11/1997

Manuale

Intervista Strutturata per l'Anoressia e la Bulimia Nervosa (SIAB-EX)

Terza Edizione Riveduta, 9/1997,
con modifiche per lo Studio della Bulimia Nervosa della Price Foundation

1. Presentazione generale dell'intervista (le parti relative al punteggio sono state tolte)
2. Pubblicazioni sulla SIAB
3. Definizioni, operazionalizzazioni e casi clinici esemplificativi per ciascun item della SIAB-EX

Per contatti:
Prof. Dr. Manuel Fichter
Dipartimento di Psichiatria
Università di Monaco
Nussbaumstrasse 7
80336 Monaco
Germania
Fax: Germania (8051) 683-532

Letteratura:

Fichter MM, Elton M, Engel K, Meyer A-E, Mall H &Poustka F (1991). Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): Development of a New Instrument for the Assessment of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 10, 571-592.

Fichter, M. M., Herpertz, S., Quadflieg, N. & Herpertz-Dahlmann, B. (1998). Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10: Updated (third) revision. International Journal of Eating Disorders 24, 227-249.

Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2000). Comparing self- and expert rating: A self-report screening version (SIAB-S) of the Structured Interview for Anorexic and Bulimic Syndromes for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 250, 175 - 185.

Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2001). The Structured Interview for

Anorexic and Bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): Reliability and validity. European Psychiatry 16, 38 - 48.

Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2001). Das Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Ess-Störungen nach DSM-IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung (SIAB-EX) und dazugehöriger Fragebogen zur Selbsteinschätzung (SIAB-S). (The Structured Interview for Anorexic and Bulimic eating disturbances according to DSM-IV and ICD-10 for Expert rating (SIAB-EX) and the corresponding questionnaire for Self-rating (SIAB-S). Verhaltenstherapie 11, 314-325.

Fichter, M. & Quadflieg, N (2003). Diagnostica e valutazione psicologica dei disturbi della condotta alimentare mediante l'applicazione del SIAB secondo DSM-IV e ICD-10. NOOS, 1, 27-47.

copyright Manfred Fichter

n.d.t. Quando si parla di pazienti, per evitare l'uso di entrambi i generi si è deciso di usare sempre il femminile, dato che i disturbi alimentari sono presenti soprattutto tra le donne.

1. Presentazione generale dell'Intervista Strutturata per i Disturbi di Anoressia e Bulimia Nervosa (SIAB-EX)

1.1 Introduzione

Ai valutatori della Price Foundation: Leggete con attenzione le parti in grassetto dell'Introduzione.

Negli ultimi dieci anni è stato fatto un notevole progresso in psichiatria nella metodologia di valutazioni e classificazioni diagnostiche valide e attendibili. Sono state messe a punto interviste (semi-) strutturate per la valutazione della psicopatologia generale quali la Present State Examination (PSE) di Wing, Cooper & Sartorius (1974 a, b), la The Diagnostic Interview Schedule di Robins et al. (1981, 1982), e la Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnosis (SCID) di Spitzer et al. (1987). Attraverso domande standard, un manuale con definizioni ed esempi clinici, e somministratori che abbiano seguito un training, le interviste di questo tipo aiutano ad aumentare l'attendibilità dell'identificazione dei sintomi e della diagnosi.

La ricerca psicologica e biologica sui disturbi alimentari necessita di valutazioni attendibili e valide dei sintomi dettagliati della psicopatologia specifica e generale dei disturbi alimentari. I disturbi alimentari presentano un ampio spettro di psicopatologia (Wilson, 1987). Sono stati pubblicati molti questionari autosomministrati che mirano a rispecchiare accuratamente la gamma dei sintomi. Anche se sono economici, il loro utilizzo è limitato perché le pazienti con disturbi alimentari tendono a nascondere i loro sintomi e perché può essere difficile definire oggettivamente per un'autovalutazione alcuni sintomi, come ad esempio le abbuffate.

Per ovviare a queste limitazioni delle scale di autovalutazione abbiamo sviluppato un'intervista (semi-) strutturata per la valutazione della psicopatologia specifica e generale dei disturbi alimentari. La SIAB si differenzia sotto vari aspetti da altre interviste sui disturbi alimentari, quali l'Eating Disorder Examination (EDE) di Cooper et al. (1989) e il Clinical Eating Disorder Instrument (CEDRI) di Palmer et al. (1987), in quanto copre un ampio spettro di psicopatologia riscontrata di frequente nei disturbi alimentari. A differenza del CEDRI e dell'EDE, la SIAB valuta l'espressione presente e passata dei sintomi, e fornisce le diagnosi per i disturbi alimentari attuali e dell'arco della vita del DSM-IV e dell'ICD 10; infine, per lo sviluppo della SIAB e la costruzione della scala è stato selezionato su base razionale un maggior numero di item clinicamente rilevanti, e sono in seguito stati usati dei metodi analitici fattoriali per la costruzione di altre scale. **L'uso sofisticato della SIAB richiede una preparazione specifica basata su un manuale e se possibile un training con l'utilizzazione di videocassette prevalutate.** Gli obiettivi della costruzione dell'Intervista Strutturata per l'Anoressia e la Bulimia Nervosa (SIAB) sono stati i seguenti:

1. sviluppare un'intervista (semi-) standardizzata per la psicopatologia specifica e generale per la valutazione dei disturbi alimentari, che possa essere usata da professionisti preparati;
2. disegnare un'intervista con domande standard e attendibilità stabilite (consistenza interna, attendibilità tra giudici), per la quale i sintomi siano definiti in maniera esplicita in un manuale dettagliato;
3. esplorare la struttura interna delle scale usando metodi statistici standardizzati (analisi delle componenti principali con la rotazione varimax);

4. stabilire la validità attraverso il confronto con i risultati di altri strumenti valutati da un esperto o dell'autovalutazione; e
5. disegnare uno strumento che permetta una classificazione polidiagnostica diretta secondo l'ICD 10 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1987), il DSM-III-R (Associazione Psichiatrica Americana, 1987), e il DSM-IV (Associazione Psichiatrica Americana, 1994).

La Scala della Psicopatologia (SIAB-EX) può essere utilizzata con o indipendentemente dalla Structured Interview for Family Interactions in Eating Disorders (SI-FAM, in precedenza SIAB-FAM) (Fichter et al. 1991). Per la Scala della Psicopatologia (SIAB-EX - quarta edizione riveduta) le analisi delle componenti principali (PCA) con la rotazione varimax hanno prodotto le sei seguenti componenti per la valutazione dell'arco della vita: 1. Immagine Corporea e Ideale di Magrezza; 2. Depressione, Compulsioni, Ansia; 3. Sessualità e Integrazione Sociale; 4. Sintomi Bulimici; 5. Misure per contrastare il Peso, Abuso di Sostanze, Digiuno; 6. Abbuffate Atipiche. Per la valutazione del periodo attuale sono state trovate le seguenti componenti: 1. Immagine Corporea e Ideale di Magrezza; 2. Depressione e Integrazione Sociale; 3. Sessualità; 4. Sintomi Bulimici; 5. Misure per contrastare il Peso, Abuso di Sostanze, Digiuno; 6. Abbuffate Atipiche. Il contenuto dell'intervista SIAB-EX è paragonabile a quello di alcune importanti scale di autovalutazione usate per la valutazione dei disturbi alimentari, quali l'Eating Disorder Inventory (EDI) di Garner et al. (1983) e l'Anorexia Nervosa Inventory for Self-Rating (ANIS) di Fichter & Keeser (1980). Spazia da sintomi specifici per i disturbi alimentari (digiuno, abbuffate, vomito) a sintomi psicopatologici frequentemente associati ai disturbi alimentari, quali pensieri depressivi, ansie e compulsioni. Studi sul decorso dei disturbi alimentari di anoressia e bulimia hanno mostrato che di solito le pazienti con un grado più elevato di psicopatologia generale e con i criteri per un disturbo alimentare maggiore hanno un decorso della malattia meno favorevole. Quindi non è sufficiente ottenere solo dati riguardanti la patologia alimentare. Negli studi sui disturbi alimentari spesso non è possibile usare interviste estensive più lunghe sulla psicopatologia generale, come CIDI, SCID, o SCAN.

Fichter e colleghi (1991) hanno descritto in dettaglio i risultati dell'analisi fattoriale della seconda edizione riveduta della SIAB-EX. Da allora la SIAB-EX è stata ampliata e adattata ai criteri diagnostici del DSM-IV. La numerazione degli item è cambiata rispetto alla quarta edizione riveduta. La vecchia numerazione è data in parentesi. Attualmente si stanno facendo degli studi in molti centri e si sta preparando una pubblicazione sulla struttura fattoriale della quinta edizione riveduta della SIAB-EX. Questo manuale contiene la nuova struttura fattoriale calcolata nel 1996 (quinta edizione riveduta 11/1996). Attenzione: i numeri degli item differiscono da quelli della quarta e delle precedenti versioni rivedute. Verranno forniti anche dati supplementari alla pubblicazione del 1991 circa le analisi degli item, la coerenza interna degli item, l'attendibilità tra i giudici, e la validità.

La SIAB-EX copre la principale psicopatologia specifica e generale riscontrata nei disturbi alimentari.

<u>La SIAB-EX copre le seguenti aree</u>:

ARCO DELLA VITA	Numero del fattore della SIAB-EX	PRESENZA
1/2 - Storia del peso	I	I
3 - Orientamento interno alla realizzazione	I	I
- Ansie	II	II
- Fobie	II	II
- Disturbi del sonno	II	II
4 - Paura di aumentare di peso o di ingrassare - Fobia del peso	I	I
- Peso più basso preferito	-	-
5 - Peso più basso mai preferito	-	-
6 - Dipendenza dell'autostima dall'aspetto fisico e dal peso	I	I
7 - Dieta o digiuno - Riduzione quantitativa del cibo	V	V
8 - Evitamento di cibo che ingrassa e alimentazione selettiva - Riduzione qualitativa del cibo	I	I
9 - Limiti all'apporto calorico	I	I
10 - Masticare e sputare il cibo	I	I
11 - Rigurgitare il cibo	I	I
12 - Distorsioni dell'immagine corporea	I	I
13 - Negazione dei pericoli del sottopeso per la salute	I	I
14, 15, 16 - Ciclo mestruale	I	I
- Abbuffarsi	-	-
17 - Abbuffarsi - oggettivamente	IV	IV
18 - Abbuffarsi - soggettivamente	IV	IV
19 - Decorso delle abbuffate nel tempo	IV	IV
20 - Frequenza media di abbuffate marcate in un periodo di 3 mesi	IV	IV
21 - Frequenza di abbuffate marcate in un periodo di 6 mesi	-	-
22 - Abbuffate che si verificano almeno due giorni alla settimana	-	-
23 - Perdita di controllo sul mangiare	IV	IV
24 - Caratteristiche degli episodi di alimentazione incontrollata	-	-
25 - Sensazioni di disagio riguardo all'alimentazione incontrollata	IV	IV
27 - Abbuffate atipiche	VI	VI
28 - Sensazione di pienezza piacevole dopo le abbuffate	VI	VI
29 - Numero medio di abbuffate atipiche marcate	VI	VI
30 - Frequenza di abbuffate atipiche marcate in un periodo di 6 mesi	-	-
31 - Mangiava più del solito quando si sentiva stressata o sotto pressione?	VI	VI
26 - Voglia irresistibile di cibo	IV	IV
32 - 42 - Misure per contrastare l'aumento di peso		
32 - Vomito autoindotto	IV	IV
34 - Abuso di lassativi	V	V
35 - Diuretici	V	V
36 - Soppressori dell'appetito	V	V
37 - Farmaci per aumentare il metabolismo della tiroide	V	V

38 - Per chi ha il diabete: Trascurare la cura con l'insulina		-	-
39 - Digiuno eccessivo		V	V
40 - Esercizio fisico eccessivo		I	I
41 - Enteroclismi		V	V
42 - Ipecacuana		V	V
43 - Frequenza di misure per contrastare l'aumento di peso		-	-
44 - Peso più basso durante l'uso di misure per contrastare l'aumento di peso		-	-
45 - Tipo di misure per contrastare l'aumento di peso	-	-	
46 - Presenza simultanea dei criteri per l'Anoressia Nervosa			
47 - Specificazione del tipo di Anoressia Nervosa		-	-
48 - Criteri per la Bulimia Nervosa			
49 - Presenza simultanea di episodi anoressici e bulimici		-	-
50 - Presenza simultanea dei criteri per l'Alimentazione Incontrollata			
- Menomazione oggettiva a scuola/al lavoro/in casa		III	II
51 - Età all'esordio del disturbo alimentare		-	-
33 - Stitichezza		I	I
- Controllo ossessivo-compulsivo		II	II
- Ossessioni per la pulizia		II	II
- Pensieri ossessivi		II	II
52 - Comportamento compulsivo riguardo al cibo o al mangiare		I	I
53 - Preoccupazione per il cibo e il mangiare	I	I	
54 - Preoccupazione per la magrezza del corpo, l'aspetto fisico e il peso	I	I	
- Sensazioni di inadeguatezza personale e di impotenza		II	II
- Percezione ridotta degli stimoli interni		III	I
- Umore depresso	II	II	
- Pensieri irrazionali, depressivi, e schemi cognitivi disfunzionali			
(- pensiero dicotomico - ipergeneralizzazione)		II	II
- Ridotta fiducia in se stessi nella performance		II	II
- Riduzione dell'autostima		II	II
- Pensieri suicidari		II	II
- Atti suicidari		II	II
- Altri comportamenti autolesionostici		II	V
55 - Uso/abuso di alcol		V	V
56 - Tranquillanti con potenziale di dipendenza		V	II
57 - Droghe illegali		V	V
- Corteggiamento		-	-
58 - Riduzione del desiderio sessuale		III	III
- Ansie sessuali		III	III
- Relazione con il partner		III	III
- Comportamento sessuale	III	III	
- Attività del tempo libero		III	II
- Grado di contatti sociali fuori dalla famiglia		III	II
- Qualità dei contatti sociali/confidenti		III	II
- Ritiro sociale ed evitamento dei contatti		III	II
- Negazione della malattia	III		

59 - Valutazione globale dei sintomi associati al disturbo alimentare	III	IV
60 - Diagnosi differenziale e disturbi associati	-	-
61 - Malattie fisiche di rilievo	-	-
62 - Farmaci psicotropi prescritti	-	-

La metodologia della costruzione della scala e i dati concernenti l'attendibilità e la validità sono stati riportati altrove (Fichter et al., 1990; Fichter et al., 1991). La quinta edizione riveduta dell'Intervista Strutturata per l'Anoressia e la Bulimia Nervosa (SIAB-EX) contiene gli item delle sei componenti (fattori), gli item aggiuntivi necessari per la classificazione diagnostica dell'ICD 10, del DSM-III-R o del DSM-IV, e gli item aggiuntivi utilizzabili per gli sviluppi futuri di questo campo. Nella versione per la Price Foundation vengono usati solo i fattori I, IV, V, VI.

Se l'item è essenziale per la classificazione diagnostica del DSM-IV (D), dell'ICD 10 Clinical Criteria (I) e dell'ICD 10 Research Criteria (IR), gli item dell'intervista contengono codici per i quali si possono avere le informazioni. Gli item non direttamente pertinenti alla classificazione diagnostica del DSM-IV o dell'ICD 10 non hanno questa codificazione. **Gli item contenuti in una delle sei componenti della SIAB-EX sono contrassegnati con FL1, FL2, FL3, FL4, FL5, FL6 per la struttura dell'arco della vita, e con FC1, FC2, FC3, FC4, FC5, FC6 per la struttura attuale**. Questo dà la possibilità a chi usa l'intervista di calcolare facilmente i punteggi totali per ciascuno dei sei fattori SIAB, sommando i punteggi che la paziente totalizza per ciascun fattore per la condizione attuale (ultimi tre mesi) o per l'arco della vita.

Di solito un item consiste della domanda principale obbligatoria (ad esempio: "E' stata a dieta o ha ridotto l'apporto di cibo negli ultimi tre mesi o negli anni passati?"). Se il sintomo o il problema non è o non è stato per niente presente, passate alla domanda successiva; se ci sono delle indicazioni che il sintomo o il problema può essere stato o è presente, usate le domande supplementari e, se necessario, andate più a fondo per riuscire a dare un giudizio (ad esempio: "Contava le calorie? Cercava di mangiare il meno possibile o meno di quanto sarebbe stato necessario al suo corpo per mantenere un peso stabile? Rimaneva a dieta o digiunava il più a lungo possibile durante il giorno, o mangiava solo alla sera?"). L'obiettivo è di condensare le informazioni ottenute nell'intervista. Per questo chi fa l'intervista deve mettere assieme in un'unica valutazione diverse informazioni. Per esempio nella domanda sull'abuso di lassativi l'intervistatore deve tener conto di possibili negazioni da parte della paziente, della frequenza di questo abuso, del tipo di lassativo usato e del dosaggio, prima di dare una valutazione all'"uso di lassativi". Dovrebbe tener conto di tutte le informazioni ottenute durante l'intervista, compresi gestualità, espressione facciale, intonazione, e ciò che viene detto tra le righe. Alcune pazienti con disturbi alimentari tendono a negare molto, mentre altre possono esagerare. La SIAB-EX non è una scala di autovalutazione, ma la scala di valutazione di un esperto. (E' disponibile anche una versione per l'autovalutazione.) L'intervistatore esperto dovrebbe quindi filtrare le informazioni che ottiene dalla paziente e valutarle su basi oggettive, basate sulle definizioni, descrizioni, e operazionalizzazioni descritte nella parte che segue. Ogni item dovrebbe essere valutato globalmente e codificato nella colonna dei codici sulla destra.

La sezione seguente è stata modificata in modo significativo.

Per la maggior parte degli item vengono valutate dall'intervistatore esperto la situazione attuale (se il sintomo è stato presente negli ultimi tre mesi) e l'espressione massima del sintomo "nell'arco della vita". La valutazione relativa all'arco della vita riguarderà ordinariamente il periodo che va dalla prepubertà al momento dell'intervista. Per questa versione si valuterà solo l'espressione massima nell'arco della vita. Non verrà presa in considerazione la situazione attuale dei sintomi individuali. La valutazione retrospettiva dei sintomi e delle aree problematiche richiede un'indagine attenta e abile da parte dell'intervistatore. In ogni domanda egli deve chiedere esplicitamente quale è stata (nell'arco della vita) l'espressione massima del sintomo o dell'area problematica. Tenete presente che le valutazioni richiedono l'espressione sintomatica massima, non quella media!

