

Ricerca sulla predisposizione ai disturbi del comportamento alimentare su una popolazione potenzialmente a rischio residente nel Veneto.

La ricerca è stata effettuata su campione di n. 1358 soggetti in età giovanile (anno 2003).

**(dr. Cesare ROSSI e dr. Lino BUSATO ,
Associazione Onlus di Mestre “ LA RETE “ per l’aiuto e la
ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare)**

1- INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.), nelle forme cliniche dell'Anoressia Nervosa, della Bulimia Nervosa, del Disturbo da Alimentazione Incontrollata e dei Disturbi del Comportamento alimentare non Altrimenti Specificati, sono un'entità clinica grave, ad elevata mortalità (dal 10 al 15 %) e difficile da curare.

Sono disturbi che presentano una incidenza ed una prevalenza in aumento a partire dagli anni '70.

Sul piano descrittivo, sinteticamente, la Anoressia Nervosa (AN) è una sindrome la cui peculiarità consiste in una "astensione" (fino anche al rifiuto totale) dal cibo la quale comporta una perdita progressiva del senso di appetito .

Il peso corporeo, di conseguenza, finisce per collocarsi marcatamente sotto la media delle persone della medesima corporatura, sesso ed età.

La Bulimia Nervosa (BN) si rinviene in quei soggetti che, "terrorizzati" dal proprio peso corporeo, attivano un ciclo compulsivo di "sovralimentazione-eliminazione" tale da permettere loro di mantenere comunque il peso corporeo entro valori di norma o solo leggermente superiori ad essa.

Il Disturbo dell'Alimentazione incontrollata (DAI) consiste in una condotta caratterizzata da ricorrenti abbuffate (più volte alla settimana) con l'introduzione di grandi quantità di cibi diversi (dolci, salati, aspri, amari ecc) in un breve lasso di tempo, senza essere affamati. All'abbuffata segue disgusto di sé, depressione e autocolpevolizzazione, mentre non regolarmente sono presenti comportamenti di eliminazione (vomito autoindotto, abuso lassativi, diuretici, clisteri) o di compensazione (digiuno, eccessivo sforzo fisico) propri della Bulimia.

Il Disturbo dell'Alimentazione non Altrimenti Specificato (DCA-NAS) consiste in una sindrome che contiene in forma incompleta sentimenti, atteggiamenti, comportamenti propri della Bulimia e dell'Anoressia. Le forme di DCA-NAS sono particolarmente insidiose in quanto possono evolvere in qualsiasi momento in forme di patologia conclamata.

Epidemiologia

I Disturbi alimentari rappresentano nei paesi occidentali industrializzati una vera e propria emergenza sanitaria.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, finalmente e significativamente, inserisce i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) fra le patologie di particolare rilievo sociale per le quali dovranno essere attuate localmente iniziative di prevenzione e di assistenza specifiche (Obiettivo II ,Contrasto delle principali patologie).

I valori attuali di prevalenza in Italia nella fascia di età di popolazione a maggior rischio (donne di età compresa fra i 10 ed i 30 anni) è del 0,3-0,5% per l'AN, del 1-1,3% per la BN. Mentre per il DAI i dati sono più incerti e danno un 1% nella popolazione adulta ed un 3% in quella obesa.

Per i DCA-NAS gli elementi di conoscenza sono ancora poco numerosi, stante l'esiguità delle ricerche in merito.

La limitatezza degli studi su popolazioni non cliniche ha spinto molti autori ad approfondire la storia naturale di questi disturbi già dal loro primo apparire ed definire meglio tutte quelle alterazioni del comportamento alimentare che situandosi ancora sul profilo della normalità o non discendendo rapidamente verso la configurazione patologica evidente, non connotano elementi sufficienti per una diagnosi clinica.

Eziologia

E' oramai ampiamente condivisa la multifattorialità come aspetto eziopatogenetico proprio dei DCA.

