



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione DPSS

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

**Strumenti di valutazione dei disturbi del comportamento alimentare.
Incidenza dei DCA post Covid.**

**Assessment tools for eating disorders.
Incidence of eating disorders post Covid.**

Relatrice

Prof.ssa Bonichini Sabrina

Laureando: Trevisan Dario

Matricola: 2023680

Anno Accademico: 2022/2023

INDICE:

1. incidenza DCA post covid.....	pg 1
1.1 Come la pandemia ha avuto impatto sui sintomi dei DCA.....	pg 1
2. Focus sui disturbi del comportamento alimentare	pg 3
3. Strumenti di valutazione.....	pg 12
4. Conclusioni.....	pg 17
5. Bibliografia.....	pg 19
6. Sitografia.....	pg 21

INTRODUZIONE

In seguito alla pandemia da SARS-COV-2 (Covid 19) si è esacerbata la tendenza alla crescita dei disturbi alimentari, inoltre si è ulteriormente abbassata l'età d'insorgenza.

Diversi studi hanno confermato una correlazione tra l'aumento dei casi e la pandemia, in particolare le contromisure prese per arginare quest'ultima.

Sebbene i disturbi alimentari rientrino nel DSM-V vi è ancora difficoltà nel riconoscerne i sintomi in età evolutiva; per tal motivo questo elaborato ha lo scopo di portare all'attenzione alcuni tra i principali strumenti di valutazione per tale età.

L'elaborato conterrà una prima parte in cui verrà analizzata l'incidenza dei disturbi alimentari dopo la pandemia da COVID 19, seguirà dunque un focus sui singoli disturbi alimentari con i loro rispettivi criteri diagnostici. Successivamente verranno presentati alcuni tra i principali strumenti di valutazione in età evolutiva e le conclusioni.

COMPORAMENTO ALIMENTARE

INCIDENZA DEI DCA POST COVID

1. Incidenza DCA post covid

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (noti come disturbi del comportamento alimentare, DCA), si dividono in disturbi della nutrizione, tipici dell'infanzia, e disturbi dell'alimentazione. Sono delle patologie complesse caratterizzate da un comportamento alimentare disfunzionale (che comporta un alterato consumo o assorbimento di cibo), un'alterazione dell'immagine del proprio corpo ed eccessiva preoccupazione per il proprio peso con conseguenze dannose per la salute fisica e per il funzionamento sociale.

Negli ultimi anni i DCA hanno registrato un costante aumento; in Italia, le persone con diagnosi di un DCA nel 2000 erano circa 300.000, ad oggi oltre 3.000.000 (dati Ministero della Salute). Da un sondaggio del Ministero della Salute (2019-2023) a cura di Laura Dalla Regione nel 2019 i casi di anoressia, bulimia e *binge eating* registrati (nuovi casi) erano 680.569, nel 2020 879.560, nel 2021 1.230.468 e nel 2022 1.450.567.

Sembra dunque esserci una correlazione con l'inizio della pandemia da SARS-COV-2 (COVID 19), l'aumento dei casi e l'inasprirsi dei sintomi dei DCA. Secondo un'indagine pubblicata sul *Journal of Affective Disorders* nel 2021 durante il *lockdown* sono aumentati i livelli d'ansia (+20%), depressione (+20%), sintomi post-traumatici (+16%), panico (+30%), e insonnia (+18%). Al termine delle misure di contenimento i vari sintomi sono rimasti stabili se non i livelli d'ansia che hanno subito un ulteriore aumento del 10%.

1.1 Come la pandemia ha avuto impatto sui sintomi dei DCA

Durante la pandemia, quindi, si è andato a crearsi un ambiente globale di disagio che potrebbe aver aumentato il rischio per i disturbi alimentari, diminuito i fattori protettivi ed inasprito le difficoltà alla cura.

Nel periodo pandemico, infatti, le *routine* quotidiane hanno subito una notevole mutazione con una limitazione delle attività all'aperto (tra le principali forme di contenimento si individuano il *lockdown* e il distanziamento sociale) che può impattare negativamente sulle persone con conseguenze su alimentazione, esercizio fisico e sonno. Tutti fattori che possono aumentare i rischi ed i sintomi dei disturbi alimentari.

Anche l'assenza di una *routine* chiara e sana, senza una reale distinzione di orari tra casa e lavoro o per i pasti può aumentare il rischio di comportamenti disfunzionali.

Inoltre, la limitata possibilità di uscire ha reso l'attività della spesa un momento di rischio; la percezione di scarsità di alcuni prodotti assieme alla paura del contagio ha portato le persone a comprare più cibo, compresi gli snack. Non solo, potrebbe anche portare ad evitare alcuni prodotti al fine di migliorare il proprio aspetto fisico.

Oltre a ciò, “i pazienti con DCA hanno sperimentato durante la pandemia il peggioramento della loro preoccupazione per il peso e la forma, a causa delle difficoltà nel continuare i loro comportamenti compensatori, compreso l'esercizio fisico compulsivo” (Castellini et al., 2020; Clark Bryan et al., 2020; Phillipou et al., 2020; Richardson et al., 2020; Schleger et al., 2020). “Durante il *lockdown* è stato riportato un aumento delle condotte di restrizione e dell'attività motoria da parte di pazienti con anoressia nervosa; un intensificarsi degli episodi di abbuffate in pazienti con bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata” (*binge eating*) (Baenas, Etxandi, Fernández-Aranda, et al.; 2021). Si è oltretutto ridotto il supporto sociale e le correlate strategie di coping adattive.

In aggiunta, è aumentata l'esposizione ai contenuti dei social per via del maggiore tempo libero dato dalle misure di contenimento. Oggetto di numerosi video e post sono stati l'aspetto fisico, le diete, le ricette e gli allenamenti che hanno portato maggior attenzione verso il proprio aspetto fisico.

Uno studio del 2021 (Jiotsa, Naccache, Duval, Rocher, Grall-Bronnec, 2021) ha dimostrato una correlazione tra la frequenza a paragonare il proprio aspetto fisico alle persone seguite sui social, l'insoddisfazione corporea e la spinta alla magrezza.