Per la maggior parte degli item i risultati sono codificati su una scala a cinque punti, da 0 (sintomo/area problematica non presente) a 4 (sintomo/area problematica molto gravemente presente). Di solito la scala è definita come segue:

0 = sintomo/area problematica non presente
1 = sintomo/area problematica lievemente presente
2 = sintomo/area problematica marcatamente presente
3 = sintomo/area problematica gravemente presente
4 = sintomo/area problematica molto gravemente presente

Quando un item non si applica (ad esempio amenorrea nei maschi) codificate 8. Per i dati mancanti codificate 9.

I disturbi dell'Asse 1 non vengono valutati in questa versione, perché vengono analizzati dalla SCID-I.

La valutazione dei sintomi dovrebbe essere descrittiva e non soggettiva. Se ad esempio la paziente mostra umore e pensieri depressi, la gravità dei sintomi depressivi dovrebbe essere codificata indipendentemente dalle idee circa l'origine dei sintomi depressivi (depressione reattiva, depressione endogena). Solo se l'intervistatore ha motivo di credere che la paziente non stia dicendo la verità (esagerando o negando un sintomo della cui presenza vi sono prove) dovrebbe valutare la gravità oggettiva più probabile dei sintomi. Con le pazienti che negano o esagerano la sintomatologia si dovrebbero usare le informazioni raccolte da altre persone (genitori, partner, membri dello staff) per acquisire dati il più possibile veritieri. Come descritto in precedenza, un sintomo può avere diverse dimensioni (frequenza, durata, intensità) che devono essere integrate dall'intervistatore in un punteggio riassuntivo. Tuttavia i sintomi (pensieri depressivi, ansie) non dovrebbero essere confusi con il grado di menomazione sociale, che viene valutato separatamente.

Alla fine della SIAB-EX viene chiesto all'intervistatore di valutare se sono o erano presenti una sindrome cerebrale organica, una psicosi schizofrenica o schizoaffettiva, o una malattia fisica di rilievo. La valutazione di queste domande è necessaria per una diagnosi positiva di un disturbo alimentare maggiore. Se ci sono dei dati sulla presenza attuale o passata di una sindrome cerebrale organica, di una psicosi schizofrenica o schizoaffettiva, o di una malattia fisica di rilievo, indagate in dettaglio e distinguete la relazione di questa condizione col disturbo alimentare. Il disturbo alimentare è legato in maniera causale

all'altra malattia mentale o fisica o è copresente? Alcuni dei problemi che la paziente riporta sono una causa o una conseguenza del disturbo alimentare?

1.2 Analisi dei risultati dell'intervista: Questa sezione è stata tolta. Se siete interessati all'analisi dei risultati potete richiedere il manuale completo.

4. Bibliografia

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revision (DSM III-R). American Psychiatric Press, Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IVth Revision (DSM IV). American Psychiatric Press, Washington, D.C.

Engel K, Höhne D (1989 a). Prävalenz anorektischen Verhaltens in einer Normalpopulation. Eine epidemiologische Untersuchung und ihre Schlußfolgerungen für die Ätiologie und Behandlung der Anorexia nervosa. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 35, 117 - 129.

Fichter MM, Keeser W (1980). Das Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences), 228, 67 - 89.

Fichter MM, Elton M, Engel K, Meyer AE, Mall H, Poustka F (1991). Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): Development of a New Instrument for the Assessment of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 10, 5, 571 - 592.

Garner DN, Olmstead MP, Polivyj (1983). Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 14 - 34.

Hammer LD, Kraemer HC, Wilson DM, Ritter PL, Dornbusch SM (1991). Standardized percentile curves of body mass index for children and adolescents. American Journal of Diseases of Children, 145, 259 - 263.

Hebebrand J, Himmelmann GW, Heseker H, Schäfer H, Remschmidt H (1994). Percentiles for the body mass index based on data of the German National Nutrition Survey and a review of relevant factors with an influence on body weight. Aktuelle Ernährungsmedizin, 15, 247 - 252.

Hebebrand J, Himmelmann GW, Heseker H, Schäfer H, Remschmidt H (1996). Use of Percentiles for the Body Mass Index in Anorexia Nervosa: Diagnostic, Epidemiological, and Therapeutic Considerations. International Journal of Eating Disorders, 19, 4, 359 - 369.

Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its History, Characteristics and Validity. Archives of General Psychiatry, 38, 381 - 389.

Robins LN, Helzer JE, Ratcliff KS, Seyfried W (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule. Version II: DSM III Diagnoses. Psychological Medicine, 12, 855 - 870.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID), German Translation by Wittchen HU, Zaudig M, Schramm E, Sprenger P, Mombour W, Klug J, Horn R (1987). Strukturiertes klinisches Interview für DSM III-R. Beltz-Verlag, Weinheim.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974 a). The Description and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO System. University Press, London.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974 b). Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and CATEGO Program. Cambridge University Press, London, New York.

World Health Organization (1991). Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders (Including Disorders of Psychological Development). Clinical Description and Diagnostic Guidelines (1986). Draft for Field Trials. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1992). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Glossary and Interview. WHO Publication, Geneva.

2. Definizioni, operazionalizzazioni e casi clinici esemplificativi per ciascun item della SIAB-EX

2.1 Psicopatologia SIAB (SIAB-EX)

1./2. Deviazione dal peso corporeo normale

Calcolate il Body Mass Index (BMI) (o Indice di Massa Corporea, IMC) per la standardizzazione del peso corporeo. Il BMI è attinente alla diagnosi di AN, BN, BED e EDNOS conformemente all'agoritmo informatico. La formula per il calcolo è:

$$\text{BMI} = \frac{\text{peso in kg}}{(\text{altezza in m})^2}$$

Per il <u>peso più basso dell'arco della vita</u> a partire da quando la persona era "adulta" calcolate:

$$\text{BMI} = \frac{\text{il peso più basso mai raggiunto in kg}}{(\text{altezza al tempo del peso più basso in m})^2}$$

In genere viene considerato normale un BMI di 21-23. Esistono tabelle e grafici di studi della popolazione che danno il BMI medio per un certo gruppo di <u>età</u>. Per calcolare la percentuale del sotto/sovrappeso usate il grafico o la tabella relativi come punto di riferimento del "BMI normale" e calcolate la percentuale in cui il peso corporeo del soggetto intervistato devia da questo (per esempio 15% sotto il peso medio (BMI), sì/no).

Consigliamo chi usa l'intervista di tenere in considerazione il genere e l'età al momento di calcolare l'indice di massa corporea. Ci sono grafici e tabelle che possono essere usati a tale scopo. Hebebrand et al. (1994, 1996) hanno pubblicato norme (percentili) distinte per maschi e femmine per un vasto campione tedesco, e Hammer et al. (1991) hanno fatto lo stesso per un ampio campione di adolescenti nordamericani. Tenere presenti l'età e il genere nel calcolo della percentuale della deviazione dal peso normale porterà a stime più accurate del peso. Si raccomanda questa procedura nella SIAB-EX.

In alcuni casi il peso normale specifico di un certo individuo può essere indagato in una storia dettagliata del peso, ma nella pratica clinica questo frequentemente non è possibile.

Bibliografia

Hammer LD, Kraemer HC, Wilson DM, Ritter PL, Dornbusch SM (1991). Standardized percentile curves of body mass index for children and adolescents. American Journal of Diseases of Children, 145, 259 - 263.

Hebebrand J, Himmelmann GW, Heseker H, Schäfer H, Remschmidt H (1994). Percentiles for the body mass index based on data of the German National Nutrition Survey and a review of relevant factors with an influence on body weight. Aktuelle Ernährungsmedizin, 15, 247 - 252.

Hebebrand J, Himmelmann GW, Heseker H, Schäfer H, Remschmidt H (1996). Use of Percentiles for the Body Mass Index in Anorexia Nervosa: Diagnostic, Epidemiological, and Therapeutic Considerations. International Journal of Eating Disorders, 19, 4, 359 - 369.

3. Orientamento interno alla realizzazione

Domande: Quale era la sua **occupazione principale?** E la sua **occupazione attuale? Quanto brava era a scuola, al lavoro o in casa? Quanto era soddisfatta delle sue realizzazioni? Quanto dipendeva la sua autostima dai risultati ottenuti a scuola, al lavoro, ecc?**
Domande supplementari: Faceva ore straordinarie al lavoro o passava molto tempo a fare i compiti? Ogni quanto? Era orgogliosa quando otteneva un buon risultato? Come si sentiva quando lasciava le cose da finire? Come si sentiva quando falliva? In che misura la toccava il fallimento (per esempio, si sentiva afflitta per un lungo periodo di tempo)? C'era qualche altro settore della vita che risentiva di questo suo rimanere tanto tempo al lavoro/a scuola? C'erano altre aree oltre al lavoro o alla scuola in cui per lei era molto importante fare bene le cose?

<u>Definizione</u>: Al fine di avere una base per la valutazione di questo item chiedete al soggetto cosa sta facendo (scuola, lavoro, casa) e quanto bene riesce a realizzare i compiti in queste aree e quanto soddisfatto è dei suoi risultati. E' utile esaminare esempi e fatti specifici. Lavora molte ore? Se va a scuola o all'università studia molto, anche alla sera, durante i fine settimana e le vacanze? Un altro livello che si dovrebbe tener presente è il modo in cui il soggetto percepisce i suoi risultati. La soddisfazione che riferisce per le proprie realizzazioni è spesso indicativa dell'orientamento interno alla realizzazione. Un grande risultato non equivale necessariamente ad un grande orientamento interno alla realizzazione. Si può presumere che questo orientamento sia presente quando il soggetto fa molto per realizzare ciò che realizza. Se ci sono grandi risultati solo sotto pressione esterna, l'orientamento interno alla realizzazione può non essere necessariamente presente, ma essere nascosto o mascherato. Un altro suo aspetto è la motivazione che sta alle spalle. Il soggetto fa molti sforzi per ottenere il riconoscimento degli altri? In tal caso l'orientamento interno alla realizzazione verrebbe considerato presente.

Alcune persone possono riferire di aver conseguito dei risultati soltanto per adempiere al proprio dovere. Ulteriori indagini chiariranno se stanno solo facendo il loro dovere o se hanno accumulato molti doveri e responsabilità per ottenere in tal modo un riconoscimento diretto o indiretto, che può aumentare la loro autostima (indicazione della presenza dell'orientamento interno alla realizzazione). Alcune persone possono lavorare molto a causa di tratti ossessivo-compulsivi. Il perfezionismo può essere collegato con l'orientamento interno alla realizzazione ma non necessariamente. Nel paragrafo che segue vengono date le linee guida per le valutazioni su una scala da 0 a 4.

Le persone possono non mostrare un maggiore orientamento interno alla realizzazione e un desiderio di super-realizzazione nei settori usuali (scuola o lavoro), ma possono avere dei settori di interesse molto

specifici, in cui mostrano un grande orientamento interno alla realizzazione. Per esempio è possibile che uno studente non sia interessato ai voti ma abbia un grande orientamento interno alla realizzazione e un desiderio di super-realizzazione come ciclista. In questo caso l'orientamento interno alla realizzazione sarebbe decisamente valutato come presente. La valutazione della grandezza di tale orientamento dipenderebbe dalla intensità dell'input nell'area specifica di interesse, dalla dipendenza dell'autostima dalla riuscita in questo settore, e dalla interferenza con altre aree significative della vita.

Codice 0 = Nessun segno di aumentato orientamento alla realizzazione. La persona è molto soddisfatta dei suoi risultati. Anche le persone che mostrano un orientamento interno alla realizzazione sotto la norma dovrebbero essere codificate 0. Le persone di questo gruppo evidenziano solo una irritazione lieve o passeggera in seguito al fallimento.

Codice 1 = Lieve aumento dell'orientamento alla realizzazione. La persona fa un po' più del solito o del necessario (ad esempio a volte, un paio di giorni al mese, si ferma di più al lavoro e cerca di fare il lavoro molto bene). Può gestire con facilità l'orientamento interno alla realizzazione che è leggermente elevato e non ha grandi problemi nel lasciare a volte le cose da finire. Il fallimento ha solo effetti lievi.

Codice 2 = Marcato aumento dell'orientamento alla realizzazione. La persona lavora più del necessario piuttosto frequentemente (per esempio lavora oltre l'orario normale circa un giorno alla settimana). L'autostima dipende in un certo qual modo dall'aver realizzato qualcosa di valido o dall'aver ottenuto riconoscimenti per la buona riuscita. La persona rivela un input marcatamente aumentato nel lavoro o in settori legati alla realizzazione, e altre aree (ad esempio la vita di famiglia) ne risentono discretamente. Il fallimento influenza la percezione di sé, l'umore o l'autostima e non può essere affrontato del tutto facilmente.

Codice 3 = Forte aumento dell'orientamento alla realizzazione. La persona lavora molto più del necessario (per esempio fa ore straordinarie regolarmente due o tre giorni alla settimana; si sente la coscienza sporca quando non lavora, ossia alla sera, nei fine settimana, durante le vacanze; si offre volontaria al lavoro per i fine settimana o anche durante le ferie senza che vi sia una reale necessità esterna). L'autostima dipende molto da quanto realizza. Raramente è soddisfatta dei suoi risultati. Altri settori della vita chiaramente risentono dell'elevato input in aree importanti per l'autostima e la realizzazione. Il non riuscire ad avere dei risultati tocca duramente l'autostima e l'umore e non è facile da gestire.

Codice 4 = Fortissimo aumento dell'orientamento alla realizzazione. La persona ci mette quasi sempre molto sforzo e tempo per realizzare qualcosa (ad esempio lavora oltre l'orario normale quasi tutti i giorni feriali; ha sacrificato le vacanze per lavorare in qualche area legata alle realizzazioni; lavora regolarmente non solo i giorni feriali ma anche nei fine settimana e nelle vacanze). L'autostima dipende molto dall'aver realizzato qualcosa. La persona non è quasi mai contenta dei suoi risultati e ha gravi problemi nel gestire l'aumentato carico di lavoro derivante dal grande orientamento alla realizzazione. Altri settori della vita risentono gravemente dell'intenso input nel lavoro e dell'orientamento alla realizzazione. La persona difficilmente può fare qualcosa senza la pressione a realizzare. L'autostima e l'umore sono molto influenzati dai fallimenti. Le esperienze fallimentari portano a lunghi periodi di irritazione e disagio.

4. (7.) Paura di aumentare di peso o di ingrassare (Fobia del peso)

DSM-IV - AN - B : Paura intensa di aumentare di peso o ingrassare, anche se sottopeso. Perdita di peso autoindotta con l'evitamento di "cibo che ingrassa"

I-AN-3b
I-BN-3a
IR-AN-C2: Autopercezione di essere troppo grassa, con una paura intrusiva della grassezza
IR-BN-D2: Autopercezione di essere troppo grassa, con una paura intrusiva della grassezza (che di solito porta al sottopeso)

Domande: Nei momenti in cui era particolarmente preoccupata per la magrezza del suo corpo, come si sarebbe sentita se fosse aumentata di 3 - 5 kg nel giro di tre mesi? Sarebbe andata in ansia o sarebbe stata presa dal panico?
Domande supplementari: Come si sarebbe sentita se fosse aumentata solo di mezzo chilo o di un chilo nel giro di tre mesi? Che cosa faceva per gestire questa ansia (per esempio aumentava l'attività fisica o diminuiva l'apporto di cibo o si purgava)?
Intervistatore: Ci sono indicatori di un comportamento fobico nei riguardi del peso?

Definizione: L'item mira alle paure irrazionali, a volte a livello di panico, di aumentare di peso o ingrassare dei soggetti anoressici, bulimici e con altri disturbi alimentari. Nell'anoressia nervosa questa "fobia del peso" può esistere anche quando il peso corporeo è molto basso. Quando il soggetto nega i sintomi del disturbo alimentare o quando prevalgono le preoccupazioni per le richieste sociali, questo item può non essere molto facile da indagare. Tuttavia è un item fondamentale per la caratterizzazione dei disturbi alimentari ed è cruciale per ottenere qualche idea della presenza o meno attualmente o in passato della "fobia del peso". A volte il sintomo può essere nascosto anche per la paziente che è disposta a parlare con sincerità. Ad esempio per una paziente sottopeso con AN, che ha mantenuto il suo peso stabile a 32 kg e con il quale si è sentita a suo agio, la domanda diretta: "Ha paura di ingrassare?" potrebbe avere come risposta un no, perché non sta subendo alcuna pressione ad aumentare di peso. Quando alla stessa paziente si chiede se aveva paura di aumentare di peso allorché la famiglia o il medico le facevano pressione perché mettesse su 5 kg o più, la risposta potrebbe essere: "Sì, moltissimo". Nella valutazione di questo item si deve tenere conto del peso corporeo reale (obesità, peso normale, sottopeso). Se la persona è gravemente sottopeso conseguentemente all'anoressia nervosa, questo di solito indica che ci può essere un grado elevato di "fobia del peso". D'altro lato un malato di cancro sottopeso non avrà timori di aumentare di peso. Inoltre, dal momento che non siamo sicuri se l'anoressia nervosa con sottopeso e la "fobia del peso" siano realmente collegate in tutte le pazienti anoressiche delle diverse culture, il peso corporeo e la paura di aumentare di peso dovrebbero essere considerati e valutati separatamente. A volte la "fobia del peso" diventa evidente solo dopo un periodo di aumento significativo del peso (probabilmente sotto pressione terapeutica). Nelle persone in sovrappeso si dovrebbero usare raramente le valutazioni 2, 3 o 4, dal momento che è improbabile che la paura di aumentare di peso sia estremamente alta a meno che la persona non tenda ad usare misure compensatorie, come il vomito, ecc.

Codice 0 = Nessuna paura di aumentare di peso.

Codice 1 = Lieve paura di aumentare di peso. Aumentare di un paio di chili in due settimane causerebbe qualche disagio ma non paure marcate o intense. La persona ha fiducia nelle sue capacità e nel suo metabolismo per controllare e mantenere il peso. Se per qualche ragione risulta inevitabile un moderato aumento di peso (ad esempio per gli effetti collaterali di un farmaco triciclico), la persona proverebbe disagio per l'aumento del peso ma non sarebbe spaventata. Potrebbe accettare di aumentare di qualche chilo senza sentirsi terrorizzata o dover cambiare drasticamente stile di vita e abitudini alimentari. In genere non c'è una grande discrepanza tra il peso desiderato e il peso reale.

