso un centro nel Minnesota. Il campione ha seguito dall'inizio alla fine la serie di 8 settimane del programma di YBI (yoga e immagine corporea).	yoga e immagine corporea (YBI) basato sul gruppo per affrontare l'immagine corporea negativa in coloro a cui è clinicamente diagnosticato un un disturbo alimentare (anoressia, bulimia nervosa e altri tipi specifici di alimentazione o disturbo alimentare). Il programma consisteva in sessioni settimanali di 90 minuti, per un periodo di 8 settimane.	preoccupazioni relative all'immagine corporea così come l'autostima percepita in base al proprio corpo. Sono aumentati il sentimento di sicurezza sulla forma corporea e aspetto fisico e diminuiti i pensieri ossessivi riguardo al proprio corpo così come la vergogna e l'imbarazzo.	nell'immagine corporea potrebbero essere il risultato di altri aspetti del trattamento dei disturbi alimentari e non specifici del programma YBI. Il disegno di studio non ha consentito l'isolamento degli effetti del programma YBI da trattamenti. Tuttavia , i risultati sono stati supportati da descrizioni qualitative delle esperienze dei partecipanti che hanno rivelato informazioni su come il programma yoga potrebbe aver influenzato positivamente la loro immagine corporea.
Carly R. Pacanowski , Lisa Diers, Ross D.	*Yoga in the treatment of eating*	L'articolo selezionato tratta di uno studio	**38** individui (prevalentemente donne) reclutati per un	Lo scopo di questo studio è di indagare l'effetto dello yoga sulle	Lo yoga ha ridotto significativamente l'affetto negativo pre-prandiale rispetto al	I limiti riscontrati in questo studio sono il numero ristretto del campione e il

Crosby & Dianne Neumark-Sztainer 2017 Minnesota, USA	*disorders within a residential program: A randomized controlled trial*	randomizzato e controllato. Durante lo studio sono stati somministrati questionari come EAQ sull'evitamento emotivo, EDE-Q sull'esame del disturbo alimentare e il programma di affetti positivi e negativi PANAS.	periodo di circa 8 mesi da una struttura residenziale per il trattamento dei disturbi alimentari con 16 posti letto sono stati randomizzati al gruppo yoga o al gruppo di controllo (attività residenziali regolarmente programmate) per una durata di intervento di 5 giorni.	emozioni negative prima e dopo il pasto e sui sintomi del disturbo alimentare rispetto al consueto trattamento residenziale.	trattamento tradizionale; tuttavia, l'effetto è stato attenuato non solo praticando lo yoga prima dei pasti, ma anche con l'integrazione dei sui principi (posture e respirazione) durante i pasti. Il feedback qualitativo dei partecipanti al gruppo di yoga, che sono stati intervistati dopo la conclusione dell'intervento, ha indicato che la pratica ha aiutato a instillare sentimenti di calma e a diventare più in sintonia con se stessi e le loro pulsioni interne (p. es., la fame)	breve tempo di intervento delle sessioni di yoga.
Allison Hall, Nana Ama Ofei-Tenkorang, Jason T. Machan and	*Use of yoga in outpatient eating disorder*	Trattasi di un articolo dal *design* di tipo qualitativo basato su uno studio pilota ambulatoriale	**20** ragazze adolescenti di età compresa tra i 11 e i 18 anni che soddisfacevan	Lo scopo di questo studio era quello di indagare gli effetti dell'attività fisica yoga nella	L'analisi dei dati ha mostrato una diminuzione della depressione, dell'ansia e dei pensieri del disturbo	Lo studio ha considerato come limiti la ridotta dimensione del campione e, l'alto abbandono dei

Catherine M. Gordon 2016 USA	*treatment: a pilot study*	intitolato "*Let's Yoga".* Sono stati utilizzati strumenti di valutazione psicologica con scale e questionari.	o i criteri del DSM-5 in trattamento per i disturbi alimentari presso una clinica urbana, sono state reclutate per partecipare a un intervento di yoga di 12 settimane.	riduzione della depressione e dell'ansia in questa popolazione di pazienti e di migliorare i disturbi dell'immagine corporea e l'accettazione di sé. I partecipanti hanno frequentato settimanalmente una lezione di yoga di 60-90 minuti. Alla sesta e dodicesima settimana hanno effettuato visite mediche di follow-up e completato schede psicologiche.	alimentare come la preoccupazione per il peso e la forma del corpo, suggerendo che la pratica dello yoga come intervento complementare può aumentare la cura multidisciplinare standard.	partecipanti, ha comportato un numero limitato del campione. La ricerca non ha incluso un gruppo di controllo, né ha offerto metodi di rilassamento alternativi. I risultati non sono generalizzabili a pazienti con disturbi da alimentazione incontrollata, maschi e a minoranza di genere.
Rachel Kramer & Kelly Cuccolo. 2020	*Yoga Practice in a College Sample: Associated*	Trattasi di uno studio qualitativo: *design* considerato il più appropriato per descrivere i	Un totale di **99** ragazzi di un'università pubblica del Midwest	Questo studio racchiude due scopi: il primo quello di valutare i cambiamenti nell'insoddisfazio	I partecipanti alla fine delle otto settimane di yoga hanno riportato una diminuzione dei sintomi del disturbo alimentare rispetto	Questo studio era quasi sperimentale e non ha reclutato un gruppo di controllo o un gruppo di confronto

North Dakota, USA Ohio, USA	*Changes in Eating Disorder, Body Image, and Related Factors OverTime*	benefici della pratica dello yoga sulla riduzione dei sintomi dei disturbi alimentari come quelli legati all'insoddisfazione corporea. Lo studio ha raccolto i dati attraverso questionari e scale: questionario sull'esame del disturbo alimentare (EDE-Q); scala sull'immagine e l'insoddisfazione del corpo; scala sull'apprezzamento del corpo; scala sull' autocompassione e sulla consapevolezza e, infine, scale sulla conoscenza e l'esperienza di yoga nei partecipanti.	sono stati reclutati in due momenti differenti del semestre primaverile per effettuare un corso di yoga di otto settimane.	ne corporea e nella sintomatologia dei DCA associati alla pratica dello yoga in un campione del college (persone più a rischio di sviluppare un DCA). Il secondo obiettivo valutare i cambiamenti nell'apprezzamento del corpo, nel auto-compassione e nella consapevolezza associati alla pratica dello yoga Le lezioni, distribuite su tre giorni a settimana della durata di 50 minuti, includevano: tecniche di respirazione, consapevolezza e posizioni yoga.	alla prima settimana. Questo studio ha osservato come lo yoga ha comportato dei cambiamenti in uno dei principali fattori di rischio dei DCA come l'insoddisfazione corporea, riportando nei partecipanti una minor preoccupazione per il loro aspetto fisico e una migliore percezione della propria immagine corporea. Anche l'auto-compassione, l'apprezzamento e la consapevolezza insegnati tramite lo yoga hanno enfatizzato una maggiore accettazione e riduzione nella valutazione critica delle proprie capacità, riducendo il rischio di sviluppare un DCA.	in grado di affermare che lo stesso yoga fosse responsabile dei cambiamenti dimostrati nel tempo. La dimensione del campione era piccola e i partecipanti stessi sceglievano di iscriversi ai corsi di yoga, questo può limitare la validità dei risultati.

Fase 5: Sintesi quantitativa o qualitativa delle informazioni

Per la stesura della revisione in totale sono stati esaminati sei articoli, caratterizzati da un design di tipo qualitativo (esplorativo o descrittivo) e quantitativo. Gli studi più recenti risalgono al 2020, mentre quello più remoto al 2009. Gli articoli scelti provengono uno dal Canada e cinque dagli Stati Uniti, dunque, paesi distanti dal nostro contesto culturale e ospedaliero. Per quanto riguarda l'Europa e la Svizzera non ho individuato studi randomizzati controllati che soddisfano la domanda di ricerca formulata ma è presumibile valutare la completa applicazione dell'intervento sugli individui della nostra popolazione con un Disturbo alimentare, sempre con le possibili variabili predisponenti. In tutti gli studi gli strumenti utilizzati per raccogliere i dati sono stati sia questionari che scale di valutazione. Il campione di ricerca comprende, per quasi tutti gli articoli, soggetti con una diagnosi di Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, eccezione fatta per uno che è andato ad analizzare l'efficacia dello yoga nella gestione dei fattori di rischio per evitare lo sviluppo della patologia in individui con età a rischio.
Ogni articolo scelto per questo Lavoro di Bachelor è stato esaminato criticamente attraverso un giudizio personale. Purtroppo, malgrado l'attenta ricerca nelle banche dati, gli articoli selezionati non sono solo studi primari RCT. Di seguito presenterò, tramite un breve riassunto, i risultati di ogni studio che analizzano l'effetto della disciplina yoga nella gestione dei pensieri perpetuanti e delle emozioni negative dei DCA, al fine di migliorare l'immagine corporea e l'autostima in questi pazienti.