Come conseguenza dell'isolamento in casa è diventato più difficile accedere a strutture ed attività di aiuto (come visitare il terapeuta, possibile solamente tramite videoconferenza andando a perdere elementi essenziali del *setting* oltre all'influenza del contatto diretto) aumentando così l'impiego di strategie di regolazione emotiva disadattive come l'alimentazione emotiva indotta, alimentazione restrittiva o comportamenti di eliminazione.

Un recente studio (Robertson et al., 2021) ha messo in evidenza come il distanziamento sociale, causato dalla pandemia da Covid-19, abbia portato cambiamenti negativi sulla soddisfazione corporea e sullo sviluppo di abitudini alimentari disadattive.

Uno studio di Haddad et al. (2020) ha confermato che eventi stressanti potrebbero peggiorare i comportamenti alimentari alterati, soprattutto in soggetti vulnerabili. Ha inoltre rilevato che maggiore era la gravità del disturbo, maggiore era la paura del COVID-19.

Il distanziamento sociale invece era associato a sintomi di DCA solo in soggetti che non presentavano precedentemente il disturbo.

È da tenere infine presente che “i comportamenti stereotipati dei soggetti con disturbi del comportamento alimentare sono utilizzati per far fronte allo stress” (Kesby, Maguire, Brownlow, Grisham, 2017) e che “l’ansia derivante dalla pandemia ha aumentato il disagio soggettivo portando dunque un aumento per il rischio di *binge eating*” (Flaudias et al.;2020; Pilh et al., 2020).

Infatti, da uno studio di Al-Musharaf nel 2020 è emerso che *l’emotional eating*, durante il periodo pandemico, è stata una strategia utilizzata per gestire le emozioni negative.

2. Focus sui disturbi del comportamento alimentare

Per comprendere meglio l’impatto del COVID sui DCA e come vengono diagnosticati questi ultimi prendiamo in esame singolarmente i principali disturbi del comportamento alimentare:

- Anoressia Nervosa (AN): il termine anoressia deriva dal greco *an-* privato e *orexis* appetito e significa dunque perdita di appetito. L’aggettivo nervosa si riferisce alle basi emozionali del disturbo.

È opportuno sottolineare che, in realtà, molti pazienti anoressici dimostrano un’ossessione per il cibo rispetto ad una perdita di interesse ed è dunque resistendo ad esso che si sentono forti.

I criteri diagnostici per il DSM-V sono:

- “ Restrizione dei comportamenti alimentari con conseguente contrazione evidente del peso corporeo; quest’ultimo è significativamente al di sotto della norma rispetto ad età, sesso e traiettoria di crescita.”

Nel DSM-V vi è una classificazione dei livelli di gravità per quasi tutti i disturbi.

Per l’AN si basa sui valori dell’indice di massa corporea (IMC) dato dalla formula peso (Kg)/altezza² (m). un buon indice è compreso tra 20 e 25. Minore o uguale a 17 si parla di AN lieve, tra 16 e 16,99 moderata, è grave tra 15 e 15,99 ed è estrema al di sotto di 15.

- “Intensa paura di aumentare di peso o ripetuti comportamenti che interferiscono con l’aumento dello stesso Ciò avviene in presenza di un peso significativamente basso.”
- “Percezione distorta dell’immagine corporea. (La maggior parte delle volte viene misurata tramite un questionario come *l’Eating Disorders Inventory*).”

Il paziente si può definire in fase di remissione quando ancora presenta la forte paura di aumentare di peso o comportamenti interferenti con la crescita ponderale (a fronte di un peso significativamente basso), ma non presenta più una restrizione dell’apporto energetico.

Nel DSM-V vi sono due sottotipi di Anoressia Nervosa: con restrizioni (la perdita di peso deriva da una drastica limitazione dell'assunzione di cibo) e *binge eating*/condotte di eliminazione (caratterizzato da abbuffate e comportamenti di eliminazione).

“Questi sottotipi sembrano avere poca utilità (Eddy et al., 2002) in quanto nel tempo due terzi dei pazienti a cui era stato diagnosticato il disturbo con restrizioni passava poi a *binge eating*/condotte di eliminazione”.

Vi è inoltre il disturbo da Anoressia Atipica caratterizzata da tutti i criteri ad eccezione del BMI (nella norma nonostante un importante calo ponderale).

Nel caso in cui invece l'esordio del disturbo avvenisse prima dei tre anni ed il rifiuto di mangiare a sufficienza perdurasse da più di un mese potrebbe rientrare nella diagnosi di Anoressia Infantile. Gli altri criteri per diagnosticare il disturbo sono il non esprimere la propria fame mostrando disinteresse per il cibo pur mantenendo alto l'interesse per l'esplorazione e/o per il rapporto con il *caregiver*. Questo disinteresse deve essere correlato ad un calo ponderale e non deve essere causato da traumi o da condizioni mediche.

Solitamente l'Anoressia Nervosa insorge in fase adolescenziale (ma negli ultimi anni l'età d'insorgenza si sta abbassando), periodo di vita da molto considerato critico dove avvengono cambiamenti fisiologici nel corpo (come altezza, peso e fisico), metabolici e ormonali.

Questi cambiamenti portano ad una nuova concezione del proprio corpo.

Quando insorge prima dei 13 anni è definita Anoressia Nervosa ad esordio precoce (sono stati descritti casi a partire da 6/7 anni), in essa le caratteristiche sono sostanzialmente le stesse rispetto a quella ad insorgenza tipica ma manca la componente di alterazione della propria immagine corporea (Salerno, Catone, Maiorano, Mobilia, Riccio, Pisano, Franzese, Gritti, 2015).

“La patologia ha una prevalenza femminile circa 10 volte più degli uomini che hanno però un tasso di mortalità superiore” (Gueguen, Godart, Chambry et al., 2012). Spesso presenta comorbilità con depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, fobie specifiche, disturbo di panico e diversi disturbi di personalità (Baker et al., 2010; Godart et al., 2000; Ivarsson et al., 2000; Root et al., 2010; Striegel-Moore, Garvin, Dohm et al., 1999).

Circa il 20% dei soggetti con Anoressia Nervosa tentano il suicidio, di essi circa il 5% porta a termine (Franko e Keel, 2006). Inoltre, il rischio di morte rispetto ad individui sani con la stessa età e sesso è 5-10 volte maggiore.