Codice 2 = Marcata paura di aumentare di peso. Aumentare qualche chilo in due settimane spaventerebbe e se l'aumento di peso si verificasse la persona di norma farebbe qualcosa a questo riguardo per la paura e il disagio provati. Aumentare di peso potrebbe intensificare la preoccupazione per il peso, la magrezza e il mangiare, o potrebbe portare a misure compensatorie (restrizione calorica, dieta, condotta di eliminazione).

Codice 3 = Grande paura di aumentare di peso. Anche un piccolo aumento (ad esempio un chilo) causa paure intense (fobia del peso). Quando ad una anoressica si fanno domande su questo argomento, inizialmente potrebbe reagire dicendo che non le causerebbe alcuna paura aumentare un po' di peso. Tuttavia, andando più a fondo e se nel corso della malattia si verificasse realmente un aumento di peso, potrebbero sorgere paure intense. Queste paure intense di aumentare di peso possono avere come conseguenza la loro aperta espressione, o potrebbero portare a misure compensatorie, come la dieta rigida, l'aumento della condotta di eliminazione o l'aumento dell'attività fisica. Nella persona spaventata dall'aumento del peso i pensieri sono frequentemente concentrati sul peso, sulla magrezza, sulla quantità delle calorie ingerite, ecc. Ci può essere una reazione spontanea alle domande di questo item con espressioni quali: "Aumentare di un chilo o più sarebbe una vera catastrofe".

Codice 4 = Grandissima paura di aumentare di peso. Le paure sono così forti che la persona farà quasi di tutto perché l'aumento di peso non si verifichi. Anche oscillazioni minime (ad esempio 500 grammi) possono causare preoccupazioni eccessive e intensificare le misure per contrastare l'aumento di peso, come dieta rigida, esercizio fisico esagerato o condotta di eliminazione. Mantenere o addirittura ridurre il peso è in genere il problema più importante della vita di un'anoressica. Nella maggior parte dei casi l'autostima è intensamente collegata con la magrezza del corpo. Quando si fanno le domande di questo item, la paziente può mostrare reazioni estreme come: "Se il mio peso aumentasse realmente in modo rilevante, non penso che resisterei; se avessi il coraggio di farlo, potrei uccidermi".

5. (9.) Qual è stato il suo peso più basso che abbia mai preferito?

6. (10.) Dipendenza dell'autostima dall'aspetto fisico e dal peso corporeo

DSM-IV AN-C2: Esagerata influenza del peso o della forma del corpo sull'autostima

DSM-IV BN-D: Autovalutazione esageratamente influenzata dalla forma e dal peso corporeo

Domande: Quanto dipendeva la sua autostima dalla forma del corpo o dal peso?

Domande supplementari: Come si sentiva in genere nei propri confronti quando "si sentiva grassa", rispetto a quando "si sentiva magra"? C'erano altri settori della sua vita da cui poteva trarre il suo senso del valore? Se sì, classifichi l'importanza della forma del corpo e del peso per l'autostima in rapporto a questi altri settori.

Definizione: In molti soggetti la risposta a questo item è strettamente legata alle risposte dell'item 4 (paura di aumentare di peso (fobia del peso)). Si dovrebbero fare domande che rivelino l'associazione esistente tra il mantenimento del peso corporeo/la riduzione del peso corporeo da un lato, e l'autovalutazione e l'autostima dall'altro. Molte persone con disturbi alimentari hanno fatto della magrezza del corpo uno degli aspetti centrali della propria vita. Se realizzano i loro obiettivi si sentono bene, se non lo fanno l'autovalutazione ne è negativamente influenzata. L'item dovrebbe essere valutato in base al grado in cui l'autovalutazione è negativamente influenzata, quando gli obiettivi personali circa la forma del corpo o il peso non vengono raggiunti.

Codice 0 = Nessuna dipendenza insolita o patologica dell'autovalutazione dal peso e dalla forma del corpo.

Codice 1 = L'autovalutazione dipende leggermente dal raggiungimento dei propri obiettivi circa la forma o il peso. Spesso le persone hanno un'immagine ideale di come dovrebbe essere il loro corpo e possono considerare alcune parti (sedere, cosce) più lontane di altre da questo ideale. Anche se la persona fa parecchie cose per perdere peso e avvicinarlo di più alla sua immagine ideale del corpo, le attività scolastiche, lavorative o ricreative in genere non sono influenzate negativamente da questa lieve dipendenza dell'autovalutazione dalla magrezza o dal peso.

Codice 2 = Marcata dipendenza dell'autovalutazione dalla figura (magrezza) o dal peso.

Codice 3 = Forte dipendenza. La forma o il peso del corpo hanno una profonda influenza sull'autovalutazione. La persona si sente inferiore, altre qualità positive non vengono considerate oppure è possibile che eviti di esporre agli altri il proprio corpo (ad esempio di frequentare la piscina), quando gli obiettivi personali di magrezza e peso non sono raggiunti. In genere i pensieri sono molto concentrati sulla forma o sul peso e l'autostima e l'autovalutazione sono grandemente legate a questo aspetto. Spesso altri problemi della vita sono trascurati e i pensieri si concentrano sulla forma del corpo o sul peso.

Codice 4 = Fortissima dipendenza. L'autovalutazione è influenzata dalla forma o dal peso in maniera gravissima. Quando gli obiettivi della magrezza e del peso non sono raggiunti e quando la persona si sente grassa, si scatenano pesanti sensazioni di non valore e pensieri di autosvalutazione. Spesso la persona è convinta che tutti i suoi problemi sparirebbero se solo la sua figura e il suo peso fossero OK secondo i suoi standard e le sue immagini ideali.

7. (11.) Dieta o Digiuno (Riduzione quantitativa del cibo)

Domande: E' stata a dieta o ha limitato l'apporto di cibo? Contava le calorie? Cercava di mangiare il meno possibile o meno di quanto sarebbe stato necessario al suo corpo per mantenere un peso stabile? Rimaneva a dieta o digiunava il più a lungo possibile durante il giorno, o mangiava soltanto alla sera?

Domande supplementari: Quante ore al giorno stava senza mangiare? Ogni quanto? Quanto è durato questo schema? Rimaneva senza mangiare per più di otto ore durante la giornata per stare a dieta? Ha saltato i pasti per ridurre l'apporto calorico?

Definizione: Le persone con disturbi alimentari spesso cercano di non mangiare assolutamente nulla per un preciso periodo di tempo (saltare la colazione e il pasto di mezzogiorno e mangiare solo alla sera) o possono decidere di fare i pasti regolarmente ma di mangiare soltanto quantità molto limitate. In questo item si valuta la riduzione quantitativa dell'apporto di cibo (indipendentemente dalla composizione qualitativa del cibo ingerito, valutata nell'item 8 che segue). Per valutare le risposte a questo item sulla riduzione quantitativa del cibo si dovrebbe tener conto di quello che mangerebbe una persona normale dello stesso genere, della stessa età e altezza che vivesse in circostanze simili. Alcune persone avranno calcolato in dettaglio il loro apporto calorico giornaliero e questo, se il calcolo è corretto, faciliterà la valutazione dell'item. Per le persone che non hanno fatto il calcolo del loro apporto calorico, fate domande le cui risposte vi diano una buona idea di quello che la persona ha mangiato in confronto a chi non soffre di disturbi alimentari.

Codice 0 = Nessuna riduzione quantitativa dell'apporto di cibo.

Codice 1 = Lieve riduzione dell'apporto di cibo. La persona con lieve riduzione dell'apporto di cibo può riferire: a) un breve episodio di consumo di 1200-1600 kcal al giorno (per meno di due settimane); o b) una piccola riduzione dell'apporto di cibo fino ad arrivare occasionalmente a 1600-2000 kcal al giorno, mentre per la maggior parte del tempo non c'è riduzione di calorie.

Codice 2 = Marcata riduzione dell'apporto di cibo: a) l'apporto di cibo è ridotto continuativamente per un periodo maggiore di tempo fino a 1600-2000 kcal al giorno; o b) la persona è stata a dieta o ha ridotto la quantità di cibo con altri mezzi a 1200-1600 kcal al giorno fino a tre settimane; o c) la persona può aver ridotto la quantità di cibo abbastanza drasticamente a 800-1200 kcal al giorno per almeno due settimane; o d) salta regolarmente alcuni pasti (per esempio colazione e pranzo) per diminuire l'apporto di calorie; e) quando il cibo è stato ridotto a metà della quantità normale per almeno tre settimane si codifica "2".

Codice 3 = Grave riduzione dell'apporto di cibo: a) il cibo è ridotto a 1200-1600 kcal per periodi di tempo più lunghi (mesi o più); o b) la persona spesso e ripetutamente ha fatto diete rigide per un paio di settimane o più, riducendo la quantità a 800-1200 kcal; o c) due settimane o più con una dieta molto ipocalorica (800 kcal o meno); o d) salta regolarmente uno o due pasti e di conseguenza ha gravemente ridotto l'apporto di cibo per periodi maggiori di tempo (settimane o mesi).

Codice 4 = Gravissima riduzione dell'apporto di cibo: a) l'apporto di cibo giornaliero è al di sotto delle 1200 kcal per lunghi periodi (parecchie settimane, mesi); o b) diete molto frequenti, continue o multiple per tre settimane o più, con un apporto calorico molto basso (sotto le 800 kcal); o c) solo un pasto al giorno per lunghi periodi e conseguente grave riduzione della quantità di cibo.

8. (12.) Evitamento di cibo che ingrassa e alimentazione selettiva (Riduzione qualitativa del cibo)
I-AN-2a
IR-AN-B: Perdita di peso autoindotta con l'evitamento di "cibi che ingrassano"

Domande: Ha cercato di evitare certi cibi ad alto contenuto calorico, che le piacciono molto? Li evitava allo scopo di rimanere o diventare magra?
Domande supplementari: Mangiava intenzionalmente meno grassi o carboidrati per restare o diventare magra? Limitava la gamma dei cibi (per esempio niente salse, niente burro)? Che tipi di cibo evitava? Che tipi di cibo si consentiva di mangiare?

Definizione: Questo item dovrebbe valutare in che misura la paziente evita cibo "che ingrassa" e limita la varietà di quello che di norma mangia (fatta eccezione per gli attacchi bulimici) per paura di aumentare di peso. Si devono prendere in considerazione i seguenti criteri: quanti tipi diversi di cibo vengono evitati? quanto attenta è la persona ad evitare certi cibi (in particolare quelli che "ingrassano")?

Nota: La restrizione dovuta a chiare situazioni mediche (per esempio vere allergie o diabete) non dovrebbe essere considerata evitamento del cibo.

Codice 0 = Nessuna alimentazione selettiva o restrizione qualitativa di cibo.

Codice 1 = Alimentazione leggermente selettiva. La varietà del cibo non è limitata, ma la persona cerca di mangiare più "sano", cioè mangia più insalate, verdura e frutta che cibi "ingrassanti". Questi cosiddetti cibi

"sani" sostituiscono la cioccolata e i dolci, i cibi essenziali vengono presi in quantità sufficienti. La persona presta attenzione al contenuto di grassi e calorie ma fondamentalmente si consente di mangiare tutto. Sono concessi "peccati" occasionali.

Codice 2 = Alimentazione marcatamente selettiva. La varietà del cibo mangiato è ristretta in quanto si evitano zuccheri e grassi, e si mangiano sempre cibi con scarso contenuto di grasso e poche calorie. Le salsicce e il formaggio sono sostituiti da prodotti "light", come la margarina dietetica. I prodotti con zucchero vengono evitati e rimpiazzati da prodotti che contengono dolcificanti artificiali. Caramelle e dolci sono chiaramente evitati.

Codice 3 = Alimentazione gravemente selettiva. La varietà del cibo è ristretta con l'evitamento di grassi, zuccheri e carboidrati. I cibi essenziali sono sempre più sostituiti da insalate e verdura. Grassi e zuccheri sono eliminati il più possibile.

Codice 4 = Alimentazione molto gravemente selettiva. La varietà del cibo è ridotta al minimo. Si possono mangiare solo pochi cibi a basso contenuto calorico (insalata senza condimento, verdure cotte a vapore, prodotti proteici magri, ecc.). Grassi, zuccheri e carboidrati sono "proibiti". Anche le diete molto unilaterali sono codificate "4".

9. (13.) Limiti all'apporto calorico

Domande: Cercava di porre un limite al suo apporto calorico?

Domande supplementari: Quale era il suo limite calorico giornaliero più basso nel periodo di massima restrizione?

Definizione: Questo item indaga la decisione da parte della persona di limitare la quantità di cibo/calorie consumati giornalmente, indipendentemente dal fatto che tale limite possa o no essere rispettato. I limiti vengono posti per rimanere magra o per diventare più magra.

Le diete che durano per un periodo di tempo più prolungato dovrebbero essere valutate in base alla quantità della riduzione del cibo, alla limitazione della varietà del cibo e alla limitazione delle calorie, ed essere codificate conformemente negli item 7-9.

Codice 0 = Nessuna limitazione delle calorie.

Codice 1 = Lieve limitazione delle calorie. L'apporto calorico giornaliero è limitato a 1600-2000 calorie. L'alternativa sarebbe la dieta di una volta con un limite calorico tra le 1200 e le 1600 calorie per un massimo di due settimane con un comportamento alimentare per il resto normale.

Codice 2 = Marcata limitazione delle calorie. Il limite calorico giornaliero è tra 1200 e 1600 calorie. L'alternativa sarebbe data da diete occasionali con un limite calorico tra le 800 e le 1200 calorie o la dieta di una volta con un limite calorico al di sotto delle 800 calorie per un massimo di due settimane.

Codice 3 = Il limite calorico giornaliero è tra le 800 e le 1200 calorie. L'alternativa sarebbe data da diete occasionali con un limite calorico inferiore a 800 calorie.

Codice 4 = Il limite calorico giornaliero è posto sotto le 800 calorie.

10. (14.) Masticare e sputare il cibo
D-EDNOS-5

Domande: Ha messo cibo in bocca, l'ha masticato (senza deglutirlo) e sputato fuori di nuovo per ridurre l'apporto calorico?
Domande supplementari: Se sì, ogni quanto nel periodo di maggior frequenza?

Definizione: Masticare il cibo senza deglutirlo e poi sputarlo fuori per evitare di assumere calorie. Il vomito non è considerato in questo item. Dal momento che il vomitare e lo sputar fuori il cibo possono essere confusi dalla paziente, l'intervistatore deve indagare questo punto chiaramente.

Codice 0 = Il cibo non viene sputato.

Codice 1 = Il cibo viene sputato raramente (fino a una volta al mese).

Codice 2 = Il cibo viene sputato qualche volta (fino a una volta alla settimana).

Codice 3 = Il cibo viene sputato frequentemente (fino a una volta al giorno).

Codice 4 = Il cibo viene sputato molto frequentemente (più di una volta al giorno).

11. (15.) Rigurgitare il cibo

Domande: Ha mandato giù il cibo e poi l'ha rigurgitato per masticarlo di nuovo?
Domande supplementari: Lo faceva per evitare di aumentare di peso? Se sì, ogni quanto nel periodo di maggior frequenza?

Definizione: Il cibo deglutito viene rigurgitato e masticato di nuovo. Si dovrebbe tenere in considerazione l'intensità del rigurgito (una volta o per ore).

Codice 0 = Nessun rigurgito.

Codice 1 = Raramente c'è rigurgito (fino a una volta al mese).

Codice 2 = Qualche volta c'è rigurgito (fino a una volta alla settimana).

Codice 3 = Frequentemente c'è rigurgito (fino a una volta al giorno).

Codice 4 = Molto frequentemente c'è rigurgito (più di una volta al giorno).

12. (16.) Distorsioni dell'immagine corporea
DSM-IV-AN-C1: Distorsioni del modo in cui si sperimenta il proprio peso o la propria forma
I-AN-3a
IR-AN-C1: Autopercezione di essere troppo grassa, con un'intensa paura della grassezza
IR-BN-D1: Autopercezione di essere troppo grassa, con un'intensa paura della grassezza

Domande: Secondo i suoi standard, ha trovato che la sua figura e le parti del corpo (cosce, vita) fossero troppo grasse, troppo magre, o appena giuste?

Domande supplementari: Si vedeva più grassa di quanto la vedevano gli altri (per esempio medici o infermieri)? Che discrepanza c'era tra l'immagine che lei aveva del suo corpo e quella che avevano gli altri? Era soddisfatta della sua figura nel periodo in cui pesava meno?

Definizione: Questo sintomo, illustrato da Hilde Bruch nel 1973, richiede una tecnica di indagine molto abile. In genere c'è una sopravvalutazione delle proporzioni del corpo, specialmente delle cosce, dei fianchi e della pancia. E' importante chiedere alla paziente come vede il suo corpo in relazione ai suoi standard. Fate attenzione a non provocare risposte socialmente desiderabili. Alcune pazienti tendono ad esprimere l'opinione degli altri e non le proprie. Alcune negano le distorsioni dell'immagine corporea (e le paure di aumentare di peso); l'intervistatore può in pratica chiedere alla paziente di indicare nell'aria con le dita quanto larghi sono i suoi fianchi, le cosce, ecc. (e confrontare questa misura con quella reale) o può chiedere quanto larghe sarebbero (o sentirebbe) queste parti se aumentasse di 5 kg.

Codice 0 = Nessuna distorsione dell'immagine corporea.

Codice 1 = Lieve distorsione dell'immagine corporea. C'è una leggera discrepanza tra come la paziente si vede e come la vedono gli altri nella direzione prevista (valutazione esagerata). Ci può essere enfasi su una singola "zona problematica del corpo" o una parziale fissazione su una certa zona, ma soltanto temporaneamente. Se la persona si è posta un limite di peso, questo non è lontano dal peso normale o realistico. La persona sovrappeso può notare il suo aumento di peso con una certa latenza e perciò mostrare delle distorsioni dell'immagine corporea.

