

I disturbi del comportamento alimentare nei giovani adolescenti: outcome dopo 14 anni di attività

Rita Tanas¹, Pamela Pasquinelli², Maria Silvia Greggio², Maria Cascione³, Carla Calanchi⁴

¹Divisione di Pediatria ed Adolescentologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Arcispedale S. Anna, Ferrara

²Scuola di Specializzazione in Pediatria - Università degli Studi di Ferrara

³Facoltà di Farmacia - Università degli Studi di Ferrara

⁴Servizio S.M.R.I.A, Azienda USL di Ferrara

Riassunto

Il nostro lavoro si è proposto di rivedere attraverso un colloquio telefonico l'outcome, cioè l'esito a distanza dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare (DCA) seguiti dalla nostra U.O. dal 1989 al 2002.

Metodo. Lo studio riguarda un campione di 75 pazienti, di cui 71 femmine, di età media $15,7 \pm 2,1$ anni, seguite per DCA. Il trattamento era stato condotto ambulatoriamente, 7 pazienti femmine sono state anche ricoverate in un reparto di degenza pediatrica per un periodo medio di $21 \text{gg} \pm 11,2$ avevano accettato psicoterapia e 7 farmacoterapia. Il trattamento era durato in media 13,2 mesi $\pm 12,3$, con un numero di visite medio di $15,4 \pm 12$. Il medico, che aveva condotto il trattamento, ha sottoposto un questionario telefonico, preparato a tale scopo, al paziente o ad uno dei genitori dopo un intervallo di tempo di $8,6 \pm 3,5$ anni (range 3,1-16,3) dal primo trattamento, valutando le risposte, come proposto da un recente lavoro svolto su pazienti con DCA esordito in adolescenza.

Risultati. L'esito è stato buono o quasi buono nel 86% dei pazienti, negativo nel 14%. Le pazienti con esito negativo sono tutte femmine. Tutti i pazienti erano viventi, anche se quattro non sono stati rintracciati telefonicamente, pertanto non si è registrato alcun decesso.

Conclusioni. I risultati positivi incoraggiano a proseguire il lavoro e a coinvolgere le società scientifiche e gli altri pediatri alla prevenzione, diagnosi e trattamento precoce di questa patologia, che in età adolescenziale ha buone possibilità di guarigione.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, anoressia nervosa, adolescenza, evoluzione.

Eating disorders in early adolescence: outcome after 14 years of activity

Summary

Our study proposes to examine by means of a telephone interview the long-term results of patients with Eating Disorders (ED) who were treated at our institution from 1989 to 2002.

Method. *The study concerns 75 patients, 71 of whom are females, median age 15.7 ± 2.1 yrs, in follow-up for ED. Treatment mostly consisted of outpatient therapy, while 7 female patients were hospitalized for an average of 21 ± 11 days. Twenty adolescents accepted psychotherapy, and 7 were given pharmacological treatment. Treatment had an average duration of 13.2 months ± 11.2 , with an average number of visits of 15.4 ± 12 . The doctor responsible for therapy interviewed the patient or one of the parents by telephone using a specially prepared questionnaire at a distance of 8.6 ± 3.5 yrs (range 3.1-16.3) following initial treatment. Responses were evaluated as suggested by a recent study on ED in adolescence.*

Results. *Therapy results were "good" or "almost good" in 86% of patients and negative in 14%. All patients with negative results were female. All patients were alive, even if 4 were not reachable by telephone; no deaths were recorded.*

Conclusions. *The positive results are encouraging and suggest involving the scientific community and pediatricians in prevention, early diagnosis and treatment of this pathology, which in adolescence has a good possibility of cure.*

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, adolescence, outcome.

Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in età evolutiva sono tra le malattie croniche più frequenti nel sesso femminile, come sottolineato da tutta la letteratura internazionale.

L'attuale drammatica focalizzazione dell'attenzione sul cibo, sul controllo del peso corporeo e sull'aspetto fisico nella cultura occidentale, favorita dai media (1, 2) ha influenzato la loro prevalenza in tutte le età ed in tutti i Paesi. Essi si manifestano specialmente negli stadi di transizione e, soprattutto, nelle fasi iniziali dell'adolescenza. I sintomi di un DCA spesso rappresentano una soluzione patologica dell'adolescente ai problemi dello sviluppo, della crescita e del processo di autonomia e separazione dai genitori. Il successo del trattamento sta nell'aiutare pazienti e genitori ad imparare, riconoscere e affrontare il problema di fondo, e non focalizzarsi sulle problematiche del cibo e del controllo del peso.

