

## DISTURBI ALIMENTARI IN ETÀ EVOLUTIVA

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

I disturbi della nutrizione o del comportamento alimentare (DCA) che insorgono in età evolutiva sono caratterizzati da comportamenti alimentari disturbati, in assenza di alterazioni percettive della propria immagine corporea e preoccupazioni per peso e forme corporee; fino a tempi recenti si sono presentati quasi esclusivamente nei primi anni di vita, solitamente prima dei 6 anni di età, ed erano considerati disturbi "atipici", non venendo inquadrati in precise categorie diagnostiche.

Tra i DCA della prima infanzia (1) ricordiamo:

- la Pica (dal termine latino per gazza, per l'abitudine di questi uccelli di ingoiare tutto ciò che trovano), quasi sempre associata a condizioni di ritardo mentale, consistente nell'assunzione protratta di sostanze non alimentari con conseguenti deficit nutritivi e rischio di avvelenamento da sostanze tossiche;
- il Disturbo da Ruminazione, nel quale il bambino, in assenza di patologie organiche, rigurgita continuamente il cibo ingerito per re-ingerirlo, re-masticarlo o espellerlo successivamente, perpetuando il circolo vizioso;
- il Disturbo della Nutrizione e della Condotta Alimentare della Prima Infanzia, nel quale il bambino mangia in maniera inadeguata (es. alimentazione selettiva con spiluccamento, atteggiamento svogliato e/o schizzinoso verso il cibo) e presenta un significativo calo di peso o ritardo della crescita, in assenza di condizioni mediche generali che lo giustifichino.

Queste condizioni, a eccezione della Pica, sono assolutamente distinte dalla Bulimia (BN) e dall'Anoressia Nervosa (AN).

I DCA riscontrabili in età evolutiva, in soggetti di età inferiore a 14 anni (*Great Ormond Street Criteria*) (2) sono invece sostanzialmente sovrapponibili, per la maggior parte delle caratteristiche, a quelli di adolescenti e giovani. Tuttavia, quando appaiono nel bambino o nel pre-adolescente, hanno sfumature cliniche distinte dall'adulto e non soddisfano quasi mai i criteri diagnostici stabiliti dal DSM-5 per AN e BN (tab 1 e 2). Si finisce così, molto spesso, col ricorrere alla categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione con altra specificazione o senza specificazione (2), favorendo difficoltà e ritardi nella comprensione diagnostica, con ripercussioni anche gravi sulla salute fisica e mentale del giovane interessato. Fra i DCA riscontrabili in età evolutiva ricordiamo:

- il **Disturbo Emotivo di Evitamento del Cibo** o FAED (*Food Avoidance Emotional Disorder*), che si presenta con una clinica molto simile all'AN, per gravità della perdita di peso e delle conseguenze mediche, e si caratterizza per l'evitamento marcato del cibo, con conseguente perdita di peso. L'attitudine a non mangiare può essere dovuta a vere e proprie fobie o ossessioni o a quadri di depressione;
- l'**Alimentazione Selettiva** (*Selective Eating*), altro disturbo abbastanza diffuso, in cui il bambino ha altezza e peso normali e non presenta preoccupazioni per il peso o le forme corporee, ma sceglie in maniera molto selettiva i cibi che assume, spesso limitandoli a 4-5 categorie alimentari, prediligendo soprattutto i carboidrati. Il problema più manifesto di questi bambini, spesso fisicamente sani, 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 allora potrà essere formulata da parte loro una domanda d'aiuto terapeutico;
- la **Disfagia Funzionale**, che comporta difficoltà di deglutizione e paura di vomitare o di soffocare, in assenza di cause organiche: spesso questi bambini hanno visto qualcuno vomitare, fare fatica a deglutire o quasi soffocare, cosa che ha prodotto in loro ansie e paure profonde molto diverse da quelle alla base dell'AN, ma altrettanto difficili da trattare;
- la **Sindrome da Rifiuto Pervasivo**, che è caratterizzata da rifiuto ostinato di mangiare, bere, camminare, parlare, prendersi cura di sé. Non è ancora chiaro se questo disturbo si debba considerare una forma estrema di disturbo post-traumatico o una psicosi infantile, ma la prognosi è sicuramente molto grave.



**Simonetta Marucci** ([simonetta.marucci@libero.it](mailto:simonetta.marucci@libero.it))  
ASLI Perugia, Residenza DCA Todi

<b>Tabella 1</b> <b>Anoressia Nervosa (AN)</b>		
<b>Criteri</b>	<b>DSM-IV-TR</b>	<b>DSM 5</b>
Criterio A (peso)	Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (mantenimento del peso corporeo < 85% rispetto a quanto previsto). Incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane < 85% rispetto a quanto previsto).	Restrizione delle calorie rispetto al fabbisogno, che comporta significativamente un basso peso corporeo rispetto a età, sesso, percorso di sviluppo e salute fisica. Il peso significativamente basso è definito come inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimo previsto per l'età.
Criterio B (paura di ingrassare)	Intensa paura di acquistare peso o diventare grassi, anche quando si è sotto-peso.	Intensa paura di acquisire peso o di diventare grassi o un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante il peso sia significativamente basso.
Criterio C (immagine corporea)	Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di auto-stima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sotto-peso.	Il modo in cui è vissuto il proprio peso o la forma del corpo, influenza l'auto-valutazione degli stessi o il persistente mancato riconoscimento della gravità dell'attuale peso corporeo.
Criterio D (mestruazioni)	Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.	

