- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 88.35.39.73 Mon, 23 Oct 2017, 17:53:46

Tabella 1. Classificazioni per i disturbi delle condotte alimentari.

DSM-5 (6-età adulta)	ICD-10 (3-età adulta)	Great Ormond Street Criteria (3-18aa)	Irene Chatoor (0-3aa)	Hilde Bruch (3-18aa)
Pica	Peso corporeo almeno del 15% al di sotto di quello atteso	Disturbo emotivo di rifiuto del cibo	Problemi nutrizionali per disturbi di regolazione intestinale	Obesità come difetto dell'adattamento
Disturbo da ruminazione	Perdita di peso autoindotta (vomito, purghe, esercizio fisico, uso di farmaci)	Bulimia nervosa	Rifiuto nevrotico per disturbi dell'attaccamento	Comportamento alimentare caotico, con alternanze fra drastici digiuni e abbuffate
Disturbo evitante/ restrittivo	Distorsione dell'immagine corporea	Disfagia funzionale	Avversione neuro-sensoriale verso il cibo	DCA come condizioni multiformi che rappresentano complessi sintomatici diversi
Anoressia nervosa	Presenza di disfunzione endocrina, amenorrea	Rifiuto pervasivo del cibo	Rifiuto di cibo secondario	
Disturbo da binge-eating	Anoressia atipica	Alimentazione selettiva	Rifiuto post-traumatico	
Disturbo dell'alimentazione e nutrizione con altra specificazione		Anoressia nervosa		
Disturbo dell'alimentazione e nutrizione NAS		Iperalimentazione compulsiva		

interattiva della specie umana, e del ruolo di regolatori biologici svolto dai processi relazionali precoci durante lo sviluppo individuale, sulla base di evidenze scientifiche che provengono da ambiti disciplinari diversi[5].

Se osserviamo lo sviluppo dei quadri clinici dei DCA e dei DB da questo punto di vista, attraverso un metodo d'indagine che si fonda su un'epistemologia evolutiva e processuale, potremmo ipotizzare un *continuum* tra le due patologie che ha come punto di riferimento la disregolazione emotiva.

Le emozioni costituiscono processi centrali nelle attività del cervello e le capacità dell'individuo di organizzare le proprie emozioni – abilità che derivano almeno in parte dalle precoci esperienze di attaccamento/distacco – influenzano direttamente le modalità con cui la mente integra le varie esperienze e reagisce a successive situazioni di stress[31-34]. I diversi meccanismi che la mente, in quanto sistema complesso, utilizza per coordinare e organizzare le sue attività costituiscono i processi di autoregolazione: quest'ultima è strettamente legata alla modulazione delle emozioni[33,34]. Questo processo prevede la regolazione dei flussi di energia e d'informazioni attraverso la modulazione degli stati di arousal e l'attribuzione di significati alle rappresentazioni cognitive derivate dalle esperienze. La regolazione delle emozioni si sviluppa inizialmente nell'ambito delle relazioni interpersonali, e si evolve nel corso della filogenesi, come della ontogenesi, in un complesso processo di autorganizzazione che porta ad acquisire la capacità di organizzazione del Sé.

L'abilità di modulare le emozioni e i relativi stati di attivazione attraverso i cosiddetti "processi di regolazione affettiva" svolge un ruolo cruciale nelle attività interne dell'individuo e molte patologie psichiatriche possono essere viste come disturbi di tali processi di regolazione[35]. Per questa ragione, approcci terapeutici diretti ai vari livelli di attività del cervello e della mente possono essere essenziali per aiutare l'individuo a raggiungere forme di autoregolazione più equilibrate e funzionali, e la relazione terapeuta-paziente può in questo senso fornire "vincoli esterni" – e ormai anche modificazioni biologiche[36,37] – che contribuiscono a modificare le sue capacità e abilità di autorganizzazione. Inoltre, come evidenziato dalla recente letteratura in merito alla disregolazione emotiva, s'iniziano a trovare evidenze significative tra modulazione emotiva e disturbi della condotta alimentare in campioni di pazienti che presentano disturbi psicopatologici[38,39].

Tenendo presenti queste considerazioni, utilizzando l'approccio cognitivo sistemico post-razionalista, il DCA e, molto spesso, il DB sono riconducibili a una tipologia di personalità che, secondo il nostro approccio, chiamiamo "organizzazione del significato personale" (OSP) del tipo disturbo alimentare psicogeno o DCA[28]. La caratteristica distintiva di tale modello organizzazionale è la spiccata tendenza a reagire alla minima perturbazione dell'equilibrio emotivo, in risposta alle perturbazioni percepite come provenienti dall'esterno, con comportamenti abnormi che possono, a seconda della maggiore o minore capacità di astrazione raggiunta dallo sviluppo cognitivo, esitare in un quadro DCA o in un DB. Alla base di tale reazione vi sarebbe una difficoltà di regolazione emotiva della rabbia e della tristezza che si esprimerebbe, a seconda di quanto il sistema biologico sia coinvolto, in un *continuum* psicopatologico, che va da un livello di elaborazione più precoce e così più concreta e quindi più generalizzata a tutte le componenti della personalità nelle polarità maniacali e depressive del DB, a un livello in parte più astratto o più circoscritto a specifici aspetti come nell'organizzazione di un comportamento alimentare abnorme di tipo restrittivo o eccessivo[27,29,30].

Questo lavoro inizia a osservare il DCA in età pediatrica