A livello fisico si riferisce ipotensione, bradicardia, problemi renali e gastrointestinali, osteoporosi, aridità della cute, fragilità delle unghie, alterazioni ormonali, una leggera anemia ed alcuni hanno lamentato perdita di capelli e lanugo (fine peluria diffusa su tutto il corpo). Vi è anche una alterazione nei livelli degli elettroliti che a basse concentrazioni possono indurre stanchezza, debolezza, aritmie cardiache o morte improvvisa. Questo perché sono parte integrante del processo di trasmissione neurale.

L'AN comporta altresì una disregolazione endocrina che compromette la comunicazione con l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide, rispettivi surrenali e ovarico. “A ciò può corrispondere dunque la mancata mestruazione nelle giovani adulte per le quali è necessario almeno il 20,5% di massa grassa corporea per averle” (Ayton, 2019).

“Anche la massa ossea viene colpita dall'anoressia, avendo infatti per la maggior parte esordio in adolescenza, provoca il mancato picco di massa ossea che non potrà essere completamente raggiunto. Ciò è correlato in età adulta all'osteoporosi premenopausa” (Drabkin, Rothman et al., 2017; Pepe, Body, Hadji, McCloskey, Meier, Obermayer-Pietsch, Palermo, Tsourdi, Zillikens, Langdahl, Ferrari.; 2020).

In uno studio canadese (2021) svolto su 1883 bambini e adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa e Anoressia Nervosa atipica tra i 9 ed i 18 anni, è stata valutata l'influenza della pandemia da COVID-19 sulle diagnosi di AN.

Questo studio trasversale è stato condotto tra il 1° gennaio 2015 ed il 30 novembre 2020; ne è emerso che nel corso della prima ondata i casi mensili di AN sono aumentati di oltre il 60% ed i ricoveri quasi triplicati rispetto ai tassi pre-pandemia.

Questi risultati trovano conferma anche dai dati divulgati dal comunicato stampa del 13/03/2023 da parte dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. Riporta infatti che gli accessi per DCA al pronto soccorso sono passati da 463(2019-2020) a 911(2021-2022), i ricoveri invece da 362 a 565.

- **Bulimia Nervosa (BN):** composto da *bous* (bue) e *limós* (fame). Propriamente, fame da bue. Si caratterizza da episodi di abbuffate, ovvero episodi di sovralimentazione durante cui l'individuo ingerisce un'elevata quantità di cibo, superiore a quanto mangerebbe solitamente una persona senza disturbo a cui fanno seguito comportamenti compensatori (come vomito, digiuno o attività fisica eccessiva) per evitare l'aumentare di peso.

La BN ha esordio solitamente in tarda adolescenza-prima età adulta ed ha prevalenza femminile (circa il 90% dei casi), come per l'anoressia, anche in questo caso esordisce durante un periodo di profondi cambiamenti dove la propria immagine assume grande importanza.

Le abbuffate avvengono solitamente in seguito ad un'interazione negativa (o percepita come tale) ed avvengono generalmente in solitudine. Quando il soggetto arriva al limite di quel che può ingerire subentra un senso di disagio e disgusto che portano al comportamento compensatorio. Questi, infatti, danno una sensazione di sollievo; in alcuni casi possono diventare l'obiettivo principale dell'individuo che li metterà in atto anche in seguito ad una normale assunzione di cibo.

La diagnosi per BN del DSM-V richiede che gli episodi di abbuffate-comportamento compensatorio siano presenti almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

Vi sono dei livelli di gravità per la Bulimia Nervosa basati sul numero di comportamenti compensatori messi in atto settimanalmente; da 1 a 3 lieve, tra 4 e 7 moderata, da 8 a 13 grave ed oltre i 14 estrema.

Criteri diagnostici DSM-V:

- “Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata.”
- “Ripetute condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso.”
- “La forma ed il peso corporei sono estremamente importanti per l'autostima.”

Da menzionare anche il disturbo da Bulimia Nervosa a bassa frequenza e/o durata limitata in cui tutti i criteri sono soddisfatti ad eccezione di una più bassa frequenza e durata.

La BN presenta comorbidità con depressione, disturbi di personalità, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e disturbo della condotta.

Comporta inoltre conseguenze fisiche, tra cui ipopotassiemia, alterazioni dell'equilibrio elettrolitico e lesioni al tessuto di stomaco e gola.

Da uno studio su circa 1000 donne con BN è emerso che il tasso di mortalità è quasi il 4% (Crow et al, 2009).

I risultati di un sondaggio online, cui partecipanti sono stati 253 ex pazienti ricoverati presso l'ospedale tedesco Shoen Clinic Roseneck (di essi solo 55 completarono tutto lo studio) hanno messo in evidenza che nel periodo pandemico il 49% dei pazienti ha lamentato un peggioramento dei sintomi ed il 62% una minore qualità della vita. È emerso inoltre un aumento delle abbuffate (47%) e del vomito autoindotto (36%).

Il 46% ha riportato un'alterazione negativa della psicoterapia, dati supportati dal calo del 56% della terapia in presenza al fronte dell'utilizzo del 22% di quella telematica. (Schlegl, Meule, Favreau, Voderholzer;2020)

- Disturbo da *Binge Eating* (BED): caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate (una volta a settimana per almeno tre mesi), perdita di controllo durante le stesse accompagnata da una sensazione di disagio verso il proprio comportamento. Tali episodi avvengono in solitudine e rapidamente. Se tali episodi avvengono da una a tre volte a settimana il disturbo è definito lieve, da quattro a sette moderato, da otto a tredici grave e oltre le quattordici volte estremo.

La prevalenza è sulla fascia d'età adolescenziale con un picco tra i 16 ed i 17 anni.

Riprendendo lo studio di Al-Musharaf (2020) è possibile fare una correlazione tra l'*emotional eating* come strategia per far fronte ad emozioni negative ed il disturbo da *Binge Eating*; un adolescente che soffre per vari commenti o per le proprie idee legate a sé ed al proprio cambiamento durante la pubertà può trovare conforto nel cibo e questo può diventare un circolo vizioso che conduce al disturbo.

A differenza dei precedenti disturbi alimentari nel BED non vi è calo ponderale né comportamenti compensatori; la maggior parte delle volte, infatti, i pazienti con BED sono obesi (indice di massa corporea superiore a 30).