Codice 2 = Marcata distorsione dell'immagine corporea. C'è una marcata discrepanza tra come la paziente si vede e come la vedono gli altri. Questa distorsione percettiva di sentirsi troppo grassa si applica a due o più aree problematiche. Se la persona ha un limite di peso individuale, questo in genere corrisponde ad un peso realistico. In alternativa la persona di peso ideale o normale può sentirsi temporaneamente troppo grassa nei momenti di pressione e disagio. Un altro esempio sarebbe la persona obesa che si sente più magra di quanto non la vedano gli altri e che rimane sbalordita dalle sue dimensioni quando viene messa di fronte all'"evidenza" come il feedback di una videocassetta.

Codice 3 = Grave distorsione dell'immagine corporea. C'è una forte discrepanza tra come la paziente si vede e come la vedono gli altri. La distorsione percettiva di sentirsi troppo grassa si applica insistentemente a tutta la figura e non può essere corretta.

> Esempio: a) Persone con peso normale o ideale che si vedono sempre troppo grasse. b) Anoressiche che si vedono appena giuste, nonostante siano sottopeso. Se ci sono limiti di peso soggettivi, questi sono marcatamente sotto il peso ideale.

Codice 4 = Gravissima distorsione dell'immagine corporea. C'è una forte discrepanza tra come la persona si vede e come la vedono gli altri. La distorsione percettiva di sentirsi troppo grassa si applica a molte parti del corpo o all'intera figura, è sempre presente, ed è piuttosto estrema.

Esempio: La persona anoressica che si sente troppo grassa, nonostante sia marcatamente sottopeso. Se ha un limite di peso soggettivo che non può essere superato, questo è di gran lunga sotto il peso ideale.

13. (17.) Soltanto per le pazienti sottopeso (sottopeso significa che la persona è al di sotto del peso che con ogni evidenza può essere previsto per lei):
Negazione della minaccia che il sottopeso rappresenta per la salute
DSM-IV-AN-C3: Negazione della gravità dell'attuale condizione di sottopeso (in AN)

Se il soggetto non è mai stato sottopeso, codificate questo item "8".

Domande: Se la persona era sottopeso: **Pensava che il suo peso basso avesse conseguenze negative per la salute?**
Domande supplementari: Ha sperimentato qualche complicazione medica del suo sottopeso? Riteneva che potesse rappresentare un pericolo essere ad un peso così basso?

Intervistatore: Valutate la discrepanza tra i pericoli oggettivi concernenti il peso basso e l'opinione della paziente

Definizione: Persona sottopeso che nega la possibilità di conseguenze mediche del peso basso

Codice 0 = Nessuna negazione. La persona riconosce le conseguenze negative del sottopeso e vuole veramente un aiuto professionale per aumentare di peso. Ha già fatto passi concreti in questa direzione.

Codice 1 = Lieve negazione. La persona riconosce un po', ma limitatamente, le conseguenze negative del sottopeso e vuole un aiuto professionale per aumentare di peso. Non sono stati fatti passi concreti, o sono stati posticipati.

Codice 2 = Marcata negazione. La persona in genere può o non può rendersi conto delle eventuali conseguenze negative del sottopeso; da sola non riesce a vedere le conseguenze negative.

Codice 3 = Grave negazione. La persona sa di essere sottopeso, ma insiste che non ci sono minacce per la sua salute.

Codice 4 = Gravissima negazione. Peso basso e gravissima negazione di qualsiasi conseguenza negativa del sottopeso.

Codice 8 = Mai sottopeso.

14. (18.) Soltanto per le donne: Ciclo mestruale
D-AN-D: Amenorrea in donne dopo il menarca, cioè assenza di tre cicli mestruali consecutivi. (Si ritiene che una donna abbia amenorrea se il suo ciclo si presenta solo con somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni.)
I-AN-5
I-AN-4a
IR-AN-D

Domanda: A che età ha avuto le prime mestruazioni?

15. (19.) **Domande**: Come è stato il suo ciclo negli ultimi tre mesi e come era negli anni passati?

Definizione: Questo item naturalmente deve essere valutato solo per le donne. E' un item importante, dal momento che è un requisito necessario per la diagnosi di anoressia nervosa secondo molti standard. Le pazienti vengono spesso curate con ormoni, quindi il ciclo mestruale non può essere valutato correttamente, in questo caso codificate "2" (= il ciclo mestruale si presenta solo con preparati ormonali ma quando questi vengono sospesi si verificano irregolarità) o "7" (= la persona prende la pillola da un periodo di tempo abbastanza lungo e pertanto non si sa se il ciclo ci sarebbe). Valutate il livello più basso di funzionamento dei tre mesi precedenti l'intervista e del periodo a partire dalla (post)pubertà in cui avrebbero dovuto essere presenti cicli normali.

Codice 0 = Normale e regolare.

Codice 1 = Il ciclo si è presentato senza preparati ormonali ma era abbastanza irregolare o c'erano perdite.

Codice 2 = E' piuttosto chiaro che il ciclo si è presentato soltanto a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio di estrogeni (il ciclo è assente quando la pillola viene sospesa).

Codice 3 = Amenorrea secondaria (assenza del ciclo per almeno tre mesi).

Codice 4 = Amenorrea secondaria (assenza del ciclo per almeno sei mesi).

Codice 5 = Amenorrea primaria (il ciclo non si è mai presentato).

Codice 6 = Assenza di ciclo per gravidanza.

Codice 7 = Prende "la pillola". Non si sa se il ciclo si presenterebbe senza terapia ormonale.

Codice 8 = Non si applica al caso (cioè si tratta di soggetto maschile), o isterectomia.

16. (20.) In caso di amenorrea secondaria: Quanti anni aveva quando il ciclo è mancato per la prima volta per tre mesi di seguito o più?

17. (21.) Abbuffarsi

Domande: Ha mai sperimentato episodi di abbuffate durante i quali mangiava una grande quantità di cibo in un periodo di tempo relativamente breve (in genere in meno di due ore)?
Domande supplementari: Ogni quanto aveva questi episodi? Descriva una di queste crisi bulimiche. Quanto mangiava durante queste abbuffate (quante calorie per abbuffata)? Si sentiva esausta dopo?

Definizione: Episodi di abbuffate sono quelli in cui in un periodo di tempo relativamente breve (di solito meno di due ore) si mangiano grandi quantità di cibo. Questo comportamento può portare a problemi

finanziari o causare conflitti all'interno della famiglia o con il partner quando la paziente mangia tutto quello che riesce a trovare. Ci può essere la tendenza a negare le abbuffate. Se l'intervistatore non conosce la persona può essere utile un approccio graduale: si dovrebbe prima chiedere se ha mai avuto paura di perdere il controllo sul mangiare e nel caso la risposta sia affermativa procedere a domandare se ha realmente perso questo controllo e se c'è stata l'abbuffata.

Il livello dell'abbuffata deve essere valutato:

a) Oggettivamente: Il DSM-IV definisce una abbuffata come mangiare in un periodo di tempo definito (per esempio entro un periodo di due ore) una quantità di cibo decisamente più abbondante di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo e in circostanze simili. (Inoltre il senso di mancanza di controllo durante l'episodio è importante ma viene valutato separatamente nell'item 23.) Nella presentazione dei punteggi di questo item si cita una gamma di calorie: per la valutazione "2" l'apporto calorico va da 1000 a 3000 calorie, per la valutazione "3" da più di 3000 e fino a 5000 e per la valutazione "4" oltre 5000. Tuttavia per l'intervistatore queste sono soltanto linee guida approssimative, che non devono essere prese alla lettera. L'intervistatore dovrebbe valutare questo item tenendo presenti le circostanze e il contesto. Dovrebbe far descrivere alla paziente una abbuffata tipica. Siccome ci può essere una tendenza a negare, fate domande dettagliate e specifiche e siate tenaci. Una abbuffata che soddisfi i criteri del DSM-IV dovrebbe essere valutata almeno "2". Secondo il DSM-IV l'episodio di una abbuffata è caratterizzato da tutti e due gli aspetti che seguono: 1. mangiare in un periodo definito di tempo una quantità piuttosto grande di cibo e 2. senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio. La quantità mangiata e il senso di mancanza di controllo vengono visti come dimensioni distinte che sono valutate separatamente in questo item e nell'item 23 rispettivamente.

b) Soggettivamente: Per distinguere una abbuffata da un pasto normale o abbondante, dovrebbe essere presente un certo senso di mancanza di controllo. Il comportamento alimentare non dovrebbe comunque dipendere da una normale sensazione di sazietà.

In questo item è importante che la persona descriva il più dettagliatamente possibile il suo comportamento alimentare e anche quanto ha mangiato, al fine di valutare oggettivamente la quantità che è stata mangiata e le circostanze in cui questo è avvenuto. Spesso c'è una notevole discrepanza tra la valutazione soggettiva e la gravità oggettiva dell'abbuffata. Alcune persone tendono a "drammatizzare" (per loro mezza tavoletta di cioccolata è una grave abbuffata), mentre altre tendono a sottovalutare ("Non è grave come prima"), e con ulteriori indagini può risultare chiaro che ora una abbuffata consiste "solo" di 10000 calorie invece che delle precedenti 15000. Le persone che sono sovrappeso tendono a sottovalutare molto le loro abbuffate o possono fare abbuffate "atipiche" (vedere item 27) ("Sono continuamente a dieta, non mangio quasi niente!", e ritengono normali quantità di cibo che un soggetto normopeso considererebbe eccessive).

17. (21. a) Criteri oggettivi delle abbuffate

DSM-IV-BN-A1: Mangiare in un periodo di tempo definito (ad esempio in un periodo di due ore) una quantità di cibo decisamente più abbondante di quanto la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo e in simili circostanze

DSM-IV- BED-A1

I-BN-1c

IR-BN-A1: Episodi ricorrenti di sovralimentazione (almeno due volte alla settimana in un periodo di tre mesi) in cui vengono consumate grandi quantità di cibo in brevi periodi di tempo

Definizione: Abbuffarsi significa mangiare in un periodo di tempo definito (per esempio in due ore) una quantità di cibo decisamente più abbondante di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile e in simili circostanze.

Codice 0 = Nessuna abbuffata.

Codice 1 = Lievi abbuffate (oggettive). Ci sono segni di abbuffate ma non è soddisfatto il criterio diagnostico di mangiare una quantità abnorme di cibo in un periodo di tempo breve. La quantità mangiata in un periodo definito di tempo è soltanto leggermente più grande di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile e in simili circostanze. Mangiare meno di 1000 calorie durante un episodio può essere usato solo come linea guida approssimativa.

Codice 2 = Marcate abbuffate (oggettive). La quantità di cibo mangiata in un periodo definito di tempo è chiaramente più abbondante di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo e in simili circostanze. L'apporto calorico di 1000-3000 calorie consumate durante l'episodio può servire come linea guida approssimativa per applicare questo codice.

Codice 3 = Gravi abbuffate (oggettive). La quantità di cibo mangiato in un periodo di tempo definito è considerevolmente più grande di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo e in simili circostanze. L'apporto calorico di 3000-5000 calorie può servire da linea guida approssimativa, ma occorre tener conto del tempo e delle circostanze.

Codice 4 = La quantità di cibo mangiata in un periodo di tempo definito è grande, molto più grande di quanto la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili. Consumare più di 5000 calorie può essere preso come linea guida approssimativa ma si devono tenere in considerazione il tempo e le circostanze.

18. (21b.) Valutazione soggettiva delle abbuffate basata sull'opinione della persona intervistata

Si dovrebbe chiedere direttamente alla persona se ha avuto episodi di abbuffate e se sì quanto erano gravi e con che frequenza ricorrevano; da valutare in una scala da 0 = nessuna abbuffata a 4 = abbuffate molto gravi e/o frequenti.

Codice 0 = Nessuna abbuffata.

Codice 1 = Soggettivamente lievi abbuffate.

Codice 2 = Soggettivamente marcate abbuffate.

Codice 3 = Soggettivamente gravi abbuffate.

Codice 4 = Soggettivamente gravissime abbuffate.

19. (22.) Decorso delle abbuffate nel tempo

Definizione: Con questo item si intende valutare globalmente il decorso delle abbuffate nel tempo. Questo item non intende valutare le variazioni minori della gravità delle abbuffate. Sono possibili molte variazioni diverse del decorso nel tempo. Per quelle persone che hanno fatto abbuffate da sempre, si distinguono quattro grandi tipi. Questi quattro tipi si differenziano nella percentuale di tempo in cui le abbuffate si sono verificate:

Codice 0 = Nessuna abbuffata.

Codice 1 = Brevi episodi di abbuffate seguiti da intervalli più lunghi senza abbuffate. Le abbuffate hanno occupato complessivamente il 30% del tempo (o meno).

Codice 2 = Periodi con abbuffate e periodi senza, approssimativamente della stessa lunghezza. Le abbuffate sono state presenti nel complesso per il 30-60% del tempo.

Codice 3 = Lunghi periodi di abbuffate con solo brevi intervalli senza episodi bulimici. Le abbuffate sono state presenti per circa il 60-90% del tempo.

Codice 4 = Abbuffate croniche, quasi nessun intervallo senza abbuffate. Le abbuffate sono state presenti cronicamente per tutto il tempo, all'incirca per il 90-100%. Non ci sono stati intervalli importanti senza abbuffate marcate.

Per la valutazione dell'arco della vita, il periodo preso in considerazione è quello a partire dal primo episodio bulimico (abbuffate almeno una volta alla settimana per tre mesi o più). Se le abbuffate sono state presenti almeno una volta o due alla settimana per il 50% delle settimane del periodo preso in considerazione, questo significherebbe che "le abbuffate sono state presenti nel 50% del tempo".

20. (23.) Frequenza media delle abbuffate

DSM-IV-BN-C1: Le abbuffate (e i comportamenti compensatori inappropriati) si verificano di media almeno due volte alla settimana per almeno tre mesi.
IR-BN-A2: Episodi di abbuffate almeno due volte alla settimana per un periodo di tre mesi.

Domanda: Ogni quanto faceva abbuffate marcate in un periodo di tre mesi?

Definizione: Questo item valuta soltanto la frequenza delle abbuffate oggettive. Può essere necessaria un'indagine intensiva se c'è negazione (per vergogna, senso di colpa, ecc.). Si devono confrontare le fasi in cui le abbuffate si sono verificate con maggiore frequenza con le fasi in cui si sono verificate meno frequentemente, e fare la media.

Codice 0 = Nessuna abbuffata.

Codice 1 = Raramente. In un periodo dai tre ai sei mesi c'è una media di due abbuffate per settimana.

Codice 2 = Saltuariamente. In un periodo di tre-sei mesi c'è una media di meno di due abbuffate alla settimana.

Codice 3 = Frequentemente. Le abbuffate si verificano di media fino a una volta al giorno in un periodo di tre-sei mesi.

Codice 4 = Molto frequentemente. Le abbuffate si verificano più di una volta al giorno.

Codice 5 = Almeno due volte alla settimana, ma per meno di tre mesi.

Codice 6 = Almeno una volta alla settimana per un periodo di almeno tre mesi.

21. (24.) Frequenza delle abbuffate marcate in un periodo di sei mesi
DSM-IV-BED-D1: Abbuffate, di media, per almeno sei mesi

Codificazione analoga all'item 20.

22. (25.) Abbuffate che di solito si verificano in almeno due giorni diversi della settimana
DSM-IV-BED-D2: Abbuffate, di media, in almeno due giorni della settimana per un periodo di sei mesi

Codice 0 = No.

Codice 1 = Sì.

Codice 8 = Nessuna abbuffata.

23. (26.) Sensazione di mancanza di controllo sul mangiare
DSM-IV-BN-A2: Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio bulimico (ad esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si mangia)
DSM-IV-BED-A2

Domande: Provava una sensazione di mancanza di controllo sul suo comportamento alimentare durante le abbuffate? In che misura? Aveva la sensazione che avrebbe potuto interrompere l'abbuffata in qualsiasi momento, o controllare la quantità che stava mangiando?
Domande supplementari: Per esempio, sarebbe stato molto difficile o addirittura impossibile rispondere al telefono o andare ad aprire la porta nel mezzo di un'abbuffata?

Intervistatore: Soltanto se il caso è palesemente grave, chiedete se il bisogno disperato di cibo ha portato a rubarlo o a prenderlo dalle pattumiere.

Definizione: Questo item misura la sensazione di mancanza di controllo sul mangiare durante un episodio bulimico. Valuta la sensazione della persona di non poter smettere di mangiare o controllare cosa e quanto sta mangiando. Quella che qui viene valutata è la paura soggettiva di perdere il controllo sul mangiare. La reale capacità di fermare una abbuffata può dare qualche indicazione sulla paura di perdere il controllo. Un ulteriore indicatore della perdita di controllo è il fatto che la persona eviti di mangiare in certi luoghi dove sa che potrebbe essere disturbata mentre mangia. E'in grado di fermarsi da

sola prima di cominciare l'abbuffata o durante l'episodio? E'in grado di bloccare l'abbuffata soltanto perché è disturbata da qualcosa di esterno (squillo del telefono, arrivo nella stanza di un'altra persona) o quando sente mal di pancia o pienezza? La quantità di cibo mangiata in un certo periodo di tempo (item 17) e la sensazione di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio bulimico vengono valutate separatamente e indipendentemente.

Codice 0 = Nessuna perdita di controllo sul mangiare.

Codice 1 = Leggera perdita di controllo sul mangiare. La sensazione soggettiva di sazietà viene spesso superata durante i pasti regolari o le abbuffate. La persona continua a mangiare, anche se è già sazia. La conseguenza è la sensazione di essere piuttosto piena.
Alternativa: La persona in piedi davanti al frigorifero entra in conflitto tra la voglia di mangiare da un lato e l'autoproibizione di mangiare dall'altro; alla fine finisce con il mangiare (di solito con sensi di colpa). In genere la persona può smettere di mangiare in seguito ad interruzioni dovute a stimoli esterni.