Al nucleo originario dei DCA (sentimenti depressivi prevalenti, bassa autostima, sofferenza per la discrepanza fra peso reale e peso desiderabile) concorrono infatti un intersecato insieme di fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, che sono stati da vari autori individuati in:

Fattori predisponenti

- ◆ Predisposizione genetica
- ◆ Sesso femminile
- ◆ Familiarità per sovrappeso ed obesità
- ◆ Sequela di diete
- ◆ Patologie croniche specifiche (es. diabete mellito, fibrosi cistica, patologie tiroidee)
- ◆ Obesità, oscillazioni ponderali
- ◆ Tratti personologici e disagio psichico
- ◆ Caratteristiche delle relazioni intrafamiliari (es. scarsa/confusione dei ruoli, dipendenza affettiva, difficoltà nel processo di autonomizzazione, invischiamento)
- ◆ Fattori socio-culturali (equazione bellezza e successo = magrezza, richiesta di alto livello di rendimento, appetibilità e manipolazione industriale degli alimenti, pubblicità)
- ◆ Gravidanza

Fattori precipitanti

- ◆ Malattie
- ◆ Conflittualità familiare
- ◆ Separazioni, perdite
- ◆ Delusioni, frustrazioni
- ◆ Traumi ed abusi sessuali
- ◆ Maturazione sessuale vissuta come traumatica
- ◆ Timore di perdere il controllo e l'autostima
- ◆ Impegno in attività sportive ove il successo dipende anche dal basso peso corporeo
- ◆ Elevato livello di competizione nei gruppi dei pari.

In presenza di condizioni predisponenti ognuno di questi eventi (ed altri che producano intense risonanze emotive negative) possono determinare la comparsa del sintomo che rappresenta un tentativo della persona di uscire dalla situazione di debolezza e di sofferenza attraverso il controllo sull'alimentazione del proprio peso corporeo.

Fattori di mantenimento

- ◆ Effetti del digiuno e del calo ponderale (ammirazione degli altri per la "forma")
- ◆ Posizione di potere in famiglia (tutta la famiglia ruota attorno il suo problema)
- ◆ Evitamento delle interazione sociale e delle relazioni interpersonali/sexuali vissute come ansiogene ("Finchè non mi sento bene...")

Sul piano della prevenzione l'eziologia incerta dei DCA – che rinvia all'azione di molteplici fattori, genetici, costituzionali, socio-culturali, familiari, educativi, psicologici – ha rappresentato e rappresenta un grosso handicap per lo svilupparsi e per il consolidarsi di metodologie efficaci di azioni in questo ambito.

La multifattorialità nell'eziologia ha fatto sì che le esperienze di prevenzione fossero di volta in volta orientate a contrastare l'influenza di uno o dell'altro fattore.

Parallelamente, il piano della ricerca si è maggiormente sviluppato nell'approfondimento e nelle comparazioni di dati desunti da casi clinici in carico ai servizi specialistici.

Una possibile sottostima del fenomeno potrebbe dipendere da tale fatto, mentre vi sono buone ragioni per ritenere che il numero dei casi ai limiti fra norma e patologia siano più numerosi, dei quali la maggior parte non arriva all'attenzione clinica.

Più di recente un numero sempre maggiore di ricercatori ha fatto notare come ci sia stato un lento, ma costante incremento dei disturbi del comportamento alimentare definibili come “sub-clinici”, “parziali”, “borderline”.

IL CAMPIONE

N. 1358 soggetti

Provenienza

Sesso : 1062 femmine, 272 maschi e n. 24 sesso non dichiarato

Età : media

 Mediana 15-16 anni

 gamma 13-27 anni

Professione : n. 1325 studenti/esse Istituti Sup. e università
 n. 35 occupate (commesse di un negozio in un Centro Comm.le)