I criteri per diagnosticare un Disturbo da *Binge Eating* sono episodi ricorrenti di abbuffate associate ad almeno tre tra i seguenti aspetti:

- “Mangiare più rapidamente del solito.”
- “Mangiare fino al proprio limite.”
- “Mangiare molto pur senza fame.”
- “Mangiare in solitudine per evitare imbarazzo.”
- “Provare disagio dopo l'episodio.”
- “Non mettere in atto condotte compensatorie.”

Uno studio condotto sulla cartella clinica elettronica di 5,2 milioni di individui ha messo in evidenza che il numero di casi di BED negli anni 2017-18-19 non è variato molto, ma la sua incidenza diagnostica nel 2020 è aumentata al 15,3%, rispetto agli anni precedenti (Taquet, Geddes, Luciano, Harrison P;2021).

- Disturbo purgativo: si tratta di un ripetuto comportamento purgativo attuato con l'intento di modificare peso e forma del corpo (ad esempio vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di *Binge Eating*.
- *Night Eating Syndrome*: ricorrenti episodi di alimentazione notturna dove viene ingerito almeno il 25% dell'assunzione giornaliera di calorie. Gli episodi avvengono dopo il pasto serale e/o risvegli notturni con ingestione di cibo almeno due volte a settimana.

Per rispettare i criteri del DSM-V, i pazienti con NES devono anche sperimentare almeno tre delle cinque caratteristiche associate:

- “mancanza di desiderio di mangiare al mattino e/o colazione saltata quattro o più mattine a settimana.”
- “un forte bisogno di mangiare tra la cena ed il momento in cui si corica e/o durante la notte.”
- “insonnia all'inizio del sonno e/o al mantenimento del sonno almeno quattro notti a settimana.”
- “l'essere convinti di dover mangiare per dormire.”
- “umore depresso o in peggioramento la sera.”

“Questi sintomi devono essere in concomitanza ad un marcato disagio per un periodo di almeno tre mesi” (*American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; 2013; Allison, Lundgren, O'Reardon, Geliebter, Gluck, Vinai, et al., 2010). Tale comportamento non deve dipendere da influenze esterne, come cambiamenti nel ciclo veglia-sonno, o da norme sociali, inoltre causa disagio all'individuo. “Il disturbo non è meglio espresso da *Binge-Eating*, con cui presenta comorbilità tra il 18 e il 50%” (Napolitano, Head, Babyak, Blumenthal;2001; Colles, Dixon, O'brien;2007) o altri disturbi mentali né da condizioni mediche o effetti di farmaci. Importante che vi sia consapevolezza dell'episodio.

- *Vigoressia*: Disturbo caratterizzato da una attenzione ossessiva verso la propria forma fisica che si cerca di migliorare sempre più attraverso allenamenti intensivi e mirati.
- *Ortoressia*: attenzione spropositata alla qualità sana del cibo perseguita tramite una selezione rigida del cibo e delle modalità di preparazione.

“Le difficoltà alimentari sono tra le manifestazioni cliniche più frequenti nell'infanzia” (Koch, Andersson, Hvelplund, Skovgaard;2021).

In letteratura i disturbi alimentari vengono raccolti in due dimensioni generali che sono le manifestazioni comportamentali del bambino quando, nonostante la disponibilità di cibo non ingerisce una quantità di nutrimento adeguata all'età oppure ne ingerisce in modo eccessivo ed i possibili aspetti disadattivi della relazione *caregiver*-bambino, che tendono a manifestarsi in questi quadri clinici (Goday, Huh, Silverman, Lukens, Dodrill, Cohen, Delaney, Feuling, Noel, Gisel, et al;2019).

Con il passaggio dal DSM-IV al V i disturbi alimentari infantili sono stati inseriti nel disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo eliminando dunque il disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza.

I criteri per la diagnosi del disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sono:

- “Persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche associate ad un significativo calo ponderale (o all'incapacità di raggiungere il peso atteso o ad una crescita instabile nei bambini) e/o ad una carenza nutrizionale e/o alla dipendenza da integratori nutrizionali e/o una marcata interferenza psicosociale.”
- “Comportamento non meglio spiegato dalla mancata disponibilità di cibo o da pratiche culturali.”
- “Comportamento non attribuibile a condizione mediche o a decorso di AN o BN. Non evidenza di disturbi dell'esperienza del peso o della forma corporea.”

All'interno di questo disturbo figurano i quadri clinici che erano presenti anche nel DSM-IV-TR di Pica e disturbo di Ruminazione.

Con Pica si intende una persistente ingestione di sostanze non nutritive e alimentari (per almeno un mese). Ciò deve essere inappropriato per il livello di sviluppo del bambino e non deve fare parte di una pratica culturale. Non deve inoltre essere correlato ad altri disturbi mentali e deve essere volontario.

La Pica si manifesta principalmente in età infantile o adolescenziale sebbene talvolta anche in età adulta (spesso associata a disabilità intellettiva o altri disturbi).

Per disturbo di Ruminazione si intende il ripetuto rigurgito e ri-masticazione di cibo (per almeno un mese) che avviene dopo un periodo di comportamento normale.

L'individuo non sperimenta nausea o disgusto durante tali episodi.

Il disturbo non è dovuto ad una condizione medica (es. Reflusso esofageo) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di AN e BN.

È inoltre da fare attenzione se il disturbo è presente durante il decorso di ritardo mentale o disturbo generalizzato dello sviluppo in quanto risulterebbe abbastanza grave da essere clinicamente rilevante.

Importante sottolineare come dal passaggio dalla versione precedente all'attuale sia stato eliminato il vincolo temporale di persistenza (un mese) in quanto implicito di per sé.

Un'altra differenza importante rispetto ai disturbi alimentari è che non include l'immagine distorta del corpo o l'immagine corporea.

Inoltre, questo sistema di classificazione non considera esclusivamente l'infanzia e la fanciullezza ma anche altre età; il DSM-V specifica tre tipologie:

- “Individui che assumono quantità inadeguate di cibo e manifestano scarso interesse verso l'alimentazione.”
- “Individui che accettano solamente alcune tipologie di cibo a causa di avversioni sensoriali.”
- “Individui che rifiutano il cibo in seguito ad esperienze negative nella sfera alimentare.”