Articolo 1 "*Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders*"a cura di di Carei et al. (2010)
Nello studio di Carei et al. (2010) l'intento è quello di valutare gli effetti del trattamento yoga individualizzato sui sintomi dei disturbi del comportamento alimentare. Lo studio, della durata di otto settimane, considera un campione di 54 adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 21 anni in cura presso l'ambulatorio del *Seattle Children's Hospital* per una diagnosi di disturbo alimentare. Di questi, 27 sono stati casualmente assegnati alle cure tradizionali mentre gli altri 26 al gruppo yoga più cure standard (Carei et al., 2010). A questo punto i partecipanti sono stati randomizzati a due condizioni di trattamento: yoga o no yoga. Per adempiere alle linee guida etiche era obbligatorio che ogni due settimane entrambi i gruppi venissero sottoposti a visite regolari con medico e dietista; durante questi controlli venivano monitorati peso, altezza, segni vitali, indice di massa corporea (BMI), abitudini nutrizionali e stato mestruale (Carei et al., 2010). Nelle otto settimane il campione di yoga ha effettuato lezioni di un'ora per due volte alla settimana. Le valutazioni sono state compiute per entrambi i gruppi in tre momenti: all'inizio del trattamento, nel post-intervento (nona settimana) e al follow-up di un mese (dodicesima settimana). Inoltre è stata misurata la preoccupazione verso il cibo, in entrambi i gruppi, da assistenti di ricerca che non erano a conoscenza della randomizzazione dei partecipanti dello studio (Carei et al., 2010). Per i risultati sono stati compilati diversi questionari e scale: l'*Eating Disorder Examination* (EDE), che rappresenta un colloquio clinico *gold standard* ed esamina restrizione, preoccupazione alimentare, preoccupazione per il peso e preoccupazione per la forma del corpo, oltre ad includere elementi fisici come altezza e peso; la depressione, che è stata analizzata attraverso uno strumento di autovalutazione chiamato *Beck Depression Inventory* (BDI-II); l'ansia, valutata tramite lo *State Trait Anxiety Inventory* (STAI); infine la preoccupazione per il cibo, che è stata effettuata attraverso *l'Eating Attitudes Test* (EAT) (Carei et al., 2010). Si sono osservate delle differenze nei sintomi del disturbo alimentare tra il gruppo yoga e niente yoga, in particolare i partecipanti che hanno svolto le sessioni di yoga hanno

riferito di essere riusciti in quelle due ore a settimana a distogliere i pensieri dal proprio peso. Questo ha influito nel far si che ci fosse una diminuzione nei punteggi EDE globali per un tempo maggiore rispetto a quelli del gruppo di controllo (Carei et al., 2010). Le sottoscale EDE vanno a toccare alcuni punti della domanda di ricerca di questa revisione della letteratura, come l'immagine corporea (preoccupazione del peso e delle forme del corpo). Una delle perplessità dei sanitari era che lo Yoga andasse a modificare il BMI dei partecipanti ma, dopo le otto settimane, gli adolescenti del gruppo yoga non avevano subito né diminuzioni né fluttuazioni del peso (Carei et al., 2010). Per cui non ci sono effetti interagenti tra il trattamento yoga e l'indice di massa corporea e questo indica che lo yoga può essere praticato da persone con diagnosi di Anoressia nervosa (basso BMI). Per quanto riguarda invece i punteggi di ansia e depressione, nel tempo si sono osservati dei migliorati considerevoli per entrambi i gruppi e questi risultati fanno presupporre che il miglioramento sia dovuto alle cure tradizionali (Carei et al., 2010).

Articolo 2 "*Benefits of yoga in the treatment of eating disorders: Results of a randomized controlled trial"* a cura di Brennan et al. (2020)

Spesso alla base dei comportamenti disfunzionali vi è un'incapacità di gestione delle proprie emozioni e l'utilizzo di questi mezzi porta avanti i pensieri autocritici e i sentimenti di vergogna. Nello studio randomizzato controllato di Brennan et al. (2020) sui benefici dello yoga nel trattamento dei Disturbi alimentari, si analizza l'impatto di un programma di yoga di otto settimane sull'autocompassione, l'autocritica e sulla regolazione delle emozioni in individui con questa patologia. Nello specifico va a studiare l'utilizzo di una particolare tipologia di yoga "*Kripalu Yoga*", relativa ai sintomi e pensieri perpetuanti dei DCA. Il campione incluso nello studio doveva soddisfare i criteri del DSM-5 per bulimia nervosa e *binge eating disorder*, possedere almeno 18 anni e non aver mai svolto, se non in maniera limitata, un'attività di yoga. Alla fine sono state reclutate 53 donne e randomizzate in due gruppi: 26 in quello di trattamento e 27 nel gruppo controllo (Brennan et al., 2020). L'intervento di yoga di otto settimane comprendeva sessioni di 90 minuti e si concentrava sulla respirazione (*pranayama*), sulle posizioni (*asana*) e sulle pratiche meditative. Durante le lezioni ai partecipanti veniva chiesto di ascoltare il proprio corpo, di essere consapevoli delle loro esperienze interne rispettandole e di accettare i propri limiti fisici e psicologici (Brennan et al., 2020). Per valutare l'efficacia del programma yoga la popolazione in esame è stata sottoposta a questionari di autovalutazione ed a scale cliniche differenti: la scala diagnostica dei disturbi alimentari (EDDS) è stata utilizzata per valutare le condotte del disturbo (frequenza e durata delle abbuffate e dei comportamenti compensatori), così come il questionario per l'esame dei disturbi alimentari (EDE-Q); attraverso la scala di regolazione delle emozioni (DERS) si è valutato l'elaborazione emotiva; la scala autocritica/attaccante e autorassicurante (FSCRS), invece, ha misurato l'autocritica caratterizzata da un senso di inadeguatezza personale e dall'odio verso se stessi; la scala dell'auto-compassione (SCS-SF) ha fornito un punteggio totale di auto-compassione; quella sulla consapevolezza di Toronto (TMS) ha misurato la capacità dell'individuo di essere consapevole della propria esperienza del momento presente; infine, un test che va a valutare gli atteggiamenti verso la ricerca di un aiuto psicologico professionale (ATSPPH-SF) (Brennan et al., 2020). Lo studio si concentrava sulla frequenza delle abbuffate, sulla difficoltà di regolare le emozioni, sull'autocritica e sull'autocompassione. Tra la settimana zero e l'ottava il gruppo yoga ha avuto dei risultati significativi in tutte queste variabili rispetto al gruppo di controllo, che non è migliorato in questo periodo di tempo (Brennan et al., 2020). Inoltre, lo studio prevedeva che i partecipanti allo yoga sperimentassero un aumento della loro capacità di entrare in uno stato di consapevolezza nel tempo, raggiungendo un buon punteggio nella scala della

consapevolezza di Toronto. Il completamento del programma di yoga ha visto diversi risultati positivi: una diminuzione delle abbuffate; una maggior capacità nel regolare le emozioni, probabilmente mediato dai miglioramenti ottenuti nella sfera della consapevolezza e dell'autocompassione; una diminuzione dell'autocritica, sentimento frequente nei DCA che lo yoga riesce a migliorare attraverso l'autocompassione e la relazione tra i processi corporei e l'esperienza del sé (Brennan et al., 2020). Per quanto riguarda l'aumento dei livelli di auto-compassione dopo le otto settimane di yoga, si è osservato un importante sviluppo del senso di sicurezza emotiva, necessaria per curare la malattia. Lo stesso si è verificato rispetto alle capacità di consapevolezza, il loro miglioramento ha permesso ai pazienti di essere presenti e concentrati anche sulle esperienze spiacevoli, senza che queste li trascinassero ad attuare tutti quei comportamenti alimentari disfunzionali (Brennan et al., 2020). Il presente studio analizzato, seppur preliminare, supporta l'indagine sull'uso dello yoga nel trattamento dei disturbi alimentari e i suoi risultati suggeriscono che può essere un ottimo strumento per migliorare l'autocompassione e la consapevolezza di sé negli individui con un DCA (Brennan et al., 2020).

Articolo 3 *"A yoga-based therapy program designed to improve body image among an outpatient eating disordered population: program description and results from a mixed-methods pilot study"* a cura di Diers et al. (2020)

Nello studio pilota di Diers et al. (2020) si è voluto accertare la capacità dello yoga e immagine corporea (YBI) di far fronte ai problemi relativi alle persone colpite da disturbo alimentare, affiancando questo percorso ad una terapia già esistente. Per questo programma della durata di 8 settimane sono state selezionate 67 persone in cura per un DCA, alle quali è stato rilasciato un questionario da compilare prima e dopo il programma di yoga in modo da poter valutare, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, la potenzialità dell'intervento sull'immagine corporea (Diers et al., 2020). Ogni sessione della durata di 90 minuti a settimana veniva basata su differenti temi dell'immagine corporea e della consapevolezza. L'obiettivo delle domande quantitative era quello di scoprire quali fossero le maggiori paure dei partecipanti sulla propria immagine corporea, mentre le domande qualitative miravano a valutare le loro esperienze e l'impatto dello yoga sulla loro immagine (Diers et al., 2020). I partecipanti hanno anche discusso delle sfide fisiche ed emotive del programma yoga e di come queste abbiano contribuito all'auto-giudizio, alla vulnerabilità e al confronto con sentimenti spiacevoli (Diers et al., 2020). Dai risultati quantitativi si evince che la partecipazione alla classe YBI ha generato dei miglioramenti: i punteggi medi dei partecipanti sono infatti diminuiti in riferimento all'evitare relazioni romantiche, appuntamenti o intimità fisica, indicando quindi una maggior consapevolezza e fiducia riguardo al proprio corpo; viceversa, i punteggi medi sono aumentati quando si trattava di essere gentili con il proprio corpo attraverso pensieri e comportamenti (Diers et al., 2020). Se all'inizio del programma quasi tutti i partecipanti manifestavano che la loro preoccupazione per l'immagine corporea influenzava negativamente le loro relazioni promuovendo uno stato di isolamento, al termine dell'attività hanno invece riportato una diminuzione del 7% della percentuale della giornata trascorsa pensando al proprio corpo e una riduzione di 1,2 punti della vergogna o dell'imbarazzo per il proprio corpo. In linea di massima, i benefici del programma descritti più frequentemente dai partecipanti sono stati benefici emotivi ed una migliore accettazione di sé e consapevolezza. Una buona parte di questi ha scoperto che lo yoga li ha lasciati sentirsi potenziati perché hanno sperimentato una maggiore sicurezza e forza emotiva e fisica (Diers et al., 2020).

