

I Disturbi del Comportamento Alimentare nell'età infantile e adolescenziale

Riflessioni epidemiologiche

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. Negli ultimi anni, si è riscontrato un abbassamento dell'età di esordio dei DCA che iniziano a diffondersi in maniera consistente anche nella popolazione infantile.

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% (Lask & Bryant-Waugh, 1992; Casey *et al.*, 2008) e (Robergeau *et al.*, 2006). Particolarmente preoccupante è l'abbassamento dell'età del loro esordio fino a interessare i bambini, nei quali 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).

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 che sono colpiti dalla malattia e dalla comparsa di nuovi disturbi tipici del sesso maschile come, ad esempio, la Bigoressia o Reverse anorexia.

Caratteristiche cliniche e diagnosi precoce

Fino a non molti anni fa, quando si parlava di disturbi della nutrizione o del comportamento alimentare infantile, si faceva riferimento a condizioni che si presentavano quasi esclusivamente nella prima infanzia come la Pica, il Disturbo di Ruminazione ed il Disturbo della nutrizione e della condotta alimentare. Oggi, a queste forme piuttosto rare si affiancano, in numero sempre maggiore, casi di bambini e preadolescenti con alterazioni del comportamento alimentare e relativi quadri clinici molto simili a quelli osservabili, fino a poco tempo, solo nell'adolescente e nell'adulto.

E' importante tenere presente che l'infanzia e l'adolescenza rappresentano periodi cruciali per lo sviluppo neurale e la crescita fisica. La malnutrizione e le complicanze mediche annesse ai DCA potrebbero causare severe conseguenze psicofisiche durante l'età giovane e adulta. Per quanto riguarda la diagnosi e il trattamento, dovrebbero essere definiti criteri specifici per questa fascia di età, al fine di riconoscere il tipo di DCA prima possibile e intervenire tempestivamente, prima che i sintomi si aggravino (Bravender *et al.*, 2010).

Nonostante il quadro clinico sia, per la maggior parte delle caratteristiche, sovrapponibile a quello di adolescenti e giovani adulti (Lask & Bryant-Waugh, 1994; Rosen 2003), quando appare nei bambini o nei pre-adolescenti il DCA si contraddistingue per sfumature cliniche diverse da quelle dell'adulto e non soddisfa quasi mai i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-IV per l'Anoressia e la Bulimia, rientrando spesso nella categoria degli EDNOS (Eddy *et al.*, 2008): ciò può favorire

difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale dei giovani interessati (Binford *et al.*, 2005; Peebles *et al.*, 2006; Ackard *et al.*, 2007).

Segnali importanti per una diagnosi precoce sono allora tutti quei comportamenti cui nell'adulto attribuiamo un'importanza secondaria, vale a dire il modo in cui i bambini mangiano, spesso caratterizzato da lentezza, esclusione di alcuni alimenti, ingestione di molta acqua e sminuzzamento di cibo in pezzi piccolissimi; pratica dell'iperattività fisica; uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti; cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e con un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti dei bambini. Alle caratteristiche dell'adulto affetto da Anoressia e Bulimia si aggiungono vissuti di vergogna («sono cattivo, non servo a niente, non valgo niente»), bassa autostima e bisogno di controllo (Dalla Ragione, 2005; Tanofsky-Kraff *et al.*, 2008). Il problema più manifesto è rappresentato dal disagio sociale e da vissuti di vergogna, che diventano ancora più evidenti quando, durante l'adolescenza, aumentano le occasioni di convivialità e le relazioni affettive, amicali e sociali in genere. Solo in questi casi, spesso è formulata una domanda d'aiuto terapeutica da parte dei bambini che in genere rifiutano il trattamento mediato dai genitori.

Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi, possono essere presenti anche in questa fascia di età e sebbene i comportamenti bulimici e i meccanismi di eliminazione in genere abbiano una prevalenza molto ridotta (Fisher *et al.*, 2001; Boyer *et al.*, 2006) esiste anche in queste giovani pazienti un "continuum" tra Bulimia e Anoressia e la frequente transizione da un disturbo all'altro (Dalla Ragione, 2005; Tanofsky-Kraff *et al.*, 2009).