L'incidenza di problemi e disturbi dell'alimentazione nei bambini è aumentata durante la pandemia della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19).

Uno studio svolto tramite un questionario online che ha preso in esame 240 bambini con un'età media di 5,5 anni ed i loro genitori ha avuto come esiti l'esplicitazione di uno stress percepito maggiore sia del bambino che dei genitori stessi, un comportamento alimentare più difficile del bambino ed un comportamento più negativo tra i membri della famiglia.

Inoltre, è emerso minor supporto da parte delle strutture competenti (Krom, van Mameren, Remijn, de Nennie, Dumont, van der Gaag, van Leeuwen, Mulkens, Schakelaar, Kindermann; 2022).

Per molti bambini, il percorso di sviluppo presenta discontinuità temporanee (svezzamento, dentizione, inserimento di nuovi alimenti nell'alimentazione, inserimento del bambino in altri contesti e figure adulte o di pari, passaggi livelli scolastici) e la valutazione di possibili disturbi dell'alimentazione deve considerare tutte le variabili influenti in gioco così da poter differenziare comportamenti evolutivi (disagi momentanei) da comportamenti patologici.

“I disturbi alimentari sono spesso motivo di consultazione clinica, tra il 25% e il 40% dei genitori di bambini da 0 a 5 anni segnalano difficoltà alimentari “(Le Foll, Guedeney, 2023).

I pasti, in particolare, occupano un ruolo centrale nella prima infanzia. Infatti, la qualità dell'esperienza di essere nutriti e di mangiare influisce sul senso di sicurezza, sulla fiducia, sul vissuto interno, sul controllo, sull'autonomia e sull'iniziativa del bambino.

Questi sono fattori importanti da tenere presenti durante una diagnosi per disturbo alimentare in età evolutiva.

Se il *caregiver* risulta incapace di cogliere i segnali del bambino durante i pasti, questo può sviluppare un disturbo; ciò avviene anche quando il *caregiver* si pone in modo disfunzionale (ad esempio creando nel bambino ansia verso cibi solidi) nei confronti dell'individuo.

“Spesso però la conoscenza dei disturbi alimentari ad esordio precoce non coinvolge tutti gli specialisti che dovrebbero intervenire, come i pediatri. Questa mancanza rischia di minare l'individuazione della patologia” (Salerno, Catone, Maiorano, Mobilia, Riccio, Pisano, Franzese, Gritti, 2015).

“La difficoltà ad eseguire indagini epidemiologiche per i disturbi del comportamento alimentare nell'infanzia è dovuta a numerosi fattori, tra cui la mancanza di misure di rilevazione consolidate e la possibile sovrapposizione tra malattie pediatriche e disturbi del comportamento alimentare che rende difficile la diagnosi” (Lask, Bryant-Waugh, 1992).

Paragonando due studi, uno condotto da Ambrosi-Randic et al (Ambrosi-Randic, Pokrajac-Bulian, 2005) ed uno di Yueching Wong RD (Yueching Wong, Yu-Jhen Chang, Tsao, 2014) si rileva che circa il 10% della popolazione scolastica è a rischio di sviluppo di disturbo alimentare. “La stima sembra attendibile perché entrambi gli studi citati hanno utilizzato metodologie simili; entrambi hanno usato il ChEAT-26 che è un buon strumento di screening per le persone a rischio di disturbi alimentari” (Smolak, Levine, 1994).

L'identificazione precoce degli individui a rischio di disturbi alimentari è estremamente importante ai fini preventivi e terapeutici. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, i disturbi del comportamento alimentare costituiscono la seconda causa di morte per le ragazze nella fascia di età tra i 12 e i 25 anni.

È pertanto necessario conoscere gli strumenti diagnostici e di *screening*.

Bisogna inoltre considerare la registrazione di un abbassamento dell'età di insorgenza anche a 8/9 anni (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS; 2023).

3. Strumenti di valutazione

- DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*; Goodman; 2000): si tratta di uno strumento diagnostico (si poggia su ICD-10 e DSM-IV) utilizzabile nella fascia d'età 8-17 anni.

Viene somministrato ai ragazzi a partire dagli 11 anni e/o a genitori e/o insegnanti; inoltre, può essere sia in formato cartaceo che digitale.

Questo strumento è comprensivo di interviste, questionari e scale di valutazione per i disturbi psichiatrici nell'infanzia e nell'adolescenza (tra cui disturbi alimentari che, nonostante sia stata aggiunta in seguito al resto dello strumento, presenta buone proprietà psicometriche di base).

Al suo interno racchiude una parte strutturata, dove per ogni disturbo vi è presente una serie di domande di *screening* disposte ad albero decisionale (suddivise in domande dicotomiche si/no e scale likert) ed una semistrutturata in cui si trovano delle domande aperte riguardanti sintomi fisici, pensieri e comportamenti associati alla patologia.

La parte che indaga i disturbi alimentari comprende un totale di 53 domande di cui 42 chiuse e le restanti 11 aperte. In modo più specifico le aree prese in analisi sono: peso e altezza, disturbo dell'immagine corporea, paura di aumentare di peso, stato mestruale, comportamenti restrittivi, presenza e frequenza di abbuffate compulsive, consapevolezza verso la patologia, comportamenti compensatori ed impatto dei sintomi sul benessere fisico/sociale.

- K-SADS-PL (*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version*; Kaufman et al; 1997): si tratta di un'intervista diagnostica utilizzata per la valutazione della psicopatologia (sia presente che passata) in individui tra sei e undici anni.

Con l'ausilio di questo strumento è possibile fare una diagnosi di anoressia nervosa e bulimia nervosa. Si basa sui criteri del DSM-III-R e del DSM-IV ed è caratterizzata da una intervista introduttiva non strutturata, una intervista diagnostica di *screening*, una *check-list* per valutare l'eventuale somministrazione dei supplementi diagnostici (disturbo dell'umore, disturbi psicotici, disturbi d'ansia, disturbo da deficit d'attenzione e da comportamento dirompente e abuso di sostanze), una *check-list* della storia del paziente ed una scala per la valutazione del funzionamento del bambino al momento del test.