Per quanto riguarda i risultati qualitativi, all'inizio del programma la preoccupazione più comune tra i partecipanti era relativa a quanto il non accettarsi fisicamente stesse rovinando le loro relazioni (Diers et al., 2020). Per alcuni di loro questo problema portava ripercussioni nei rapporti con amici, familiari e partner; altri tendevano a socializzare meno preferendo stare soli con sé stessi; altri ancora non riuscivano ad avere momenti di intimità a causa del forte disagio. Alla fine del percorso YBI i cambiamenti sono stati sia positivi che negativi. Infatti, seppur la maggioranza dei partecipanti abbia tratto dei benefici riuscendo a convivere serenamente con il proprio corpo sotto ogni suo aspetto, aumentando la consapevolezza di sé e imparando quindi ad accettarsi; un'altra parte non è riuscita ad ottenere questo risultato, definendo il loro rapporto con il corpo invariato, con alti e bassi ma, talvolta, addirittura come "spiacevole" piuttosto che "amoroso" o addirittura "negativo ed odioso". (Diers et al., 2020). Alcuni di loro hanno appunto descritto il loro rapporto con il corpo come "conflitto" prima dell'YBI e come "deludente" e "pieno di tensione" dopo l'YBI. Per quanto riguarda il sapersi relazionare con gli altri, molti partecipanti hanno detto di aver notato dei netti progressi, questo perché imparando ad apprezzare sé stessi si sentivano anche accettati dalle altre persone (Diers et al., 2020). Le difficoltà che i partecipanti hanno riscontrato nel praticare yoga riguardano alcuni suoi aspetti che richiedono flessibilità, equilibrio e forza (p. es., difficoltà di bilanciamento, bassa flessibilità e mal di schiena). Per altre donne, queste sfide fisiche hanno portato all'auto-giudizio (ad es. "[le posizioni] mi fanno sentire come se non fossi abbastanza brava ") e a perpetuare sentimenti di immagine corporea negativa (ad es." [Nel triangolo] sento la mia parte centrale di più e mi rende più consapevole della mia taglia") (Diers et al., 2020).
Lo scopo di questo studio era descrivere un programma di yogaterapia in grado di affrontare i problemi di immagine corporea tra le persone con disturbi alimentari. Visti gli incoraggianti miglioramenti conseguiti in sole 8 settimane di partecipazione al programma, è possibile pensare che questo programma possa davvero essere di sostegno nell'aiutare le persone ad aumentare gli aspetti relativi alla loro immagine corporea (Diers et al., 2020). Le risposte ottenute da questo studio pilota indicano che lo yoga, combinato ad un confronto di gruppo condotto da un terapeuta, può aiutare a influenzare l'immagine corporea degli individui affetti da disturbi alimentari. Lo yoga può diventare a tutti gli effetti uno strumento riconosciuto per ottenere la pace con il proprio corpo (Diers et al., 2020).

Articolo 4 *"Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial"* a cura di Pacanowski et al. (2017)
La presente RCT di Pacanowski et al. (2017) ha posto la sua attenzione sull'efficacia di un intervento di yoga nella gestione degli effetti negativi pre-prandiali e sui sintomi della malattia, utilizzando un campione di 38 individui inseriti in un programma di trattamento residenziale per la cura dei disturbi alimentari. Pacanowski et al. (2017) ha svolto il suo intervento in una struttura per DCA con 16 posti letto, dividendo i 38 pazienti in maniera casuale al gruppo yoga o al gruppo di controllo. La partecipazione è stata ottenuta tramite consenso e indagini di base con questionario sull'evitamento emotivo (EAQ) e questionario sull'esame del disturbo alimentare (EDE-Q). Il programma, per un periodo di intervento di 5 giorni, assegnava al gruppo trattamento 50 minuti di yoga prima del pasto serale e al gruppo di controllo attività residenziali regolarmente programmate. Inoltre, durante il pasto vi era presente un tecnico dei disturbi alimentari che indagava i pensieri e i comportamenti di ogni partecipante di fronte al piatto e completava la scala dell'ansia di Hamilton (HAS) (Pacanowski et al., 2017). Le lezioni di yoga includevano posizioni e tecniche di respirazione specifiche volte a ridurre ansia e pensieri/condotte

del disturbo alimentare. Durante il periodo del programma yoga, il gruppo di trattamento ha dimostrato una importante riduzione dell'affetto negativo pre-prandiale rispetto al gruppo di controllo (Pacanowski et al., 2017). Per quanto riguarda l'ansia valutata dagli osservatori nel momento dei pasti, è stata constatata una diminuzione dei punteggi HAS all'inizio dell'intervento e un aumento verso la fine de programma nel gruppo yoga, diversamente da quanto osservato per il gruppo no yoga. Nonostante la breve durata dell'attività, i risultati evidenziano per il gruppo di trattamento anche una diminuzione delle misure EAQ e EDE, ossia per tutti quei sintomi dei DCA riguardanti la preoccupazione per l'alimentazione, per il peso e la forma del corpo e per le emozioni. Lo studio ha anche cercato di analizzare l'effetto dell'intervento nel post-prandiale ma senza risultati statisticamente significativi (Pacanowski et al., 2017). Il presente *design* di studio randomizzato controllato getta le basi per includere all'interno dei programmi di trattamento dei disturbi alimentari interventi di yoga o l'integrazione dei suoi principi, come le tecniche di respirazione volte a ridurre i sintomi e i comportamenti disfunzionali. I dati qualitativi dei partecipanti al gruppo di yoga hanno esposto che l'attività sia stata d'aiuto nel promuovere sentimenti di calma e ad entrare in sintonia con sé stessi e le loro pulsioni interne (Pacanowski et al., 2017).

Articolo 5 *"Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: a pilot study"* a cura di Hall et al. (2016)

Lo yoga rappresenta una disciplina corporea che richiede impegno al corpo, fornendo allo stesso tempo una valvola di sfogo per i sintomi associati al disturbo alimentare. Questo è stato osservato nello studio di Hall et al. (2016), nel quale si esamina l'uso di questa pratica una volta a settimana per 12 settimane in un campione di venti ragazze in cura presso una clinica ambulatoriale di disturbi della condotta alimentare. Il programma in esame è nominato "Let's Yoga" e ha reclutato adolescenti tra gli 11 e i 18 anni di età di sesso femminile, che rientravano nei criteri del DSM-5 dei disturbi alimentari. Il suo scopo è di valutare l'impatto dell'intervento di yoga su ansia, depressione e disturbi dell'immagine corporea in questi individui (Hall et al., 2016). Tutte le partecipanti della ricerca hanno ricevuto monitoraggio medico, consulenza nutrizionale e intervento di assistenza sociale da parte della clinica. La partecipazione allo studio è stata sottoposta ad una autorizzazione medica che accertasse la volontà delle ragazze di aderire al trattamento e ne verificasse l'indice di massa corporea e i segni vitali. Le lezioni di yoga variavano di durata tra i 60 e i 90 minuti (Hall et al., 2016). Dopo il completamento di sei o dodici sessioni si eseguivano due visite di follow-up in cui venivano registrate altezza, peso, calcolo BMI e segni vitali. Inoltre, venivano eseguite analisi psicologiche attraverso questionari e valutazioni auto-riferite: lo *State of Mind Questionnaire* (SOM), che valuta i sintomi psicologici come sentimenti di punizione e irritabilità, i sintomi fisici come il dimagrimento e le distorsioni dell'immagine corporea insieme ai sentimenti di inadeguatezza; lo *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory,* volto ad analizzare l'ansia di stato e quindi l'emozione di breve durata percepita consapevolmente e l'ansia di tratto che si riferisce all'ansia generale della persona; *l'Eating Attitudes Test* (EAT), utilizzata per valutare le preoccupazione e i sintomi caratterizzanti nel DCA; per concludere *l'Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Questo studio mirava a presentare un'attività fisica come lo yoga in grado di prevenire il rischio di perdita di peso o scompenso medico, infatti, per tutta la durata media dello studio segni vitali e BMI sono rimasti stabili (Hall et al., 2016). I risultati hanno evidenziato un miglioramento dell'ansia, nello specifico dell'ansia di stato, ovvero di quella condizione spiacevole e transitoria, e della depressione nel tempo. Inoltre, le partecipanti hanno riferito una significativa

diminuzione delle preoccupazioni per il peso e la forma del corpo nel corso dello studio (Hall et al., 2016).