<b>Tabella 2</b> <b>Bulimia Nervosa (BN)</b>		
<b>Criteri</b>	<b>DSM-IV-TR</b>	<b>DSM 5</b>
Criterio A (abbuffate)	Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambe le seguenti modalità: 1. mangiare in un definito periodo di tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili; 2. sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).	
Criterio B (comportamenti di compenso)	Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito auto-indotto, abuso di lassativi, diuretici, digiuno o esercizio fisico eccessivo.	
Criterio C (frequenza abbuffate e comportamenti di compenso)	Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe, in media, almeno 2 volte alla settimana, per 3 mesi.	Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
Criterio D (immagine corporea)	I livelli di auto-stima sono indebitamente influenzati da forma e peso corporei.	L'auto-valutazione è indebitamente influenzata dalla forma e dal peso corporeo.
Criterio E	L'alterazione non si manifesta esclusivamente durante episodi di anoressia nervosa.	

In riferimento alla **diagnosi** e al trattamento dei DCA a insorgenza precoce, dovrebbero essere definiti **criteri specifici**, quali per esempio quelli riguardanti la soglia della gravità sintomatologica, che dovrebbe essere fissata, rispetto a quella per gli adulti, a un livello inferiore e più sensibile, correlato alla fascia di età, permettendo un'identificazione precoce del disturbo e un intervento tempestivo, al fine di prevenire l'esacerbazione della sintomatologia.

Le caratteristiche psicologiche tipiche del DCA dovrebbero essere osservate e tenute in considerazione anche in assenza di un diretto *self-report* da parte del paziente e dovrebbero essere raccolte informazioni da genitori e familiari, allo scopo di definire un quadro completo della condizione psico-fisica.

Trattandosi spesso di bambine in età pre-puberale, non è valutabile la presenza di alterazioni del ciclo mestruale (criterio non più presente nella classificazione del DSM-5), inoltre l'insoddisfazione per le forme corporee e la paura di ingrassare sono raramente verbalizzate in maniera esplicita (come avviene invece nell'adolescente) e frequentemente addirittura assenti (3). La riduzione del peso può non raggiungere valori < 85% del peso normale per l'età, ma si manifesta con rallentamento o blocco della crescita. Acquistano importanza fondamentale, quindi, tutti quei segnali che risultano secondari nell'adulto, quali la lentezza nel mangiare, la selettività nella scelta dei cibi, lo sminuzzamento degli stessi, l'iperattività fisica, un uso frequente del bagno, in particolare dopo i pasti, e, soprattutto, il cambiamento psicologico che va di pari passo con la perdita di peso, con sbalzi d'umore, insofferenza e irrequietezza non presenti in precedenza.

Anche in età pediatrica, in analogia a quanto accade nel giovane adulto, si può osservare un "*continuum*" tra BN e AN e la frequente transizione da un disturbo all'altro.

Alcuni autori concordano nel riportare, tra i bambini affetti da DCA, un'aumentata incidenza di altre affezioni psichiatriche, come depressione o disturbo ossessivo compulsivo, nonché Disturbi di Ansia da Separazione o Fobia Sociale (4).

L'**ezio-patogenesi** dei DCA è ormai riconosciuta essere di tipo multi-fattoriale. Alcuni studi preliminari sembrano dare indicazioni sulla possibile concomitanza di fattori genetici nella patogenesi dei DCA; altri confermano che la presenza di familiari di primo grado con problemi alimentari o con psico-patologie conclamate (soprattutto disturbi d'ansia e disturbi dell'umore) rappresenta un forte fattore di rischio di sviluppo precoce di DCA (5). Esistono alcuni tratti di personalità del paziente predisponenti, quali ossessività, rigidità, perfezionismo, umore disforico, alterata consapevolezza enterocettiva (capacità di riconoscere le proprie sensazioni ed emozioni), ridotta flessibilità e problemi neuro-cognitivi riguardo all'elaborazione globale delle informazioni.

Per i DCA a insorgenza precoce, in preoccupante aumento, occorre considerare anche i **fattori di diffusione**, riconducibili ai cambiamenti socio-antropologici della nostra epoca storica, in cui il cibo e la magrezza hanno acquisito contemporaneamente un valore fondamentale nella costituzione dell'identità personale. Già a 5 anni compaiono giudizi stereotipati rispetto alle forme corporee e molti pre-adolescenti seguono diete dimagranti, comportamento ritenuto facilitante lo sviluppo di patologie alimentari. In diversi studi effettuati su gruppi di adolescenti, percentuali elevate (44-56%) di soggetti si auto-definiscono "a dieta" e il 59% dei bambini di 5-8 anni desidera un corpo più magro, indipendentemente dal peso reale (6). Paradossalmente, però, gli sforzi sempre più diffusi per perdere peso non si traducono in un reale calo di peso della popolazione generale, e si osserva invece un incremento preoccupante dell'obesità, a partire dall'infanzia, che accentua fortemente l'insoddisfazione per il corpo, aprendo la strada verso un DCA. Infine, anche i media sembrano rivestire un ruolo importante nella diffusione dei DCA in pazienti sempre più giovani: vari studi confermano che l'influenza maggiore della pressione culturale verso canoni stereotipati di forme corporee, in particolare verso la magrezza, avviene nei confronti dei minorenni.