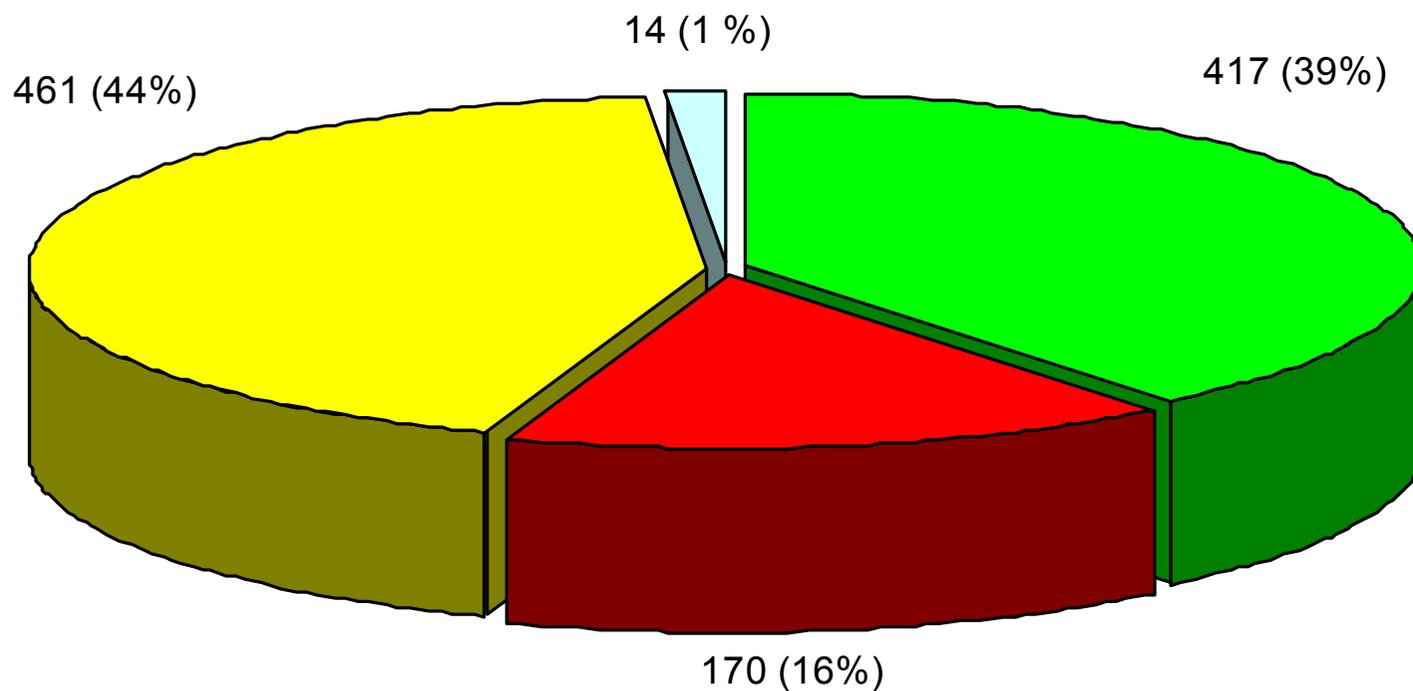
SCOPO DELLA RICERCA

Valutare la predisposizione ai D. C. A. in una popolazione veneta potenzialmente a rischio, mediante la somministrazione di un test di screening.

Segui qualche dieta per tenere sotto controllo il tuo peso?

1062 femmine

■ No ■ Si ■ No, ma mi controllo □ ND



Il 60% esprime preoccupazione per il proprio peso:
631 su 1062
si 170 + no ma mi controllo 461

EDI-2

E' costituito da n. 91 item con risposta ad intensità da 1 a 6.

Si compone di 11 sottoscale che valutano atteggiamenti e comportamenti relativi all'alimentazione, al peso ed alla forma del corpo e tratti psicologici clinicamente rilevanti per i DCA, quali

IMPULSO ALLA MAGREZZA

BULIMIA

INSODDISFAZIONE PER IL CORPO

INADEGUATEZZA

PERFEZIONISMO

SFIDUCIA INTERPERSONALE

CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA

ASCETISMO

IMPULSIVITA'

INSICUREZZA SOCIALE

Ogni sottoscala offre un punteggio continuo, più alto è il punteggio maggiore è l'intensità del tratto manifestato.