Articolo 6 *"Yoga Practice in a College Sample: Associated Changes in Eating Disorder, Body Image, and Related Factors OverTime"* a cura di Kramer & Cuccolo (2020)
Quest'ultimo studio analizzato ha esaminato la relazione che sussiste tra la pratica dello yoga e i miglioramenti dei sintomi del disturbo alimentare e dell'insoddisfazione corporea. L'apprezzamento del corpo rappresenta un fattore protettivo e lo yoga, attraverso le sue tecniche, aumenta l'immagine corporea positiva nell'individuo. Kramer & Cuccolo (2020) hanno deciso di valutare attraverso questo studio sullo yoga i seguenti scopi: i cambiamenti nell'insoddisfazione corporea e nella sintomatologia dei DCA e i cambiamenti nella consapevolezza, nell'apprezzamento del corpo e nell'autocompassione (SC). I partecipanti reclutati, in totale 99, sono studenti di un'Università del Midwest. Sono stati scelti individui sani considerati, vista l'età, ad alto rischio di sviluppare una patologia alimentare. L'intervento di otto settimane definisce il tempo uno (T1) il primo giorno del corso di yoga e il tempo due (T2) il penultimo o l'ultimo giorno dell'attività. Le lezioni di yoga si svolgevano tre volte alla settimana per una durata di 50 minuti e includevano tecniche di respirazione, posizione e consapevolezza (Kramer & Cuccolo, 2020). I dati sono stati raccolti all'inizio e alla fine del corso attraverso questionari che analizzavano i sintomi dei disturbi alimentari (EDE-Q), l'apprezzamento del corpo (BAS-2) e l'insoddisfazione del corpo (MBSRQ-AS) che, a sua volta, racchiude come sottoscale: *l'Appearance Evaluation* (AE), *l'Appearance Orientation* (AO) e la Preoccupazione per il sovrappeso (OP)), la consapevolezza (FFMQ), l'autocompassione (SCS) e l'autoefficacia dello yoga (YSES). Nel tempo 1 vi era un questionario demografico, mentre nel T2 domande sulla partecipazione e sulle conoscenze acquisite dal campione durante il corso (Kramer & Cuccolo, 2020). I risultati emersi indicano una riduzione dei sintomi dei disturbi alimentari nei partecipanti alla fine delle otto settimane, questo grazie ad una diminuzione della preoccupazione per il loro aspetto fisico dovuta alla capacità dello yoga di aumentare la consapevolezza e l'apprezzamento del corpo (Kramer & Cuccolo, 2020). Sono stati raggiunti risultati migliori nel tempo 2 anche per l'autocompassione e quindi un cambiamento significativo nella valutazione critica delle proprie qualità, difatti i partecipanti hanno iniziato ad accettare il proprio corpo con gentilezza e giudizio minimo. Questo dato è incoraggiante per prevenire lo sviluppo di un DCA, di un'alimentazione disordinata o dell'insoddisfazione corporea. Anche i dati relativi all'apprezzamento del corpo nei due tempi, iniziali e finali, hanno mostrato dei mutamenti: si è potenziata la gratitudine per la funzionalità corporea percependo il proprio corpo come funzionale e apprezzando le proprie capacità. Inoltre, questo studio ha valutato le differenze tra donne e uomini e ha mostrato che il sesso maschile ha riportato maggiori risultati positivi nei sintomi di DCA rispetto alle donne (Kramer & Cuccolo, 2020).
In conclusione, lo yoga sembra essere associato ad un incremento dei fattori protettivi (come autocompassione e apprezzamento del corpo) e ad una diminuzione dei fattori di rischio (come l'insoddisfazione corporea) dei sintomi dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei giovani adulti (Kramer & Cuccolo, 2020).

DISCUSSIONE DELLA REVISIONE

In questo capitolo della tesi verranno esposte le principali tematiche emerse attraverso le analisi degli articoli selezionati. La discussione si ispira al ruolo dello yoga nei confronti della psicopatologia dei Disturbi alimentari.

Fase 6: Discussione delle ragioni di concordanza e discordanza tra i risultati degli studi

I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie difficili da diagnosticare e ancor più da trattare. Ad oggi non esiste il trattamento perfetto o d'elezione per la cura dei disturbi alimentari; molti approcci sono stati proposti e applicati e altrettanti vengono indicati per cercare di affrontare la complessità clinica di queste patologie (Milano, 2015). I più comuni trattamenti per i disturbi alimentari soffrivano di una mancanza di attenzione ad alcuni problemi, come la regolazione emotiva e l'insoddisfazione corporea. Negli ultimi anni, la ricerca ha cominciato a identificare quali trattamenti potessero portare benefici nella cura dei sintomi del disturbo, in particolare delle emozioni negative e dell'immagine corporea, ponendo attenzione alla disciplina dello yoga. Quest'ultima è stata studiata come metodo complementare ai tradizionali trattamenti dei disturbi alimentari, assumendo così un ruolo centrale nella cura e nella prevenzione di queste patologie (Brennan et al., 2020). Dagli studi esaminati si evince che lo yoga è un metodo olistico che, attraverso le sue tecniche di respirazione, postura e consapevolezza, è in grado di aiutare le persone con un disturbo dell'alimentazione a gestire i sintomi negativi della malattia, migliorandone l'autostima, l'autocompassione e lo stato d'animo.

Dagli studi di Carei et al. (2010) e di Kramer & Cuccolo (2020) emerge che un programma di yoga di 8 settimane è efficace nella riduzione dei sintomi e delle caratteristiche principali della psicopatologia dei disturbi alimentari. In particolare, entrambi gli studi hanno sottoposto ad un campione di popolazione scelto di età adolescenziale un intervento di yoga individualizzato, volto ad analizzare gli effetti sulla sintomatologia dei disturbi alimentari. Nel primo studio l'intervento era svolto in un centro di trattamento DCA, mentre nel secondo su un gruppo di ragazzi universitari a rischio di sviluppare la patologia, per il fattore dell'età. I partecipanti, all'inizio e alla fine del corso, hanno completato *l'Eating Disorder Examination* (EDE), che rappresenta uno strumento utile per valutare, sotto forma di colloquio clinico standardizzato o di questionario, le caratteristiche comportamentali e la gravità degli aspetti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione. Esso va ad esaminare la restrizione dietetica, la preoccupazione per il cibo e il disagio per la forma e per il peso del corpo, assegnando ad essi un punteggio. Dagli studi analizzati sono emersi risultati promettenti, mostrando una riduzione dei punteggi EDE globali. Malgrado gli effetti a lungo termine di questa disciplina non siano ancora evidenti, l'apparente miglioramento dei sintomi nel breve termine può modificare in meglio la qualità di vita di questa casistica di individui durante il trattamento (Carei et al., 2010). D'altro canto, i risultati del secondo studio raccomandano che lo yoga può essere correlato a cambiamenti concomitanti nei fattori di rischio e protettivi per lo sviluppo di un disturbo alimentare in una popolazione universitaria con età a rischio di insorgenza di un DCA (Kramer & Cuccolo, 2020).
Inoltrandoci più nello specifico, tra i sintomi dei DCA spesso si presentano altri disturbi psichiatrici come l'ansia, la depressione e la disregolazione emotiva. Vengono riconosciute due tipologie di ansia che ritengo opportuno descrivere: la prima viene definita ansia di stato e rappresenta l'emozione di breve periodo raffigurata dall'eccitazione fisiologica e da una percezione consapevole di tensione; l'altra viene invece chiamata ansia di tratto e corrisponde all'ansia generale di una persona (Hall et

