

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/275955533>

Fra più e meno: Epidemiologia dei disturbi alimentari psicogeni nei Paesi Occidentali [More and less: Epidemiology of eating disorders in Western Countries]

Chapter · January 2011

CITATION

1

READS

730

1 author:



[Daniele Castelli](#)

University of Bergamo

2 PUBLICATIONS 7 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Semantics and therapeutic relationship [View project](#)

FRA PIÙ E MENO: EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI ALIMENTARI PSICOGENI NEI PAESI OCCIDENTALI

Daniele Castelli¹

Introduzione

Uno degli aspetti che ha appassionato, sin dai suoi esordi, la ricerca nel campo dei disturbi alimentari è senza dubbio quello epidemiologico. Tale interesse è verosimilmente dovuto al fatto che questi disturbi sono comparsi in maniera piuttosto improvvisa, destando una certa curiosità mista a preoccupazione non solo nei contesti clinici e di ricerca, ma anche nell'opinione pubblica. L'interesse clinico per l'anoressia nervosa (AN) ha preso avvio fra gli anni Sessanta e Settanta, nel corso dei quali Mara Selvini Palazzoli (1963) e Hilde Bruch (1973, 1978) la descrivevano come una patologia rara, che colpiva le giovani donne di famiglie benestanti, appartenenti alle società occidentali industrializzate. Il riconoscimento della bulimia (BN) come sindrome clinica è invece di qualche anno più tardivo (Palmer, 2004); fu Russell (1979) a coniare il termine "bulimia", presentando tale disturbo come una variante dell'anoressia, nonostante alcuni contributi l'avessero già descritta in precedenza (cfr. Gordon, 2000). Soltanto un anno dopo, la bulimia compariva nel *DSM-III*² come una sindrome a sé stante (l'aggettivo "nervosa" fu aggiunto nel 1987, con la pubblicazione del *DSM-III-R*³) e la sua diffusione parve da subito repentina.⁴ Negli ultimi due decenni, una parte della letteratura scientifica sui disturbi alimentari si è dedicata al cosiddetto *binge eating disorder* (BED, o "sindrome da alimentazione incontrollata" in italiano), il quale però non compare fra i disturbi dell'alimentazione del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), bensì fra i "Criteri e assi utilizzabili per ulteriori studi"; esso è caratterizzato da "episodi ricorrenti di alimentazione impulsiva, associata con indicatori soggettivi e comportamentali di riduzione del controllo e di disagio significativo concernenti l'alimentazione impulsiva, e in assenza dell'uso regolare dei comportamenti compensatori inappropriati [...] caratteristici della Bulimia Nervosa" (American Psychiatric Association, 2001). Recentemente il BED è stato oggetto di un intenso dibattito scientifico, interessato soprattutto a definirne i criteri diagnostici, nella direzione di considerarlo un disturbo alimentare a sé stante⁵ (Walsh, 2003; Wilfley, Bishop, Wilson, & Agras, 2007; Wilson & Sysko, 2009; Wolfe, Baker, Smith, & Kelly-Weeder, 2009; Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009), come del resto già avvenuto in passato (Fairburn, Welch, & Hay, 1993; Spitzer et al., 1993); contestualmente, diversi lavori si sono interessati della sua diffusione fra la popolazione (cfr., ad esempio, Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2007; Striegel-Moore, 2000; Striegel-Moore & Franko, 2003).

¹ Dottorando di ricerca in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Bergamo.

² (American Psychiatric Association, 1980).

³ (American Psychiatric Association, 1987).

⁴ Scrive a proposito Gordon (2000, p. 70): "[...] the sudden ascendancy of bulimic syndromes seems nothing short of spectacular"; di fronte al vertiginoso aumento dei casi di BN diagnosticati a partire dal 1979 lo stesso Russell si è interrogato sulla possibilità che ciò dipendesse in parte da una sorta di "pubblicizzazione" del disturbo; Gordon (2000) ha altresì ipotizzato che la formulazione della nuova categoria diagnostica e l'interesse dei clinici per il nuovo disturbo abbiano contribuito a portare alla luce i casi di BN nascosti, a causa della vergogna che in genere i soggetti bulimici nutrono per i propri sintomi; tuttavia, sulla base di alcuni studi retrospettivi, l'autore esclude l'ipotesi che l'esplosione dei casi di BN sia in realtà una sorta di "illusione".

⁵ Il BED costituirà una voce nosografica a sé stante fra i *Feeding and Eating Disorders* previsti nella prossima versione del DSM (cfr. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=372>).

A partire dalla loro comparsa, molto è stato scritto riguardo ai disturbi alimentari (Strober, 1985) e non sono mancati i contributi che con una certa decisione hanno affermato il contrario di quanto condiviso da gran parte dell'opinione pubblica, oltre che da medici e ricercatori, ovvero che il trend di diffusione di disturbi sindromi fosse in costante crescita (Fombonne, 1995, 1996; Lucas, 1992; van't Hof, 1994; van't Hof & Nicolson, 1996; Williams & King, 1987). Lo scopo di questo breve contributo è quello di fornire un quadro sintetico della diffusione dei disturbi alimentari⁶ nei paesi occidentali, secondo quanto emerso da alcuni fra i più recenti e più significativi contributi scientifici che si sono occupati di questo ambito di ricerca.

Un'indagine caratterizzata da aspetti problematici

Passare in rassegna i diversi contributi che forniscono le stime di diffusione dei disturbi alimentari mi è parso in prima istanza un compito piuttosto semplice: si trattava di raccogliere una serie di numeri e di cercare di delineare un quadro epidemiologico generale. Del resto, il fatto che anoressia, bulimia e altri affanni alimentari siano un problema al centro dell'attenzione di medici, clinici, sociologi e via discorrendo, oltre che dei mezzi di comunicazione e dell'opinione pubblica, mi ha indotto a prevedere che avrei potuto disporre di dati incontrovertibili, raccolti mediante procedure standardizzate. Mi sbagliavo. Ben presto mi sono trovato a fare i conti con una serie di aspetti problematici che caratterizzano la ricerca epidemiologica sui disturbi alimentari e che non posso tralasciare di presentare sinteticamente.

In primo luogo, nonostante l'emergere dei disturbi dell'alimentazione sia stato repentino e il loro sviluppo, per lo meno per un certo numero di anni, crescente, tuttavia, essi rimangono disturbi piuttosto infrequenti e di conseguenza difficilmente rilevabili (poche ricerche dispongono di conseguenza di campioni tali da poter giungere a risultati che siano statisticamente significativi). I criteri di campionamento utilizzati nella pratica di ricerca dalle diverse indagini epidemiologiche differiscono notevolmente, rendendo i risultati difficilmente comparabili. Ad esempio, alcune ricerche si basano su un campione considerato rappresentativo della popolazione generale (Currin, Schmidt, Treasure, & Jick, 2005; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Shinkwin & Standen, 2001), altri prendono in considerazione una ristretta area geografica (Faravelli et al., 2006), altri ancora riguardano solamente una determinata fascia di età (Preti et al., 2009) o una porzione di popolazione considerata "a rischio"⁷ (Crowther, Arney, Luce, Dalton, & Leahey, 2008; Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, & Björkqvist, 2009; Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000).