La prevalenza di Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) nelle adolescenti è compresa fra lo 0.5% e il 3.7% e fra l'1.1% e il 4.2 %, rispettivamente (3). Se si considerano le sindromi parziali (EDNOS), tale prevalenza è molto più alta e decisamente superiore a quella di altre malattie croniche di questa fascia di età, che trattiamo quotidianamente come il diabete mellito di tipo I e le malattie infiammatorie croniche intestinali ed inferiori solo ad asma ed obesità. Ogni caso, anche se di per sé non grave durante l'adolescenza, può peggiorare la qualità della vita nell'età adulta (4). I DCA, infatti, sono malattie gravi, la loro mortalità è ancora elevata: 10 volte superiore a quella di una popolazione di controllo di pari età (5) ed il rischio che il disturbo in adolescenza precoce prosegua in età adulta o sia seguito da una patologia psichiatrica di classe I è elevatissimo (6, 7).

Gli studi di valutazione dell'incidenza di queste patologie promossi dal Ministero della Salute (8) e quelli eseguiti nella Regione Emilia Romagna, dimostrano che l'offerta di cure è adeguata alle richieste dei pazienti adulti, mentre le cure multidisciplinari con equipe dedicate a pazienti in adolescenza precoce (10-17 anni) sono tuttora molto carenti (9).

A Ferrara fin dal 1984 l'ambulatorio di Adolescentologia, che si occupa dei ragazzi fino ai 17-18 anni ha preso in carico qualche ragazza con i tratti tipici di un DCA, facendoci comprendere le difficoltà nell'assistenza di tali patologie, ma anche la necessità di affrontarle. Con il tempo simili problematiche si sono fatte sempre più frequenti, per cui è stato necessario cercare di

apprendere protocolli adeguati a curare tali pazienti da gruppi di operatori, che li stavano già sperimentando. Così, valutando protocolli molto differenti, abbiamo sviluppato un nostro programma di cure con elevata capacità di adattamento a situazioni cliniche diverse e contemporaneamente adatto alle nostre esigenze e disponibilità. Sempre lavorando con i nostri pazienti abbiamo acquisito esperienza verso le loro problematiche e sviluppato collaborazioni creando un team dedicato, costituito da un pediatra endocrinologo-adolescentologo, uno psichiatra dell'età evolutiva ed uno psicologo con indirizzo sistemico. Questa fase ha richiesto diversi anni per la formazione del team e tuttora richiede un continuo impegno per il suo mantenimento.

Oggi, a distanza di altri 10 anni, ci siamo domandati quale sia stato l'esito del nostro progetto terapeutico, e lo abbiamo rivalutato con un follow-up a lungo termine, confrontato con lavori della letteratura. La validità del nostro progetto, infatti, se confortata da un buon outcome delle nostre pazienti, potrebbe meritare di essere diffusa ed implementata in altri centri.

La valutazione dell'evoluzione nel tempo dei pazienti con DCA ha dato esiti molto differenti per l'eterogeneità dell'età delle pazienti all'esordio della malattia, per il numero scarso delle pazienti osservate dai singoli Autori, per la variabilità dei criteri diagnostici utilizzati, della procedura di inquadramento e approccio terapeutico e infine per la variabilità della durata e della metodica del follow-up utilizzata. Gli studi di outcome pubblicati sono oggi numerosi, ma raramente riguardano specificatamente le forme ad esordio precoce, pertanto per un confronto abbiamo utilizzato il lavoro di Steinhausen (10), che prende in considerazione un numero elevato di casi di DCA ad esordio precoce, e sulla scorta di questo lavoro abbiamo progettato il nostro follow-up.

Casistica

La nostra casistica è costituita da 75 adolescenti (71 F e 4 M), di età media $15,6 \pm 2,1$ anni (range 11,4-21,3), seguiti ambulatoriamente nel periodo 1989-2002. Sono state escluse dallo studio 4 pazienti, che non hanno accettato le cure dopo la 1^a visita. Il motivo del drop out è stato: rifiuto delle cure da parte del paziente e della famiglia, trasferimento, ricovero in altra U.O. per ingestione volontaria di farmaci e infine richiesta dello psichiatra scelto dalla famiglia.