al., 2016). Gli individui con un disturbo dell'alimentazione tentano di controllare e gestire queste emozioni attraverso l'attuazione di comportamenti disfunzionali, come l'attività fisica o le abbuffate. Inoltre, durante il trattamento o il percorso di cura, alle persone con DCA viene chiesto di confrontarsi con determinati alimenti o determinate situazioni che causano ansia. A loro volta, il recupero viene affrontato come una sfida dall'astenersi da tutti quei comportamenti disfunzionali che rappresentano per loro degli schemi rassicuranti. La pratica dello yoga offre una scappatoia sicura attraverso l'esercizio fisico, fornendo una valvola di sfogo per i sintomi associati alla malattia (Hall et al., 2016). Questo è emerso nello studio di Hall et al. (2016), i quali hanno offerto un programma di yoga ambulatoriale a pazienti che soddisfacevano i criteri del DSM-5 per una diagnosi di disturbo alimentare. In questo articolo si è osservato che, grazie a questa pratica, i partecipanti mostravano una riduzione dei loro sintomi psicologici; lo yoga è risultato essere un trattamento aggiuntivo efficace per ridurre l'ansia e la depressione (Hall et al., 2016). Questi risultati sono emersi anche nell'articolo, visionato precedentemente, di Carei et al. (2010) in cui i punteggi delle scale e dei questionari sull'ansia e sulla depressione compilate dai partecipanti avevano ottenuto un notevole miglioramento sia nel gruppo yoga che nel gruppo no yoga. Per questo motivo nell'articolo di Hall et al. (2016), in cui vi è un'assenza di un gruppo di controllo, non si può scartare la probabilità che l'ansia e le altre emozioni negative possano migliorare all'inizio di qualsiasi forma di disciplina fisica o grazie ad un qualsiasi trattamento tradizionale.
Un'opinione differente la troviamo nello studio di Brennan et al. (2020), i quali hanno analizzato l'efficacia dell'incorporazione dello yoga nel trattamento dei disturbi alimentari. In questo articolo sono andati ad analizzare le emozioni, in particolare l'impatto dell'intervento sulla loro regolazione, sull'autocompassione, sull'autocritica e sulla consapevolezza. Spesso, la critica nei soggetti con un DCA fa si che questi siano vulnerabili alla vergogna e a tutte le altre emozioni negative e questi sentimenti li spingono ad adottare quei comportamenti definiti disfunzionali. Questi individui sono invasi da pensieri autocritici, giudicanti e da sentimenti di disagio ed è solo grazie all'autocompassione che questa situazione può mutare nel tempo (Brennan et al., 2020). La consapevolezza, invece, rappresenta una condizione fondamentale sia per un DCA che per tutta la razza umana, ed è attraverso essa che si identificano i propri pensieri in maniera non giudicante e si presta maggiore riflessione alle emozioni e alle sensazioni interne (Brennan et al., 2020; Kramer & Cuccolo, 2020). Questo programma di yoga era strutturato sulle tecniche importanti della disciplina, nonché sulla respirazione, sulle posizioni e sulle pratiche meditative (Brennan et al., 2020). Durante tutto il periodo i partecipanti dovevano porre attenzione sull'essere consapevoli delle esperienze che stavano vivendo internamente, sia che fossero fisiche o psicologiche, piacevoli o spiacevoli, riuscendo ad ascoltarle con gentilezza e accettazione. Un secondo elemento per cui si chiedeva di porre attenzione riguardava il corpo, rispettando i propri limiti fisici e mentali (Brennan et al., 2020). Dai risultati ottenuti la difficoltà di regolazione emotiva e l'autocritica si sono ridotte nel tempo, in maniera più significativa nel gruppo yoga rispetto al gruppo di controllo, mentre l'autocompassione e la consapevolezza sono migliorate in entrambi (Brennan et al., 2020). L'importanza di questi elementi nei soggetti con un DCA si riscontra anche nello studio di Kramer & Cuccolo (2020) i quali, oltre ad analizzare i benefici dello yoga sui sintomi dei disturbi alimentari, hanno evidenziato l'associazione di questa pratica con l'aumento dell'autocompassione, dell'apprezzamento del corpo e dell'autoefficacia. Il loro intervento di otto settimane, rivolto a studenti di un College a rischio per l'età di sviluppare un disturbo alimentare, ha riportato attraverso dati statistici e qualitativi cambiamenti nelle abilità di yoga percepite. Ciò è notevole poiché l'attenzione che pone lo yoga verso l'autocompasssione implica gentilezza verso se stessi e permette

di percepire il proprio corpo in maniera differente, senza giudizio e autocritica, evitando di spingerlo al limite dello sfinimento. L'apprezzamento della propria immagine corporea è la capacità di un soggetto di comprendere le qualità positive del proprio corpo oltre l'aspetto fisico e l'apparenza accettando i propri difetti, mostrando rispetto per esso e rifiutando le aspettative impossibili che si vorrebbero ottenere (Kramer & Cuccolo, 2020). L'apprezzamento del peso e delle forme del corpo rappresenta un fattore cardine protettivo e di guarigione per un DCA e, per tale motivo, raffigura un altro elemento comune a cui è stato posto l'accento in più articoli visionati. L'insoddisfazione corporea, così come un'immagine corporea negativa, può fungere da catalizzatore nello sviluppo di un DCA ed essere una barriera critica nel recupero del disturbo. Queste possono essere il motivo dell'inizio di una dieta ferrea, di comportamenti disfunzionali di controllo del peso e del cibo e di un'alimentazione disordinata (Diers et al., 2020). I soggetti che soffrono di un disturbo alimentare hanno difficoltà a descrivere, curare o captare adeguatamente le sensazioni del corpo e vivono una relazione distorta e negativa col proprio fisico, percependolo in maniera alterata rispetto a quello che è nella realtà (Diers et al., 2020). Lo yoga richiede una connessione fisica e mentale attraverso la consapevolezza delle sensazioni corporee e l'interocezione del corpo (Hall et al., 2016). Nello studio precedentemente citato di Hall et al. (2016) i ricercatori avevano ottenuto, tramite l'utilizzo della pratica di yoga, una riduzione dei livelli di ansia, da sempre associata disagio verso le forme e il peso del corpo. Migliorando la percezione di tale sintomo si è riscontrata una diminuzione significativa dei punteggi legati al disturbo dell'immagine corporea e dei sentimenti di inadeguatezza, senza comportare un oscillamento del peso. Un altro studio che ha affrontato l'immagine del corpo negativa in persone con diagnosi di disturbo alimentare in cura ambulatoriale è quello di Diers et al. (2020), i quali hanno valutato l'integrazione di un approccio terapeutico di yoga e immagine corporea (YBI) all'interno di un programma di trattamento esistente. In questo articolo i dati quantitativi e qualitativi sono stati raccolti, prima e dopo l'intervento, tramite un questionario autosomministrato in grado di comprendere meglio le modifiche delle preoccupazioni relative all'immagine corporea. La partecipazione alla classe YBI ha generato benefici emotivi sulla consapevolezza e una migliore accettazione di sé (Diers et al., 2020). Alcuni elementi caratterizzanti in cui si è osservato un miglioramento sono: l'evitamento del corpo e delle situazioni sociali che possono creare del disagio; la capacità di pensare o sperimentare il proprio corpo senza reazioni emotive; un progresso in tutti quei rapporti, di coppia o di intimità, in cui ci si relaziona in base alla percezione del proprio fisico. Inoltre, gli individui hanno mostrato una riduzione della correlazione tra autostima e forme e peso del corpo, incrementando una sicurezza personale al di là dell'aspetto fisico (Diers et al., 2020). Il fatto che ci sia stata una riduzione dei pensieri ossessivi verso il corpo e una diminuzione della vergogna e dell'imbarazzo dopo aver effettuato l'intervento di otto settimane, suggerisce che lo yoga ha un impatto positivo sul corpo se effettuato in correlazione ai trattamenti tradizionali dei DCA. Questo sta a significare che, nonostante in molti partecipanti si siano riscontrati dei cambiamenti positivi, alcune ragazze hanno vissuto il programma in maniera diversa continuando a percepire il corpo come un oggetto spiacevole e negativo. Nell'ultimo articolo di Pacanowski et al. (2017) si osserva una riduzione degli affetti negativi e della psicopatologia dei disturbi alimentari durante un intervento di yoga di cinque giorni somministrato prima dei pasti. In questo studio l'obiettivo che si evince non è il miglioramento dell'immagine corporea bensì la riduzione dell'ansia pre-prandiale. Nonostante questo, ritengo sia rilevante esaminarlo in quanto, come osservato durante la lettura del quadro teorico, alimentazione, immagine corporea e autostima rappresentano gli elementi principali e interconnessi nella psicopatologia della persona

affetta dal Disturbo alimentare. Tutte le paure e le preoccupazioni che ruotano attorno al cibo sono connesse al disagio dell'immagine corporea e alla bassa autostima. Ritengo che questo studio vada indirettamente a toccare la sfera del peso e delle forme del corpo, andando a trattare le emozioni e i pensieri negativi da cui sono affetti i DCA prima del pasto. Inoltre, anche nello studio precedentemente trattato di Brennan et al. (2020) si sono osservati buoni esiti nella diminuzione delle abbuffate grazie al programma di yoga. Queste condotte, come abbiamo trattato all'interno del quadro teorico, rappresentano un mezzo utile nella gestione degli affetti negativi. L'utilizzo di interventi basati sulla consapevolezza hanno portato ad una riduzione considerevole del *binge eating* (Brennan et al., 2020). Da quanto considerato un focus consapevole e non giudicante del momento presente, insieme all'apprezzamento per ciò che il proprio corpo è in grado di fare, piuttosto che per la sua apparenza, ottimizza l'insoddisfazione corporea.

CONCLUSIONI

Per terminare questo Lavoro di Bachelor espongo le conclusioni, dividendole in conclusioni della revisione e conclusioni personali.