Codice 2 = Marcata perdita di controllo sul mangiare. La spinta a mangiare o ad abbuffarsi può essere controllata fino al punto che la persona mangia soltanto ad ore programmate o specifiche o che può, se necessario, rinviare momentaneamente il tutto. La persona si assicura che gli altri non notino le sue abbuffate. I cibi non vengono mangiati indiscriminatamente, ma di solito vengono scelti in base alla facilità di vomitarli. Il mangiare può essere bloccato dopo un limite di tempo soggettivo, allo scopo di garantire l'eliminazione del cibo prima che venga digerito (il tipo e la quantità di cibo mangiato durante un'abbuffata sono in qualche modo controllati). L'abbuffata stessa viene fatta finire prima che ne derivi il mal di pancia. L'interruzione dell'abbuffata per stimoli esterni può essere solo parzialmente possibile e dipende dalla intensità dello stimolo e dal contesto situazionale. Per esempio il telefono di solito può essere ignorato, mentre la persona va ancora ad aprire la porta, se crede che gli altri sappiano che è in casa.

Codice 3 = Grave perdita di controllo sul mangiare. La spinta a mangiare deve essere soddisfatta immediatamente, ma la persona ha sufficiente controllo su di sé da non cominciare a mangiare in pubblico. Vengono prese anche precauzioni perché nessuno possa notare le abbuffate. La persona mangia tutto quello che trova senza quasi scegliere la quantità o il tipo di cibo. Tuttavia rimane qualche controllo. Non si svuotano le pattumiere, né si ruba il cibo per potersi abbuffare all'istante. Gli stimoli esterni non interrompono più l'abbuffata. La persona di solito blocca l'abbuffata per circostanze fisiche come il mal di pancia o il sonno.

Codice 4 = Gravissima perdita di controllo sul mangiare. La persona ha estrema paura di perdere il controllo. La spinta a mangiare deve essere soddisfatta immediatamente in ogni circostanza, cosicché di solito non c'è alcuna inibizione. Spesso si mangia in pubblico, qualche volta si svuotano anche le pattumiere e i cestini della carta alla ricerca di qualcosa da mangiare o si ruba cibo per un'abbuffata istantanea, quando non si hanno più soldi. Gli stimoli esterni (telefono, campanello della porta) non riescono ainterrompere l'abbuffata. Il mangiare continua fino a che c'è cibo a disposizione; non si notano più mal di pancia o nausea. L L'abbuffata finisce solo quando non c'è più cibo o spazio nello stomaco. In questo caso è possibile che il vomito venga provocato per continuare a mangiare.

In caso di abbuffate:
24. (27.) Caratteristiche degli episodi di alimentazione incontrollata

DSM-IV-BED-B: Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre o più delle cinque affermazioni elencate in questo item dell'intervista.

Domande: Quando fa un'abbuffata mangia più in fretta del solito?

Durante l'abbuffata mangia fino a sentirsi piena da star male?

Durante l'abbuffata mangia grandi quantità di cibo, anche se in realtà non ha fame?

Durante l'abbuffata mangia da sola perché si vergogna di quanto mangia?

Si sente depressa, disgustata nei propri confronti o molto in colpa dopo l'abbuffata?

25. (28.) Sensazioni di disagio riguardo all'alimentazione incontrollata

DSM-IV-BED-C: Presenza di disagio marcato riguardo alle abbuffate

Domanda: Ha sperimentato disagio riguardo all'alimentazione incontrollata?

Domande supplementari: Si sentiva preoccupata o addirittura in preda alla disperazione per le abbuffate? Erano un problema per lei? Si sentiva preoccupata o addirittura disperata a causa della lotta per fermarle? Era preoccupata per il fatto di non riuscire a controllare o a bloccare queste abbuffate? Era preoccupata per il peso che avrebbe guadagnato di conseguenza? O di quello che avrebbe fatto al suo corpo?

Definizione: Questo item dovrebbe essere valutato in base al grado di disagio emotivo che la paziente prova per il fatto di avere degli episodi di alimentazione incontrollata. Il marcato disagio riguardo all'alimentazione incontrollata di solito ha a che vedere o con a) l'esperienza di perdere il controllo durante l'episodio bulimico, o con b) la preoccupazione per la quantità di cibo mangiata nel corso dell'episodio (ansia per quello che si sta facendo al corpo o per il conseguente aumento di peso). (Questo aspetto è anche valutato nell'item: Paura di aumentare di peso.)

Codice 0 = Nessun disagio.

Codice 1 = Leggero disagio. La persona occasionalmente pensa alla sua alimentazione incontrollata e alle conseguenze e può sentire un leggero disagio, ma non si sente veramente angosciata.

Codice 2 = Marcato disagio. La persona si preoccupa spesso per l'alimentazione incontrollata e le sue conseguenze e manifesta notevole disagio.

Codice 3 = Gli episodi di alimentazione incontrollata e le loro conseguenze rappresentano un grave problema per la persona e sono causa di grave disagio.

Codice 4 = La persona si sente in preda alla disperazione e al disagio per quanto riguarda l'alimentazione incontrollata e le sue conseguenze. Si sente molto anormale, può pensare di essere pazza o può provare panico circa l'eventuale aumento di peso.

26. (34.) Voglia irresistibile di cibo

I-BN-1b

IR-BN-B2: ... forte desiderio o compulsione a mangiare (voglia irresistibile)

Domande: Ha provato un forte desiderio o compulsione a mangiare, e aveva una voglia irresistibile di cibo che di solito evita (ad esempio cioccolata, spaghetti)?
Domande supplementari: Ogni quanto? Se cercava di resistere a questi impulsi, quanto a disagio si sentiva?

Definizione: Con voglia irresistibile si intende l'impulso a mangiare. In linea di principio una persona può avere degli impulsi molto forti a mangiare (voglia irresistibile) ma comportamentalmente può non essersi mai abbuffata.

Codice 0 = Nessuna voglia irresistibile o compulsione a mangiare cibo che di norma viene evitato.

Codice 1 = Una lieve sensazione di disagio nasce quando si resiste alla compulsione a mangiare, o la voglia irresistibile di cibo è raramente presente.

Codice 2 = Marcata sensazione di disagio che sorge se si oppone resistenza alla compulsione a mangiare, o la voglia irresistibile di cibo capita qualche volta (due volte alla settimana) ma non frequentemente.

Codice 3 = La distrazione è difficilmente possibile, e a stento si può resistere alla compulsione a mangiare, o la compulsione si presenta frequentemente (circa una volta al giorno).

Codice 4 = La compulsione a mangiare (voglia irresistibile) è un tema significativo della vita di tutti i giorni (molto grave), o si presenta molto frequentemente (parecchie volte al giorno).

27. (29.) Abbuffate atipiche

Domande: Mangiava tutto il giorno o durante parte del giorno (ad esempio alla sera) senza programmare i pasti? (Alcune persone chiamano questo schema di alimentazione "pascolare".)
Domande supplementari: In tal caso, quanto mangiava?

Intervistatore: Valutate sulla base di tutta l'evidenza disponibile.

Definizione: Oltre alle abbuffate descritte nell'item 17 ci sono altre varianti, che risultano particolarmente comuni nelle persone obese. La caratteristica principale di queste abbuffate è che il cibo in realtà non viene ingerito in un periodo di tempo breve, ma piuttosto lungo tutta la giornata in modo più o meno continuativo. Sono da tenere presenti qui anche i "forti mangiatori continuativi":

Queste persone riferiscono di mangiare costantemente nel corso della giornata, il che significa che fanno continuamente spuntini tra un pasto regolare e l'altro. Le quantità di cibo consumate sono piccole, quindi non costituiscono una abbuffata nel senso stretto della parola. La perdita di controllo è solo lieve. A volte le persone possono definire questo comportamento "pascolare".

Esempi:

a) sovralimentazione "sostenuta" con mancanza o solo lieve perdita di controllo: La persona riferisce che le piace mangiare grandi quantità di cibo in un periodo di tempo lungo. Spesso passa la serata a cucinare e mangiare. Il cibo ha un'importanza centrale ("Mangio fino ad essere piena da star male e

fino a che non è possibile mangiare nient'altro"). In questi casi manca la sensazione di perdere il controllo o di fare un'abbuffata improvvisa che è presente nella abbuffata classica.

b) "abbuffate problematiche" con poca o nessuna perdita di controllo: La persona riferisce di cominciare a mangiare quando ci sono problemi o tensioni. Mangia di più quando c'è stress. Si possono consumare grandi quantità di cibo, ma senza la subitaneità o la perdita di controllo caratteristiche di una classica abbuffata.

Se la persona non fa abbuffate atipiche la valutazione è "0".

Se ci sono abbuffate come descritto nell'item 17 (tipiche) e 27 (atipiche), dovrebbero essere entrambe valutate indipendentemente.

L'item 23 (perdita di controllo) è valutato solo per le abbuffate tipiche (item 17) e non per le "abbuffate atipiche" (item 27).

La valutazione della gravità è analoga a quella degli attacchi bulimici oggettivi (item 17). Il computo delle calorie si riferisce soltanto al cibo consumato in aggiunta al bisogno calorico giornaliero.

Codice 0 = Nessuna abbuffata atipica.

Codice 1 = Leggere abbuffate atipiche. Il computo calorico è inferiore a 1000 kcal.

Codice 2 = Marcate abbuffate atipiche. Le calorie consumate sono tra 1000 e 3000.

Codice 3 = Gravi abbuffate atipiche. Le calorie consumate sono tra 3000 e 5000.

Codice 4 = Gravissime abbuffate atipiche. Le calorie consumate sono più di 5000.

28. (30.) Sensazione piacevole di pienezza dopo le abbuffate

Domanda: Si sentiva piacevolmente piena dopo aver mangiato per ore grandi quantità di cibo?

Valutazioni da 0 = no a 4 = moltissimo.

29. (31.) Numero medio di abbuffate atipiche marcate

Domanda: Ogni quanto ha fatto abbuffate atipiche in un periodo di tre mesi?

Definizione: La frequenza delle abbuffate tipiche è stata valutata negli item 20 e 21. In questo item si dovrebbe valutare solo la frequenza delle abbuffate atipiche. Se sono state presenti sia le abbuffate tipiche che quelle atipiche, ciascun tipo dovrebbe essere codificato indipendentemente dall'altro.

Le valutazioni vengono fatte su una scala di 0 = Mai, 1 = Raramente (meno di due volte alla settimana di media), 2 = Qualche volta (almeno due volte alla settimana di media), 3 = Frequentemente (fino a una volta al giorno), 4 = Molto frequentemente (più di una volta al giorno).

30. (32.) Frequenza media delle abbuffate atipiche in un periodo di sei mesi

Domanda: Ogni quanto ha fatto abbuffate atipiche ("pascolare") in un periodo di sei mesi?

Definizione: La frequenza delle abbuffate tipiche è stata valutata negli item 20 e 21. In questo item si dovrebbe valutare solo la frequenza delle abbuffate atipiche. Se sono state presenti sia le abbuffate tipiche che quelle atipiche, ciascun tipo dovrebbe essere codificato indipendentemente dall'altro.

Le valutazioni vengono fatte su una scala di 0 = Mai, 1 = Raramente (meno di due volte alla settimana di media), 2 = Qualche volta (almeno due volte alla settimana di media), 3 = Frequentemente (fino a una volta al giorno), 4 = Molto frequentemente (più di una volta al giorno).

31. (33.) Mangiare di più in caso di stress o di pressione

Domanda: Mangiava più del solito quando si sentiva stressata o sotto pressione?

Valutazioni da 0 = no a 4 = moltissimo.

32.- 42. (35.- 44.) Misure per contrastare l'aumento di peso

Definizione: Una o più misure per contrastare l'aumento di peso vengono usate per controllare il peso corporeo.

Codice 0 = Nessuna misura per contrastare l'aumento di peso.

Codice 1 = La misura per contrastare l'aumento di peso viene usata solo raramente (meno di due volte alla settimana); nel caso si faccia uso di farmaci, i farmaci senza ricetta vengono usati con una frequenza superiore a quella suggerita.

> Esempio: La paziente ha preso un soppressore dell'appetito che ha comperato di sua iniziativa senza bisogno di ricetta. L'ha usato raramente. In più, quando è andata a trovare sua madre ha preso qualcuno dei suoi diuretici (circa due giorni al mese).

Codice 2 = La misura per contrastare l'aumento di peso viene usata dalla persona saltuariamente (almeno due volte alla settimana) oppure il farmaco viene usato per un periodo ben più lungo di quanto prescritto o in dosi più elevate e può essere ottenuto da fonti diverse.

> Esempio: L'amica, che lavorava nell'ambulatorio di un medico come segretaria, le ha dato una ricetta per un diuretico da prendere per tre mesi (stessa dose di quella prescritta dal medico).

Codice 3 = Dosi elevate o uso frequente della misura per contrastare l'aumento di peso. Quando si fa uso di farmaci, la persona spesso li ottiene senza ricetta. E' tesa se il farmaco non è disponibile.

Codice 4 = Dosi molto alte o uso molto frequente delle misure compensatorie. Quando si fa uso di farmaci, nasce un'ansia elevata se la medicina non è disponibile.

> Esempio: La persona aveva preso circa 50 pillole di un lassativo con ricetta che conteneva bisacodyl e senna. Era inconcepibile smettere le pillole per 24 ore. Ciò nondimeno, era preoccupata per il possibile danno alla salute conseguente agli effetti collaterali del farmaco. Negli otto anni in cui aveva preso il preparato era cambiata la forma delle unghie (dita a bacchetta di tamburo), segno di un'osteoartropatia ipertrofica derivante dall'intossicazione cronica da lassativi.

32. (35.) Vomito

DSM-IV-BN-B1: Ricorrente ed inappropriata condotta compensatoria come il vomito per prevenire l'aumento di peso
I-AN-2b
I-BN-2a
IR-BN-C1: Contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo con il vomito autoindotto

Domande: Si induceva il vomito? Lo faceva per evitare di aumentare di peso, o per sentirsi sollevata? Vomitava principalmente dopo essersi abbuffata? Ogni quanto e in che modo si provocava il vomito?

Definizione: Sono da confrontare le fasi durante le quali la paziente vomita spesso con le fasi durante le quali vomita di rado o non vomita affatto e si dovrebbe stabilire una media per un periodo limitato del passato (tre mesi con frequenza abbastanza alta) o per gli ultimi tre mesi. Anche i casi in cui la paziente riferisce di vomitare "automaticamente" senza dover provocare attivamente il vomito (= vomito condizionato) vengono calcolati come vomito intenzionale autoindotto (a meno che non ci sia una causa organica clinicamente dimostrata, come la stenosi pilorica). Si raccomanda di prestare grande attenzione a questo item: Per primo chiedete se dopo i pasti c'è la sensazione di essere molto piena e se il disagio è stato tanto forte che la paziente si è sentita di vomitare. Dato che ci può essere la tendenza a negare i sintomi, nella valutazione di questo item si dovrebbero tenere in considerazione altre informazioni come la reazione della paziente alle domande, e usare anche informazioni (se disponibili) fornite da altre persone (familiari, infermieri, ecc.).

Codice 0 = Non vomita.

Codice 1 = Vomita raramente: di media meno di due volte alla settimana.

Codice 2 = Vomita saltuariamente: di media almeno due volte alla settimana.

Codice 3 = Vomita spesso: circa una volta al giorno.

Codice 4 = Vomita molto spesso: parecchie volte al giorno.

33. (55.) Stitichezza

Definizione: Qui si deve valutare la frequenza reale dei movimenti intestinali, indipendentemente dal fatto che la paziente prenda o no lassativi. Chiedere dell'uso di lassativi a volte può aiutare a valutare

questo item. Tenete presente che normalmente c'è qualche differenza. Il movimento intestinale regolare (circa una volta al giorno) viene valutato 0, e la stitichezza vera (con o senza lassativi) per parecchi giorni viene valutata 2, 3 o 4, a seconda del grado di gravità.

Codice 0 = Nessuna stitichezza.

Codice 1 = Raramente. C'è raramente stitichezza (ad esempio in vacanza per tre o quattro giorni) o una volta al mese per due o tre giorni.

Codice 2 = A volte. C'è stitichezza regolarmente (ad esempio in ogni vacanza) o ogni due settimane per due o tre giorni o una volta al mese per tre o quattro giorni.

Codice 3 = Spesso. C'è stitichezza regolarmente una volta alla settimana per due o tre giorni o ogni due settimane per tre o quattro giorni.

Codice 4 = Molto spesso: C'è stitichezza quasi di continuo, cioè quasi sempre la paziente riesce ad andare di corpo soltanto ogni due o tre giorni o non riesce per tre o quattro giorni ogni settimana.

34. (36.) Abuso di lassativi
DSM-IV-BN-B2: Abuso di lassativi come condotta compensatoria inappropriata per prevenire l'aumento di peso
I-AN-2c
I-BN-2b
IR-BN-C2: Abuso di lassativi per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domanda: Ha mai usato lassativi per evitare di aumentare di peso?
Domande supplementari: Che lassativi usava e in che quantità? Ogni quanto? E per che periodo di tempo? Come si sarebbe sentita se avesse dovuto sospenderli?

Definizione: I motivi per cui si prendono i lassativi sono la cura o la prevenzione della stitichezza; le persone con disturbi alimentari prendono di frequente i lassativi con l'idea che il cibo ingerito (le calorie) verrà assorbito meno mentre è nel tratto gastro-intestinale se il passaggio sarà più rapido. I lassativi possono dare dipendenza e alcune persone tendono ad aumentare le dosi (vedere l'esempio sopra). Alcune pazienti riferiscono di essersi sentite fresche e pulite dentro dopo che il loro corpo aveva reagito ai lassativi; questa sensazione può essere così positiva da dare importanza ai crampi intestinali. Valutate la gravità dell'abuso dei lassativi sulla base della frequenza e delle dosi in cui questi vengono assunti. Per la valutazione non occorre sapere come il lassativo è stato ottenuto (ad esempio falsificando le ricette del medico), anche se tale informazione può servire per giudicare la misura in cui la persona può essere dipendente dall'uso dei lassativi. Un buon numero di pazienti prende lassativi di nascosto e può negarne l'uso o l'abuso. Come in altre forme di abuso o dipendenza si dovrebbe usare un approccio graduale nel sondare la questione: la persona è stata stitica, se sì, che cosa ha fatto per questo? Che lassativi sono stati usati? In che dosi? Ci sono stati momenti in cui queste dosi non sono state sufficienti? Qual è stata la dose più alta mai usata? Se disponibili, si dovrebbero usare per la valutazione di questo item anche informazioni fornite da altre persone (ad esempio familiari, infermieri).

Codice 0 = Nessun abuso di lassativi.

