

Introduzione

Oggi, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano una delle patologie più allarmanti dell'occidente per la loro rapida diffusione, l'interessamento di fasce più ampie di popolazione in termini anagrafici e socio-demografici e l'insorgenza di quadri clinici diversificati e più gravi rispetto al passato. In particolare, l'età di esordio della patologia si è abbassata e la prognosi è più infausta, tanto da richiedere interventi terapeutici più articolati, complessi e distinti nei casi che interessano l'età evolutiva e l'adolescenza.

Gli studi epidemiologici internazionali evidenziano un aumento dell'incidenza (nuovi casi) dei DCA nelle femmine di età compresa tra i 12 e 25 anni, e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza (numero dei casi) dell'Anoressia Nervosa (AN) intorno allo 0.2-0.8%, della Bulimia Nervosa (BN) al 3% e dei Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA-NAS) tra il 3.7 e il 6.4%.

Inoltre, risulta che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 9-12 per la BN, e l'età di esordio è stabilizzata fra i 10 e i 30 anni, con una età media di 17 anni. Questi dati dimostrano che sono in continuo aumento soprattutto la BN e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED).

Per di più, il rapporto maschi/femmine, finora stimato a 1/9, si sta modificando a causa dell'aumento del numero dei maschi in età pre-adolescenziale e adolescenziale colpiti dalla malattia e della comparsa di nuovi disturbi tipici del sesso maschile come, ad esempio, la Bigoressia o Reverse anorexia.

Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età di esordio dei DCA fino a interessare la popolazione infantile, al cui interno si registra una prevalenza pari a circa l'1% di AN e BN (Lask e Bryant-Waugh, 1992) con un aggravio economico sempre maggiore incidente sui Servizi Sanitari Nazionali (Robergeau K. e coll, 2006).

Comportamenti autodistruttivi, spesso molto lesivi, possono verificarsi anche in questa fascia di età e, sebbene i comportamenti bulimici e i meccanismi di eliminazione in genere abbiano una prevalenza molto ridotta (Fisher e coll.,2001; Gowers e coll.,1991), anche in questi giovani pazienti si osserva un "continuum" tra BN e AN e la frequente transizione da un disturbo all'altro (Dalla Ragione, 2005).

Alcuni autori (Lask, 1993; Rosen,2003; Peebles e coll.,2006) concordano nel riportare, tra i bambini affetti da DCA, un'augmentata incidenza di altre affezioni psichiatriche come la depressione o il disturbo ossessivo compulsivo, sostenendo che la percentuale di bambini maschi affetti da questi disturbi sia maggiore rispetto ai pazienti adulti.

Al momento, fermo restando le differenti manifestazioni cliniche proprie dei vari DCA, c'è un ampio e unanime consenso per quanto riguarda la presenza di una qualche alterazione nel modo di valutare la propria immagine in tutti i DCA.

Alcuni studi sulla popolazione femminile, dall'adolescenza all'età adulta, hanno rilevato cambiamenti nella percezione corporea, consistenti in una generale sovrastima del proprio corpo e in particolare del torace, vita e fianchi. Inoltre, altre ricerche hanno dimostrato una frequente associazione tra bassa soddisfazione per il proprio corpo, altri disturbi quali, ad esempio, depressione, bassa autostima e ansia, e uso incontrollato di alcool e di altre sostanze dannose per la salute. L'insoddisfazione corporea diffusa tra gli adolescenti e il relativo desiderio di magrezza sono evidenti nelle bambine fin dai 9 anni di età e probabilmente compaiono anche ad un'età inferiore. Rispetto alle femmine, l'insoddisfazione corporea tra i maschi, quando presente, rispecchia soprattutto l'aspirazione ad avere un corpo più muscoloso. Tuttavia, in genere, bambine e bambini in sovrappeso sono accomunati da una profonda insoddisfazione per il proprio aspetto e dalla mania di perdere peso. Un'insoddisfazione corporea vissuta in età precoce può costituire un fattore di vulnerabilità - spesso trascurato o, comunque, sottovalutato - che può preludere all'insorgenza di un disturbo alimentare.

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati, a causa dell'eziologia multifattoriale da una pluralità di variabili, nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il decorso e l'esito. Pertanto, per una loro piena comprensione è necessario tenere nella dovuta considerazione fattori biologici, psicologici ed evolutivi.

Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come, ad esempio, la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi, alcune caratteristiche individuali quali il perfezionismo, la bassa autostima, la scarsa capacità di regolare le emozioni, l'ascetismo e la paura legata alla maturità psicologica precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi, in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura che associa la magrezza alla bellezza e al valore personale.

Il progetto di studio multicentrico

L'abbassamento dell'età di esordio dei DCA e la sua associazione con l'aumento di casi di disturbi trans-nosografici, comportano sia un'analisi attenta dei molteplici fattori predittivi, quali la bassa autostima, il perfezionismo clinico, l'insoddisfazione corporea, la paura della maturità, sia il riscontro delle situazioni di vulnerabilità familiare e delle caratteristiche psicopatologiche attinenti all'ambito dei disturbi affettivi e ansiosi, e della personalità.

Il progetto di studio multicentrico si propone di analizzare i fattori predittivi e le caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e pre-adolescenziale attraverso una ricerca biennale di tipo retrospettivo e prospettico su un campione di 380 soggetti, compresi nella fascia di età tra i 12 e i 17 anni, omogeneo per diagnosi (AN, BN, BED e DCA-NAS) e arruolato e monitorato secondo criteri condivisi dai centri coinvolti nella ricerca. Lo studio prevede tre obiettivi specifici:

1. Migliorare la comprensione delle caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e pre-adolescenziale attraverso uno studio osservazionale descrittivo *cross-sectional* multicentrico, condotto su una popolazione clinica reclutata nei centri specializzati coinvolti nella ricerca.
2. Aggiornare la mappa dei servizi e l'individuazione, in particolare, di una rete nazionale d'intervento costituita dai servizi dedicati al trattamento dei DCA in età evolutiva, con lo scopo di favorire l'adozione di strumenti diagnostici e di rilevazione statistica comuni, dando

continuità al censimento realizzato nell'ambito del progetto "*Le Buone Pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare*" (www.disturbialimentarionline.it).

3. Redigere un documento finale comprensivo dei risultati della ricerca, riguardante la valutazione e le caratteristiche dei DCA in età adolescenziale e pre-adolescenziale, e che costituisca un punto di riferimento nazionale per tutti i servizi dedicati al trattamento dei DCA in età evolutiva.

I centri coinvolti, dislocati sul territorio nazionale e selezionati secondo criteri geografici e livelli d'integrazione dei servizi erogati, prediligendo in quest'ultimo caso quelli che abbiano attivato tutti e quattro i regimi d'assistenza in rete (ambulatorio, day hospital-semiresidenza, ricovero residenziale, degenza ospedaliera), sono sei:

1. A.O. San Paolo – Centro DCA età evolutiva (Milano);
2. Villa Miralago - Centro per i DCA, Cuasso al Monte (Varese);
3. ASL 2 dell'Umbria – Centro per la Cura dei DCA “Residenza Palazzo Francisci” di Todi (Perugia);
4. IRCSS Stella Maris, Pisa (Pisa);
5. Fondazione Stella Maris Mediterraneo – Centro DCA “G. Gioia”, Chiaromonte (Potenza);
6. Policlinico S. Orsola Malpighi, Neuropsichiatria Infantile - Centro valenza regionale per i DCA in età evolutiva (Bologna).

Questa rete di servizi, che funge da osservatorio privilegiato, dovrà valutare la frequenza, l'incidenza e la prevalenza dei DCA nei rispettivi servizi, considerando anche la variabilità e le caratteristiche dei nuovi casi, registrare alcuni dati riguardanti la provenienza e il percorso dei pazienti e analizzare l'interazione di questi con i servizi e gli esiti intermedi e/o finali dei trattamenti eseguiti. La realizzazione e messa a punto del sistema di raccolta dei dati, l'analisi epidemiologica per la definizione delle informazioni da raccogliere attraverso il sistema e l'analisi statistica per lo studio e la comprensione dei risultati, è a cura dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa (IFC-CNR), Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari.