Conclusioni della revisione della letteratura

Nel corso di questa revisione della letteratura abbiamo potuto osservare che anoressia, bulimia, *binge eating disorder* e gli altri Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione si manifestano con quadri clinici complessi. Dietro ad un DCA si nascondono significati profondi in cui l'immagine del corpo, l'autostima, il cibo e le emozioni rappresentano elementi di valenza significativa in questa patologia. Per questo motivo è indispensabile trovare trattamenti efficaci che vadano a modificare e a migliorare i principali sintomi e fattori che mantengono vivo il disturbo. A tal proposito la pratica dello yoga è stata sperimentata come un possibile mezzo terapeutico di supporto ai trattamenti tradizionali. Dall'analisi degli studi presi in considerazione per questo *Lavoro di Bachelor* si evince come questa disciplina possa portare a miglioramenti significativi dell'immagine corporea e dell'autostima percepita in base al proprio corpo nelle persone con una diagnosi di Disturbo alimentare o a rischio di svilupparne uno, andando ad aumentare quei sentimenti di sicurezza sulla forma corporea e facendo diminuire quei pensieri ossessivi riguardanti il peso, come la vergogna e l'imbarazzo (Diers et al., 2020). Tale disciplina si concentra sulle interazioni tra il cervello e il resto del corpo, tra la mente e il comportamento, connessioni che nelle persone con un Disturbo alimentare sono in continuo conflitto. Tramite le sue tecniche di respirazione (*pranayama*), postura (*asana*) e meditazione (*dyana*) permette l'incorporazione di pratiche basate sulla consapevolezza, che raffigurano un'entità importante per aumentare le capacità di regolazione delle emozioni. Inoltre, dai risultati degli studi esaminati si individua l'antidoto ai sentimenti di vergogna, autocritica e inferiorità che emergono dalla percezione dell'immagine corporea negativa e distorta. Ciò risulta essere l'autocompassione che questa disciplina, grazie alle sue modalità pratiche, riesce ad accrescere nelle persone affette da un DCA. L'autocompassione, insieme alla consapevolezza e alla capacità di regolazione delle emozioni, enfatizzati nei diversi programmi di yoga, si sono rivelate caratteristiche fondamentali che promuovono l'accettazione di sé. Un altro aspetto fondamentale è quello della ricerca di una maggiore autostima, che nei pazienti con un Disturbo alimentare si fonda unicamente su come percepiscono le forme e le linee del proprio corpo. Attraverso lo yoga si è raggiunto un incremento della sicurezza personale al di là dell'aspetto corporeo, non dando più importanza a come si è e a come si appare (Diers et al., 2020).

Lo yoga può quindi essere un potente strumento per trovare la pace con il proprio corpo ma, nonostante venga sempre più incorporato nel trattamento dei DCA, la ricerca sulla sua reale efficacia è ancora limitata (Brennan et al., 2020; Diers et al., 2020). Tali studi mettono in evidenza la necessità di approfondire ancor più i benefici di questa disciplina corporea insieme a tutte le sue pratiche, così da renderla concretamente un trattamento complementare nella cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Per concludere, il fatto che lo yoga possa essere anche uno strumento di prevenzione per i ragazzi più vulnerabili che si trovano di fronte a tutti quei fattori di rischio che la società contemporanea impone di seguire, ci deve rendere ancora più consapevoli della sua importanza.

Limiti della ricerca

L'obiettivo iniziale di questa revisione della letteratura era quello di considerare unicamente studi randomizzati e controllati che trattassero i benefici della disciplina yoga nella gestione dei pensieri e delle emozioni, al fine di migliorare l'immagine corporea percepita e l'autostima nei pazienti con Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Durante le svariate ricerche nelle banche dati a disposizione ho selezionato diversi articoli, leggendone esclusivamente il titolo e l'abstract. In seguito, inoltrandomi negli studi, mi sono resa conto della presenza di poche RCT che vanno a toccare i punti della domanda di ricerca formulata; quindi, ho dovuto prendere in considerazione studi pilota controllati che fornissero informazioni utili anche per sperimentazioni future. Nonostante i risultati ottenuti dall'elaborazione degli articoli scelti per la revisione, ho riscontrato in essi la presenza di diversi limiti. Uno di questi è legato al campione di ricerca, ogni studio ha una popolazione ristretta sia perché effettuato all'interno di un centro residenziale in cui vi è un certo numero di posti letto e quindi di degenti, sia per il motivo che spesso sono persone difficili da reclutare o che abbandonano le ricerche perché non coscienti del disturbo da cui sono affetti o non disponibili ad accedere ai trattamenti (Carei et al., 2010; Hall et al., 2016; Kramer & Cuccolo, 2020; Pacanowski et al., 2017). Inoltre, alcuni studi erano in assenza di un gruppo di controllo, pertanto, i cambiamenti osservati nel tempo potevano essere il risultato di altri aspetti del trattamento dei disturbi alimentari e non specifici del programma yoga (Brennan et al., 2020; Diers et al., 2020; Hall et al., 2016; Kramer & Cuccolo, 2020). La maggior parte degli studi sono limitati al sesso femminile, questo significa che i risultati non sono generalizzabili tranne uno tra quelli selezionati, che prende in considerazione i maschi evidenziando le diversità dell'intervento tra i due generi. Per concludere, sono consapevole che in questo elaborato ci possano essere delle imperfezioni, dal momento che tutti gli articoli analizzati sono stati tradotti dalla lingua inglese a quella italiana.

Implicazioni per la ricerca e possibili sviluppi

Durante la ricerca è emerso che, nonostante i Disturbi alimentari siano una malattia attuale in continuo aumento e sebbene lo Yoga sia una disciplina che prende sempre più importanza nella medicina complementare, sono pochi gli articoli che analizzano la vera efficacia di quest'ultima su persone affette dal disturbo.

La ricerca futura dovrebbe inoltrarsi a valutare quali meccanismi scaturiscono dalla combinazione dello yoga e della riduzione dei sintomi e dei fattori di rischio di sviluppare un DCA, utilizzando un disegno randomizzato controllato per captare gli elementi più efficaci per la prevenzione e il trattamento di un Disturbo dell'alimentazione (Kramer & Cuccolo, 2020; Pacanowski et al., 2017). A tal proposito, sarebbe interessante analizzare o far emergere gli effetti terapeutici specifici dei differenti elementi dello yoga come movimento, respirazione e meditazione. Inoltre, i prossimi studi potrebbero includere: una dimensione del campione più ampio, ragazzi di sesso maschile, la valutazione della durata e il tipo di yoga e il suo impatto sull'immagine corporea (Diers et al., 2020).

Sempre per delle ricerche future sarebbe interessante, oltre ad esaminare i diversi articoli già disponibili e realizzati a livello internazionale, ottenere dei risultati inerenti alla pratica dello yoga nei Disturbi alimentari in Svizzera o nella vicina Italia.

Contemporaneamente alla ricerca della letteratura, sarebbe interessante ampliare l'attuale domanda di ricerca potenziando il prossimo lavoro attraverso una diversa metodologia rispetto a quella adoperata nel presente elaborato: un'analisi qualitativa fenomenologica sviluppata attraverso dei questionari o delle interviste, rimanendo consapevoli dei limiti etici e morali che può comportare.

Conclusioni personali

La scelta dell'argomento per elaborare un Lavoro di Tesi non è stata semplice per il fatto che la nostra professione racchiude in sé un'infinità di temi che arrecano curiosità e attenzione. L'idea iniziale durante lo svolgimento del modulo di "Metodologia della ricerca e gestione dei progetti" era di portare questa casistica di pazienti, in particolare l'anoressia nervosa, in un ambiente sanitario come quello del pronto soccorso, per dimostrare la gravità della patologia e l'importanza di indirizzarli verso centri di trattamento anziché verso reparti ospedalieri. Tuttavia, nel corso dell'esecuzione della scheda di progetto mi sono presto resa conto della difficoltà che avrei riscontrato nella stesura del Lavoro di Tesi, se avessi mantenuto questo tema. Perciò, nel momento in cui dovevo formulare la domanda di ricerca per cominciare ad elaborare quello che sarebbe stato il presente Lavoro di *Bachelor*, si è rilevata necessaria una riflessione critica a riguardo, perché il presente argomento risultava ristretto e forse ancora poco studiato. Così, allo scopo di facilitare la formulazione del quesito di ricerca è stato indispensabile ridimensionare i margini di scelta per rendere l'argomento il più possibile accurato. Dopo il primo incontro con la Direttrice, abbiamo deciso di esaminare i tre principali Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e di interrogarmi su quale intervento mi ponesse maggiori dubbi. Il problema iniziale era che se mi fossi concentrata troppo sull'aspetto psicologico della patologia, avrei rischiato di tralasciare tutti i problemi fisici; allo stesso modo però, non potevo solo concentrarmi sul cambiamento del corpo tralasciando quello che è la mente. Per questo motivo ritengo che la scelta dell'intervento, insieme alla successiva ricerca, sia stata la parte che mi ha richiesto più tempo ed energie, nonostante fosse un tema stimolante. L'idea, supportata anche dalla Direttrice di tesi, era quella di porre attenzione all'immagine corporea percepita e all'autostima e di utilizzare una respirazione consapevole per migliorare questi sintomi che mantengono il disturbo. Durante la ricerca ho riscontrato delle difficoltà nel trovare articoli che trattassero questo tema, per cui è stato necessario ridimensionare nuovamente l'intervento. Alla fine, alla base di questo lavoro ho scelto la disciplina dello yoga e, più nello specifico la respirazione e l'immagine corporea. Entrambi sono due argomenti che mi stanno a cuore: l'immagine corporea ritengo sia qualcosa a cui tutti, donne e uomini, grandi e piccoli, dedicano attenzione e tempo e rappresenta, insieme a tutti i suoi corredi, il primo "mezzo" con cui ci confrontiamo quando parliamo con qualcuno. La respirazione, invece, è un'arma potente che tutti noi possediamo ma allo stesso tempo non ci rediamo conto che, se utilizzata correttamente, permette di affrontare tutte quelle situazioni difficili della vita. Inoltre, la scelta di trattare tutti e tre i principali Disturbi alimentari permetteva non solo di inoltrarci nelle loro principali differenze ma anche di osservare il circolo vizioso, alla fine molto comune, di ognuno di essi.