Questa intervista viene presentata ai bambini ed ai loro genitori, tenendo in considerazione le informazioni portate da altre fonti attendibili.

- CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire; Wardle et al; 2001): è uno strumento creato per popolazioni non cliniche tra i tre e gli undici anni. Si tratta di un questionario compilato dai genitori che indaga la variazione nel comportamento alimentare dei bambini.

Il CEBQ è suddiviso in otto scale atte ad indagare comportamenti specifici. Le prime scale sono sulla reattività alimentare (FR, *Food Responsiveness*) e sul godimento del cibo (EF, *Enjoyment of Food*) che indagano il mangiare come risposta ad agenti ambientali.

“Le risposte positive ed il tasso di alimentazione aumentano fortemente nei bambini in sovrappeso o obesi” (Carnell, Wardl, 2007; Wardle, Guthrie, Sanderson, Rapoport, 2001; Carnell, Wardle, 2008; Braet, Van Strien T, 1997).

La scala successiva indaga il desiderio di bere (DD, *Desire to Drink*) e riguarda il desiderio del bambino ad avere a portata una bibita, solitamente zuccherate. “Diversi sono gli studi che hanno dimostrato una correlazione tra bevande zuccherate ed obesità nei bambini” (Ludwig, Peterson, Gortmaker, 2001; Utter, Scragg, Schaaf, Fitzgerald, Wilson, 2007).

Di seguito avremo la scala relativa alla reattività alla sazietà (SR, *Satiety Responsiveness*) che riguarda la capacità del bambino a regolare il proprio appetito dopo mangiato. “Questa capacità diminuisce col passare degli anni, dunque, durante l’infanzia sarà più semplice osservare episodi di abbuffate e l’aumento di peso “(Carnell, Wardle, 2007; Carnell, Wardle, 2008; Cecil, Palmer, Wrieden, Murrie, Bolton-Smith, Watt, Wallis, 2005).

Successivamente vi è la scala relativa alla lentezza nel mangiare (SE, *Slowness in Eating*). “Una riduzione nel ritmo del mangiare può essere sintomo di uno scarso interesse verso il cibo “(Barkeling, Ekman, Rössner, 1992).

La pignoleria alimentare (FF, *Fussiness*) è caratteristica di un rifiuto verso alcuni cibi nuovi ed altri di familiari che portano ad una ristretta varietà di nutrienti.

Infine, vi sono le scale di sovralimentazione e sottoalimentazione emotiva (EOE, *Emotional OverEating* e EUE, *Emotional UnderEating*) come comportamenti alimentari di sovra o sottoalimentazione in risposte ad emozioni negative.

- ChEAT (*Children's Eating Attitudes Test*; Maloney, McGuire, Daniels, 1998): è un questionario autosomministrato non diagnostico che riporta il contenuto dell'*Eating Attitudes Test* (EAT; Garner, Garfinkel, 1979) in un linguaggio più comprensibile a bambini e adolescenti. L'età di somministrazione di tale strumento va dagli otto ai quindici anni ed impiega circa trentacinque minuti per essere completato.

Il questionario è composto da 26 item che vengono utilizzati per valutare quattro dimensioni: dieta (1,2,6,10,11,12,14,16,17,22,23,24), restrizione e comportamenti compensatori (2,7,9,10,17,22,23,24,26), preoccupazioni per il cibo (3,4,18,20,21) e controllo orale (8,13,15,20).

I punteggi dei vari item sono calcolati su una scala Likert a sei punti (“sempre” 3 punti, molto “spesso” 2 punti, “spesso” 1 punto, “qualche” volta 0 punti, “raramente” 0 punti, “mai” 0 punti); il punteggio finale, dunque, può variare da zero a 68 punti.

Nel caso in cui il conteggio superi i 20 punti viene considerato indicativo di attitudini disfunzionali verso il cibo e di un probabile disturbo alimentare per cui l'individuo dovrebbe essere intervistato da un professionista per verificare se soddisfa i criteri diagnostici per l'effettivo disturbo.

- EDI-3 (*Eating Disorders Inventory-3*; Garner et al, 1983 prima versione; 1993 seconda versione; Garner et al, 2004): è un questionario autosomministrato utile per una valutazione multidimensionale dei disturbi di Anoressia e Bulimia.

È uno strumento tramite cui è possibile prendere in considerazione gli aspetti psicologici dei singoli pazienti, cosa molto rilevante per l'impostazione poi di un trattamento adeguato.

Originariamente lo strumento era composto da 64 item (EDI), successivamente furono aggiunti 27 nuovi item per discriminare più correttamente pazienti bulimici da soggetti che presentano solamente alcuni sintomi o che presentano problemi alimentari di altro tipo. Inoltre, Garner, non riteneva lo strumento adeguato a distinguere i pazienti bulimici in sottogruppi caratterizzati da specifici criteri (gravità e tipologia di abbuffate e comportamenti compensatori) o ancora distinguere soggetti che han già ricevuto trattamento e chi mai. Lo strumento è stato poi nuovamente aggiornato nel 2004 (l'adattamento italiano è del 2008 a cura di Giannini, Pannocchia, Delle Grave, Muratori & Viglione).

Il questionario è composto dunque da 91 item calcolati su una scala Likert a 6 punti (da “mai” a “sempre”), suddivisi in 12 scale a loro volta raggruppate in due categorie principali.

La prima (rischio di disturbo alimentare) è composta da tre scale specifiche per DCA e fornisce informazioni su atteggiamenti e comportamenti riguardanti peso, forma del corpo e alimentazione. Le tre scale che la compongono sono: impulso alla magrezza (DT) che ricerca nel soggetto una eccessiva preoccupazione per il peso e la dieta, bulimia (B) che indaga la presenza di episodi di abbuffate e/o di pensieri correlati e insoddisfazione per il corpo (BD) che valuta il grado di soddisfazione circa il peso e la forma del corpo del soggetto.