C'è inoltre un aspetto più qualitativo, ma non certo trascurabile, che influenza la ricerca epidemiologica sui disturbi alimentari, ovvero la sintomatologia stessa di tali disturbi. I sintomi bulimici sono poco "visibili" e dunque anche difficilmente riscontrabili (Hoek & van Hoeken, 2003), mentre diverso è il caso dell'anoressia mentale, la cui espressione

⁶ Per "disturbi alimentari" intendo le sindromi cliniche previste dal DSM-IV-TR (APA, 2001), ovvero AN (307.1) e BN (307.51); ho scelto di considerare anche i contributi che si sono occupati del BED per quanto ho scritto poco sopra. Non sono invece compresi in questo contributo i dati relativi ai Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (EDNOS), poiché manca una definizione sistematica e condivisa di tale categoria diagnostica, puramente residuale; inoltre, allo stato attuale delle ricerche, non si dispone di una quantità sufficiente di dati per poterne tracciare un chiaro e condivisibile profilo epidemiologico (cfr. Hoek & van Hoeken, 2003; Striegel-Moore, Franko, & Ach, 2006); secondo alcune ricerche, com'è del resto facilmente immaginabile, la diagnosi di EDNOS è molto più diffusa rispetto a quella di AN e BN; ad esempio, secondo due indagini effettuate in Portogallo (Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, 2007) e Spagna (Rodríguez-Cano, Beato-Fernández, & Belmonte-Llario, 2005), la prevalenza di EDNOS fra soggetti adolescenti o giovani è risultata pari rispettivamente al 2,37% e al 2,88%.

⁷ Gran parte delle ricerche epidemiologiche sui disturbi alimentari prevede un campione limitato alle fasce più giovani della popolazione, in quanto l'insorgenza di tali disturbi è precoce (adolescenza o prima età adulta).

sintomatologica è evidente; tuttavia, il carattere ego-sintonico della sindrome contribuisce a renderla difficilmente rilevabile ed inoltre molto spesso i dati epidemiologici sono raccolti a partire da questionari auto-somministrati, oppure dai registri dei servizi di cura, ai quali difficilmente accedono le ragazze anoressiche. Il contesto di rilevazione dei dati costituisce un altro punto controverso della ricerca in campo epidemiologico: alcune ricerche, come già accennato, si affidano ai registri dei servizi sanitari (Currin et al., 2005), mentre altre estrapolano i dati da indagini nazionali condotte su vasti campioni o su campioni specifici (Keski-Rahkonen et al., 2007). Anche gli strumenti utilizzati per operare le diagnosi sono molto differenti; alcune ricerche si basano su diagnosi formulate dai medici, altre utilizzano interviste semi-strutturate o strutturate (Hudson et al., 2007; Preti et al., 2009), che in alcuni casi sono condotte telefonicamente o prevedono l'ausilio di un computer, mentre altre, come già accennato, ricorrono a questionari self-report, poco affidabili in campo diagnostico ed epidemiologico.⁸

Tutti questi aspetti rendono difficile (impossibile?) giungere a risultati condivisibili. Per rendere più affidabili i dati, ho stabilito criteri di selezione dei contributi piuttosto restrittivi, come per altro hanno fatto altri autori. Naturalmente questa scelta ha implicato una riduzione dei dati su cui si basa la rassegna, in quanto molti studi non sono stati considerati.

Anoressia, bulimia e binge eating disorder: patologie sempre più diffuse?

Con gli aspetti controversi della ricerca epidemiologica sui disturbi alimentari che ho menzionato si sono dovuti confrontare gli autori delle più recenti e più citate rassegne che se ne sono occupate (Hoek & van Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen, Raevuori, & Hoek, 2008; Striegel-Moore et al., 2006). Per cercare di fornire un quadro relativamente coerente e affidabile in merito alla prevalenza e all'incidenza dei disturbi alimentari, questi autori hanno operato alcune scelte metodologiche ben precise. Hoek e van Hoeken (2003) hanno scelto di dare rilevanza soltanto ai contributi che hanno adottato *two-stage surveys*, ovvero indagini che adottano una procedura di rilevazione a due stadi, che nella maggior parte dei casi prevede prima la somministrazione di un questionario standardizzato oppure *ad hoc*, seguito da un colloquio o da un'intervista semi-strutturata (nella rassegna, dunque, non compaiono le ricerche epidemiologiche fondate esclusivamente su questionari self-report). Inoltre, nella loro rassegna non compaiono i dati relativi agli EDNOS, ovvero i "Disturbi alimentari non altrimenti specificati"; sono quindi escluse le forme subcliniche o parziali dei disturbi. Anche Striegel-Moore et al. (2006) hanno scelto di escludere le ricerche epidemiologiche fondate unicamente su strumenti self-report, pur comprendendo i contributi che hanno adottato un campione non rappresentativo della popolazione generale, criterio, quest'ultimo, applicato invece da Keski-Rahkonen et al. (2008).

Attraverso le tre rassegne citate è possibile ricostruire un quadro generale dei risultati raccolti dagli studi epidemiologici effettuati dal 1970 al 2006 (vedi Tabella 1). I dati sono caratterizzati da una notevole variabilità, riconducibile presumibilmente alla diversità dei campioni, degli strumenti utilizzati e delle aree geografiche, oltre che ai differenti anni in cui sono state effettuate le ricerche.⁹ Ad uno sguardo generale, i risultati raccolti in Tabella 1 confermano che AN e BN siano un problema prettamente femminile: la prevalenza puntuale di AN fra i giovani maschi non supera lo 0.16% e lo stesso vale per la BN; nel corso della vita, AN e BN colpisce rispettivamente lo 0-0.3% e lo 0.5% dei maschi (i dati di prevalenza relativi alla popolazione maschile di cui disponiamo sono comunque scarsi, in quanto molte ricerche non prendono nemmeno in considerazione i soggetti maschi); nelle giovani donne,

⁸ Fairburn e Beglin (1990), ad esempio, hanno osservato la tendenza dei questionari self-report a diagnosticare come affetti da disturbi alimentari un certo numero di soggetti sani (falsi positivi).

⁹ Quest'ultima osservazione si riferisce principalmente alla rassegna di Hoek, van Hoeken, e Katzman (2003).

invece, la prevalenza puntuale di AN è compresa fra lo 0% e l'1.5%, mentre la diffusione di BN è compresa fra lo 0% e il 3%; nel corso della vita la prevalenza nelle giovani donne di AN e BN è compresa rispettivamente fra lo 0.6% e il 4.0% e fra lo 0.37% e il 5.9%. I due limiti superiori relativi alla prevalenza nel corso della vita di AN e BN sono estratti dalla rassegna di Striegel-Moore et al. (2006) ed indicano una diffusione di tali disturbi di gran

Tabella 1

Epidemiologia dei disturbi alimentari nei paesi occidentali secondo Hoek e van Hoeken (2003), Striegel-Moore et al. (2006) e Keski-Rahkonen et al. (2008).