Da questa scelta decisiva è risultato faticoso, al momento della lettura del materiale scientifico e della stesura del lavoro, ritrovare articoli randomizzati controllati che trattassero esattamente i due concetti esposti. Detto ciò, ho analizzato quegli articoli che ho ritenuto, attraverso un giudizio critico e personale, più adeguati a rispondere alla domanda di ricerca formulata.

Redigere questa revisione della letteratura si è rivelato un lavoro articolato, impegnativo e dispendioso, in cui mi sono confrontata con difficoltà, ansie e paure; è stato richiesto che mettessi in gioco tutte le mie risorse e questo mi ha fatta crescere sia come persona che come professionista. Questo lavoro rappresenta per me sia un traguardo che l'inizio di un nuovo percorso. Ripenso a tutta l'energia e a tutti i giorni dedicati a scrivere, ai momenti in cui mi sentivo insoddisfatta e a quelli in cui pensavo di abbandonare tutto ma, alla fine, la cosa che più conta è che posso dire di essere orgogliosa e felice di aver portato a termine questo Lavoro di *Bachelor*.

Riflessione personale sul ruolo infermieristico

Respirazione e immagine corporea sono due elementi che incontrerò sicuramente nel mio futuro lavorativo. L'immagine corporea da un giorno all'altro può cambiare, basti pensare per esempio ad un reparto di chirurgia, dove nel giro di poche ore, una persona può ritrovarsi con ferite enormi in parti importanti del proprio corpo; o basti pensare di ritrovarsi con una stomia dove, seppur consapevoli di dover entrare in sala operatoria per un intervento, a causa della gravità della malattia si finisce per ritrovarsi con un "sacchetto" appeso alla pancia.

Un altro reparto che si può citare è quello di oncologia, in cui le persone vedono il proprio corpo trasformarsi ogni giorno a causa delle terapie aggressive o della patologia: pensiamo anche alla sola cura con il cortisone, un potente farmaco che nonostante i suoi effetti di guarigione crea un aumento dell'appetito che conduce, successivamente, a modificare il corpo. Quando viene intaccata l'immagine corporea le persone vivono emozioni e sentimenti negativi e contrastanti, che noi come professionisti dobbiamo saper gestire.

L'ascolto attivo, il silenzio, il rimando empatico sono strumenti comunicativi e di vicinanza alla persona che sì, possono aiutarla a sfogarsi e a sciogliere le tensioni ma non a modificare quel groviglio di emozioni che prova internamente.

Uno strumento che si rileva efficace può essere proprio la respirazione. Una respirazione consapevole con un focus sull'aria che entra e su quella che esce dal proprio corpo, penso che possa aiutare veramente a buttare fuori quel peso, a focalizzarsi realmente su quello che il corpo ci vuole comunicare e non su ciò che la nostra testa ci comanda.

La respirazione a volte viene utilizzata in maniera efficace seppur inconsapevolmente, come dopo uno spavento o quando sentiamo di dover vomitare.

Il profilo di competenze finali per le professioni sanitarie SUP descrive in maniere mirata le competenze che gli studenti al termine del ciclo di studi devono possedere, al fine di erogare una buona qualità di cura (KFH, 2011). Tra queste quella del *Ruolo di promotore della salute (Health Advocate),* l'infermiere "*fa sì che il paziente e le sue persone di riferimento possano utilizzare un approccio differenziato e individuare i mezzi disponibili per prevenire e affrontare la malattia, nonché per mantenere il più alto livello possibile di qualità di vita*" (citato in KFH, 2011). Reputo che questa competenza vada a porre l'importanza di utilizzare la respirazione come strumento di cura per poter affrontare quegli stati emotivi che la malattia pone di fronte al paziente.

Inoltre, la scelta di trattare come tema di studio i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nasce dalla loro crescita esponenziale nella società odierna e dall'importanza di conoscere la loro psicopatologia in modo che, come esperta in cure infermieristiche, io possa, anche in reparti diversi da quelli psichiatrici, accogliere i bisogni e le richieste di questi pazienti attuando interventi e valutazioni professionali.

Ringraziamenti

Giunti al termine, mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso e che mi hanno accompagnata e sostenuta in questi tre anni.

Un grazie speciale alla mia Direttrice di tesi Lara Pellizzari, per la sua immensa pazienza, per avermi seguita passo dopo passo in questi mesi senza mai farmi mancare il suo sostegno e i suoi preziosi consigli.

Ringrazio infinitamente Gabriella e Giulio, i miei genitori, il mio punto di riferimento e il mio esempio di vita. Mi avete aiutato a superare i momenti più difficili, mi avete asciugato le lacrime durante le sconfitte e mi avete sgridato per spronarmi a dare il massimo. Grazie al vostro costante sostegno incondizionato ed ai vostri insegnamenti senza i quali oggi non sarei ciò che sono. Senza di voi, tutto questo non sarebbe stato possibile.
Grazie a mia cugina, Alessandra, che è come una sorella.

Grazie a lui, una persona speciale ed unica. Santo, il mio ragazzo, che ha sopportato tutti i miei scleri, che ha ridimensionato le mie ansie e paure, che si è preso cura di me e che mi hai spronato fino alla fine. Tu che con la tua determinazione hai letto e corretto ogni riga di questa tesi come se fosse tua. Tu che hai affrontato con me questo percorso, giorno dopo giorno, festeggiando ogni vittoria insieme e rialzandoci più forti di prima dopo ogni sconfitta. Non potrò mai ringraziarti abbastanza per tutto quello che hai fatto e fai per me. Anche oggi, in questo giorno importate, sei qui a festeggiare questa mia vittoria che non è solo mia, ma la nostra vittoria! Grazie anche ai tuoi genitori che sono la mia seconda casa e a tua sorella.

Grazie alla mia migliore amica, Erika che, nonostante i duecento chilometri che ci separano c'è sempre stata.

Grazie alle mie compagne di viaggio, Chiara Aline Alessia Sara Claudia e Giovanna, senza le quali non sarei riuscita ad affrontare questi tre anni. Ci siamo sopportate, supportate e sono orgogliosa di terminare questo percorso con voi.

Grazie all'équipe di Cure Intese di Moncucco, per avermi trasmesso la passione e dedizione per questo meraviglioso lavoro, facendomi capire ancora di più che questa è la mia strada.

Per finire, dedico questa tesi anche a me stessa. La dedico alla persona che sono diventata, ai sacrifici che pensavo di non essere in grado di sostenere e alla tenacia che mi ha fatto arrivare in fondo.

Bibliografia

Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie*, *35*(2), 57–67. https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5. (*Massimo Biondi*, Trad.; 5.ed.).* Raffaello Cortina Editore.

Artoni, P. (2021). *Anoressia e diagnosi. Le differenze tra DSM-IV-TR e DSM-5.* Ospedale Maria Luigia. https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-diagnosi-le-differenze-dsm-iv-tr-dsm-5/

Artoni, P. (2022). *Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura*. Ospedale Maria Luigia. https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-nervosa-cause-sintomi-terapia/

Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso [AIDAP]. (2015). *I disturbi dell'alimentazione. Cosa sono? Come affrontarli.* https://www.aidap.org/

Bailey, N., & Waller, G. (2017). Body checking in non-clinical women: Experimental evidence of a specific impact on fear of uncontrollable weight gain: Bailey et al. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(6), 693–697. https://doi.org/10.1002/eat.22676

Bayley-Veloso, R., & Salmon, P. G. (2016). Yoga in Clinical Practice. *Mindfulness*, *7*(2), 308–319. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0449-9

Becciu, M., & Colasanti, A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale. Manuale di psicologia preventiva* (1°edizione). Franco Angeli.

Brennan, M. A., Whelton, W. J., & Sharpe, D. (2020). Benefits of yoga in the treatment of eating disorders: Results of a randomized controlled trial. *Eating Disorders*, *28*(4), 438–457. https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1731921

Cannata, G., & Situlin, R. (2009). *Un opuscolo informativo sui disturbi del comportamento alimentare (DCA). Vorrei non mangiare. Come fare quando il cibo diventa un nemico*. http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/libri/doc/disturbialimentari.pdf

Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., & Brown, M. A. (2010). Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, *46*(4), 346–351. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.007

Casacchia, M., Mela, C., & Chiaravalle, E. (2000). Disturbi dell'alimentazione. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*. https://www.jpsychopathol.it/article/disturbi-dellalimentazione/

Cavanna, D., & Stagi, L. (2009). *Sul fronte del cibo. Corpo, controllo, soggettività.* (Vol. 3). Franco Angeli.

Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*. McGraw-Hill Companies.