Tabella 1. Caratteristiche delle pazienti alla diagnosi.

Diagnosi	Numero pazienti	Età media (anni)	Range	BMI	z-BMI
AN	44 F	$15,4 \pm 2,1$	11,8 - 21,3	$16,3 \pm 2,2$	$-1,9 \pm 1,6$
BN	4 F	$17,3 \pm 2$	14,5 - 19,5	$21,3 \pm 4,0$	$-0,1 \pm 1,1$
EDNOS	23 F, 4 M	$15,9 \pm 2$	11,4 - 18,8	$18,5 \pm 1,4$	$-0,7 \pm 0,6$

Tabella 2. I sette passi essenziali del trattamento secondo *Beumont*, 1993. (Ref. 14)

1. Diagnosi e trattamento delle complicanze mediche, della denutrizione e dei comportamenti che le hanno indotte
2. Ristabilire un normale stato nutrizionale
3. Eventuale terapia comportamentale per favorire il recupero ponderale
4. Linee guida salutari sull'alimentazione e l'esercizio fisico
5. Modificare gli atteggiamenti e i modi di pensare delle pazienti anoressiche tramite terapia cognitiva
6. Appoggio psicologico alla famiglia
7. Incoraggiare l'autonomia, facilitare lo sviluppo dell'identità, incrementare l'autostima e prevenire le ricadute tramite psicoterapia

I pazienti sono stati classificati secondo il DSM IV (11) in affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa e forme parziali (Tabella 1). Nella valutazione della diagnosi di anoressia abbiamo incluso anche pazienti che, nella fase dello spurt puberale, avessero presentato un perdita di peso grave, >20% e rapida, invece dell'attesa significativa crescita staturo-ponderale, tipica dell'età (12). Il BMI è stato calcolato dalle misure di peso e statura (kg/m^2), il BMI z-scores ($z\text{-BMI} = [\text{BMI}-M]/\text{SD}$) è stato determinato per ciascun paziente e valutato secondo gli standard del CDC (13). Le pazienti escluse precocemente dallo studio erano presumibilmente classificabili come AN in 3 casi, EDNOS in 1 caso. Le 44 pazienti con AN erano tutte in amenorrea, 4 di esse in amenorrea primaria e 40 in amenorrea secondaria, esse avevano avuto il menarca all'età media di $12,3 \pm 1,4$ anni. Delle 4 pazienti con BN una era in amenorrea secondaria, una in terapia estroprogestinica e due riferivano flussi "abbastanza" regolari. Tra i 23 EDNOS di sesso femminile, il 96% erano in amenorrea, di queste 2 in amenorrea primaria.

Trattamento

Non è ancora noto quale sia il modo migliore per trattare con successo i pazienti con DCA; il trattamento multidisciplinare, con equipe dedicate all'età adolescenziale e l'eventuale ausilio di psicofarmaci, è quello che attualmente riceve il maggiore consenso e raggiunge i migliori risultati.

I nostri pazienti sono stati seguiti nel nostro ambulatorio adolescentologico con l'ausilio del Day-Hospital, per 7 femmine è stato necessario anche un ricovero in degenza ordinaria.

Trattamento ambulatoriale

Il trattamento, al quale sono stati sottoposti i pazienti, è ispirato ai sette passi proposti da Beumont nel 1993 (14) (Tabella 2). Esso è stato condotto da un unico pediatra adolescentologo, con un approccio di tipo cognitivo-comportamentale (15), con visite, colloqui, eventuali pasti assistiti ed esecuzione di una diagnosi adeguata alle condizioni cliniche dei pazienti (valutazione clinica e di laboratorio della denutrizione, valutazione cardiologica, ecografia addominale e/o pelvica, densitometria ossea, risonanza magnetica cerebrale).

Scopo del trattamento è stata la valutazione del grado di denutrizione e delle sue complicanze e la ripresa di una nutrizione adeguata a completare lo sviluppo puberale, mantenere la regolarità dei flussi mestruali e ad interrompere i sintomi secondari al digiuno (16). Il miglioramento della situazione nutrizionale del paziente è stato considerato indispensabile per partecipare con beneficio al trattamento psichiatrico. Inizialmente ai pazienti veniva "consigliato" il supporto psichiatrico, dall'inizio del '96, invece, avendo realizzato un team terapeutico ed una collaborazione con l'equipe che si occupa di DCA in età adulta, abbiamo offerto un trattamento multidisciplinare ai singoli pazienti ed alle loro famiglie. In tal modo il processo terapeutico è stato svolto in maniera più coordinata, secondo protocolli condivisi.