La seconda dimensione è invece composta dalle restanti nove scale (psicologiche) che forniscono invece informazioni sulle caratteristiche psicologiche dei pazienti con DCA: bassa autostima (LSE), alienazione personale (PA), insicurezza interpersonale (II), Alienazione interpersonale (IA), Deficit interocettivi (ID), Disregolazione emotiva (ED), Perfezionismo (P), Ascetismo (A) e Paura della maturità (MF). In aggiunta lo strumento fornisce sei punteggi composti:

- Preoccupazioni per il mangiare (ECC): dato dalla somma dei punteggi-T di DT, B e BD.
- Inadeguatezza (IC): dato dalla somma dei punteggi-T di LSE E PA. Un alto punteggio in questa scala riflette un deficit sull'identità personale del soggetto.
- Problemi interpersonali (IPC): dato dalla somma dei punteggi-T II e IA. Un punteggio elevato indica una credenza individuale che le relazioni interpersonali sono di scarsa qualità.
- Problemi affettivi (APC): dato dalla somma dei punteggi-T di ID ed ED. Importante per la valutazione della terapia.
- Ipercontrollo (OC): dato dalla somma dei punteggi-T di P e A.
- Disadattamento psicologico globale (GPM): dato dalla somma dei punteggi-T di tutte e nove le scale psicologiche.

- EPCL (*Eating Problem Checklist*; Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda; versione validata 2018): è un questionario autosomministrato italiano utile a valutare i cambiamenti settimanali nei comportamenti e nella psicopatologia del disturbo dell'alimentazione in pazienti trattati con la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E).

Lo strumento può ritenersi utile in quanto i principali strumenti per la valutazione della terapia indagano i cambiamenti in 28 giorni (come l'EDE e l'EDE-Q).

L'EPCL è semplice da utilizzare e richiede poco tempo per essere compilato; il questionario permette a paziente e terapeuta di individuare eventuali cambiamenti significativi settimanalmente. I possibili cambiamenti in ogni item permettono di focalizzare il trattamento, ciò è estremamente importante in quanto diverse ricerche hanno rilevato che i “*sudden gains*”, ovvero i cambiamenti significativi, rapidi e stabili tra due sedute consecutive sembrano in relazione con un miglioramento della relazione terapeutica e con una diminuzione del sintomo; pare inoltre che siano correlati ad un miglioramento dell'esito alla conclusione del trattamento.

L'EPCL è dunque composto da 16 item suddivisi in due sezioni; la prima ne comprende 7 che valutano il numero di episodi legati al disturbo negli ultimi sette giorni che sono: abbuffate oggettive, abbuffate soggettive, vomito autoindotto, uso improprio di diuretici, uso improprio di lassativo, esercizio fisico eccessivo e frequenza della misurazione del peso.

La seconda sezione comprende i restanti undici item che valutano, tramite una scala Likert a 5 punti (0, “mai”; 4, “sempre”) la patologia negli ultimi sette giorni.

Questi sono: digiuno (otto o più ore) per controllare peso e forma, evitamento del cibo, riduzione delle porzioni, influenza emotiva sull'alimentazione, controllo dell'alimentazione (contare calorie, pesare ripetutamente il cibo), controllo della forma, evitamento dell'esposizione del corpo, preoccupazione per il peso, preoccupazione per la forma, idea di essere grassi, preoccupazione per il controllo dell'alimentazione. Dall'analisi fattoriale di questi ultimi item sono state ricavate le due sottoscale preoccupazione per l'immagine corporea e preoccupazione per l'alimentazione.

4. Conclusioni

Annalisa Venditti, psicologa esperta dei disturbi del comportamento alimentare presso il Gruppo INI-Istituto Neurotraumatologico Italiano, in un articolo pubblicato dall'Ansa.it Canale Salute e Benessere spiega che l'età d'esordio dei DCA "è tra i 15 e i 25 anni, anche se sono appunto in aumento i casi dagli 11/12 anni. Rifiuto del cibo o, al contrario, grandi abbuffate restano i problemi più frequenti, ma ad essere in aumento è anche la risposta maschile della vigoressia, ovvero l'ossessione di un fisico prestante. La causa? Un profondo disagio personale che trasforma la voglia di essere magri e 'belli' in una patologia, aggravata dall'utilizzo dei social, che facilitano confronti con modelli di bellezza irraggiungibili". L'uso, ed in alcuni casi l'abuso, dei social media ha un forte impatto ed una forte influenza sull'immagine corporea degli individui e sulla possibilità di sviluppare DCA. In particolar modo in individui in età adolescenziale/puberale il rischio aumenta per via della delicatezza del periodo; è il momento, infatti, in cui espongono di più il proprio corpo al giudizio degli altri non essendo ancora però stati in grado di comprendere ed accettare appieno i cambiamenti che sono avvenuti o che stanno avvenendo in loro.

"La Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA) ha stimato un incremento del 30% di nuovi casi e una crescita pari al 50% di richieste di prima visita per DCA dall'inizio della pandemia. L'esordio avviene prevalentemente nella fascia 15-19 anni, tuttavia la tendenza negli ultimi anni è quella di un abbassamento dell'età media" (Ferrara, Ruta, Destreberc, Terzoni, 2022). È dunque evidente come il largo impiego dei social, il bombardamento mediatico a cui si è sottoposti quotidianamente ed il periodo pandemico abbiano esacerbato il rischio di sviluppare un disturbo alimentare. Inoltre, l'età di insorgenza sempre più basso può portare agli individui maggiori problemi legati al disturbo stesso ed al proprio organismo. Nel caso in cui i primi sintomi si esprimessero prima dell'adolescenza potrebbero altresì aggravarsi proprio per via della maggiore esposizione al giudizio altrui, ad una mentalità in sviluppo che ancora non ha trovato una propria identità ed ai possibili cambiamenti corporei che possono avvenire in età adolescenziale.

"In Italia, vi sono 126 strutture dedicate alla cura dei disturbi alimentari (63 al Nord, 23 al Centro e 40 al Sud e nelle isole) di cui 112 pubbliche e 14 private accreditate". Questi dati sono stati resi disponibili dall'ultimo censimento del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto Superiore di Sanità, realizzato con il supporto del Ministero della Salute-CCM il 28 febbraio 2023.