Cirillo, L., & Riva, E. (2015). *Gli adolescenti e i disturbi alimentari. Quando il rapporto con il cibo diventa un problema*. Mondadori.

Clerici, M., Lugo, F., Papa, R., & Penati, G. (1996). *Disturbi alimentari e contesto psicosociale. Bulimia, anoressia e obesità in trattamento ospedaliero*. FrancoAngeli.

Conferenza dei Rettori delle Scuola Universitarie Svizzere (KFH), (2011). Competenze finali per le professioni sanitarie SUP Versione III. Traduzione dal testo ufficiale. https://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html

Cuzzolaro, M. (2014). *Anoressie e bulimie.* (2.ed.). Il Mulino.

Dalle Grave, R. (s.d.-a). *I disturbi dell'alimentazione: Chi colpiscono e che cosa sono.* http://www.dallegrave.it/i-disturbi-dellalimentazione-chi-colpiscono-e-che-cosa-sono/

Dalle Grave, R. (s.d.-b). *Quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): Quali sono le novità riguardanti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione?.* http://www.dallegrave.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5-quali-sono-le-novita-riguardanti-i-disturbi-della-nutrizione-e-dellalimentazione/

Dalle Grave, R. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale*. Positive Press.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(6), 390-398. https://doi.org/10.1159/000350058

Dalle Grave, R., Calugi, S., & Sartirana, M. (2020). Disturbo da binge-eating - Un update. *IJEDO*, 29-40. https://doi.org/10.32044/ijedo.2020.06

Dalle Grave, R., & Sartirana, M. (s.d.). *Check della forma del corpo e immagine corporea negativa: Informazioni per i pazienti*. http://www.dallegrave.it/check-della-forma-del-corpo-e-immagine-corporea-negativa-informazioni-per-i-pazienti/

Delfrate, N., & Bergamasco, P. (2017, aprile 28). *La terapia nutrizionale nell'anoressia: Come gestire e valutare il pasto assistito*. Rivista L'Infermiere N° 1 - 2017. FNOPI. https://www.infermiereonline.org/2017/04/28/la-terapia-nutrizionale-nellanoressia-come-gestire-e-valutare-il-pasto-assistito/
Di Fiorino, M., & Pacciardi, B. (2008). *Bulimia Nervosa. Una guida pratica*.

Diers, L. (2016, gennaio 18). Discovering the Role of Yoga in Eating Disorder Treatment. *The Emily Program*. https://www.emilyprogram.com/blog/discovering-the-role-of-yoga-in-eating-disorder-treatment/

Diers, L., Rydell, S. A., Watts, A., & Neumark-Sztainer, D. (2020). A yoga-based therapy program designed to improve body image among an outpatient eating disordered population: Program description and results from a mixed-methods pilot study. *Eating Disorders*, *28*(4), 476–493. https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1740912

Europen Institute of Systemic-relational Therapies, [EIST]. (2020). *Bulimia Nervosa*. https://www.eist.it/bulimia-nervosa/

Fantauzzi, A. (2014). *Di corpo in corpo. Etnografie tra cura e assistenza infermieristica*. CEA.

Fassino, S., Daga, G. A., & Leonbruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore.

Franzoni, E., Gualandi, P., & Pellegrini, G. (2004). *I disturbi del comportamento alimentare.* http://www.medicalsystems.it/wp-content/uploads/2015/10/181_Disturbi-comp_alim.pdf

Gritti, A. (2016). *Psicopatologia dei disturbi del comportamento alimentare dell'età evolutiva*. Idelson-Gnocchi.

Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *Medical Clinics of North America*, *103*(4), 669–680. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.003

Hall, A., Ofei-Tenkorang, N. A., Machan, J. T., & Gordon, C. M. (2016). Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: A pilot study. *Journal of Eating Disorders*, *4*(1), 38. https://doi.org/10.1186/s40337-016-0130-2

Invernizzi, G. (2006). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica* (3. ed.). McGraw-Hill Education.

ISSalute. (2019). *Anoressia nervosa*. https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa

Klein, B., Schuhn, J., & Saur, M. (2009). *Benessere con lo Yoga* (G. Campagna, Trad.; 1. ed.). Giunti Editore S.p.a.

Kramer, R., & Cuccolo, K. (2020). Yoga Practice in a College Sample: Associated Changes in Eating Disorder, Body Image, and Related Factors Over Time. *Eating Disorders*, *28*(4), 494–512. https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1688007

Lagona, S. (2021). *I disturbi del comportamento alimentare. Dall'anoressia al binge eating.* Paese edizioni. https://www.fnac.com/livre-numerique/a16433310/Stefano-Lagona-I-disturbi-del-comportamento-alimentare

Lysebeth, A. V. (1979). *Imparo lo yoga*. Ugo Mursia Editore.

Markus, S. (2020). *Yoga del Respiro NPE* (2.ed.). Macro Edizioni.

Marucci, S., & Dalla Ragione, L. (2007). *L'anima ha bisogno di un luogo. Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*. Tecniche Nuove.

Micheli, E. (2022, febbraio 10). *Yoga e terapia cognitivo comportamentale: Una possibile integrazione*. IPSICO, Firenze. https://www.ipsico.it/news/yoga-e-terapia-cognitivo-comportamentale-una-possibile-integrazione/

Milano, W. (2015). *I disturbi dell'alimentazione. Clinica e terapia*. Giovanni Fioriti Editore.

Ministero della Salute. (s.d.). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10)*. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1929

Ministero della Salute. (2018). *Riabilitazione nutrizionale nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione*. https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=4312&area=nutrizione&menu=vuoto&tab=1

Ministero della Salute. (2021). *Conoscere, affrontare, vincere i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Anoressia, Bulimia…e non solo. Per vivere in armonia il rapporto con cibo, corpo, emozioni.* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_502_allegato.pdf

Ministero della Salute. (2022). *Disturbi dell'alimentazione*. https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=vuoto&tab=1

Ministero della Salute. (2013). Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute*, *17/22*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2561_allegato.pdf

Ministro della Salute. (2017). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*. *29*, 132. https://www.salute.gov.it/portale/quaderni/dettaglioQuaderni.jsp?lingua=italiano&id=2636

National Istitute for Health and Care Excellence, [NICE]. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment | NICE Guidance.* NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations

Nizzoli, U. (2021). *AED sui social media, lettera aperta ai gestori e agli utilizzatori dei social.* PastPresident SISDCA. https://www.sisdca.it/public/pdf/AED-e-social-media-ott-2021.pdf

Oliva, L. (2010). *Corpi uguali storie diverse*. http://www.promositemanageradmin2.com/Files/TELEMEDICINA/Articoli/Libro%20oliva.pdf

Oliva, L. (2022, febbraio 22). *Binge Eating Disorder (fame compulsiva o incontrollata).* https://www.obesita.org/binge-eating-disorder-disturbo-da-fame-compulsiva/

Organizzazione Mondiale della Sanità, [OMS]. (2016). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati-ICD10* (5.ed; Vol.1.). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788894307610-V1-ita.pdf?sequence=108&isAllowed=y

OSC. (s.d.). *Complicanze mediche associate ai disturbi alimentari.* Repubblica e Cantone Ticino. https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/centro-per-i-disturbi-del-comportamento-alimentare/disturbi-alimentari/complicanze-mediche-associate-ai-

disturbi-alimentari/

Pacanowski, C. R., Diers, L., Crosby, R. D., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Yoga in the treatment of eating disorders within a residential program: A randomized controlled trial. *Eating Disorders*, *25*(1), 37–51. https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1237810

Palazzoli, M. S. (2005). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Cortina Raffaello.

Palmiero, M. (2009, agosto). Il binge eating disorder. *NÓOS. Aggiornamenti in psichiatria, 15*(2). https://flore.unifi.it/retrieve/handle/2158/1056906/163557/BEDNoos2009.pdf#page=17

Piccini, F. (2000). *Anoressia, Bulimia, Binge Eating Disorder.* Centro Scientifico Editore.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing Research: Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica.* (1 ed. italiana). McGraw-Hill Education.

Recalcati, M., & Merli, U. Z. (2006a). *Anoressia, bulimia e obesità*. Bollati Boringhieri.

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura.* https://medtriennaliao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche. Vol. I* (II). Sorbona.

Schilder, P. (1988). *Immagine di sé e schema corporeo* (6. ed.). Franco Angeli.

Sengupta, P. (2012). Health Impacts of Yoga and Pranayama: A State-of-the-Art Review. *International Journal of Preventive Medicine*, *3*(7), 444 - 458. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415184/

Touyz, S. W., Polivy, J., & Hay, P. (2010). *Disturbi dell'alimentazione* (L. Pannocchia, Trad.). Giunti Psychometrics.

Wei, M., & Groves, J. E. (2018). *La guida allo yoga della Harvard Medical School. Un programma di 8 settimane elaborato su base scientifica* (F. Cosi & A. Repossi, Trad.). Mondadori.

Wood, G. L., Haber, J., & Palese, A. (2004). *Metodologia della ricerca infermieristica* (5.ed.). McGraw-Hill Education.

Questa pubblicazione *“La percezione dell’immagine corporea nei Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione: lo yoga come terapia”,* scritta da *Gaia Vigoni,* è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.