Il trattamento dei nostri pazienti è durato in media $13,2 \pm 12,3$ mesi (range 1-62) con un numero di visite $15,4 \pm 12$ (range 3-74). La sua durata e il numero degli incontri sono andati aumentando con il progredire dell'esperienza dei terapeuti. Per una scelta del team, la durata del trattamento non è mai stata predefinita, in base alle direttive della letteratura di quegli anni: lo scopo era quello di ridurre la mortalità dei pazienti, più elevata in quelli non più seguiti, e di trattare precocemente le eventuali recidive. Pertanto la terapia non è stata mai sospesa per decisione del terapeuta, ma si è risolta per scelta autonoma dei pazienti e delle loro famiglie, che non si sono più presentati ai controlli o non hanno ripreso appuntamento, ritornando magari dopo mesi o anni per problemi simili o diversi.

Dei pazienti trattati, solo 20 femmine (26,7%), hanno accettato di essere seguite anche dallo psichiatra. È stata incontrata una grande resistenza da parte delle famiglie ad accettare l'intervento dello psichiatra, pur proposto a tutti nel momento ritenuto più favorevole alla sua accettazione.

Solo a 7 pazienti femmine, di cui 3 seguite esclusivamente in ambulatorio, sono stati prescritti psicofarmaci (inibitori del reuptake della serotonina, antidepressivi).

Trattamento in degenza ordinaria

7 pazienti (9,8%), tutte di sesso femminile, sono state ricoverate in degenza ordinaria.

Il motivo del ricovero è stato per 3 di loro un importante e/o rapido calo ponderale, associato a condizioni di denutrizione grave. Una paziente è arrivata in degenza ordinaria direttamente dal PS per sintomi cardiocircolatori, 2 sono state ricoverate per rifiuto

acuto, pressoché totale, dell'alimentazione, con BMI ancora nella norma, 1 per resistenza al trattamento ambulatoriale.

La degenza è durata in media 21 ± 11 giorni (range 8-40).

All'ingresso, tutte le pazienti hanno presentato all'esame obiettivo: bradicardia, ipotensione e ipotermia. Nelle 3 pazienti, ricoverate per denutrizione, il BMI medio era $12,48 \pm 2$ ed il z-BMI $-5,1 \pm 1$, il peso corporeo $-36,04 \pm 0,04\%$ dell'atteso per sesso ed età secondo Tanner. Gli esami di laboratorio mostravano: leucopenia in 5 casi e linfopenia in 2 casi, riduzione dei valori di transferrina in 3 casi, del T3 libero in tutti, lieve aumento delle transaminasi in un caso.

Durante il ricovero si sono verificate le seguenti problematiche: aumento transitorio della creatinina con iperkaliemia (1 caso), pancitopenia da infezione intercorrente da Parvovirus (1 caso), risoltasi rapidamente senza terapia, edemi declivi agli arti inferiori in fase di recupero ponderale (2 casi), trattati con furosemide. Subito dopo la degenza una paziente ha presentato varicella con piastrinopenia, trattata ambulatoriamente senza ulteriori complicanze.

Durante il ricovero è stato effettuato un trattamento di riabilitazione psiconutrizionale (17) per via orale con una progressione graduale del contenuto calorico dei singoli pasti da 1000 a 1800 kcal al giorno, con piccoli aumenti progressivi, in base alle capacità di assunzione del pasto stesso. Durante il pasto le pazienti venivano sostenute da personale preparato, e controllate, per evidenziare eventuale ricorso a modalità di compenso (eccessiva attività fisica, vomito).

La famiglia è stata invitata a non rimanere costantemente in reparto con la paziente, e durante la notte; è stato richiesto, invece, in maniera decisa, che non assistesse ai pasti.

La riabilitazione psiconutrizionale è stata condotta con una prima fase per via parenterale solo in due pazienti, per la incapacità iniziale delle stesse ad assumere alimenti per bocca, seguita da una seconda fase per via orale.