Codice 1 = Raramente uso di lassativi (meno di due volte alla settimana) e/o in dosi basse. In casi rari (per esempio in vacanza) si prendono una o due pillole, ma non c'è un uso abituale. Le fasi di stitichezza possono essere tollerate senza ricorrere subito al lassativo. La dose che la persona prende corrisponde alla dose suggerita. Alternativa: Bere occasionalmente o frequentemente tisane lassative o mangiare frutta essiccata (prugne) in quantità normale.

Codice 2 = A volte abuso di lassativi (almeno due volte alla settimana) e/o in dosi moderate. Uso settimanale di dosi basse o moderate, o raramente (al massimo una volta al mese) di dosi elevate. Quando i lassativi non sono disponibili, nasce un disagio marcato o tensione.
Alternativa: Bere quotidianamente tisane lassative in dosi elevate o mangiare frutta essiccata (prugne) in quantità eccessive per purgarsi (ad esempio un pacchetto al giorno).

Codice 3 = Frequentemente abuso di lassativi (fino a una volta al giorno) e/o in dosi elevate. Uso quotidiano in dosi basse o moderate, o occasionalmente (fino a una volta alla settimana) in dosi elevate. Quando i lassativi non sono disponibili, c'è un disagio molto grave o tensione.

Codice 4 = Molto spesso abuso di lassativi (parecchie volte al giorno) e/o in dosi molto alte. Prende con regolarità e frequentemente (parecchie volte al giorno) una dose moderata o fa un uso quotidiano di una dose molto alta (per esempio 10-15 pillole di bisacodyl o senna). E' inconcepibile per la persona smettere i lassativi.

35. (37.) Uso di diuretici come comportamento compensatorio inappropriato al fine di contrastare l'aumento di peso
DSM-IV-BN-B3: Uso di diuretici come condotta compenstoria inappropriata per prevenire l'aumento di peso
I-AN-2e
I-BN-2f
IR-BN-C4c: Uso di diuretici per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domande supplementari: Quali? Ogni quanto? Per che periodo di tempo? Come si sarebbe sentita se avesse dovuto sospenderne l'uso?

Definizione: I diuretici vengono usati da alcune persone con disturbi alimentari per perdere peso in fretta senza tener conto del fatto che quello che perdono è acqua, non grasso. Alcune possono prendere diuretici non solo per tentare di contrastare il possibile aumento di peso ma anche per ragioni "estetiche", in quanto pensano che questi abbiano effetti positivi sulla pelle. Le valutazioni vengono fatte sulla base della frequenza e delle dosi in cui i diuretici vengono usati. Le informazioni su come le pillole sono state ottenute possono essere indicative del possibile abuso, ma non entrano direttamente nella valutazione.

In questo item l'uso dei diuretici viene valutato soltanto se si verifica come condotta compensatoria inappropriata per contrastare l'aumento di peso. Se una paziente deve prendere un diuretico per ragioni mediche (ad esempio insufficienza cardiaca) questo non viene valutato come abuso e può essere codificato "0". Se coincidono una condizione medica come l'insufficienza cardiaca e un disturbo alimentare con abuso di lassativi, nell'item viene valutata la componente dell'abuso.

Codice 0 = Nessun abuso di diuretici.

Codice 1 = Raro abuso (meno di due volte alla settimana) e/o in dosi basse. La persona prende una dose normale ogni tanto, ma non c'è un uso abituale di diuretici.

Codice 2 = Qualche volta (almeno due volte alla settimana) e/o in dosi moderate. Uso settimanale in dosi basse o moderate (fino a quattro pillole) o dosi elevate (cinque-dieci pillole) prese raramente (fino a una volta al mese). Non prendere i diuretici porta a chiaro disagio e tensione.

Codice 3 = Uso frequente (fino a una volta al giorno) e/o in dosi elevate. Uso quotidiano in dosi basse o moderate (fino a quattro pillole) o uso occasionale (fino a una volta alla settimana) in dosi elevate (cinque-dieci pillole). Non prendere i diuretici porta a grave disagio o tensione.

Codice 4 = Uso molto frequente (parecchie volte al giorno) e/o in dosi molto elevate. Vengono prese con regolarità parecchie volte al giorno una o due pillole, oppure viene presa con regolarità una volta al giorno una dose molto elevata. E' inconcepibile per la persona smettere di prendere il diuretico.

36. (38.) Soppressori dell'appetito
DSM-IV-BN-B4: Uso di soppressori dell'appetito come condotta compensatoria inappropriata per prevenire gli effetti "ingrassanti" del cibo
I-AN-2e
I-BN-2d
IR-BN-C4a: Uso di soppressori dell'appetito come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domande supplementari: Quali? Ogni quanto? Per che periodo di tempo? Come si sarebbe sentita se avesse dovuto sospenderne l'uso?

Definizione: La valutazione si basa sulla frequenza e sulle dosi in cui i soppressori dell'appetito vengono presi. Il fatto che il soppressore dell'appetito sia stato prescritto da un medico o sia stato ottenuto attraverso altre vie più oscure può aiutare a vedere la componente dell'abuso e della dipendenza ma non dovrebbe riguardare direttamente la valutazione.

Codice 0 = Nessun abuso di soppressori dell'appetito.

Codice 1 = Raro uso (meno di due volte alla settimana) e/o in dosi basse. Sporadicamente vengono presi soppressori dell'appetito leggeri, ma non c'è un uso o abuso abituale. La dose presa è moderata.

Codice 2 = Qualche volta abuso (almeno due volte alla settimana) e/o in dosi marcate. Uso almeno settimanale in dosi basse o moderate, oppure uso saltuario (fino a una volta alla settimana) in dosi più elevate. Smettere di prendere i soppressori dell'appetito porta a disagio marcato o tensione.

Codice 3 = Frequente uso o abuso di soppressori dell'appetito (fino a una volta al giorno) e/o in dosi più elevate. Uso quotidiano in dosi basse o moderate, oppure uso saltuario (fino a una volta alla settimana) in dosi elevate. Smettere di prendere i soppressori dell'appetito porta a notevole disagio o tensione.

Codice 4 = Frequentissimo uso o abuso (parecchie volte al giorno) e/o in dosi molto alte. Viene presa una dose notevole parecchie volte al giorno, oppure viene presa una dose molto alta una volta al giorno di regola. Smettere i soppressori dell'appetito porta a grave disagio o tensione, o rimane inconcepibile.

37. (39.) Farmaci per aumentare il metabolismo della tiroide

DSM-IV-BN-B4: Uso di farmaci per aumentare il metabolismo della tiroide come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

I-BN-2e

IR-BN-C4b: Uso di farmaci per aumentare il metabolismo della tiroide come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Definizione: La valutazione si basa sulla frequenza e sulle dosi in cui viene preso il farmaco per aumentare il metabolismo della tiroide. Si deve tener conto sia della frequenza che delle dosi! Questo item si riferisce alla assunzione deliberata del farmaco per aumentare il metabolismo della tiroide come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo. Se questo farmaco non viene preso per la ragione succitata ma semplicemente per motivi medici (ipotiroidismo), si dovrebbe valutare come "nessun abuso" = codice "0".

Codice 0 = Nessun abuso del farmaco per la tiroide.

Codice 1 = Raramente abuso del farmaco per la tiroide (meno di due volte alla settimana) e/o in dosi basse. Si fa un uso raro, ma non abituale, di dosi basse.

Codice 2 = A volte abuso del farmaco per la tiroide (almeno due volte alla settimana) e/o in dosi moderate. Uso settimanale in dosi da basse a moderate o raramente dosi elevate (fino a una volta al mese). La sospensione del farmaco porta ad un palese disagio o tensione.

Codice 3 = Frequentemente abuso del farmaco per la tiroide (fino a una volta al giorno) e/o in dosi elevate. Uso quotidiano in dosi da basse a marcate o uso saltuario (fino a una volta alla settimana) in dosi elevate. Sospendere il farmaco porta a notevole disagio o tensione.

Codice 4 = Abuso molto frequente del farmaco per la tiroide (parecchie volte al giorno) e/o in dosi molto alte. Viene presa una dose marcata molto spesso (parecchie volte al giorno) o viene presa una dose molto elevata regolarmente (circa una volta al giorno). La sospensione del farmaco porta a grave disagio o tensione, o risulta inconcepibile.

38. (40.) Per chi ha il diabete: Trascurare il farmaco (insulina)

DSM-IV-BN-B8: Negligenza nell'assunzione di insulina come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti del cibo "che ingrassa"

I-BN-2g

IR-BN-C4d: Negligenza nell'assunzione di insulina come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti del cibo "che ingrassa"

Domanda: Trascurava la cura con insulina per evitare di aumentare di peso?

<u>Definizione:</u> Si valuta la non assunzione o la riduzione dell'insulina come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti del cibo "che ingrassa" sulla base della frequenza con cui questo avviene, delle dosi saltate, e di conseguenza della gravità complessiva da un punto di vista medico di tale comportamento.

Le valutazioni vengono fatte come al solito nella SIAB da 0 (nessuna negligenza) a 4 (negligenza molto frequente o molto grave nell'assunzione dell'insulina come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti del cibo "che ingrassa").

39. (41.) Digiuno eccessivo
DSM-IV-BN-B5: Digiuno eccessivo come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo
I-BN-2c
IR-BN-C3: Digiuno eccessivo come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domanda: Rimaneva senza mangiare per più di 24 ore per evitare di aumentare di peso?

<u>Definizione:</u> Con digiuno eccessivo si intende la rinuncia a mangiare qualsiasi cosa per più di 24 ore allo scopo di contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo. Digiunare corrisponde a non mangiare niente. Gli item precedenti sulla riduzione quantitativa e qualitativa del cibo (item 7 e 8) si focalizzano principalmente ma non esclusivamente sul comportamento dietetico. Questo item si concentra sull'astinenza completa dal cibo per più di 24 ore. Viene valutata la frequenza e la portata (per che periodo di tempo) di tale condotta. Il digiuno eccessivo richiede che il comportamento sia intenzionale e costituisca una condotta compensatoria inappropriata per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo. Se una persona patisce la fame per più di 24 ore perché non c'è cibo a disposizione, questo non viene ritenuto "digiuno eccessivo". Rientrano nella valutazione del "digiuno eccessivo" sia la frequenza del non mangiare proprio niente per più di 24 ore che la gravità del digiuno (numero di giorni consecutivi in cui non si mangia niente). Se i soggetti riferiscono di non mangiare niente ma di bere sostanze nutritive come latte, frullati a base di proteine, o integratori dietetici, si valuta questo come digiuno se il valore calorico è inferiore a 400 calorie al giorno.

<u>Codice 0</u> = Nessun digiuno eccessivo.

<u>Codice 1</u> = Digiuno eccessivo raramente e/o in forma leggera. La persona digiuna raramente per più di 24 ore. Questo non dovrebbe succedere più di una volta al mese.

<u>Codice 2</u> = Digiuno eccessivo saltuariamente e/o marcatamente. La persona digiuna una volta alla settimana o digiuna per vari giorni (fino a tre di fila) e poi mangia più o meno normalmente.

<u>Codice 3</u> = Digiuno eccessivo frequentemente e/o gravemente. La persona ha digiunato più di una volta fino a sette giorni. In alternativa non ha mangiato niente una volta fino a dieci giorni.

<u>Codice 4</u> = Digiuno eccessivo molto frequentemente e/o gravemente. La persona ha digiunato varie volte (per più di una settimana) o non ha mangiato proprio nulla una volta per due settimane o più.

40. (42.) Esercizio fisico eccessivo

DSM-IV-BN-B6: Esercizio fisico eccessivo come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

I -AN-2d: Esercizio fisico eccessivo come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domande: Quanto esercizio fisico faceva? Se non poteva fare esercizio, si sentiva a disagio o stressata?

Domande supplementari: Trovava difficile rimanere seduta per lunghi periodi di tempo? Che tipo di esercizio fisico faceva? Ogni quanto? Per quante ore al giorno? Ci sono stati momenti in cui ha rinunciato ad opportunità di stare con gli amici per fare attività fisica? Ha mai fatto esercizio fisico nonostante una lesione o una malattia che avrebbe impedito agli altri di farlo? Ha praticato sport o fatto attività fisica per bruciare calorie e rassodare e snellire il corpo?

Definizione: In questo item vengono valutate la frequenza e l'intensità dell'esercizio fisico eccessivo come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo. La motivazione della persona che fa attività fisica eccessiva è di "bruciare calorie". L'esercizio fisico eccessivo può avere proprietà di assuefazione ed è possibile che la paziente tenda a negare che la quantità di esercizio fatto sia eccessiva. Fare esercizio fisico eccessivo significa fare più attività fisica di quella che a lungo andare può risultare salutare per il corpo. Possono essere piuttosto utili le informazioni sull'eccessività dell'esercizio fisico date da persone che conoscono bene il soggetto. Irrequietezza interiore o nervosismo e problemi a stare seduta non vengono considerati nella valutazione di questo item, che si concentra sulla grande attività motoria come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo.

Codice 0 = Nessun esercizio fisico eccessivo.

Codice 1 = Esercizio fisico eccessivo in forma leggera e/o raramente. La persona fa esercizio fisico raramente (per esempio durante i fine settimana o alla sera) allo scopo di bruciare calorie o di ridurre il peso, ma può seguire anche altre attività se sono interessanti o risultano più importanti.

Codice 2 = Esercizio fisico eccessivo in quantità marcata e/o occasionalmente. La persona fa esercizio qualche volta (fino a due volte alla settimana) o con marcato vigore (ad esempio: "Poi ho fatto il mio periodo di jogging"). Può riferire disagio se l'attività fisica le viene impedita. Distrarsi è possibile ma è associato ad un certo disagio.

Codice 3 = Molto esercizio fisico eccessivo e/o frequentemente. La persona fa oggettivamente molto esercizio fisico (ogni giorno per più di un'ora o tre o quattro volte alla settimana per due ore o più), e sperimenta anche disagio quando le viene impedito di farlo.

Codice 4 = Moltissimo esercizio fisico e/o molto di frequente. Si fa esercizio più di una volta al giorno o per periodi più lunghi (più di un'ora e mezza al giorno). Si fanno gli esercizi senza badare alla debolezza fisica, alla rigidità e al dolore conseguenti all'attività fisica eccessiva.

> Esempio: La paziente che faceva jogging al mattino e anche alla sera per almeno un'ora. Durante il giorno nuotava o andava in bicicletta come minimo per un'ora. Secondo il rapporto dell'ortopedico

aveva gravi problemi alle ginocchia e a volte i talloni le sanguinavano per l'eccessiva attività fisica, ma non vi prestava attenzione.

41. (43.) Enteroclismi
DSM-IV-BN-B7: Enteroclismi come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo

Domanda: Faceva uso di enteroclismi per evitare di aumentare di peso?

Definizione: In questo item si valutano la frequenza e l'intensità dell'uso di enteroclismi come comportamento compensatorio inappropriato per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo su una scala che va da 0 = nessun enteroclisma a 4 = uso molto frequente (più di una volta al giorno).

42. (44.) Ipecacuana
D-BN-B

Domanda: Ha mai usato farmaci (come l'ipecacuana) per indursi il vomito?

43. (45.) Frequenza delle misure per contrastare l'aumento di peso
DSM-IV-BN-C2: (Abbuffate e) comportamenti compensatori inappropriati per contrastare l'aumento di peso presenti di media almeno due volte alla settimana per tre mesi
D-EDNOS-3/D-EDNOS-4a

Domande: Per contrastare l'aumento del peso ogni quanto faceva uso di misure come: vomito autoindotto, lassativi, diuretici, soppressori dell'appetito, farmaci per la tiroide, dieta estrema, esercizio fisico eccessivo, enteroclismi o ipecacuana?

Esempio: Sono soddisfatti i criteri della frequenza delle misure per contrastare l'aumento del peso in un periodo di tempo di tre mesi secondo il DSM-IV.

La paziente ha vomitato (e continua a vomitare) di media tre volte alla settimana negli ultimi due anni (!); inoltre, ha preso diuretici circa una volta alla settimana per quattro mesi e lassativi almeno due volte alla settimana per un mese.

Questa paziente soddisfa i criteri (risposta "sì" = presenza di misure per contrastare l'aumento del peso) per questo item. In base a tali criteri si deve fare ricorso ad almeno una misura per contrastare l'aumento del peso (vomito) due volte alla settimana come minimo per un periodo di tre mesi. Si possono aggiungere qui altre misure. Possono essere presenti misure per contrastare l'aumento del peso anche se la paziente non vomita. Per esempio soddisfa i criteri la persona che si è abbuffata ma non ha mai vomitato e ha usato lassativi almeno due volte alla settimana per due mesi di seguito e nel mese successivo è ricorsa all'uso di soppressori dell'appetito almeno due volte alla settimana.

44. (46.) Peso più basso nel periodo di ricorso a misure per contrastare l'aumento di peso
DSM-IV-EDNOS-4: Uso regolare di condotte compensatorie inappropriate da parte di una persona di peso normale dopo aver mangiato piccole quantità di cibo

Domanda: Qual è stato il suo peso più basso quando faceva uso di misure per contrastare l'aumento di peso come ...?

Nota: In caso di abbuffate marcate, l'item non è applicabile e deve essere codificato “8”.

Codice 0 = Peso normale (+/- 15%).

Codice 1 = Obesa (> 15% sopra il peso normale).

Codice 2 = Sottopeso (> 15% sotto il peso normale).

Codice 8 = Non si applica al caso (ad esempio presenza di abbuffate marcate oppure nessuna misura compensatoria).

45. Tipo di misure per contrastare l'aumento del peso
DSM-IV-BN-Tipo di BN: Sottotipo con condotte di eliminazione, Sottotipo senza condotte di eliminazione

Definizione: In questo item l'intervistatore giudica sulla base delle informazioni ottenute negli item precedenti che tipo di bulimia nervosa o che altra forma di sovralimentazione ricorrente è o è stata presente nella persona intervistata.