In questo momento sono stati arruolati 268 soggetti, dei quali il 55,9 % ha una diagnosi di AN, l'8,5 % di BN, l'1,8% di DAI o BED e il restante 33,9% di DA-NAS o EDNOS (Grafico n°1 e 2°)

Grafico n°1: Campione attuale dei soggetti arruolati

Distribuzione per diagnosi

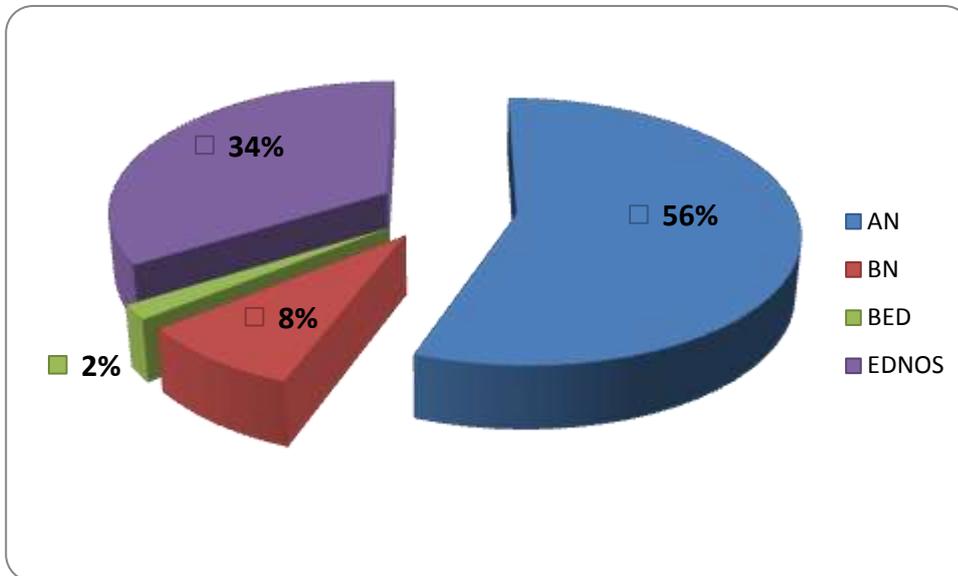
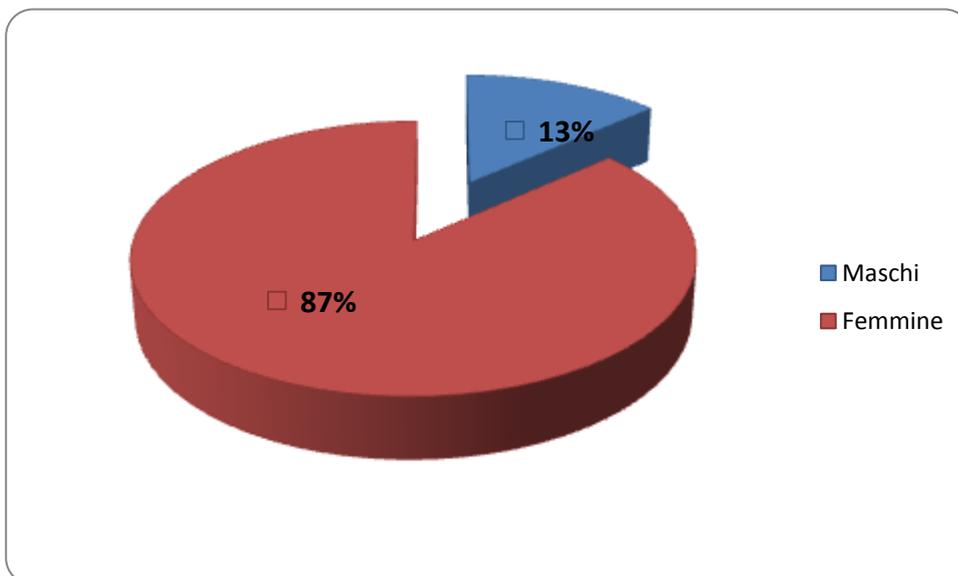


Grafico n°2: Campione attuale dei soggetti arruolati

Distribuzione per genere



I soggetti sono stati selezionati sulla base dei criteri del DSM IV adattati all'infanzia (Bravender et al., 2010).