Tutte le pazienti ricoverate sono state valutate e prese in carico dallo psichiatra e dalla psicologa sistemica, che fanno parte della nostra équipe dedicata. È stata quindi avviata una psicoterapia, sia individuale che familiare, tranne che in un caso per mancata compliance della famiglia.

In 3 pazienti è stata iniziata una psicoterapia farmacologica con antiserotonergici e/o stabilizzanti dell'umore.

Durante la fase finale della degenza, la famiglia e la ragazza venivano preparate alla dimissione (discussione dei possibili problemi alimentari e non alimentari e loro possibili soluzioni da adottare a domicilio, piccoli permessi di prova con pasti programmati e rivalutati successivamente con i curanti).

Al momento della dimissione il peso corporeo era aumentato in media di $\text{kg } 2,9 \pm 3$ (range 0,2-5), le condizioni generali erano migliorate, relativamente al tono affettivo ed ai parametri funzionali (temperatura, FC, PA).

Tutte le pazienti al termine del ricovero venivano affidate per il successivo trattamento al nostro ambulatorio.

Metodo dello studio di outcome

Per eseguire il follow-up abbiamo utilizzato il metodo di Steinhäuser (10). Abbiamo costruito un questionario da sottoporre per telefono direttamente ai pazienti oppure ad uno dei genitori, se i primi non fossero stati immediatamente raggiungibili.

Il questionario utilizzato ha una formulazione più semplice per la compilazione con il genitore o con il medico di base, una più complessa per la compilazione con il paziente (Tabelle 3a e 3b). Esso è costituito da 11 aree tematiche, su cui si sviluppano le domande: 5 relative all'evoluzione della malattia (BMI, restrizione alimentare, abbuffate, vomito, mestruazioni), 2 alla vita affettiva/sexuale, 2 alla qualità delle relazioni sociali e 2 al percorso formativo (studio/lavoro) svolto.

Per ognuno degli 11 items erano previste 4 tipi di risposte conclusive, in base ad intensità e frequenza del disturbo indagato, con una scala di punteggio da uno a quattro (1= sintomi assenti, 2= lievi, 3= moderati, 4= severi).

Al termine della valutazione del questionario abbiamo calcolato il punteggio complessivo degli 11 items: un punteggio uguale ad 11 è stato considerato come outcome "buono", uguale a 12 come outcome "abbastanza buono", superiore a 12, invece, come outcome "cattivo", come nello studio di riferimento.

Tabella 3a. Aree d'indagine del questionario telefonico rivolto ad un parente di primo grado oppure al Medico di Base.

- Qualità della vita.
- Peso corporeo, comportamento alimentare, restrizione, attività motoria eccessiva, flussi mestruali (solo per le femmine).
- Immagine corporea.
- Percorso formativo: studio/lavoro
- Relazioni sociali: amici/compagno/famiglia.

Tabella 3b. Aree di indagine del questionario svolto direttamente con il paziente o telefonicamente

- Qualità della vita.
- Peso corporeo, comportamento alimentare, restrizione, attività motoria eccessiva, vomito, abbuffate, uso di lassativi). Flussi mestruali (solo per le femmine)
- Percorso formativo: studio/lavoro
- Relazioni sociali: amici/compagno/famiglia
- Immagine corporea. Importanza dell'aspetto esteriore e della magrezza.
- Ricordi del periodo di cure, presso la nostra U.O ed eventuali pareri e consigli.

Tabella 4. Confronto dell'esito a distanza del nostro gruppo di pazienti femmine con DCA ($8,6 \pm 3,5$ anni) ed di quello di Steinhausen (10), relativo a 241 pazienti femmine, trattate a Berlino, Sofia, Bucarest e Zurigo e rivalutate dopo un tempo medio di $6,4 \pm 3$ anni).

	Steinhausen	Studio attuale
● Normalizzazione del Comportamento Alimentare	80%	82,6%
● Buono o discreto stato psicosociale	71%	85,5%
● Mortalità per conseguenze dirette o indirette del DCA	2,9%	0%

L'indagine è stata svolta dal medico che ha eseguito il primo trattamento e che quindi beneficia di una buona relazione terapeutica col paziente e la sua famiglia e difficilmente può ingannarsi sull'esito delle cure a distanza, per eventuali risposte "false" da parte degli intervistati.