Un alto punteggio alla sottoscala IMPULSO ALLA MAGREZZA, specie se unito ad un alto punteggio alla sottoscala INSODDISFAZIONE PER IL CORPO, individuano soggetti che presentano

- un'eccessiva preoccupazione per la dieta, per il peso corporeo e la paura dell'aumento ponderale.
- una forte insoddisfazione per la forma del proprio corpo in generale e per la dimensione di quelle parti corporee maggiormente coinvolte nei DCA (es. pancia, fianchi, cosce ecc.)

Questi due aspetti sono ritenuti i maggiori fattori responsabili dell'inizio e del mantenimento dei comportamenti relativi al controllo del peso nei pazienti con DCA.

SINTESI DEI RISULTATI

Le ragazze che riferiscono di seguire una dieta per controllare il peso corporeo (n.170) affermano di aver costruito da sé la dieta sulla base di letture di giornali, di consigli di amiche, di programmi televisivi e della pubblicità.

E' noto come le diete autocostruite abbiano un margine larghissimo di probabilità di fallimento.

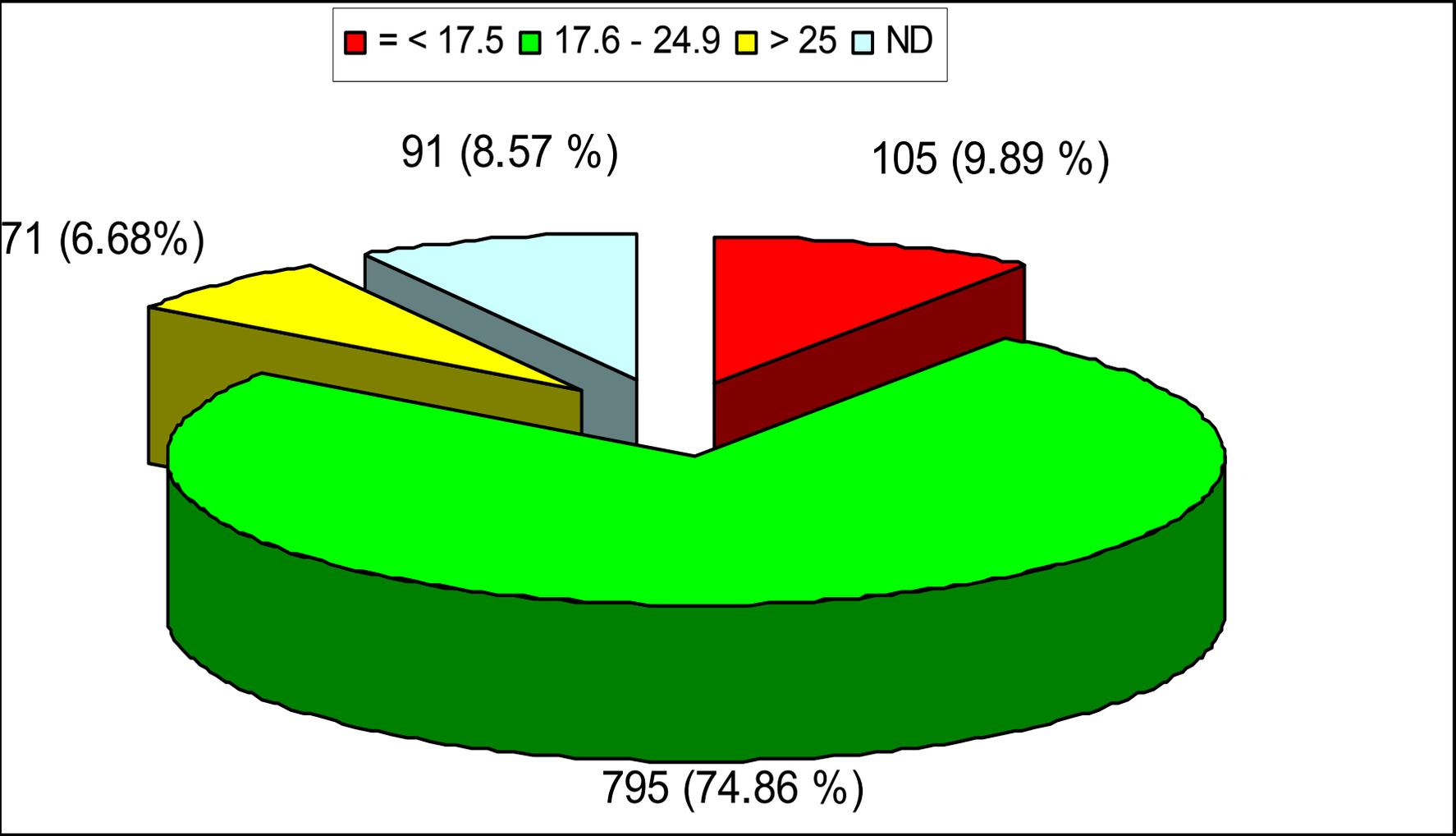
Nell'anamnesi di molte pazienti DCA c'è una storia di ciclici tentativi e fallimenti di diete ferree autocostruite, con conseguenti sentimenti di autodenigrazione, di sfiducia nelle proprie capacità, di depressione che preparano ad un nuovo tentativo ancora più ferreo, destinato a nuova sconfitta.