Rassegna	Prevalenza ^a (%)						Incidenza ^b (n/100,000)		
	AN		BN		BED		AN	BN	BED
	<i>Point</i>	<i>Lifetime</i>	<i>Point</i>	<i>Lifetime</i>	<i>Point</i>	<i>Lifetime</i>			
Hoek e van Hoeken (2003) ^c	F 0-0.8		F 0-4.2	F 1.1 ^e	>1.0 ^f		0.42-12.0	12-13.5	n.d.
	F 0.3 ^d		F 1.0 ^e	M 0.1 ^e			M <1.0	M 0.8	
Striegel-Moore et al. (2006)	F 0-1.5	F 0.6-4.0	F 0.41-3.0	F 0.37-5.9	0.4-0.77	0.6-2.7	n.d.	n.d.	n.d.
	M 0-0.16	M 0	M 0.16	M n.d.					
Keski-Rahkonen et al. (2008)	F 0.39	F 0.9-2.2	F 0.3-1.7	F 1.5-2		F 3.5	F 4.7-270	6.1-6.6	n.d.
	M 0.11	M 0.2-0.3	M n.d.	M 0.5		M 2.0			

Nota. ^aLa prevalenza misura il numero di casi rilevati al momento dell'indagine (*point prevalence*), oppure nel corso della vita (*lifetime prevalence*).

^bL'incidenza indica il numero di nuovi casi rilevati in uno specifico intervallo di tempo (generalmente, un anno) su un totale di 100,000 individui.

^cI contributi compresi in questa rassegna, e pubblicati fra il 1970 e il 2003, presentano dati sulla diffusione dei disturbi alimentari a partire dagli anni Trenta; sono però qui riportate le stime epidemiologiche rilevate a partire dagli anni Settanta.

^dValore medio

^ePrevalenza aggregata, sulla base delle ricerche pubblicate fra il 1990 e il 2000.

^fValore approssimativo, sulla base di pochi contributi, non comparabili, come sottolineato dagli stessi autori.

lunga superiore a quella proposta dalla rassegna di Keski-Rahkonen et al. (2008), di soli due anni più recente; una stima così alta è attribuibile ad una definizione molto ampia¹⁰ di AN e BN utilizzata nella ricerca in questione (von Ranson, McGue, & Iacono, 2003); a questo si aggiunge che il 5.9% di BN si riferisce ad un campione (madri di gemelle) la cui età media è di 44.2 anni, molto più alta rispetto a quella delle altre ricerche; questo fattore può aver avuto un'influenza sul valore riportato, in quanto l'insorgenza di questo disturbo è più tardiva rispetto a quella dell'AN (vedi oltre). Il 4.0% di AN rilevato dalla medesima ricerca si riferisce invece ad un campione gemellare di età media pari a 17.5 anni; una stima così elevata dipende verosimilmente dall'inclusione di soggetti con *non full-AN*, oppure dal particolare tipo di popolazione, ovvero quella gemellare, a cui il dato si riferisce.¹¹

Ad un campione gemellare (finlandese, di età compresa fra i 15 e i 19 anni) si riferisce anche un altro risultato riportato in Tabella 1, e in questo caso la differenza rispetto alle altre stime è a dir poco sbalorditiva: si tratta del valore di incidenza di AN pari a 270/100,000 riportato da Keski-Rahkonen et al. (2008), a partire dai risultati di Keski-Rahkonen et al. (2007). Come rendere ragione di un tale risultato? Naturalmente, il fattore principale che spiega una così alta incidenza è certamente la fascia di età del campione stesso: l'AN, com'è certamente a tutti noto, insorge primariamente in giovane o giovanissima età, come dimostrano altre ricerche presentano alte stime di incidenza dei disturbi alimentari fra soggetti della medesima fascia d'età. È il caso ad esempio della ricerca di van Son, van Hoeken, Bartelds, van Furth, e Hoek (2006), secondo la quale, durante il quinquennio 1995-1999, la prevalenza dell'AN fra le femmine di età compresa fra i 15 e i 19 anni è risultata pari a 109.2/100,000.¹² Questo dato, seppur elevato, è comunque di molto inferiore a quello rilevato da Keski-Rahkonen et al. (2007), il quale necessita dunque di un approfondimento. Secondo gli autori stessi, è possibile che tale valore sia sovrastimato, oppure che effettivamente in Finlandia vi sia una maggiore incidenza di AN rispetto al resto d'Europa, o ancora che il risultato sia influenzato da un effetto coorte di nascita, o che l'AN sia più diffusa fra le gemelle, o infine che nelle altre ricerche l'incidenza della patologia sia stata sottostimata. In assenza di altri studi che possano meglio chiarire la questione, l'ipotesi che pare convincere maggiormente gli autori della ricerca è proprio quest'ultima, alla luce del fatto che diverse altre indagini sull'incidenza dei disturbi alimentari (compresa quella di van Son et al., 2006) sono state condotte a partire dai registri medici, con la conseguenza che i molti casi di AN che non si rivolgono a un servizio medico non vengono rilevati.¹³

La già citata ricerca di van Son et al. (2006) fornisce anche i dati di incidenza dell'AN nella popolazione femminile generale olandese, che nel quinquennio 1995-1999 è risultata di 7.7/100,000, un valore compreso fra i due estremi proposti da Hoek e van Hoeken (2003).

Secondo i pochi dati disponibili, la prevalenza nel corso della vita del BED è compresa fra lo 0.7% e il 2.7% nella popolazione generale; la ricerca di Hudson et al. (2007) citata in Keski-Rahkonen et al. (2008) ha rilevato una prevalenza nel corso della vita pari al 2.8%, con una maggiore diffusione nella popolazione femminile (3.5%) rispetto a quella maschile

¹⁰ Sono infatti inclusi anche i soggetti la cui diagnosi di AN e BN ad una versione modificata della SCID (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1987) è risultata "probabile" e "possibile", senza distinzione rispetto alle diagnosi "*full-AN*" e "*full-BN*".

¹¹ Poiché le ricerche riguardanti i disturbi alimentari in campioni gemellari sono quasi inesistenti, aggiungo qui i dati di un'indagine effettuata su un campione di 1002 gemelle australiane (Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, & Fairburn, 2006); secondo questa ricerca, che certamente non si distingue per il rigore metodologico (le stime sono state raccolte a partire da una somministrazione telefonica della quattordicesima edizione dell'Eating Disorder Examination; EDE; cfr. Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Cooper, 1993), la prevalenza nel corso della vita di AN è pari all'1.9%, mentre quella della BN è del 2,9%.

¹² Tale valore di incidenza si riferisce al periodo fra il 1995 il 1999; fra il 1985 e il 1989 l'incidenza di AN fra le gemelle della medesima fascia di età è stato di 56.4/100,000.

¹³ Secondo la medesima ricerca, solo il 53% dei casi di AN è stato rilevato dai servizi medico-sanitari.

(2,8%): Gli unici dati sulla prevalenza puntuale del BED sono compresi fra lo 0.4% e lo 0.77%.