Risultati

Lo studio è stato svolto a distanza di $8,6 \pm 3,5$ anni (range 3,1-16,3 anni) dal trattamento.

Il follow-up telefonico è stato eseguito, attraverso un'intervista guidata fatta con il paziente (in 31 casi), oppure con un parente di primo grado (in 38 casi) oppure, in mancanza di entrambe, con il medico curante (in 2 casi), che conosceva bene la situazione clinica dei pazienti, per difficoltà di stabilire un contatto telefonico con gli stessi.

In alcuni casi il questionario inizialmente compilato con un genitore è stato poi risomministrato ai pazienti, che ci hanno richiamato o sono venuti in ambulatorio, spontaneamente dopo la nostra telefonata.

Quattro delle nostre pazienti femmine non sono state recuperate al follow-up, perché la recente normativa sulla privacy ha impedito la ricerca del loro attuale domicilio, ma sappiamo che sono attualmente iscritte al SSN e quindi viventi. Non si è quindi verificato alcun decesso nel periodo di follow-up.

I risultati del nostro studio confrontati con quello di riferimento sono riassunti nella Tabella 4.

Con il questionario sono stati rivalutati tutti i maschi, che hanno presentato un outcome buono, e 67 femmine, di cui 57 (85,1%) con outcome buono e 10 (14,9%) cattivo per persistenza di segni clinici di DCA e in 3 casi anche per problemi di natura psichiatrica, già evidenti durante il trattamento.

Due pazienti sono state riprese in terapia dopo circa 4 anni perché si erano rivolte nuovamente all'unità operativa per una recidiva. Tre pazienti, di quelle valutate come con outcome cattivo, sono ancora in trattamento.

Alcune pazienti sono state avviate successivamente ad altri servizi per competenza relativa all'età, altre si sono rivolte ad altri centri spontaneamente. Tutte hanno un buon ricordo del percorso fatto in pediatria e, avendo domande o problemi da sotto-

porre, chiedono ancora di tornare presso il centro pediatrico, nonostante l'età. Tre genitori hanno lamentato eccessiva durezza nel trattamento, anche se i loro figli oggi hanno risolto il problema e possono considerarsi guariti. Il trattamento è orientato soprattutto verso l'adolescente e questa scelta non è sempre condivisa dalla famiglia. Cinque pazienti hanno già dei figli, una ha sperimentato un aborto spontaneo. Le pazienti accolte in degenza ordinaria hanno avuto outcome buono, tranne una, ancora seguita dalla psicologa sistemica; nessuna di loro è più stata ricoverata per lo stesso patologia, né presso la nostra U.O., né presso altri reparti di degenza.

Discussione

Recentemente i DCA sono stati oggetto di numerosi studi e numerosissime pubblicazioni sia da parte di psichiatri, che di medici e di equipe multidisciplinari.

In Italia sono sorti molti centri per la cura di tali patologie, ma la maggior parte di essi non ha grande esperienza di pazienti di età inferiore ai 17 anni, pertanto i soggetti in età evolutiva, raramente possono contare su equipe preparate all'assistenza degli adolescenti (9).

I DCA in tale fascia di età sono caratterizzati da: maggiori difficoltà diagnostiche rispetto ai criteri del DMS IV; più forte impatto della malattia sul corpo in una fase delicata di crescita e maturazione puberale, sviluppo della massa magra e raggiungimento del picco della massa ossea; più rapida compromissione dello stato di salute, perché il corpo è più sensibile alla denutrizione, al digiuno, alla disidratazione.

Nella nostra esperienza la frequenza dei maschi (4 pari allo 0,5%) è risultata inferiore a quella attesa, in base ai dati della letteratura. Si è trattato di ragazzi precedentemente obesi, che erano dimagriti molto, ma con un peso ancora nei limiti della norma (BMI $24,4 \pm 3,9$; z-BMI $1,17 \pm 0,7$), in tempi brevi, attuando una dieta "ferrea", autoprescritta o comunque differente da quella, proposta dal medico, e presentavano un investimento personale eccessivo sul corpo e sulla magrezza, un'attività fisica intensa ed un isolamento sociale, che ricordano le pazienti di sesso femminile. La loro disponibilità e quella delle loro famiglie al trattamento è stata per lo più ridotta (numero medio di visite

7,6±4,6, durata del trattamento 8±4,8 mesi vs 15,7±12 e 13,5±12,5 rispettivamente), con rifiuto costante all'approccio psichiatrico. Nonostante ciò al follow-up il loro outcome complessivo risultava buono in 3 casi e quasi buono in 1. Si suppone che i casi più severi di DCA nei maschi vengano riferiti o direttamente al servizio di Salute mentale dell'età evolutiva o arrivino al sospetto diagnostico più tardivamente per grave compromissione dello stato di salute.