POCO PESO	O	TROPPO PESO
-----------	---	-------------

Il 9,8% (n. 105) delle ragazze è in sottopeso

Il 6,6% (n.71) delle ragazze è in soprappeso od obese

IMC Indice di Massa Corporea



IMC = peso (kg)/altezza² (metri)

Valori IMC – Indice di Massa Corporea			
0 <17,5	17,6-24,9	25-30	> 30
SOTTOPESO	NORMALE	SOVRAPPESO	OBESO

DESIDERIO DI UNA VITA SOTTILE

Fra le 105 ragazze che sono chiaramente in sottopeso ben 41 vorrebbero ancora calare ancora peso, fino anche di 5 Kg !!!

Queste 41 ragazze corrispondono al 4,2% sul campione ridotto (n.971) delle rispondenti alla domanda specifica e rappresentano un gruppo a forte rischio di DCA o, forse, hanno già in essere atteggiamenti e comportamenti disfunzionali sul piano dell' alimentazione

Soggetti con IMC sottopeso e con desiderio di diminuzione di peso

IMC	Quanto vorrebbe pesare	Peso attuale	Altezza	Differenza in Kg
15	40	43	167	- 3
16	44	45	170	- 1
16	45	46	170	- 1
17	40	46	166	- 6
17	40	45	165	- 5
17	42	47	165	- 5
17	40	45	163	- 5
17	40	44	159	- 4
17	46	50	174	- 4
17	40	44	160	- 4
17	47	51	173	- 4
17	45	49	168	- 4
17	47	50	170	- 3
17	40	43	159	- 3
17	40	43	160	- 3
17	46	49	170	- 3
17	40	43	160	- 3
17	42	45	163	- 3
17	44	47	165	- 3
17	46	48	168	- 3
17	48	50	170	- 2
17	45	47	165	- 2
17	42	44	160	- 2
17	40	42	155	- 2
17	43	45	163	- 2
17	46	47	165	- 1
17	43	44	160	- 1
17	43	44	160	- 1
17	41	42	158	- 1
17	41	42	155	- 1
17	48	49	168	- 1
17	39	40	153	- 1
17	43	44	160	- 1
17	47	48	168	- 1
18	45	54	175	- 9
18	47	54	175	- 7
18	42	48	163	- 6
18	50	56	174	- 6
18	43	48	163	- 5
18	45	50	165	- 5
18	47	52	172	- 5
18	46	51	167	- 5
18	45	50	167	- 5
18	45	50	165	- 5
18	43	48	165	- 5