La ricerca sarà in grado di produrre dati statistici ed elaborazioni attraverso un monitoraggio clinico e psico-diagnostico che prenderà in considerazione i seguenti esiti:

- Descrizione della frequenza delle differenti tipologie di DCA (AN, BN e DAI, DCA-NAS) e caratteristiche associate;
- Misurazione della frequenza, dell'incidenza e della prevalenza dei DCA in età adolescenziale e preadolescenziale nei rispettivi servizi;
- Descrizione di fattori positivamente e negativamente associati (fattori caratterizzanti i soggetti con DCA);
- Confronto fra le caratteristiche presentate dai soggetti al primo ricovero verso soggetti già in carico (ricoveri successivi) o dimessi;
- Valutazione della variabilità e delle caratteristiche dei nuovi casi in merito alle caratteristiche socio-demografiche, diagnostiche, sintomatologiche alimentari, psicopatologiche e familiari.

La rilevazione clinico-diagnostica sulla popolazione cooptata è effettuata mediante strumenti specifici per la fascia adolescenziale e pre-adolescenziale quali: EDI-3 (Eating Disorder Inventory-3); EDE (Eating Disorder Examination), CBCL (Child behavior Checklist), K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia), CAPS (Child Adolescent Perfectionism Scale), PBI (Parental Bonding Index), ECI (Experience Of Caregiving Inventory). Questi dispositivi permettono di valutare, oltre alle caratteristiche socio-demografiche, sanitarie e anamnestiche, tratti comportamentali e psicologici legati ai DCA come, ad esempio, l'impulso alla magrezza, l'insoddisfazione per il corpo, la tendenza al perfezionismo, l'insicurezza interpersonale, la labilità emotiva.

Poiché l'ambiente familiare è considerato una risorsa e parte integrante nella cura di queste patologie, si pone attenzione alla qualità delle relazioni che i bambini e gli adolescenti hanno con i loro genitori, cercando di evidenziare comportamenti e atteggiamenti genitoriali come l'attitudine a prendersi cura dei figli, gli affetti, la sensibilità, la cooperazione, la disponibilità, l'indifferenza, il rifiuto, il controllo. Inoltre, si prende in considerazione anche la prospettiva dei genitori, verificando da una parte l'eventuale presenza di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino, a quelle materne e paterne, e a eventi situazionali-demografici, rilevando dall'altra il loro bisogno di sostegno, il senso di fallimento, la misura in cui il disagio del figlio influenza l'intera famiglia, e i problemi riscontrati nel rapporto con i servizi sanitari.

I risultati complessivi di questa ricerca, la prima in Italia, potranno essere utilizzati per aumentare le conoscenze sulla diagnosi precoce, il trattamento e la prevenzione dei nuovi DCA in vista di una più adeguata programmazione nazionale e regionale dei servizi dedicati.

Riferimenti bibliografici

- Bravender T., Bryant-Waugh R., Herzog D., Katzman D., Krippe, R., Lask B. Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 18 (2010) 79-89.
- Dalla Ragione L. *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare.* Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
- Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998;101:518-25.

- Fisher M., Schneider M., Burns J et al. Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *J. Of Adolescent Health* 2001; 28(3):317-324.
- Gowers SG, Crisp AH, Joughin N. et al. Predictability of a favourable outcome in Anorexia Nervosa. *J. Child Psychol Psychiatry* 1991; 32(3):515-524.
- Lask B, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorder. Hove: Lawrence Erlbaum ,1994.
- Lask B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorder. *J. Child Psychol Psychiatry* 1992;33(1):281-300.
- Maffei C. L'eccesso ponderale nel bambino. Fisiopatologia e trattamento. Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
- Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990;29:112-7.
- Montecchi F. Patologie del comportamento alimentare dell'età evolutiva. Il disturbo del comportamento alimentare. Il Pensiero Scientifico, 1994;91-105.
- Peebles R., Wilson J.L., Lock J.D. How Do Children With Eating Disorders Differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J. Of Adolescent Health* 39, 2006 pg 800-805.
- Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol rev*, 2001, 21(3);325-344.
- Robergeau K., Jill J., Silber T.J. Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the state of New York. *J. Of Adolescent Health* 39 (2006); 806-810.
- Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolesc Med.* 2003 Feb;14(1):49-59.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Watcher, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 231-239.
- Winnicott D.W.: Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo. Armando Editore (Roma), 2003.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J., & Salamelo, M. (2004). Subjective Body Image Dimension in Normal Female Population: Evolution through Adolescence and Early Adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (1), 1-10.
- Granner, M.L., Black, D.R., & Abood, D.A. (2002). Levels of Cigarettes and Alcohol Use Related to Eating-disorders Attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (1), 43-55.
- Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (5), 985-993.