Le pazienti con anoressia nervosa sono le più numerose del campione. La maggior parte di esse sono state trattate solo ambulatoriamente.

Quando necessario il ricovero è stato accettato abbastanza facilmente dalla famiglia, tranne che in due casi che per tale motivo sono stati seguiti solo ambulatoriamente, di cui 1 con outcome negativo. Data l'età delle pazienti il loro consenso non è stato necessario, per cui è stato sufficiente discutere con la famiglia la necessità di effettuarlo; comunque, nel programma di riabilitazione nutrizionale, la collaborazione della paziente è considerata non solo utile, ma quasi indispensabile, ed è sempre stata ottenuta.

Solo il 9,3% ha avuto bisogno di un ricovero ordinario. L'outcome finale per queste pazienti è stato buono in tutti i casi, salvo in un caso ancora in trattamento. Nessuna paziente ha avuto ulteriori ricoveri per DCA. Solo per una di tutte le nostre pazienti, non ricoverata in adolescenza, è stato necessario successivamente un secondo e per un'altra un terzo ricovero per la stessa patologia, contrariamente a quanto segnalato nel lavoro di confronto (10), dove viene evidenziato che un 51% delle pazienti ha avuto una seconda ospedalizzazione e un 25% una terza.

Solo una parte dei pazienti, il 26% delle femmine, ha accettato l'aiuto contemporaneo di psicologi e psichiatri, e spesso dopo un intervallo di tempo cospicuo. Il rifiuto è stato a volte della famiglia, a volte del paziente ed a volte di entrambe.

Anche la farmacoterapia è stata spesso rifiutata. Spesso i farmaci sono stati sospesi, dopo breve tempo, con o senza un reale motivo, anche senza il consenso dello specialista che li aveva prescritti.

Nel campione le pazienti con outcome non buono sono state più spesso quelle affette da DCA con pratiche di compenso, in particolare il vomito. Il vomito era presente nel 40% dei pazienti con outcome non buono, mentre costituiva solo il 9,9% del campione di partenza, differenza statisticamente non significativa ($p < 0,1$) dato l'esiguo numero delle pazienti esaminate.

La gravità della denutrizione all'esordio, invece, non ha predetto l'esito negativo, a differenza di quanto riportato in altri studi (10). In ogni caso, nonostante il progetto terapeutico fosse relativamente breve rispetto ad altri schemi (18) tutti i soggetti stavano meglio al momento del follow-up, tranne uno, e non si è verificato alcun decesso, cosa molto importante data la frequenza di decessi di tutta la letteratura (4, 5) e quella del 2,9% dello studio di confronto (10).

Considerazioni conclusive

Dalla nostra esperienza abbiamo dedotto che in età adolescenziale precoce i DCA non sono patologie molto frequenti o almeno la richiesta di terapia è modesta, forse perché le famiglie sperano di riuscire a gestire il problema alimentare autonomamente, come hanno sempre fatto. La cura presso Centri distanti dalla residenza, inoltre, è difficile da realizzare, per il ruolo fondamentale che ha la terapia familiare nel trattamento e per i tempi di cura di tali patologie. In compenso però, come valutato da questo studio e confermato anche da altri Autori, nelle pazienti di questa età, prese in carico precocemente, la prognosi è migliore, il bisogno di cure in termini di giorni di degenza e di numero di incontri è inferiore, rispetto alle pazienti in tarda adolescenza o giovani adulte (18, 19).

L'ipotesi personale è che queste ragazze, dopo una breve interruzione dovuta alla malattia, possano ancora riprendere il cammino adolescenziale con il gruppo dei coetanei, non avendo ancora perso completamente contatto con esso. Ciò è impossibile, invece, dopo molti anni, quando i coetanei, ormai giovani adulti, non possono più condividere i loro problemi di crescita e sviluppo dell'autonomia.