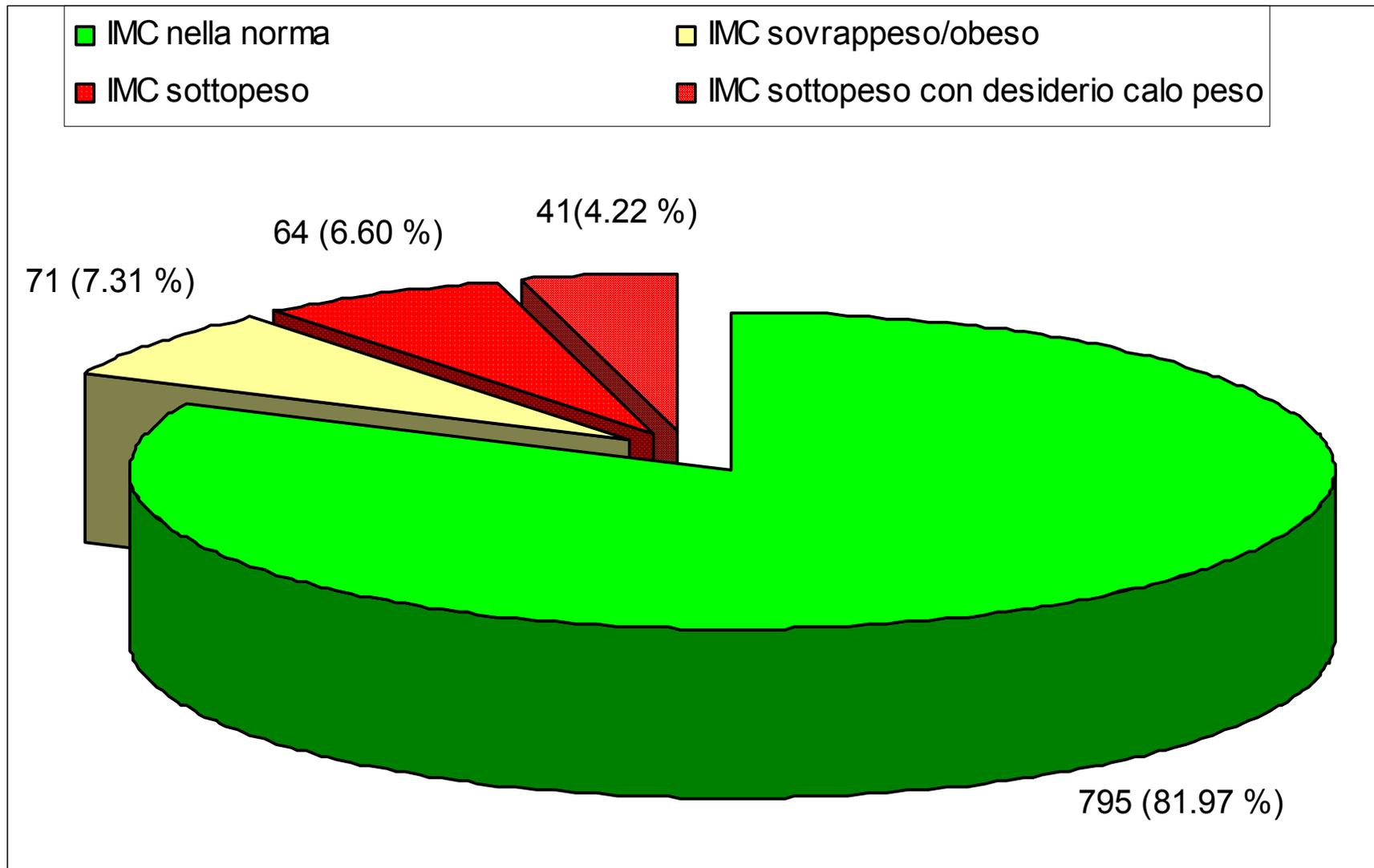
STIMA DEL RISCHIO

Nel nostro campione di n. 1062 ragazze abbiamo rilevato che n. 137 soggetti (pari al 12,9 %) presentano punteggi superiori ad una deviazione standard dal punteggio medio sulle scale che misurano

- l'insoddisfazione per la forma del proprio corpo
- l'impulso a ricercare la magrezza
- la tendenza alla sovralimentazione incontrollata

Tali punteggi si collocano, con varia intensità, fra quelli propri di pazienti con diagnosi di DCA

Distribuzione IMC



Dr. L. BUSATO – C. ROSSI

Questo 12,9 % è stato individuato utilizzando criteri ristretti, per cui rappresenta, secondo noi, la stima minima del rischio d'insorgenza di un qualche disturbo del comportamento alimentare nelle giovani donne della realtà locale.