Anche l'obesità infantile costituisce un fenomeno attuale e in espansione: oggi un bambino italiano su tre è in sovrappeso e uno su sette francamente obeso (Maffei, 1997; Glasofer *et al.*, 2007). L'aumento dell'obesità infantile costituisce esso stesso un fattore di rischio per lo sviluppo precoce di un DCA (Neumark-Sztainer *et al.*, 2006). Inoltre, molte pre-adolescenti femmine seguono diete dimagranti (Ricciardelli, 2001), comportamento ritenuto, in conformità a studi scientifici, facilitante lo sviluppo di patologie alimentari. Altri fattori di rischio sono riconducibili ai cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca storica in cui contemporaneamente il cibo e la magrezza hanno acquisito un valore fondamentale nella costituzione della propria identità personale, mentre si riducono sempre più i tempi dedicati a pasti regolari e alle attività familiari: il cibo, per il bambino incapace di comprendere i propri bisogni, rispetto alla relazione con gli altri diventa un modo sostitutivo per affrontare le proprie emozioni (Montecchi, 1994).

L'insoddisfazione corporea: un indicatore precoce

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, e altri disturbi quali, ad esempio, depressione, bassa autostima e ansia. L'insoddisfazione corporea diffusa tra gli adolescenti e il relativo desiderio di magrezza sono evidenti nelle bambine fin dai nove anni di età e probabilmente compaiono anche a un'età inferiore (Gila *et al.*, 2004; Cole *et al.*, 2007; Huang *et al.*, 2007). 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 smania 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 (Stice *et al.*, 2002; Vocks *et al.*, 2007).

L'origine e il decorso dei DCA è condizionato da una pluralità di variabili eziologiche, nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne la prognosi 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.

Riferimenti bibliografici

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 409–417.
- Binford, R. B., & le Grange, D. (2005). Adolescents with bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified-purging only. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 157–161.
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental Review*, 26, 291–345.
- Bravender T., Bryant-Waugh R., Herzog D., Katzman D., Kriep, R., Lask B. (2010). Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review*. 18, 79-89.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62–77.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut-offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335, 166–167.
- Dalla Ragione L. (2005). *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Eddy, K., Celio-Doyle, A., Hoste, R., Herzog, D., & Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): An examination of EDNOS presentations in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156–164.
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal Of Adolescent Health*, 28(3):317-324.
- 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.

- Glasofer, D. R., Tanofsky-Kraff, M., Eddy, K. T., Yanovski, S. Z., Theim, K. R., Mirch, M. C., et al. (2007). Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 95–105.
- Huang, J.S., Norman, G.J., Zabinski, M.F., Calfas, K., Patrick, K. (2007). Body Image and Self-Esteem among Adolescents undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*; 40(3): 245–251.
- Lask, B, Bryant-Waugh, R. (1994). *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorder*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Lask, B, Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 33(1):281-300.
- Maffei C. (1997). *L'eccesso ponderale nel bambino. Fisiopatologia e trattamento*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Montecchi F. (1994). *Patologie del comportamento alimentare dell'età evolutiva. Il disturbo del comportamento alimentare*. Il Pensiero Scientifico.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 559–568.
- Peebles, R., Wilson, J. L., Lock J.D. (2006). How Do Children With Eating Disorders Differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal Of Adolescent Health* 39, pp. 800-805.
- Ricciardelli, LA, McCabe, MP. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3);325-344.
- Robergeau, K., Jill, J., Silber, T.J. (2006). Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the state of New York. *Journal Of Adolescent Health*, 39, 806-810.
- Rosen, DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. (2003). *Adolescent Medicine*, Feb;14(1):49-59.
- 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.
- Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years old and younger: Proposed research criteria. *Eating Behaviors*, 9, 360–365.
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Schvey, N. A., Olsen, C. H., Gustafson, J., & Yanovski, J. A. (2009). A prospective study of loss of control eating for body weight gain in children at high risk for adult obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 26–30.
- 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.