A questi risultati si aggiungono quelli di alcuni lavori più recenti, che risultano congruenti con quelli raccolti dalle tre rassegne. Ad un campione gemellare maschile di età compresa fra i 10 e i 24.9 anni è dedicata la ricerca di Raevuori et al. (2009); i risultati mostrano una prevalenza nel corso della vita di AN dello 0.24% (95% CI [0.03, 0.44]) ed un'incidenza pari a 15.7/100,000 (95% CI [6.6, 36.8]). In un'indagine effettuata sullo stesso campione della ricerca di Keski-Rahkonen et al. (2007), la prevalenza nel corso della vita della BN è risultata pari al 2.3% (Keski-Rahkonen et al., 2009). In una ricerca effettuata in sei paesi europei,¹⁴ Preti et al. (2009) hanno rilevato una prevalenza generale nel corso della vita dello 0.48%, 0.51% e 1.12% rispettivamente per AN, BN e BED. In questo caso, tuttavia, come osservano gli stessi autori, i valori stimati sono da considerarsi sottostimati rispetto a quelli riscontrabili nella popolazione generale, in quanto il campione della ricerca non comprende soggetti di età inferiore ai diciotto anni, fascia di età entro la quale i disturbi alimentari sono tutt'altro che assenti, come ha ad esempio dimostrato una recente ricerca di Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, e Björkqvist (2009), nella quale, attraverso un'indagine a due stadi e un follow-up a tre anni di distanza¹⁵ su 595 adolescenti di un'area della Finlandia occidentale, è stata riscontrata una prevalenza nel corso della vita dell'1.8% (95% CI [0.7, 4.2]) per l'AN nelle adolescenti femmine (età media=15.4, *DS* = 0.3); non è stato invece riscontrato nessun caso di BN fra le adolescenti, così come nessun adolescente maschio ha ricevuto una diagnosi di AN o BN. A tre anni di distanza (età media = 18.4, *DS* = 0.3) la prevalenza nel corso della vita ha raggiunto il valore di 2.6% (95% CI [1.1, 5.7]) per l'AN e di 0.4% (95% CI [0.0, 2.7]) per la BN. Nessuna diagnosi di AN o BN secondo i criteri del *DSM-IV* è stata invece formulata per soggetti di sesso maschile. Secondo questi dati, dunque, l'insorgenza dell'AN è più precoce e interessa maggiormente le ragazze adolescenti rispetto alla BN, la cui insorgenza pare invece più tardiva.

A risultati concordanti conduce il lavoro di Hoek e van Hoeken (2003), secondo i quali l'incidenza dell'AN è maggiore fra le giovani donne tra i 15 e i 19 anni, mentre per la BN l'età più a rischio è quella fra i 20 e i 24 anni; anche Keski-Rahkonen et al. (2008), nella loro rassegna, osservano che la prevalenza di AN nelle fasce più giovani della popolazione è maggiore rispetto a quella della BN, la quale, dunque, insorge in media qualche anno più tardi. I dati raccolti dalla già citata ricerca di Keski-Rahkonen et al. (2009) mostrano invece un picco di incidenza della BN (300/100,000) nella fascia di età fra i 16 e i 20 anni, mentre se si considera una fascia di età più ampia (10-24 anni) l'incidenza è di 150/100,000.

Una rassegna (Striegel-Moore & Franko, 2003), oltre a quelle già citate, si è occupata nello specifico della diffusione del BED; essa mette soprattutto in rilievo le carenze metodologiche delle ricerche epidemiologiche fino ad allora effettuate, in particolare per quanto riguarda la limitatezza dei campioni e l'assenza di criteri diagnostici condivisi. Ciononostante, le autrici tracciano alcune conclusioni preliminari, secondo le quali il BED sembra essere più equamente distribuito fra i sessi rispetto agli altri disturbi alimentari e più diffuso della BN. Quest'ultimo risultato concorda con quanto è stato riscontrato in Hoek e van Hoeken (2003).

Alcuni contributi hanno cercato di delineare un quadro generale dell'andamento della diffusione dei disturbi alimentari nel corso del tempo. Secondo Hoek e van Hoeken (2003) e Hoek (2006), a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso l'incidenza dell'anoressia mentale è progressivamente aumentata, soprattutto per le giovani donne di età compresa fra i 15 e i 24 anni e anche per la popolazione femminile fra i 10 e i 14 anni, mentre è rimasta relativamente stabile per le donne oltre i 25 anni. Secondo i dati provenienti da alcune

¹⁴ Belgio, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi e Spagna.

¹⁵ La prima fase della ricerca è stata effettuata nel 2004-2005, il follow-up nel 2007-2008.

ricerche effettuate nel Nord Europa, sembra che dal 1980 in poi il trend di crescita si sia progressivamente arrestato e dunque l'incidenza dell'anoressia si sia stabilizzata. Con tali risultati concordano anche Keski-Rahkonen et al. (2008): confrontando i dati raccolti da quattro ricerche pubblicate fra il 2004 e il 2006, l'incidenza dell'AN nella popolazione generale risulta relativamente stabile durante gli anni Novanta, sebbene sia aumentata fra le adolescenti.

Lo stesso corso, ma posposto di una decade, sembra aver interessato la diffusione della BN, a partire dalla sua inclusione nel *DSM-III*. Hoek e van Hoeken (2003) hanno evidenziato una notevole crescita dell'incidenza della bulimia dal 1980 ai primi anni Novanta. Naturalmente, non è possibile escludere che l'esplosione della diffusione della BN sia legata al fatto che tale sindrome sia stata definita un disturbo a sé stante solo a partire dal 1980; prima di allora le ricerche epidemiologiche sono quasi inesistenti (Theander, 2002). Inoltre, come hanno sottolineato ad esempio Keel e Klump (2003), i dati epidemiologici sono stati influenzati dalla modifica dei criteri diagnostici, che dal *DSM-III* al *DSM-III-R* sono diventati più restrittivi.¹⁶

Altre ricerche sembrano concordare sul fatto che anche la diffusione della BN si sia arrestata o addirittura abbia subito un'inversione di tendenza, dopo la fase di forte crescita. Secondo i risultati di tre ricerche incluse nella loro rassegna, Keski-Rahkonen et al. (2008) affermano che l'incidenza della BN è aumentata fino alla prima metà degli anni Novanta, a partire dai quali il trend si è poi stabilizzato o addirittura invertito.

In sintesi, secondo i dati raccolti, AN e BN si confermano disturbi che interessano prevalentemente la popolazione femminile, con una prevalenza nel corso della vita compresa fra lo 0.5% e il 2.6% (AN) e fra lo 0.37% e il 4.6% (BN); attualmente, la diffusione di queste due patologie non sembra essere in aumento. I pochi dati a disposizione sul BED indicano una prevalenza nel corso della vita del 3.5% fra le donne e del 2% fra gli uomini.

Obesità: un'epidemia sociale

L'obesità è considerata primariamente una condizione medica ad etiogenesi multifattoriale, influenzata da fattori genetici, biografici (età, sesso, etnia), biologici, socioeconomici (l'abbondanza di cibo ne è la preconditione essenziale) e psicologici. Nonostante diversi contributi abbiano messo in luce l'influenza di stili e abitudini di vita, nonché di variabili psicologiche sulla genesi, sul mantenimento e sul trattamento di tale condizione, la letteratura vi dedica uno scarso interesse (Davin & Taylor, 2009), a vantaggio degli aspetti più prettamente genetici e biologici ad essa connessi. È però a tutti evidente il clima di allarme sociale conseguente al notevole aumento, soprattutto in alcuni Stati, del numero dei soggetti obesi; accanto alle campagne contro l'anoressia ne nascono altrettante, se non più numerose, contro l'obesità e i suoi pericoli per la salute di uomini, donne e bambini e i contributi dedicati alla stima della diffusione dell'obesità sono più numerosi e frequenti rispetto a quelli relativi agli altri disturbi alimentari. Effettuare una diagnosi di obesità è d'altra parte una procedura più immediata, in quanto l'unico criterio attualmente definito per la determinazione di tale condizione è rappresentato da un BMI¹⁷ maggiore di 30;¹⁸ ciò rende inoltre possibile l'utilizzo di campioni numerosi e in taluni casi rappresentativi dell'intera

¹⁶ Rispetto alla precedente edizione, oltre a definire i comportamenti compensatori di eliminazione del cibo, il *DSM-III-R* introduce due importanti novità: le abbuffate devono verificarsi almeno due volte a settimana nell'arco di almeno tre mesi e il soggetto deve provare un vissuto di preoccupazione morbosa rispetto al peso e alla forma del proprio corpo.