Tale dato è leggermente più consistente di quello riportato in ricerche di screening con lo stesso strumento, su coorti di studentesse negli USA (11%).

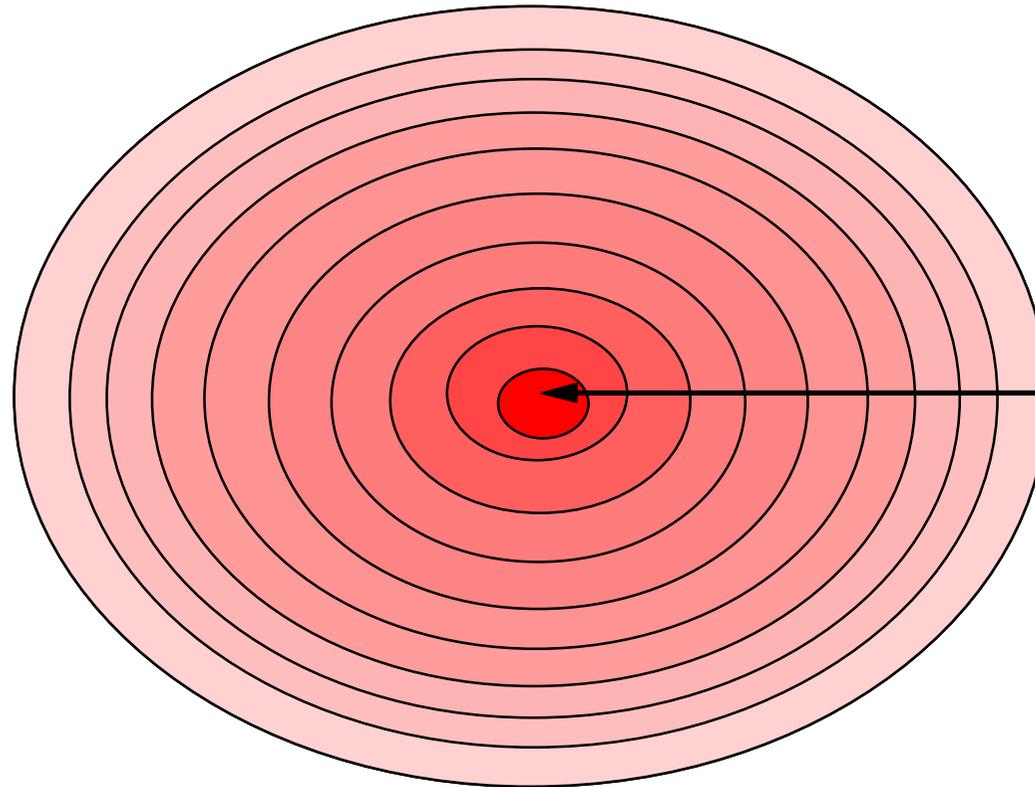
E' più marcato rispetto quello rinvenuto, in una ricerca su distinti coorti di studentesse venete (ma con altri strumenti) : 8-10%

LA STIMA DELLA SOFFERENZA

Un dato ulteriormente significativo è che 27 ragazze delle 1062 rispondenti (pari cioè al 2,54 %) situano i loro punteggi sulla dimensione Insoddisfazione Corporea e sulla dimensione Impulso alla Magrezza oppure Bulimia in posizione talmente elevata da farle ritenere già sofferenti di una vera e propria forma clinica di DCA

Ricerca sulla predisposizione ai DCA

137 soggetti (12.90%)



27 soggetti (2,54%)

CONSIDERAZIONE CONCLUSIVA

Applicando le stime suddette al complesso della popolazione femminile veneta dai 12 ai 28 anni che al 1 gennaio 2001 assommava a n. 426.127 unità (fonte ISTAT) si può ipotizzare che

- n. 54.970 ragazze e giovani donne potrebbero presentare a vari livelli di intensità e frequenza, atteggiamenti e comportamenti disfunzionali sul piano alimentare (forme cliniche e sub-cliniche di DCA)
- n. 10.823 ragazze potrebbero presentare già forme cliniche di DCA

Questi dati danno, comunque, un'indicazione sulla vastità del problema e sull'urgenza di un intervento ad esse commisurato.