Intervistatore: Non preoccupatevi di vedere se sono soddisfatti gli altri criteri della bulimia nervosa secondo il DSM-IV. Considerate solo la condotta compensatoria inappropriata per contrastare gli effetti "ingrassanti" del cibo valutata negli item precedenti. Il tipo di misure per contrastare l'aumento del peso viene valutato senza tener conto se la persona ha o non ha fatto abbuffate. La persona che ha fatto abbuffate (indipendentemente dalla gravità e dalla frequenza) ed è ricorsa soltanto alla dieta o al digiuno o all'esercizio fisico eccessivo per contrastare l'aumento di peso viene classificata "0" = sottotipo senza condotte di eliminazione. La persona che ha fatto abbuffate (indipendentemente dalla frequenza e dalla gravità) ed è ricorsa regolarmente al vomito autoindotto o all'abuso di lassativi, diuretici, soppressori dell'appetito, farmaci per la tiroide, enteroclismi o altri metodi simili equivalenti per un periodo di tempo definito, viene classificata "1" = sottotipo con condotte di eliminazione. La persona che non ha fatto uso di alcuna misura per contrastare l'aumento di peso viene classificata con il codice "8".

Esempio: La persona ha contrastato l'aumento di peso con un'attività fisica eccessiva (cinque volte alla settimana) e prende lassativi due volte alla settimana e lo fa da almeno tre mesi. Tale persona viene classificata nel sottotipo "con condotte di eliminazione" per l'abuso di lassativi con frequenza definita in un periodo di tempo più lungo.

Codice 0 = Senza condotte di eliminazione: digiuno, dieta e/o esercizio fisico eccessivo soltanto (per contrastare l'aumento di peso).

Codice 1 = Con condotte di eliminazione: vomito, lassativi, diuretici, soppressori dell'appetito, enteroclismi, farmaci per la tiroide o misure equivalenti per contrastare l'aumento di peso. Digiuno, dieta e/o esercizio fisico eccessivo possono essere usati o no. I metodi di eliminazione devono essere stati usati regolarmente, cioè almeno due volte al mese per un periodo di almeno tre mesi.

Codice 2 = Con uso irregolare delle condotte di eliminazione: condotta di eliminazione meno di due volte alla settimana per un periodo di tre mesi o almeno due volte alla settimana per un perido inferiore a tre mesi.

Codice 3 = Tipo misto: a volte condotte di eliminazione usate regolarmente e a volte condotte di eliminazione non manifestate regolarmente. Questo tipo può essere codificato per l'arco della vita del disturbo alimentare. ("Regolarmente" indica la presenza almeno due volte alla settimana per un periodo di almeno tre mesi.)

Codice 8 = Non si applica al caso (nessuna misura per contrastare l'aumento del peso).

46. (48.) Presenza simultanea di sintomi anoressici

Domande: Ha riferito che aveva un peso basso, una paura intensa di aumentare di peso, che ... (parafrasate: distorsioni dell'immagine corporea, dipendenza dell'autostima dalla forma e dal peso e/o negazione dei rischi del peso basso) e che il ciclo ... (parafrasate: non è mai arrivato, è cessato, si è presentato solo a seguito di somministrazione ormonale). C'è mai stato un momento in cui questi sintomi si sono manifestati simultaneamente? (Se non è chiaro, fate descrivere alla paziente quanto erano distinti i sintomi.)

Definizione: Questo item chiarisce se in passato i diversi sintomi anoressici si sono manifestati simultaneamente. Chiedete soltanto se in passato sono stati soddisfatti tutti i criteri dell'anoressia nervosa. Gli item del riquadro grigio servono per un controllo migliore. A questo punto dovreste riassumere quanto avete acquisito in precedenza. Se non sono stati soddisfatti tutti i criteri, codificate "8" e passate alla domanda successiva.
(Il criterio D, amenorrea, non è richiesto per la diagnosi di AN per lo Studio della Price Foundation.)
Nel caso ci siano incertezze circa il criterio A (Indice di Massa Corporea inferiore a 17,6 per le donne e a 18,6 per gli uomini) considerate questo criterio soddisfatto per il presente. Il criterio D è considerato soddisfatto se il ciclo non si è presentato pur non essendoci gravidanza in atto e se non si sa se il ciclo sarebbe arrivato se non ci fosse stata somministrazione di ormoni (item 15, codice 6 o 7).

Codice 0 = No.

Codice 1 = Sì.

Codice 8 = Non si applica al caso (non soddisfatti tutti i criteri di AN).

Se tutti i criteri sono stati soddisfatti simultaneamente, chiedete alla paziente quanti anni aveva quando questo si è verificato per la prima volta.

Domande: Quanti anni aveva quando tutti i sintomi si sono presentati simultaneamente per la prima volta? (Se necessario, riassumete: quando è stata sottopeso per la prima volta, ha avuto paura di aumentare di peso e ... (descrivete il sintomo corrispondente del criterio C) e il ciclo ... (non è arrivato, è stato irregolare, si è presentato con preparati ormonali)).

47. (49.) Per persone con diagnosi probabile di AN: Specificazione del tipo di anoressia nervosa
DSM-IV-AN-Tipo di AN: Sottotipo con restrizioni, Sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione

Domande: Durante la fase anoressica (per esempio sottopeso, paura di aumentare di peso, negazione della gravità del peso corporeo basso) **si abbuffava o usava misure per contrastare l'aumento di peso** come vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o altri farmaci?

Definizione: Questo item deve essere valutato dall'intervistatore sulla base delle informazioni ottenute negli item precedenti, e se certe problematiche sono note o palesi fate le domande adesso. La valutazione è distinta per le abbuffate (47.a) e le condotte di eliminazione (47.b). Secondo il DSM-IV ci sono due tipi di anoressia nervosa: 1. sottotipo con restrizioni e 2. sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

a) Esempio di AN con restrizioni: Secondo le informazioni ottenute nel corso dell'intervista la persona probabilmente risponde ai criteri dell'anoressia nervosa; per ridurre il peso è ricorsa al digiuno, alla dieta o all'esercizio fisico eccessivo ma a nessuna "condotta di eliminazione" e non si è abbuffata.

b) Esempio di AN con abbuffate/condotte di eliminazione: La persona probabilmente risponde ai criteri dell'anoressia nervosa, si è abbuffata e/o ha fatto ricorso a condotte di eliminazione come comportamenti compensatori inappropriati per contrastare l'aumento di peso (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, soppressori dell'appetito, enteroclismi o farmaci per la tiroide).

c) La persona che né in passato né attualmente ha mai avuto anoressia nervosa è codificata "8" (l'item non si applica al caso).

L'episodio anoressico deve costituire il quadro completo dell'anoressia nervosa (= codice “1” nell'item 47). Nell'arco della vita dell'anoressia nervosa possono essere stati presenti entrambi i tipi (= codice “3”). Un episodio dovrebbe durare almeno tre mesi.

48. (50.) Presenza simultanea di sintomi bulimici

Domande: Ha riferito di aver avuto episodi bulimici, perdita di controllo sul mangiare, di aver fatto uso di misure come ... (corrispondenti misure compensatorie) e che la sua autostima dipendeva moltissimo dalla figura e dal peso. C'è mai stato un tempo in cui questi sintomi sono stati presenti simultaneamente? Le abbuffate e le condotte di eliminazione si sono verificaten contemporanea per tre mesi o più almeno due volte alla settimana? (Se non è chiaro, fate descrivere alla paziente quanto disistinti erano i sintomi.)

Definizione: Questo item chiarisce se in passato i diversi sintomi della bulimia nervosa sono stati soddisfatti simultaneamente. Chiedete soltanto se in passato sono stati soddisfatti i criteri A-D della bulimia nervosa. Gli item del riquadro grigio servono per un migliore controllo. A questo punto dovreste riassumere quanto avete acquisito in precedenza. Se non sono stati soddisfatti tutti i criteri, codificate 8 e passate alla domanda successiva.

Per lo Studio della Price Foundation viene definita una diagnosi del sottotipo di BN in cui il soggetto deve essersi abbuffato e deve aver usato misure compensatorie almeno una volta alla settimana per un periodo di almeno tre mesi. Il criterio C è quindi diviso in C1 (criterio C completo di BN) e C2 (soddisfacimento parziale del criterio C di BN) per una distinzione tra tipo e sottotipo di BN.

Codice 0 = No.

Codice 1 = Sì.

Codice 8 = Non si applica al caso (non soddisfatti tutti i criteri della bulimia nervosa).

Se tutti i criteri sono stati soddisfatti simultaneamente, chiedete alla paziente quanti anni aveva quando questo si è verificato per la prima volta.

Domande: Quanti anni aveva quando tutti i sintomi si sono presentati simultaneamente per la prima volta? (Se necessario, riassumete: quando ha fatto abbuffate e ... (corrispondenti misure compensatorie) simultaneamente per la prima volta e la sua autostima dipendeva molto dalla forma del corpo e dal peso)

49. (51.) Per persone con abbuffate (diagnosi probabile di BN o BED): Presenza simultanea di episodi anoressici e bulimici
DSM-IV-BN-E: L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso degli episodi di AN
DSM-IV-BED-E: L'alterazione non è associata ad un uso regolare di comportamenti compensatori inappropriati e non nel corso di AN o BN

Domande: I sintomi bulimici (abbuffate ed eventualmente vomito o uso di lassativi) **erano presenti soltanto nei momenti in cui mangiava pochissimo o cercava di tenere il peso più basso possibile?**

Definizione: L'intervistatore dovrebbe valutare questo item per tutte le pazienti che facevano o fanno abbuffate. Che i criteri di BN o BED siano o non siano soddisfatti verrà determinato più tardi con l'algoritmo informatico. Questo item riguarda il problema se i criteri dell'anoressia nervosa secondo il DSM-IV erano soddisfatti in concomitanza con una diagnosi (probabile) di BN o BED.
Intervistatore: Valutate se i criteri dell'anoressia nervosa secondo il DSM-IV erano/sono o no soddisfatti in concomitanza con le abbuffate e la diagnosi probabile di BN o BED (il che sarà in seguito verificato dall'analisi dei risultati, ad esempio con l'algoritmo informatico).

La valutazione è distinta per le abbuffate (50.a) e le condotte di eliminazione (50.b).

Codice 0 = No: o mai anoressia nervosa o episodi bulimici anche nei momenti in cui almeno un criterio di AN (ad esempio sottopeso) non era soddisfatto.

Codice 1 = Sì: episodi bulimici soltanto nei momenti in cui tutti i criteri dell'anoressia nervosa erano soddisfatti simultaneamente.

Codice 8 = Non si applica al caso (nessun sintomo bulimico).

50. (52.) Presenza simultanea dei sintomi del disturbo da alimentazione incontrollata

Domande: Ha riferito di aver sperimentato abbuffate e perdita di controllo, che ... (parafrasate: caratteristiche corrispondenti del criterio B) e che era preoccupata o disperata per la sua alimentazione incontrollata. C'è mai stato un momento in cui questi sintomi si sono manifestati simultaneamente? (Se non è chiaro, fate descrivere alla paziente quanto distinti erano i sintomi.)

Definizione: Questo item chiarisce se in passato i diversi sintomi del disturbo da alimentazione incontrollata sono stati soddisfatti simultaneamente. Chiedete soltanto se in passato i criteri del BED sono stati soddisfatti. Gli item del riquadro grigio servono per un controllo migliore. A questo punto dovreste riassumere quanto è stato acquisito in precedenza. Se non sono soddisfatti tutti i criteri, codificate "8" e passate alla domanda successiva.

Codice 0 = No.

Codice 1 = Sì.

Codice 8 = Non si applica al caso (non soddisfatti tutti i criteri del BED).

Se tutti i criteri sono stati soddisfatti simultaneamente, chiedete alla paziente quanti anni aveva quando questo è successo per la prima volta.

Domande: Quanti anni aveva quando tutti i sintomi si sono manifestati simultaneamente per la prima volta? (Se necessario, riassumete: quando si abbuffava, (riportate le caratteristiche del criterio B), e sentiva anche disagio e disperazione per le abbuffate.)

51. (54.) Età all'esordio del disturbo alimentare

Domande: Quanti anni aveva quando è iniziato il suo disturbo alimentare in base ai dati illustrati nel corso dell'intervista? (per esempio deviazione dal peso normale, paura di aumentare di peso, autostima indebitamente influenzata dalla forma del corpo e dal peso, abbuffate o uso di misure per contrastare l'aumento del peso.)

Si dovrebbero ottenere le seguenti informazioni: a) l'età in cui si sono manifestati i primi sintomi dell'alimentazione disturbata, b) a che età la persona ha soddisfatto per la prima volta i criteri del disturbo alimentare secondo il DSM o l'ICD.

52. (59.) Comportamento compulsivo riguardo al cibo e al mangiare

Domande: Aveva abitudini alimentari fisse, ed era un problema se non poteva seguirle? Per esempio, c'erano certe ore in cui aveva il bisogno di mangiare e non le sembrava possibile allontanarsi da questo schema?
Domande supplementari: Che cosa succedeva se veniva invitata ad una festa in cui c'era da mangiare, poteva allontanarsi dal suo comportamento abituale in questa situazione? Quali erano le sue abitudini alimentari tipiche? Era importante per lei "celebrare" i pasti in maniera ritualistica, seguire i preparativi, il servizio, l'ordine, ecc? Accumulava, pesava o nascondeva il cibo compulsivamente? Aveva l'ossessione di raccogliere le ricette? Cucinava per gli altri in maniera compulsiva?

Definizione: Ci sono certi rituali o abitudini alimentari fisse. Se i comportamenti compulsivi si riferiscono al cibo o al mangiare si dovrebbero valutare in questo item. Qui si dovrebbero tenere in considerazione le abitudini alimentari stranamente rigide, a volte bizzarre, la riduzione qualitativa del cibo (soltanto

fiocchi d'avena o insalata), il "celebrare" la preparazione del cibo e il mangiare in maniera ritualistica, il rinvio compulsivo del mangiare e il "piluccare" mentre si mangia.

Codice 0 = Nessun comportamento compulsivo riguardo al mangiare.

Codice 1 = Lieve comportamento compulsivo riguardo al cibo e al mangiare. Ci sono solo alcune abitudini alimentari fisse o rituali riguardo al mangiare, che sembrano strani agli altri. La persona tuttavia può controllare queste "manie alimentari" quando è necessario (quando mangia in compagnia di altri).

Codice 2 = Comportamento marcatamente compulsivo riguardo al cibo e al mangiare. Ci sono varie abitudini alimentari fisse o rituali riguardo al mangiare (accumulare il cibo, raccogliere ricette, rigida programmazione degli orari, della quantità, del tipo di cibo, dell'ordine, del servizio). Leggere modifiche vengono sopportate con difficoltà. Il comportamento ha una connotazione chiaramente compulsiva.

> Esempio: Ad una prima indagine a volte le pazienti riferiscono di desiderare solo di seguire una nutrizione sana. Ad un'ulteriore indagine emerge che hanno regole molto rigide circa il tipo di cibo, la preparazione e il luogo di provenienza (ad esempio solo cereali o verdure, solo crudi o cotti al vapore, solo dal negozio che vende prodotti naturali), che ostacolano la mobilità o i rapporti sociali delle persone. Spesso le rigide regole alimentari sono imposte anche al partner e ai figli, il che può portare a conflitti gravi.

Codice 3 = Grave comportamento compulsivo riguardo al cibo e al mangiare. Il comportamento è molto chiaramente di tipo ossessivo. La persona può avere gravi problemi nella vita sociale o in altre circostanze. Ma è ancora possibile per le pazienti rinunciare al loro comportamento per un brevissimo periodo di tempo, se l'occasione è molto importante.

> Esempio: La paziente aveva un piano rigido per la sua nutrizione. Ogni giorno fino a sera mangiava esattamente lo stesso cibo ed esattamente alla stessa ora (per esempio alle 8 un bicchiere di latte e un biscottino, alle 11 due banane, ecc.) Inoltre c'erano regole nel modo di mangiare (ad esempio le banane dovevano essere tagliate a pezzetti o si potevano mangiare solo con una forchettina da dolci). Di sera alla paziente era "consentito" mangiare quello che voleva e come voleva. Non soltanto per questo ma anche perché poteva rinunciare alle sue abitudini per brevi periodi (per esempio quando era con l'amica, in vacanza), qui è stata data la valutazione "3".

Codice 4 = Comportamento compulsivo molto grave riguardo al cibo e al mangiare. Abitudini alimentari molto bizzarre e molto lontane dallo scopo usuale del mangiare, o un certo numero di abitudini alimentari rigide o rituali compulsivi, cui non è possibile rinunciare senza un disagio molto intenso o ansie.

> Esempio: Una anoressica di 22 anni che viveva ancora in casa dei genitori e che mangiava solo briciole, mele o pomodori e rifiutava qualsiasi altra cosa. Ogni giorno cucinava per i genitori e la sorella più piccola, e lo faceva in maniera molto compulsiva, contava le calorie che ognuno degli altri aveva mangiato durante il pasto e si arrabbiava moltissimo e si indispettiva quando questi non mangiavano come lei compulsivamente pretendeva. In tal modo terrorizzava i familiari, che erano contenti che lei cucinasse perché tutti ad eccezione dell'anoressica lavoravano dalla mattina alla sera. L'anoressica aveva anche un'enorme provvista di cibo che a nessun altro della famiglia era consentito vedere o toccare.

53. (60.) Preoccupazione per il cibo e il mangiare
I-BN-1a
IR-BN-B1: Preoccupazione persistente per il mangiare

Domande: Era preoccupata quando pensava al mangiare, al cibo, al cucinare, alle calorie?
Domande supplementari: Questi pensieri erano molto insistenti? In che percentuale le sue ore da sveglia erano occupate dai pensieri sul cibo e sul mangiare? Questi pensieri interferivano in qualche modo nella sua vita?

Definizione: Questo item valuta la frequenza e l'intensità dei pensieri compulsivi concernenti il cibo e il grado di menomazione recata alla vita normale, alla capacità di concentrarsi su altre attività.
Viene misurato il periodo di tempo in cui le pazienti riescono ad occuparsi di altri compiti senza pensieri che riguardino il mangiare, ecc., o quanto tempo del giorno (percentuale) passano con i pensieri compulsivi.

Codice 0 = Pensieri concernenti il mangiare soltanto quando c'è fame.

Codice 1 = Raramente pensieri concernenti il mangiare, non danneggiata la capacità di concentrazione.

Codice 2 = A volte pensieri sul cibo, particolarmente in situazioni spiacevoli o noiose, ma sono possibili lunghi periodi senza questi.