¹⁷ Il BMI (Body Mass Index) è il rapporto fra il peso e il quadrato dell'altezza di un soggetto (kg/m^2).

¹⁸ Tale criterio è stabilito dalla *World Health Organization* (2000), la cui classificazione prevede lo stato di sottopeso ($\text{BMI} < 18.5$), normopeso ($18.5 < \text{BMI} < 25$), sovrappeso ($25 \leq \text{BMI} < 30$) e obesità ($\text{BMI} \geq 30$).

popolazione. Naturalmente, questo non equivale ad affermare che la ricerca epidemiologica sull'obesità sia esente da aspetti problematici, primo fra tutti il fatto che la maggior parte delle indagini non adotta procedure di misurazione di peso e altezza eseguite o controllate da uno sperimentatore, ma si basano sui dati raccolti a partire da questionari auto-somministrati, che spesso producono risultati non corrispondenti alla realtà (nei questionari self-report, i soggetti tendono a sovrastimare l'altezza e a sottostimare il peso; cfr., ad es., Goodman, Hinden, & Khandelwal, 2000; Gorber, Tremblay, Moher, & Gorber, 2007; Griebeler, Levis, Beringer, Chacra, & Gómez-Marín, 2011; Merrill & Richardson, 2009).

Va sottolineato che l'obesità non compare fra i disturbi alimentari previsti dal *DSM-IV* e non comparirà nemmeno nella sua prossima versione,¹⁹ nonostante tale ipotesi sia stata presa in considerazione (cfr. ad es. Devlin, 2007; Marcus & Wildes, 2009; Volkow & O'Brien, 2007). La già citata multifattorialità della sua genesi non consente di definire un nucleo "psicogeno" della condizione di obesità; inoltre il "sintomo obesità" è talvolta presente in altri disturbi alimentari, quali il BED e la NES (de Zwaan, 2001; Hudson et al., 2007; O'Reardon, Peshek, & Allison, 2005; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998; Wonderlich et al., 2009). Perché, dunque, proporre alcune stime epidemiologiche dell'obesità in questo contributo? Il primo motivo risiede nel fatto che una parte della letteratura psicologica sui disturbi alimentari, a partire da Hilde Bruch (1973) fino a contributi più recenti (cfr., ad es., Guidano, 1987; Ugazio, 1998/in press), ha incluso fra questi l'obesità.²⁰ Inoltre, è l'aspetto sintomatico stesso dell'obesità che rende interessante confrontare la sua diffusione rispetto agli altri disturbi alimentari, ed in particolare rispetto a quella dell'anoressia, in quanto ne rappresenta l'opposto polare. Questa osservazione si traduce in una domanda, a mio avviso tanto interessante quanto immediata, anche alla luce della storia dell'anoressia nervosa, la cui diffusione è iniziata nella seconda metà del secolo scorso: nell'era in cui nelle società occidentali sembra imperare il "culto della magrezza", di cui l'anoressia rappresenta il sintomo-paradosso, quanto è diffuso il suo opposto polare? E quali traiettorie caratterizzano il suo trend di sviluppo?

Per rispondere a questi interrogativi farò riferimento principalmente al database dell'Organizzazione Mondiale della Sanità,²¹ che raccoglie i risultati di numerose ricerche, pubblicate a partire dagli anni Sessanta. I dati di seguito riportati (Tabella 2) sono tratti da alcune fra le più recenti indagini condotte sulla popolazione generale di Stati Uniti, Canada ed Europa centro-occidentale. Essi sono caratterizzati da una notevole eterogeneità, a partire dall'anno di riferimento delle varie ricerche (dal 1997 al 2009) e dall'intervallo di età dei soggetti del campione (alcune indagini prevedono l'utilizzo di un campione con soggetti maggiorenni, altre includono soggetti minorenni, in alcuni casi l'età massima è di 64 anni, mentre in altre è di 100 anni); a ciò si aggiunge l'eterogeneità nei metodi di indagine impiegati: alcune ricerche hanno previsto la misurazione diretta di peso e altezza dei soggetti, altre un questionario somministrato da ricercatori addestrati, mentre la maggior parte di esse hanno previsto l'uso di questionari self-report, dei quali ho già evidenziato gli aspetti problematici; e ancora, molti risultati non sono standardizzati per età. Naturalmente, questa varietà di metodi e strumenti influisce prima di tutto sull'affidabilità di alcuni risultati e in secondo luogo

¹⁹ Cfr. American Psychiatric Association. (n.d.). Feeding and Eating Disorders. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/FeedingandEatingDisorders.aspx>

²⁰ Cfr. anche Castiglioni, Contino, e Golzio (2003); Castiglioni, Faccio, Poiana Mosolo, e Veronese (2010); Castiglioni e Veronese (2008); Faccio, Castiglioni, e Belloni (2010); Ugazio, Negri, e Fellin (2011).

²¹ Cfr. World Health Organization (n.d.)

Tabella 2

Diffusione dell'obesità nei Paesi Occidentali (cfr. World Health Organization, n.d.)

Paese	Anno	Età soggetti	Prevalenza (%)			Strumento ¹
			Maschi	Femmine	Totale	
Austria	2008	18-65	13.0	9.0	11.0	1
Belgio	2004	15-100	11.9	13.4	12.7	1
Canada	2004	18-100	22.9	23.2	23.1	2,3
Danimarca	2006	16-100	11.8	11.0	11.4	1
Finlandia	2008	15-64	15.4	16.0	15.7	1
Francia	2006	15-100	11.8	13.0	12.4	1
Germania	2003	18-100	13.6	12.3	12.9	2
Grecia	2003	20-69	26.0	18.2	22.5	2
Irlanda	2002	18-100	14.0	12.0	13.0	1
Islanda	2002	15-80	12.4	12.3	12.4	1
Italia	2005	18-100	10.5	9.1	9.8	2
Lussemburgo	1997	15-100	n.d.	n.d.	9.0	2
Malta	2007	18-100	22.2	19.3	20.7	1
Paesi Bassi	1997	15-100	n.d.	n.d.	10.0	3
	2001	15-100	7.2	9.5	n.d.	2
Norvegia	2008-2009	16-100	11.0	8.0	10.0	1
Portogallo	2003-2005	18-64	15.0	13.4	14.2	2,3
Spagna	2007	18-100	15.7	15.4	15.6	1
Svezia	2009	16-84	13.0	12.0	12.0	1
Svizzera	2007	1-100	8.7	7.8	8.2	1
Regno Unito	2002	15-84	22.3	23.0	22.7	2,3
Stati Uniti	2006	20-100	32.2	35.5	33.8	2,3

Nota. ¹ 1 = questionario auto-somministrato; 2 = questionario somministrato da un ricercatore addestrato; 3 = misurazione diretta di peso e altezza

sulla possibilità di operare un comparazione fra di essi. Anche nel caso dell'obesità, non è dunque purtroppo possibile giungere alla definizione di un quadro preciso della sua diffusione nei paesi occidentali; tuttavia i risultati di queste ricerche possono fornire alcune, sommarie, indicazioni a riguardo.