Tutto ciò deve far riflettere sull'utilità di curare presto ed al meglio tali patologie, formando i medici di base ed i pediatri (20-22), perché le sospettino ai primi segni, conoscendo la predisposizione familiare e personale dei ragazzi e quanto il rischio di ammalare aumenti con l'esposizione ai media (1, 2), con il mettersi a dieta in modo autogestito ed eccessivo, oggi così frequente (23), e talvolta con la pratica di sport individuali (24).

Non possiamo trascurare infine la prevenzione dei DCA, già sperimentata, con esito positivo, in vari studi (25-27), che potrebbero integrarsi nei programmi di prevenzione per l'obesità in età evolutiva, che si stanno progettando ormai ovunque (28).

Bibliografia

1. Guerro-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. *The epidemiology of eating disorders and the influence of mass media: a literature review. Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29:403-410.
2. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. *Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatr* 2002; 180:509-514.
3. Powers SP, Santana CA. *Childhood and adolescent anorexia nervosa. Child and Adolescent Psychiatr Clinics* 2002; 11:219-235.
4. Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. *Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. Lancet* 2001; 357:1254-1257.
5. Steinhausen HC, Seidel R, Winkler Metzke C. *Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. Psychol Med* 2000; 30:1089-1098.
6. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. *Longitudinal*

- relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1434-1440.
7. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, Greenwood DN, Burwell RA, Keller MB. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:829-837.
 8. Commissione di Studio per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. Ministero della Sanità. *Annali della Sanità Pubblica Roma* 1998; 3:7-40.
 9. L'assistenza ai Disturbi del Comportamento Alimentare in Emilia-Romagna. Documento tecnico e proposta operativa del Gruppo di lavoro regionale. Maggio 2003.
 10. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, Neumärker KJ. The outcome of adolescent eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12:91-98.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edition (DMS IV)*. Washington. *Am Psychiatr Ass* 1994:539-550.
 12. Bryant-Waugh R, Bryan Lask B. Annotation: Eating Disorders in Children. *J Child Psychol Psychiatr* 1995; 36:191-202.
 13. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R, Mei Z, Curtin LR, Roche AF & Johnson CL. *CDC Growth Charts: United States*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics 2000.
 14. Beumont PJV, Russell JD Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. *Lancet* 1993; 341:1635-1640.
 15. Gardner DM, Dalle Grave R. *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. 1999 Positive Press, Verona.
 16. Keys AJ, Brozek A, Henschel A et al *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota, 1950.
 17. Ostuzzi R, Didonna F, Micciolo R. One-year weight follow-up in anorexia nervosa after impatient psycho-nutritional rehabilitative treatment. *Eat Weight Disord* 1999; 4:194-197.
 18. Blank S, Zadik Z, Katz I, Mahazri Y, Toker I, Barak I. The emergence and treatment of anorexia and bulimia nervosa. A comprehensive and practical model. *Int J Adolesc Med Health* 2002; 14:257-260.
 19. Herpertz Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychological adaptation. *J Child Psychol Psychiatr* 2001; 69:378-387.
 20. Anstine D, Grinenko D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. *J Adolesc Health* 2000; 26:338-342.
 21. Martin H, Ammerman SD. Adolescents with eating disorders. Primary care screening, identification, and early intervention. *Nurs Clin North Am*. 2002; 37:537-551.
 22. Powers PS, Santana CA. Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Prim Care* 2002; 29:81-98.
 23. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999; 318:765-768.
 24. Rodriguez Martin A, Martinez Nieto JM, Novalbos Ruiz JP, Ruiz Jimenez MA, Jimenez Benitez D. Physical exercise and food habits: a study of adolescents in Cadiz. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73:81-87.
 25. Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfrey D, Dasmahapatra R, Dev P, Taylor CB. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:346-350.
 26. Paxton SJ, Wertheim EH, Pilawski A, Durkin S, Holt T. Evaluations of dieting prevention messages by adolescent girls. *Preventive Med* 2002; 35:474-491.
 27. Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A. A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychother Psychosom* 1999; 68:46-50.
 28. Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolesc Med* 2003; 14:159-73.

Corrispondenza:

Dott.ssa Rita Tanas

Divisione di Pediatria ed Adolescentologia

Arcispedale S. Anna

Corso Giovecca, 203 - 44100 Ferrara

Tel. 0532236934

e-mail: tanas.rita@tin.it