È evidente che non sono sufficienti per poter dare un servizio efficiente ed in grado di coprire l'incidenza dei DCA. In aggiunta, Il Fatto Quotidiano riporta che “solamente tre su dieci offrono un servizio gratuito” e “solo il 48% dei centri rispondenti ha dichiarato di prendere in carico i minori fino a 14 anni” dichiara Il Sole 24ORE. Laura Dalla Regione, psichiatra e psicoterapeuta che da anni si occupa di disturbi alimentari, asserisce che “Il trattamento per il disturbo alimentare se intercettato precocemente senza altre patologie psichiatriche prevede come minimo 2 anni di terapia, e deve essere affiancato da un percorso psicologico che coinvolga anche la famiglia” per questo considero fondamentale migliorare l'efficienza e la rete assistenziale per i disturbi alimentari e dare maggiore importanza rispetto al presente ai sintomi, nonché ai disturbi, presenti in individui in età evolutiva. L'utilizzo e la conoscenza dei test diagnostici e di *screening* possono e devono essere una risorsa importante per poter riconoscere ed aiutare al meglio chiunque possa avere un disturbo alimentare. Ritengo inoltre importante effettuare degli interventi preventivi a partire dai genitori e dagli individui in età scolare circa l'utilizzo dei social e il rapporto con il proprio corpo così da dare alle famiglie una consapevolezza più ampia e quindi aumentare i fattori di protezione rispetto ai DCA.

Bibliografia

Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, Dimitropoulos G, Dominic A, Coelho JS.; 2021; Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*

Amerio A., Lugo A., Stival C., Fanucchi T., Gorini G., Pacifici R., Odone A., Serafini G., Gallus S.; 2021; *COVID-19 lockdown impact on mental health in a large representative sample of Italian adults*; Journal of Affective Disorders; volume 292 pg 398-404

Baenas I, Etxandi M, Fernández-Aranda, et al.; 2021; F. Impact of COVID-19 Lockdown in Eating Disorders: A Multicentre Collaborative International Study. *Nutrients*

Bonichini S.; 2017; *La valutazione psicologica dello sviluppo*; Carocci editore pp 466-475

Dalle Grave R., Sermattei S., Calugi, S.; 2019 *Proprietà psicometriche del questionario in lingua italiana Eating Problem Checklist somministrato ad un campione di soggetti con disturbo dell'alimentazione eating disorders* IJEDO

Dumitrașcu MC, Șandru F, Carsote M, Petca RC, Gheorghisan-Galateanu AA, Petca A, Valea A.; 2021; Anorexia nervosa: COVID-19 pandemic period (Review). *Exp Ther Med*.

Ferrara P., Ruta F., Destreberc A., Terzoni S.; 2022; *L'importanza dell'identificazione del rischio di sviluppare disturbi della condotta alimentare negli adolescenti in Italia in periodo pandemico*; Il Pensiero Scientifico Editore

Garner D.; 2004; Eating disorder inventory-3 (EDI-3) Professional Manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; *International Journal of Eating Disorders*

Gritti, A., & Salvati, T. (2016). Subject at Risk for Eating Disorders: Study of a Population of Children Aged between 8 and 13 Years. *Journal of Food and Nutritional Disorders*, 5(3).

Le Foll J., Guedeney A., 2023; Disturbi alimentari nei bambini piccoli (0-5 anni), *EMC - AKOS - Trattato di Medicina*, Volume 25, Issue 1 Pages 1-6

Jiotsa B, Naccache B, Duval M, Rocher B, Grall-Bronnec M.; 2021; Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *Int J Environ Res Public Health*.

Kaur J, Dang AB, Gan J, An Z, Krug I; 2022; Night Eating Syndrome in Patients With Obesity and Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *Front Psychol*

Koch SV, Andersson M, Hvelplund C, Skovgaard AM; 2021; Mental disorders in referred 0-3-year-old children: a population-based study of incidence, comorbidity and perinatal risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

Kring A.M., Johnson L.S., Davison G. & Neale J.; 2017; *Psicologia clinica*, Zanichelli pp 323-332

Krom H, van Mameren J, Remijn L, de Nennie K, Dumont E, van der Gaag E, van Leeuwen MCC, Mulkens S, Schakelaar C, Kindermann A.; 2022; Impact of COVID-19 Pandemic on Young Children With Feeding and Eating Problems and Disorders and Their Families. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.1;75(4):529-534

Lask B, Bryant-Waugh R; 1992; Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders; *J Child Psychol Psychiatry* 33:281-300

Lavery, M.E., Frum-Vassallo, D.; 2022; An Updated Review of Night Eating Syndrome: An Under-Represented Eating Disorder. *Curr Obes Rep* 11, 395–404

Miniati M, Marzetti F, Palagini L, Marazziti D, Orrù G, Conversano C, Gemignani A.; 2021; Eating Disorders Spectrum During the COVID Pandemic: A Systematic Review. *Front Psychol*.

Robertson M, Duffy F, Newman E, Prieto Bravo C, Ates HH, Sharpe H.; 2021; Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. *Appetite*.

Salerno F., Catone G., Maiorano A., Mobilia S., Riccio M., Pisano S., Franzese A., Gritti A., 2015; i disturbi alimentari in età evolutiva: approccio diagnostico e strategie operative di intervento in neuropsichiatria infantile. Studio osservazionale di una popolazione campana; *Giornale Italiano di Neuropsichiatria Infantile*

Schlegl S, Meule A, Favreau M, Voderholzer U.; 2020; Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of former inpatients. *Eur Eat Disord Rev*

Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C.; 2008; The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *Int J Behav Nutr Phys Act*.

Tambelli R.; 2017; *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*; il mulino pp136-140

Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ.; 2021; Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry*.

Sitografia

15 MARZO 2023; Disturbi alimentari, dopo il Covid un aumento del 40% e si ammalano bambini sempre più piccoli. “La pandemia ha fatto da detonatore”; *Il Fatto Quotidiano* consultato il: 13/06/2023

2019; Aumentano i disturbi alimentari tra giovani, età scende fino a 8-11 anni. Psicologa, 'cresce anche vigoressia. I social aggravano il problema, *Redazione Ansa, Ansa.it Salute & Benessere*. consultato il: 13/06/2023

21 luglio 2023; Anoressia, bulimia e binge eating, in cura in Italia oltre 3 milioni di persone; *il Sole 24ORE* consultato il: 31/07/2023

<https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/> consultato il: 14/08/2023

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS;2023; *comunicato stampa del 13 marzo 2023* consultato il: 09/08/2023