Secondo i dati raccolti nella Tabella 2, il Paese con il maggior numero di soggetti obesi sono gli Stati Uniti d'America, con una prevalenza (33.8%) di gran lunga superiore a quella di tutti gli altri Stati presi in considerazione; anche Canada, Regno Unito, Grecia e Malta presentano una percentuale molto più elevata (rispettivamente, 23.1%, 22.7%, 22.5% e 20.7%) di quella rilevata negli altri Paesi, fra cui soltanto tre (Svizzera, Lussemburgo e Italia) presentano una percentuale di obesi al di sotto dei dieci punti; nei restanti Paesi europei la percentuale di obesi è compresa fra il 10% e il 16.9%. I dati non forniscono una risposta univoca in merito alla distribuzione dell'obesità fra i sessi, anche se in tredici dei ventuno Paesi considerati la percentuale di uomini obesi supera quella delle donne.

Confrontando questi risultati con quelli di alcune indagini effettuate precedentemente nei medesimi Paesi (cfr. WHO, n.d.), emerge un'indicazione piuttosto chiara del trend di diffusione dell'obesità, che risulta in generale in costante crescita. Ad esempio, nel 1997, in Italia, Francia e Spagna rispettivamente il 7.0%, il 7.0% e l'11.0% della popolazione era obesa; nel 2003 il valore è salito rispettivamente all'8.5%, all'11.3% e al 13.3%. L'aumento della popolazione obesa è stato costante anche nei paesi scandinavi: in Svezia dal 1997 al

2001 si è passati dal 7.0% al 9.1%, in Norvegia dal 6.0% nel 1998 al 9.0% nel 2005, in Finlandia dal 10.0% nel 1997 al 14.1% nel 1995. L'aumento del numero di soggetti obesi in Canada e Stati Uniti raggiunge proporzioni epidemiche: in due decenni la prevalenza dell'obesità è quasi raddoppiata. In Canada si è passati dal 15.0% nel 1990, al 15.3% nel 2000 ed al 23.1% nel 2004. Secondo questi dati, in soli quattro anni l'obesità sarebbe aumentata di più di otto punti percentuali; tuttavia, l'indagine effettuata nel 2000 non prevedeva la misurazione di peso e altezza, a differenza delle altre due; è quindi molto probabile che il primo valore sia sottostimato (cfr. Bélanger-Ducharme & Tremblay, 2005; Gorber & Tremblay, 2010). Ciò che è certo è che l'aumento di soggetti obesi in Canada non sembra essersi ancora arrestato; secondo una recente indagine (Shields, Carroll, & Ogden, 2011), infatti, la percentuale di obesi nella popolazione generale è salita al 24.1% negli anni 2007-2009. Negli Stati Uniti, la popolazione obesa è passata dal 14.4% nel 1994 al 21.4% nel 1999-2000, fino a raggiungere il 33.8% nel 2006; nemmeno negli USA il trend di crescita sembra essersi arrestato: nel 2007-2008 gli obesi erano il 34.4% della popolazione generale (Shields et al., 2011).

Fra più e meno

In sede di conclusioni dovrei fornire una risposta al quesito che ha guidato questa rassegna: quanto sono diffusi i disturbi alimentari nei paesi occidentali? la loro diffusione è dilagante, come spesso viene affermato dai mezzi di comunicazione?

Attraverso i dati che ho raccolto, non posso fornire alcuna risposta certa; mi è però possibile tracciare qualche linea indicativa, che di seguito sinteticamente presento.

La prevalenza puntuale dell'AN nella popolazione femminile è compresa fra lo 0% e l'11.5%, mentre nel corso della vita il valore è compreso fra lo 0.5% e il 2.6%; per quanto riguarda la BN la prevalenza puntuale e quella nel corso della vita sono rispettivamente comprese negli intervalli 0%-3% e 0.37%-4.6%. Nei soggetti maschili, l'AN appare ancora rarissima, con una prevalenza puntuale che non supera lo 0.2% e una prevalenza nel corso della vita non oltre lo 0.3%; la percentuale di maschi bulimici nel corso della vita non supera lo 0.5%, mentre la prevalenza puntuale è inferiore allo 0.2%. Da questi dati emerge la conferma che AN e BN sono disturbi che attanagliano prevalentemente le donne; di quale fascia di età? I dati sull'incidenza sembrano concordare in merito al fatto che l'AN insorga prevalentemente nella fascia di età fra i 15 e i 19 anni, seppur non manchino dati che attestano un esordio sintomatico ad un'età inferiore. La BN sembra invece interessare prevalentemente la fascia di età fra i 20 e i 24 anni; un solo contributo ha rilevato una maggiore incidenza della BN nelle giovani donne fra i 16 e 20 anni.

Per quanto riguarda il BED, non è ancora possibile tracciarne un profilo epidemiologico chiaro, a causa delle carenze metodologiche che hanno caratterizzato la ricerca fino ad oggi. Tuttavia, secondo quanto rilevato da alcuni contributi, il binge eating disorder sembra essere diffuso allo stesso modo o in misura maggiore della BN. A partire dai pochi dati a disposizione, infatti, nel corso della vita il BED una percentuale della popolazione fra lo 0.7% e il 3.5%, con una certa prevalenza fra la popolazione femminile, seppur meno marcata rispetto agli altri disturbi alimentari.

Cosa dire, invece, dell'andamento della diffusione di AN e BN? Secondo i contributi compresi in questa rassegna, l'AN, da disturbo rarissimo negli anni Sessanta, ha visto aumentare la propria diffusione fino ai primi anni Ottanta, a partire dai quali l'incidenza nella popolazione generale si è assestata; la diffusione della BN sembra aver seguito lo stesso trend dell'AN, ma postposto di dieci anni e più repentino. Infatti, essa si è propagata in maniera esponenziale dal 1980 fino ai primi anni Novanta; successivamente i valori di incidenza sono

rimasti stabili. Non sembra dunque che attualmente AN e BN siano in costante crescita (per ora nulla si può dire del BED, per i motivi che ho già precedentemente esposto); di fronte a tale considerazione, però, è necessario ribadire alcuni punti, che riguardano più in generale i risultati presentati in questo lavoro.