Quali le strategie di prevenzione più efficaci?

Gli studi compiuti sugli interventi di prevenzione dei DCA finora lasciano pur troppo poco soddisfatti, in quanto sembra riescano ad informare ma non ad incidere sui comportamenti e gli atteggiamenti delle persone cui sono rivolti. Questi risultati derivano soprattutto da programmi di prevenzione che sono basati sull'informazione della malattia (danni dieta, abitudini alimentari scorrette, caratteristica dei DCA ecc.).

L'azione preventiva specifica va più correttamente inserita in programmi di promozione e sviluppo della salute e deve coinvolgere anche gli adulti di riferimento e gli ambienti che i giovani frequentano dove, al giorno d'oggi, è normale stare a dieta, controllare il peso, modificare i tratti fisici, essere insoddisfatti del proprio corpo, avere il mito della bellezza e della magrezza.

La riscontrata tendenza all'abbassamento dell'età in cui compaiono i disturbi della condotta alimentare rende indispensabile attuare interventi preventivi già nella fase prepuberale (scuole elementari). In epoca, cioè, precedente all'età d'insorgenza dei disturbi, modulando le iniziative a seconda delle fasi evolutive e avendo come obiettivo sempre la promozione dell'autostima, dell'accettazione di sé sia sul piano corporeo che su quello psicologico, dell'autoefficacia e della capacità di gestione flessibile delle proprie emozioni e dello stress.

L'esperienza clinica e numerosi studi hanno individuato queste caratteristiche psichiche come fattori di protezione dai disturbi alimentari.

Tra le sedi migliori in cui effettuare la prevenzione la scuola è sicuramente la sede elettiva per vari motivi (vi è moltitudine di ragazze in età a rischio, i genitori/adulti significativi possono essere più facilmente coinvolgibili, gli insegnanti sono una risorsa insostituibile, è il luogo di sviluppo di fattori precursori sia del rischio sia di protezione, è il luogo ove le ragazze fra loro

Parlano molto di diete, di forma fisica e corporea, bellezza ecc.).

Oltre la scuola ed i servizi sanitari e la rete della medicina di base, anche le varie realtà associative, sia ricreative sia sportive, operanti nel mondo giovanile devono essere al tempo stesso destinatari e partecipi all'azione preventiva.

La ricerca ha evidenziato che la predisposizione ai DCA interessa parimenti alle studentesse, le giovani lavoratrici.

Intervenire prima che il disturbo insorga operando per modificare e/o diminuire – annullare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione, come pure poter essere in grado di individuare precocemente i casi di malattia sono obiettivi che vanno, quindi, perseguiti anche nelle realtà lavorative a prevalenza occupazione femminile, cointeressando le associazioni datoriali e le rappresentanze dei lavoratori.

Un discorso particolare ed approfondito meriterebbe le modalità ed i contenuti dei messaggi pubblicitari dei mass media e del mondo della moda che sempre più prestano attenzione alle tri-teen, esasperanti l'equazione "magrezza = successo" ed ai quali le ragazze sono molto sensibili e per lo più indifese.

Come per altri settori commerciali andrebbe elaborato un codice di autoregolamentazione specifico.

Questi ed altri più articolati, complessi e sinergici interventi preventivi necessita siano posti in essere e diffusi in tutto il territorio nazionale, stante la

rilevata presenza dell'area di rischio in popolazioni di non pazienti di varie realtà territoriali.

La ricerca qui presentata ha confermato la consistente presenza fra giovani donne non pazienti di fattori di rischio per i DCA e vuole rappresentare una indicazione d'urgenza ad affiancare gli interventi di cura con una efficace azione preventiva.