Alla complessità psicologica, i DCA in età evolutiva associano un maggiore rischio per le **conseguenze** che la malnutrizione può avere **a livello organico**, con gravi complicanze mediche connesse con lo sviluppo psico-fisico.

Non sono necessari esami emato-chimici o strumentali per confermare la diagnosi, prettamente clinica, ma è necessario ricorrere a essi per valutare la gravità del quadro organico e le conseguenze non solo della malnutrizione, ma anche delle pratiche compensatorie. La tabella 3 ricorda le principali complicanze cliniche dell'AN e della BN, riscontrabili anche nelle manifestazioni in età evolutiva, fino alla morte per complicanze cardio-vascolari o suicidio.

Tabella 3 Principali complicanze cliniche di AN e BN	
Squilibri elettrolitici	Iponatremia Ipotassiemia
Alterazioni cardio-circolatorie	Bradycardia Edemi Frequente versamento pericardico Prolungamento intervallo QT Arresto cardiaco
Alterazioni stomato-gastro-enteriche	Alterazioni del cavo orale legate al reflusso acido Perdita dei denti Costipazione Diarrea
Alterazioni neurologiche	Neuropatia ottica Neuropatia periferica Atrofia cerebrale
Alterazioni ematologiche	Leucopenia
Alterazioni ossee	Osteopenia/osteoporosi

#### Alterazioni endocrine conseguenti alla denutrizione

La denutrizione comporta una completa disorganizzazione dell'assetto neuroendocrino, conseguenza di un tentativo omeostatico finalizzato alla sopravvivenza, e questo comporta danni tanto più gravi quanto più precoce è l'età del paziente, con una compromissione della crescita e dello sviluppo puberale e staturale. In questa ottica vanno intese (7):

- l'**amenorrea**, quando già comparsi i flussi mestruali, come sospensione dell'attività riproduttiva per permettere all'organismo di concentrare le proprie energie nel tentativo di mantenersi in vita;
- la **sindrome da bassa T3**, legata alla conversione preferenziale del T4 in *reverse* T3, più funzionale a un risparmio energetico;
- l'**ipercortisolemia**, come modalità reattiva in condizioni di *stress* cronico e pericolo di vita.

Quando le condizioni metaboliche sono insoddisfacenti, nella maggior parte dei casi la **maturazione puberale è ritardata** in entrambi i sessi.

Le **alterazioni scheletriche** meritano una particolare attenzione, sia riferite alla demineralizzazione, sia ai difetti di accrescimento che si osservano quando il DCA insorge in età precoce. Nella denutrizione si ha una secrezione ridotta di IGF-1, che determina un aumento riflesso della produzione ipofisaria di GH con resistenza periferica allo stesso GH (8). Questa situazione è problematica soprattutto in soggetti che non hanno ancora completato il proprio accrescimento scheletrico, ai fini del **raggiungimento della statura definitiva**, specialmente se non viene ripristinata, in tempi brevi, una situazione nutrizionale adeguata, poiché, in età evolutiva, il recupero dell'altezza va di pari passo con il tasso di aumento ponderale. La riduzione della densità ossea legata alla denutrizione, che può raggiungere livelli di vera e propria **osteoporosi**, non regredisce mai completamente, anche dopo il ripristino di un'alimentazione adeguata.

L'elemento centrale della **cura delle complicanze** cliniche, in età evolutiva, è rappresentato dalla riabilitazione nutrizionale e dal ripristino del peso e, eventualmente, del ciclo mestruale, in un *setting* terapeutico integrato multi-disciplinare.

### **Bibliografia**

1. Regione Umbria. Linee guida regionali per la diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. [GR n 5/2013](#).
2. Lask B, Bryant–Waugh R. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2000 Psychology Press, Hove.
3. Bravender T, Bryant–Waugh R, Herzog D, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM–V. *Eur Eat Disord Rev* [2010, 18: 79–89](#).
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescence. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* [2001, 68: 714-23](#).
5. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, et al. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* [2001, 158: 563-9](#).
6. Lowes J, Tiggeman M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *Br J Health Psych* [2003, 8: 135-47](#).
7. Marucci S, Dalla Ragione L. L'anima ha bisogno di un luogo – Disturbi alimentari e ricerca dell'identità. Tecniche Nuove Editore [2007](#).
8. Grottoli S, et al. Hormonal diagnosis of GH hypersecretory states. *J Endocr Invest* 2003, 26 suppl 10: 27-35.
9. Marucci S. I disturbi del comportamento alimentare. [Endowiki](#).