> Esempio: La paziente bulimica riferiva che, a meno che non stesse lavorando o fosse attiva nel tempo libero, nei periodi senza sintomi pensava intensamente al mangiare. Al mattino prima di andare a lavorare, durante la pausa di mezzogiorno e alla sera, il problema principale era quello che poteva mangiare, quante calorie aveva il cibo e che quantità era consentita.
> Siccome i pensieri sul mangiare sparivano subito quando la paziente si distraeva, non è stata data al caso una valutazione superiore.

Codice 3 = Pensieri frequenti, capacità di concentrazione danneggiata, 30-50% della giornata occupato da pensieri sul mangiare, ma sono ancora possibili periodi di circa un'ora senza questo tipo di pensieri.

Codice 4 = Pensieri molto frequenti, pensieri permanenti sul cibo con un conseguente forte danneggiamento della capacità di concentrazione anche durante le attività che alla paziente piacciono; i pensieri occupano più del 50% della giornata.

54. (61.) Preoccupazione per la magrezza, la forma e il peso del corpo
(vedere anche SIAB item 6)

Domande: Pensava molto alla sua figura, al peso e a come gli altri potevano vederla? Si pesava di frequente?
Domande supplementari: Ogni quanto si pesava? Quanto tempo passava a pensare alla sua figura e al peso? In che percentuale le sue ore da sveglia erano occupate da pensieri sulla figura e sul peso? Quanto la preoccupava questo?

Definizione: Questo item si sovrappone all'item 12 (distorsioni dell'immagine corporea). C'è un desiderio intenso di essere magra, non importa a che costo. Tutti gli eventi o le attività che portano alla perdita di

peso e perciò alla magrezza sono piacevoli per la paziente; gli eventi o le attività che portano ad un aumento di peso provocano ansia o disagio. Spesso le pazienti hanno idoli che emulano (Twiggy).
Si dovrebbe chiedere alla paziente se ha una certa soglia per il peso e come si sentirebbe se il suo peso superasse quella soglia. (Evita di andare in luoghi pubblici per un senso di imbarazzo o non ha interesse per nessuna attività a causa di una sensazione di goffaggine o disagio?) Altre indagini potrebbero riguardare come la paziente vede le persone che non sono magre o ogni quanto si pesa.

Codice 0 = Nessuna preoccupazione per la magrezza del corpo.

Codice 1 = Leggero disagio se un certo peso desiderato, che è ancora su livelli normali, viene superato o se il peso desiderato è da abbassare un po'.
L'umore non è danneggiato e la paziente prende ancora parte a tutte le attività.

Codice 2 = Il peso attuale o la deviazione dal peso desiderato ha influenza sull'autostima delle persone. Se il peso è superiore (anche di 3 kg) riferiscono un'autostima più bassa e malessere. Se il peso corrisponde a quello desiderato hanno un'autostima di gran lunga migliore.
Il peso desiderato può essere più basso di quello standard. Le pazienti non si limitano molto nelle loro attività, se non sono al peso desiderato, ma si sentono a disagio (per esempio quando indossano un costume da bagno) e ricorrono a misure compensatorie.

Codice 3 = In questa valutazione il rigido ideale di magrezza è dimostrato dal desiderio di un peso corporeo notevolmente troppo basso.

> Esempio: Le pazienti riferiscono di non riuscire ad accettare un peso superiore o una taglia di vestiti più grande. Se sono più grasse soffrono di depressione e di un effetto di generalizzazione, cioè sono insoddisfatte di tutta la loro vita, non riescono ad accettarne le caratteristiche o gli aspetti buoni e tentano di tutto per perdere peso. Le misure di compenso sono notevolmente più rigide di quelle della valutazione "2" (misure più numerose e utilizzate più di frequente). Certe attività, per esempio il nuoto, vengono evitate del tutto.

Codice 4 = L'ideale rigido di magrezza è la preoccupazione principale di queste persone. E' il criterio principale per la soddisfazione nella vita e per la loro autostima. Spesso questo traspare solo dopo lunghe indagini. Molte pazienti sono quotidianamente (spesso parecchie volte al giorno) occupate con il peso corporeo, lo controllano e orientano le attività e la giornata attorno ad esso. Se non sono soddisfatte evitano le attività, e i contatti con gli altri sono drasticamente danneggiati

> Esempio: Una hostess aveva il peso desiderato di 52 kg ed era alta 170 cm. Riferiva di non aver potuto svolgere il suo lavoro per lunghi periodi di tempo a causa dei sintomi bulimici e delle conseguenti deviazioni del peso (fino a 65 kg); si sarebbe vergognata troppo se avesse avuto bisogno di un'altra serie di divise.

Item 55, 56 e 57: Non occorre che i valutatori della Price Foundation facciano le domande sull'uso di alcol o droga durante l'intervista SIAB, piuttosto dovrebbero codificare queste domande sulla base delle informazioni ottenute durante l'intervista SCID-I.

55. (71) Abuso di alcol

Domande: Nel periodo in cui beveva di più, ogni quanto beveva? Che tipo di bevanda alcolica prendeva e in che quantità? Qual è stato il record di una giornata? L'alcol costituiva un problema per lei? In che modo?
Domande supplementari: Ha mai avuto qualche menomazione nel funzionamento a causa dell'alcol? C'è stato un periodo in cui beveva spesso di più o beveva per periodi più lunghi di quanto avesse programmato? Ha sviluppato una tolleranza all'alcol? Ha avuto problemi con i familiari per il suo consumo di alcol? Ha trascurato il lavoro (o la scuola o di andare al lavoro/a scuola per i postumi di una sbornia), o ha avuto sintomi da astinenza come tremori quando ha smesso di bere? Ha mai avuto perdita di coscienza? O qualche complicazione medica dovuta all'alcol?

L'intervistatore non dovrebbe esitare a fare domande aperte e dirette sul consumo di alcol. Molti soggetti sono disponibili a parlare del loro consumo di alcol. Per valutare l'abuso o la dipendenza indagate la quantità realmente consumata e anche la regolarità e la frequenza del bere, il tipo di bevanda (% di alcol) e l'atteggiamento nei confronti del bere. A volte l'intervistatore deve "aiutare" la memoria della persona intervistata. In alcuni casi i problemi dell'alcol sono mascherati e l'intervistatore dovrà "negoziare" mentre indaga sul consumo di alcol. ("In occasioni speciali lei beve più di ... ?")

Codice 0 = Non beve alcol di norma, fatta eccezione forse per un bicchiere di champagne l'ultimo dell'anno o per quando si mangia della cioccolata con qualcosa di alcolico.

Codice 1 = Quantità "normale" di alcol o abuso occasionale (raro). Abitudini "normali" riguardo al bere, non è difficile trattenersi dall'alcol. La quantità consumata non ha alcuna rilevanza clinica e nessuna conseguenza negativa a breve o lungo termine. Se c'è abuso, è raro e in quantità limitate.

> Esempio: Il soggetto riferisce di bere un'intera bottiglia di vino durante le abbuffate ma solo circa tre volte all'anno (ad esempio per il compleanno, l'ultimo dell'anno, ecc.). Nonostante la grande quantità, si dovrebbe codificare "1" in questo caso, perché il vino non è usato per il suo contenuto alcolico, ma come cibo consumato nel corso di un'abbuffata (il vino viene rigurgitato prima che possa entrare nel sangue, senza pertanto provocare alcun effetto).

Codice 2 = Marcato abuso di alcol.

> Esempio A: Un bicchiere di vino è necessario prima di andare a letto, se in casa non c'è vino, si deve trovare un sostituto. (Il soggetto riferisce con convinzione di bere in realtà soltanto un bicchiere, ma di doverlo bere.)
> Esempio B: Ubriachezza o postumi di una sbornia capitano occasionalmente o regolarmente, per esempio sempre durante i fine settimana, ma l'alcol non provoca alcun problema somatico, sociale o sintomo da astinenza.
> Esempio C: Il soggetto riferisce di avere un problema con l'alcol. Anche se la quantità oggettiva sembra piccola, si dovrebbe tener conto dell'impressione della persona.

Codice 3 = Grave abuso di alcol o presenza di dipendenza. L'alcol costitutisce un problema (problemi somatici o sintomi da astinenza), ma le aree sociale e lavorativa non sono molto danneggiate (solo qualche conflitto con il partner o gli amici).

Esempio: Il soggetto riferisce: "Sì, ho un problema con l'alcol. Ci sono fasi in cui bevo molto (fino ad ubriacarmi). Non riesco a controllare il bere. Questo porta a conflitti con il partner, è anche un tema della mia psicoterapia. La mia prestazione non è molto danneggiata socialmente, professionalmente o dal punto di vista della salute". In questo caso si codificherebbe “3”, dato che il consumo di alcol è grave ma non ha ancora avuto conseguenze disastrose come il licenziamento dal lavoro o la separazione dal partner.

Codice 4 = Abuso e conseguenze fisiche molto gravi o grave dipendenza dall'alcol. Come nel codice “3”, ma con un'influenza molto sostanziale sul lavoro e/o sulla coppia, oppure sono presenti gravi conseguenze somatiche (per esempio cirrosi epatica, sindrome cerebrale organica, allucinosi, delirio).

56. Tranquillanti minori con potenziale di dipendenza

Domanda: Prendeva tranquillanti (come benzodiazepine o barbiturici)?
Domande supplementari: Che tipo di traquillanti prendeva e in che dosi? Ogni quanto e per che periodo di tempo?

Chiedete il tipo di farmaco, la dose giornaliera e la durata del periodo in cui è stato preso. Annotate il nome del farmaco in modo che lo specialista possa dare informazioni se sorgono domande. Le medicine a base di erbe e gli antidepressivi non vengono inclusi qui. Fate domande molto specifiche. Alcuni soggetti possono rispondere: "Sì, prendo una pillola ogni tanto". Chiedete informazioni più precise su che cosa si intende per "ogni tanto", dal momento che può significare qualsiasi cosa, da raramente a quotidianamente. La valutazione "1" significa che il tranquillante viene preso di rado o occasionalmente o con regolarità in dose (molto) bassa e dal contesto risulta che non c'è pericolo di sviluppare dipendenza. Prendere il tranquillante non ha un significato negativo.

57. Abuso di droghe

Domande: Ha mai fumato marijuana? Nel periodo in cui ne fumava di più, ogni quanto lo faceva? Quanto? (Quanti spinelli al giorno?) Quanto è andata avanti così? **Ha mai usato allucinogeni o sostanze psichedeliche come l'LSD?** (Stesse domande di follow-up della marijuana.) **Ha mai preso anfetamine?** (Stesse domande.) **Ha mai preso cocaina o crack?** (Stesse domande.) **Ha mai preso morfina, o eroina, o oppio?** (Stesse domande.)

Considerate il tempo, l'energia, e il denaro che la persona è disposta a spendere per avere la droga, come pure il rischio che è disposta a correre di entrare in conflitto con la legge.

La marijuana (erba) e l'hashish devono essere considerate droghe leggere, che sarebbero codificate "3" o "4" soltanto in rari casi, quando portano al conflitto con la legge o ad una marcata menomazione sociale o lavorativa.

Codice 0 = Nessun uso di droghe ("illegali").

Codice 1 = Uso raro o occasionale di una droga leggera.

Esempio: Hashish (al massimo una volta alla settimana); il soggetto ce la può fare facilmente senza droga.

Codice 2 = Marcato abuso di droghe.

> Esempio: Uso piuttosto frequente di hashish; se manca, il soggetto può stare senza per un certo tempo ma alla fine si darà da fare per trovarne un po'. L'uso della droga ha una funzione (ad esempio dimenticare i problemi).

Codice 3 = Grave abuso di droghe o segni di dipendenza da "droghe pesanti".

Codice 4 = Gravissimo abuso di droghe o forte dipendenza da "droghe pesanti" (molto frequentemente, droghe forti come l'eroina e/o droghe potenti in dose elevata o segni clinici di forte dipendenza ("sindrome da astinenza") o conseguenze sociali molto gravi dovute alla dipendenza dalla droga).

58. (75.) Riduzione del desiderio sessuale
I-AN-4b
IR-AN-D: Perdita della libido

Domanda: C'erano momenti in cui il suo desiderio sessuale era ridotto?
Domande supplementari: Come valuterebbe il suo desiderio sessuale di allora rispetto a quello delle altre donne della sua età? Per che periodo di tempo è stato ridotto?

Definizione: La riduzione del desiderio sessuale può essere presente anche se continua l'attività sessuale (rapporto sessuale con il partner). Viceversa, può essere presente un forte desiderio sessuale in mancanza di attività sessuale (momentaneamente nessun partner). Periodi di malattia o forti richieste nel campo del lavoro possono portare ad una riduzione temporanea del desiderio sessuale. Qui si dovrebbe valutare il grado di riduzione della libido sessuale, indipendentemente dalla causa. Non è importante ai fini della valutazione se la paziente giudica la riduzione della libido positivamente (per esempio, anoressiche con paure sessuali) o negativamente. Il desiderio sessuale viene valutato in generale; se è ridotto solo in situazioni specifiche o con un partner specifico e non in altre situazioni, questa viene considerata una riduzione del desiderio sessuale non fondamentale.

Per prima cosa si dovrebbe chiedere quanto forte sia il desiderio dell'attività sessuale rispetto al passato o in confronto alle proprie coetanee. Poi, se c'è stata una riduzione della libido, scoprite quanto è durata. Altre domande sono di solito più specifiche in base al sesso (ad esempio domande sulle erezioni, eiaculazioni). Un indicatore può essere anche la frequenza della masturbazione e il modo di affrontare la pornografia.

Codice 0 = Desiderio sessuale corrispondente a quello delle persone del proprio genere e della propria età.

Codice 1 = Leggera riduzione. Esempio: la giovane riferisce di avere un'influenza cronica, il che ha ridotto un po' nelle ultime tre settimane il suo desiderio sessuale.

Codice 2 = Marcata riduzione. Esempio: la giovane riferisce: "Quando faccio abbuffate e mi sento troppo grassa, non ho alcun desiderio". Si codifica "2" anche se c'è una forte riduzione perché questa non è di lunga durata.

Codice 3 = Grave riduzione del desiderio sessuale. La persona riferisce di aver avuto per un periodo più lungo una forte riduzione del desiderio.

Codice 4 = Riduzione molto grave del desiderio sessuale. Per alcune pazienti con disturbo alimentare (per esempio anoressia nervosa) che hanno ridotto molto il desiderio sessuale, questo spesso non è un problema, dal momento che hanno paura della sessualità e si sentono sollevate di non provare questo desiderio. Ciò nondimeno, questo verrebbe valutato "4" (gravissima riduzione del desiderio sessuale).

59. (84.) Valutazione globale dei sintomi

Domande: Nei sintomi dei **disturbi alimentari** possono essere presenti un esagerato **ideale di magrezza, dieta, eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo, pensieri concentrati sul mangiare, comportamento alimentare disturbato, assenza del ciclo mestruale** nelle donne**, deviazioni dal peso normale, paura di perdere il controllo** mentre si mangia, episodi **di alimentazione incontrollata, vomito** (autoindotto)**, abuso di lassativi, esercizio fisico eccessivo, isolamento sociale** conseguente al disturbo alimentare. In che grado sono stati presenti tutti questi sintomi o alcuni di essi?

Definizione: In questo item si dovrebbe dare una valutazione globale della gravità del disturbo alimentare. Tenete conto che i disturbi alimentari si possono classificare in categorie: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbo alimentare atipico/disturbo alimentare non altrimenti specificato. Date una valutazione composita della gravità globale del disturbo alimentare indipendentemente dalla diagnosi specifica.

I criteri per la valutazione sono dati nell'intervista. Possono sorgere difficoltà quando ci sono sintomi aggiuntivi (depressione, problemi di concentrazione, sintomi compulsivi), che sono più o meno associati al disturbo alimentare e occasionalmente possono essere più gravi del disturbo alimentare.
La valutazione globale dei sintomi è studiata in modo tale che rientrino nella valutazione tutti i sintomi pertinenti valutati in questa intervista. Pertanto la valutazione non è limitata ai disturbi del comportamento alimentare. Non sono comunque prese in considerazione le compulsioni o le paure individuali.

Codice 0 = Nessun disturbo alimentare.

Codice 1 = E' presente un lieve disturbo alimentare che, secondo l'intervistatore, può essere gestito senza ricorrere al trattamento.

Codice 2 = E' presente un marcato disturbo alimentare. Le aree sociale e lavorativa nel complesso non risultano molto danneggiate. Di solito è sufficiente un trattamento ambulatoriale.

Codice 3 = E' presente un grave disturbo alimentare, che porta ad una menomazione marcata nei settori lavorativo e sociale. Di solito si consiglia una terapia ambulatoriale più intensa o un trattamento ospedaliero.

Codice 4 = Disturbo alimentare molto grave; il disturbo è diventato il centro della vita della persona. Ne è risultata una completa incapacità di lavorare (nella maggior parte ma non in tutti i casi (AN)) ed è andata completamente distrutta la rete sociale. Si raccomanda vivamente l'ospedalizzazione.

<u>Per i valutatori della Price Foundation</u>: Basate la codificazione degli item 60a, 60b, 61 e 62 sulle informazioni ottenute durante l'intervista SCID I.

60. (85.) Diagnosi differenziale e disturbi mentali associati

Si dovrebbero valutare qui altri disturbi mentali, indipendentemente dalla loro importanza. Questo è particolarmente rilevante per la classificazione diagnostica (specialmente per scopi scientifici). Se oltre al disturbo alimentare ci sono segni di una psicosi, questo dovrebbe essere valutato attentamente con le domande appropriate. Anche le sindromi cerebrali organiche dovrebbero essere valutate in dettaglio, in particolare il loro ruolo come elemento scatenante o forse addirittura come causa del disturbo alimentare.

61. (86.) Elenco delle malattie fisiche di rilievo secondo l'ICD 10 (ad esempio tiroidite acuta, E 06.0)

62. (87) Prescrizione di farmaci psichiatrici

Domande: Che farmaci psicotropi su prescrizione (antidepressivi, neurolettici, ecc.) ha preso per un periodo di tempo più lungo (due settimane o più continuativamente)?

Dovrebbero essere elencati qui tutti i farmaci psicotropi (specialmente neurolettici o antidepressivi) presi nel periodo di tempo pertinente. Si devono includere il nome del farmaco, la dose e la durata dell'assunzione, indipendentemente dall'eventuale indicazione. <u>Non</u> si devono mettere in elenco i farmaci che non hanno bisogno di prescrizione!