In primo luogo, è d'obbligo ricordare che per questo contributo ho scelto di dare rilievo ai dati che si riferiscono ai cosiddetti casi di *full*-AN e *full*-BN ed dunque ai disturbi alimentari che presentano tutti i criteri stabiliti dai citati manuali diagnostici; questa scelta, peraltro condivisa da altri che prima di me si sono occupati di questo ambito di ricerca, è stata dettata da esigenze di rigore nella selezione dei contributi. Come ogni scelta, anche questa comporta dei limiti, a partire da quelli intrinseci all'utilizzo di un sistema nosografico categoriale, soprattutto nell'ambito dei disturbi alimentari. Basti pensare al fatto che talvolta i criteri diagnostici non consentono di escludere una diagnosi in favore di un'altra (cfr. ad es. Eddy et al., 2008), in particolare i casi di AN con episodi di abbuffate alternate a condotte di eliminazione rispetto alla BN, oppure i casi di BN senza condotte di eliminazione rispetto al BED; inoltre, non è infrequente che nello stesso soggetto si riscontrino disturbi alimentari diversi in momenti diversi della vita.²² In questo lavoro ho inoltre tralasciato, in accordo con altri autori, l'inclusione dei dati sui cosiddetti EDNOS, che attualmente sono una categoria puramente residuale.²³ Naturalmente, se includessimo tali disturbi, i dati sarebbero ben più preoccupanti; ciò non significa che quelli che abbiamo a disposizione non lo siano: se infatti consideriamo AN, BN e BED globalmente, la prevalenza nel corso della vita dei disturbi alimentari è vicina all'8%. Ovviamente, questo dato è l'esito di una semplificazione, anche alla luce dei problemi di sovrapposizione diagnostica e della tendenza al crossover dei disturbi alimentari. Tuttavia, non è altresì improbabile che i dati che ho qui fornito siano sottostimati, in quanto nella maggior parte delle ricerche i dati provengono dai registri medico-sanitari. Fra tutte queste incertezze, c'è un dato che sembra incontrovertibile: l'obesità è una condizione ampiamente diffusa nel mondo occidentale, e in alcuni Paesi la sua diffusione raggiunge proporzioni epidemiche, senza peraltro parere sul punto di arrestarsi. Se ai dati relativi alla prevalenza puntuale dei disturbi alimentari che ho preso in considerazione aggiungiamo quelli sulla diffusione dell'obesità, risulta che attualmente gli affanni alimentari affliggono fra il 10% e il 20% della popolazione della maggior parte degli Stati Europei, fra il 20% ed oltre il 25% di quella di Grecia, Malta, Regno Unito e Canada e quasi il 40% di quella americana.

Nel corso di questo lavoro mi sono trovato a fare i conti con gli stridenti aspetti di una medesima realtà: nell'era del culto della magrezza, diametralmente opposto allo scheletrico spauracchio dell'anoressica, c'è la spessa coltre adiposa del soggetto obeso; nel mezzo, la bulimica, nascostamente alle prese con il proprio vomito, e il *binge eater*, colpevolmente schiavo di un impulso incontrollabile.

Paradossi e contro-paradossi di un universo in cui c'è chi è di più e c'è chi è di meno.

²² Non approfondisco in questa sede le spinose questioni relative agli strumenti e ai sistemi diagnostici nella ricerca e nel trattamento dei disturbi alimentari; tale tematica è al centro di un fervente dibattito, anche in vista della pubblicazione della nuova versione del DSM (cfr. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/FeedingandEatingDisorders.aspx>). Sono numerosi i contributi che si sono occupati di questi problemi; il lettore intenzionato ad approfondirli può ad esempio consultare Fellin e Negri (2010) e Negri e Fellin (2010).

²³ Tale situazione è verosimilmente destinata a mutare, in quanto la parcellizzante creatività dell'*Eating Disorders Work Group*, addetto alla revisione dei criteri diagnostici in vista del DSM-5, ha dato origine a nuove entità nosografiche fra i *Feeding and Eating Disorders* (cfr. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/FeedingandEatingDisorders.aspx>).

RIASSUNTO

Questa rassegna intende fornire un quadro generale della diffusione dei disturbi alimentari psicogeni nei paesi occidentali. Dopo aver affrontato alcune questioni metodologiche, sono qui presentati i principali risultati tratti dai contributi più recenti che si sono occupati di questo argomento. Nel corso della vita, lo 0.6-2.6% delle donne e lo 0.3% degli uomini soffre di anoressia nervosa (AN); la bulimia nervosa (BN) colpisce lo 0.37-4.5% delle donne e lo 0.5% degli uomini; nella popolazione femminile giovane, la prevalenza puntuale rilevata è compresa fra lo 0 e l'1.5%, mentre nei giovani uomini è dello 0.2%. Le stime di incidenza mostrano che AN e BN colpiscono prevalentemente i soggetti di età compresa fra i 12 e i 25 anni. Dopo due decenni di aumento costante, attualmente la diffusione di AN e BN sembra essersi stabilizzata. Secondo i pochi dati disponibili, la prevalenza nella popolazione generale del binge eating disorder (BED) è compresa fra lo 0.7% e il 2.8%, con una predominanza fra la popolazione femminile meno marcata rispetto ad AN e BN. L'obesità è notevolmente diffusa nel mondo occidentale: nei paesi Europei la prevalenza nella popolazione generale varia dall'8% (Svizzera) ad oltre il 20% (Grecia, Malta e Regno Unito); l'obesità raggiunge proporzioni epidemiche anche in Canada (circa il 23%) e negli Stati Uniti (oltre il 33%) ed è tuttora in aumento.

Parole chiave: disturbi alimentari, anoressia, bulimia, binge eating disorder, obesità, epidemiologia, incidenza, prevalenza.

ABSTRACT

This review aims to provide an overview of the distribution of eating disorders in Western countries. After discussing some methodological issues, the main findings from the most recent publications dealing with this topic are examined. During their lifetime, 0.6-2.6% of women and 0.3% of men suffer from anorexia nervosa (AN); bulimia nervosa (BN) affects 0.37-4.6% of women and 0.5% of men; in young female population, the reported point prevalence of AN ranges from 0 and 1.5%, while in young men it's 0.2%. Incidence estimates show that AN and BN mostly affect people aged 12-25 years. After two decades of constant increase, currently the spread of AN and BN seems to stabilize. According to the few available data, the overall lifetime prevalence of binge eating disorder (BED) ranges from 0.7% and 2.8%, with a less prominent prevalence in female population compared with AN and BN. Obesity is remarkably widespread in Western world: In the European countries its overall prevalence ranges from about 8% (Switzerland) to over 20% (Greece, Malta and United Kingdom); obesity reaches epidemic proportions also in Canada (approximately 23%) and in United States (over 33%) and is still rising.

Keywords: eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating disorder, obesity, epidemiology, incidence, prevalence.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (4th ed.). Milano: Masson.
- Bélanger-Ducharme, F., & Tremblay, A. (2005). Prevalence of obesity in Canada. *Obesity Reviews*, 6(3), 183-186. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00179.x
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York, NY: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Castiglioni, M., Contino, L., & Golzio, P. (2003). La semantica dell'obesità: un contributo empirico. *Terapia Familiare*, 72, 63-83.
- Castiglioni, M., Faccio, E., Poiana Mosolo, A., & Veronese, G. (2010). La semantica del potere come tentativo di comprensione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare: una ricerca empirica. In M. Castiglioni & E. Faccio (Eds.), *Costruttivismi in psicologia clinica: Teorie, metodi, ricerche* (pp. 259-279). Torino: UTET.
- Castiglioni, M., & Veronese, G. (2008). Sistemi di significato e positioning in un gruppo di giovani obesi. *Connessioni*, 21, 181-196.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A Semi-structured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.
- Crowther, J. H., Armey, M., Luce, K. H., Dalton, G. R., & Leahey, T. (2008). The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 491-497.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132-135. doi: 10.1192/bjp.186.2.132
- Davin, S. A., & Taylor, N. M. (2009). Comprehensive review of obesity and psychological considerations for treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 14(6), 716-725. doi: 10.1080/13548500903431501

- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25 Suppl. 1, S51-55.
- Devlin, M. J. (2007). Is there a place for obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 40, S83-S88. doi: 10.1002/eat.20430
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahirani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165, 245-250.
- Faccio, E., Castiglioni, M., & Belloni, E. (2010). La teoria delle polarità semantiche familiari nella ricerca clinica: obesità e potere. In M. Castiglioni & E. Faccio (Eds.), *Costruttivismi in psicologia clinica: Teorie, metodi, ricerche* (pp. 235-257). Torino: UTET.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 147(4), 401-408.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorders Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York, NY: Guildford Press.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., & Hay, P. J. (1993). The Classification of Recurrent Overeating: The "Binge Eating Disorder" Proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 155-159.
- Faravelli, C., Ravaldi, C., Truglia, E., Zucchi, T., Cosci, F., & Ricca, V. (2006). Clinical epidemiology of eating disorders: Results from the Sesto Fiorentino study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 376-383. doi: 10.1159/000095444
- Fellin, L., & Negri, A. (2010). Verso il DSM-5. In M. G. Gentile (Ed.), *I disturbi del comportamento alimentare: curare il corpo, curare la mente* (pp. 161-177). Parma: Mattioli.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 462-471. doi: 10.1192/bjp.166.4.462
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 287-296. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199604)19:3<287::aid-eat8>3.0.co;2-i
- Goodman, E., Hinden, B. R., & Khandelwal, S. (2000). Accuracy of teen and parental reports of obesity and Body Mass Index. *Pediatrics*, 106(1), 52.
- Gorber, S. C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-326. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00347.x
- Gorber, S. C., & Tremblay, M. S. (2010). The Bias in Self-reported Obesity From 1976 to 2005: A Canada-US Comparison. *Obesity*, 18(2), 354-361. doi: 10.1038/oby.2009.206

- Gordon, R. A. (2000). *Eating disorders: Anatomy of a social epidemic* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Griebeler, M. L., Levis, S., Beringer, L. M., Chacra, W., & Gómez-Marín, O. (2011). Self-reported versus measured height and weight in hispanic and non-hispanic menopausal women. *Journal of Women's Health, 20*(4), 599-604. doi: 10.1089/jwh.2009.1850
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 124-131.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. New York, NY: Guilford Press.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(4), 389-394. doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396. doi: 10.1002/eat.10222
- Hoek, H. W., van Hoeken, D., & Katzman, M. A. (2003). Epidemiology and Cultural Aspects of Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (Vol. 6, pp. 75-138). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358.
- Isomaa, R., Isomaa, A.-L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Björkqvist, K. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in finnish adolescents - a two-step 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review, 17*(3), 199-207. doi: 10.1002/erv.919
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin, 129*(5), 747-769.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., . . . Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine, 39*(05), 823-831. doi: 10.1017/S0033291708003942
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., . . . Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1259-1265. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06081388
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., & Hoek, H. W. (2008). Epidemiology of eating disorders: an update. In S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. De Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Annual Review of Eating Disorders. Part 2* (pp. 58-68). Oxford: Radcliffe Publishing.

- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1284-1292.
- Lucas, A. R. (1992). The eating disorder "epidemic": more apparent than real? *Pediatric Annals*, 21(11), 746-751.
- Machado, P. P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217.
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: Is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739-753. doi: 10.1002/eat.20725
- Merrill, R. M., & Richardson, J. S. (2009). Validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2006. *Preventing Chronic Disease*, 6(4), A121.
- Negri, A., & Fellin, L. (2010). Test e strumenti per l'assessment dei disturbi alimentari. In M. G. Gentile (Ed.), *I disturbi del comportamento alimentare: curare il corpo, curare la mente* (pp. 179-194). Parma: Mattioli.
- O'Reardon, J. P., Peshek, A., & Allison, K. C. (2005). Night Eating Syndrome: Diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs*, 19(12), 997-1008.
- Palmer, R. (2004). Bulimia nervosa: 25 years on. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 447-448.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . . Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132.
- Raevuori, A., Hoek, H. W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: A nationwide study of Finnish twins. *PLoS ONE*, 4(2). doi: 10.1371/journal.pone.0004402
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., & Belmonte-Llario, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20(2), 173-178. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.002
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. doi: 10.1017/S0033291700031974
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Shields, M., Carroll, M. D., & Ogden, C. L. (2011). Adult Obesity Prevalence in Canada and the United States. *NCHS Data Briefs*, 56. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db56.htm>
- Shinkwin, R., & Standen, P. J. (2001). Trends in anorexia nervosa in Ireland: A register study. *European Eating Disorders Review*, 9(4), 263-276. doi: 10.1002/erv.384

- Smith, D., Marcus, M., Lewis, C., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 227-232. doi: 10.1007/bf02884965
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Weng, R., . . . Hasin, D. (1993). Binge Eating Disorder Should Be Included in DSM-IV: A Reply to Fairburn et al.'s "The Classification of Recurrent Overeating: The Binge Eating Disorder Proposal". *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 161-169.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, non-patient version)*. New York, NY: Biometrics Research Division, New York State Psychiatric Institute.
- Striegel-Moore, R. H. (2000). The epidemiology of binge eating. *European Eating Disorders Review*, 8(5), 344-346.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(0 suppl.), S19-S29.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., & Ach, E. L. (2006). Epidemiology of eating disorders: an update. In S. Wonderlich, M. de Zwaan, H. Steiger & J. Mitchell (Eds.), *Annual review of eating disorders. Part 2* (pp. 65-80). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Strober, M. (1985). Editorial. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 1-2.
- Theander, S. S. (2002). Literature on eating disorders during 40 Years: increasing number of papers, emergence of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10(6), 386-398.
- Ugazio, V. (1998/in press). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., Negri, A., & Fellin, L. (2011). Significato e psicopatologia: La semantica dei disturbi fobici, ossessivi, alimentari e depressivi. In A.A. (Ed.), *Quaderni di Psicologia Clinica II*. Bergamo: Sestante.
- van't Hof, S. (1994). *Anorexia nervosa: The historical and cultural specificity: Fallacious theories and tenacious "facts"*. The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- van't Hof, S., & Nicolson, M. (1996). The rise and fall of a fact: the increase in anorexia nervosa. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 581-608. doi: 10.1111/j.1467-9566.1996.tb00395.x
- van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 565-569. doi: 10.1002/eat.20316
- Volkow, N. D., & O'Brien, C. P. (2007). Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 164(5), 708-710. doi: 10.1176/appi.ajp.164.5.708

- von Ranson, K. M., McGue, M., & Iacono, W. G. (2003). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: II. Associations within families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 193-201. doi: 10.1037/0893-164x.17.3.193
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121-128. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01758.x
- Walsh, B. T. (2003). The current status of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S1-S1. doi: 10.1002/eat.10200
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S123-S129. doi: 10.1002/eat.20436
- Williams, P., & King, M. (1987). The "epidemic" of anorexia nervosa: another medical myth? *The Lancet*, 329(8526), 205-207. doi: 10.1016/s0140-6736(87)90015-8
- Wilson, G. T., & Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 603-610. doi: 10.1002/eat.20726
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686. doi: 10.1002/eat.20728
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi: 10.1002/eat.20719
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (n.d.). Global Database on Body Mass Index Retrieved December 29, 2011, from <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>