

## **Obesità e psicopatologia in età evolutiva.**

Filippo Muratori, Valentina Viglione

IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

Attualmente l'obesità non rappresenta una categoria diagnostica autonoma all'interno dei sistemi nosografici della Psichiatria (DSM-IV e ICD-10); in particolare essa non è presente come entità autonoma all'interno del capitolo dei "Disturbi della Condotta Alimentare (DCA)" che invece ben individua i disturbi che comportano magrezza come le sindromi anoressiche. All'interno di questo capitolo l'obesità può però rappresentare una delle conseguenze del Binge Eating Disorder (BED), quadro clinico di recente definizione ed incluso, per il momento, nei DCA non altrimenti specificati. Per BED viene inteso un disturbo caratterizzato episodi ricorrenti di abbuffate con quel senso di perdita di controllo durante l'abbuffata, e quel senso di disgusto, di depressione e di colpa dopo l'abbuffata che però non si associa ai comportamenti compensatori di svuotamento tipici della Bulimia Nervosa. Secondo casistiche americane, circa l'1-7% di adulti obesi che richiedono un trattamento soddisfano i criteri diagnostici per il BED.

Cercheremo quindi innanzi tutto di definire se esista una correlazione nosografica tra obesità e DCA. A tal riguardo, la prima questione è se sia più utile classificare i disturbi alimentari secondo un'ottica categoriale (distinzione netta tra comportamenti normali vs. patologia) oppure procedere secondo un'ottica dimensionale individuando alcune dimensioni continue che vanno dalla normalità alla patologia. A tal proposito, recentemente, Williamson et al. hanno individuato in un campione di soggetti con DCA ed Obesità quattro dimensioni in grado di spiegare la maggior parte (66%) delle manifestazioni cliniche. Questi 4 fattori sono: il binge eating, la paura di aumentare di peso con conseguenti comportamenti compensatori, la spinta alla magrezza, l'attenzione eccessiva alla forma. Secondo questo modello, i disturbi alimentari e l'obesità possono collocarsi lungo uno "spettro alimentare" con quadri clinici diversi sia per manifestazione che per gravità a seconda della distribuzione di queste 4 variabili. In effetti, da un punto di vista clinico le differenze tra obesità e

Anoressia Nervosa (AN) sono così evidenti (peso, attitudine alimentare, attività fisica, etc) che inducono a pensare all'esistenza di un diverso modello patogenetico sottostante. Dalle analisi retrospettive risulta che il 75% delle Obesità in adolescenza sono iniziate prima dei sei anni. Quindi nella maggior parte dei casi l'obesità inizia non in adolescenza ma fa seguito ad una obesità dell'infanzia. Il dato è abbastanza contrastante con quello di studi sia longitudinali che retrospettivi sulla AN in cui la continuità clinica non è così evidente. Inoltre, mentre nell'AN il circolo vizioso autoalimentante che si viene generalmente a creare è restrizione alimentare>magrezza>iperattività, quello tipico dell'obesità è iperfagia>obesità>inattività.

Più evidente è invece la correlazione tra BED ed obesità. L'esistenza del BED in età evolutiva è ormai un dato riportato in numerosi studi della letteratura, in alcuni dei quali vengono anche proposte delle modifiche dei criteri classificatori del DSM in relazione all'età evolutiva (Marcus et al., 2003). Secondo il modello patogenetico proposto da Brody et al. (1994) la maggior parte degli obesi introduce molte più calorie rispetto ai soggetti normopeso; tale comportamento può avvenire secondo diverse modalità e una di queste è proprio il BED; quindi il BED viene considerato come uno fra i fenotipi comportamentali dell'obesità. Secondo altri autori il BED è da considerarsi come una caratteristica associata ad altri disturbi primari; in tal caso il BED comparirebbe in quelle forme di obesità in cui coesiste un disturbo psicopatologico, in particolare di tipo depressivo. In questo caso il BED rappresenta un indicatore della presenza di disturbi psichiatrici associati all'obesità. Cuzzolaro descrive le persone con obesità-BED come un sottogruppo di obesi che hanno obesità più grave, ad esordio più precoce, con ricorso più frequente a diete ipocaloriche, con indici più elevati di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia).

A tal proposito appare utile riportare la classificazione dell'obesità in età evolutiva elaborata dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): 1) obesità per cause endogene. Si identifica una eziologia organica e l'obesità è un sintomo di sindromi ben identificate (es. sindrome di Cushing, sindrome di Prader-Willi, etc.); 2) obesità per cause esogene; in questo capitolo si distinguono ulteriori sottotipi in base alla causa prevalente ipotizzata: A) obesità per

eccessivo apporto calorico; B) obesità familiare; C) obesità psicogena; D) obesità dovuta a fattori eziologici esogeni misti.

Sicuramente, come riferito da Cuzzolaro, il modello bio-psico-sociale è diventato sempre più rilevante sia come paradigma di ricerca che come approccio clinico alla valutazione e al trattamento del bambino e dell'adolescente obeso. Escludendo così le forme dovute a disturbi metabolici ed organici, la patogenesi dell'obesità è da attribuire a un bilancio energetico positivo per alimentazione eccessiva e attività fisica scarsa; entrambe queste abitudini sono legate a fattori cognitivi, emozionali e relazionali. Ben si presta, a nostro avviso, l'interpretazione che la Bruch ha dato dell'obesità (1977) e in particolare del ruolo svolto nella genesi dell'obesità dalla relazione alimentare precoce madre-bambino. Il cibo rappresenta un nutrimento fisico e psichico determinante per promuovere le capacità di autoregolazione nel bambino. Se il cibo viene usato dalla madre come risposta polivalente per i vari bisogni del bambino, il cibo rischia poi di diventare la risposta polivalente che il bambino dà a qualsiasi sensazione ed emozione. L'incapacità di riconoscere la fame, la sazietà, le sensazioni enterocettive, le emozioni piacevoli e spiacevoli si trasformano tutti, in modo monotono, in voracità o in un vero binge eating.

La seconda questione è individuare il tipo di correlazione tra obesità e assetto psicopatologico. In particolare, vorremo rispondere alle seguenti domande. Partendo dall'esperienza clinica di una frequente associazione tra obesità e patologie psichiatriche, sia in età evolutiva che tra soggetti adulti, con una prevalenza superiore rispetto a campioni controllo di non obesi ci chiediamo: E' l'obesità un fattore di rischio per la comparsa di disturbi psichiatrici? Oppure alcuni disturbi psichiatrici predispongono all'insorgenza di obesità?

Nel 1940, Bruch e Touraine furono i primi autori a descrivere l'assetto psicopatologico associato ai bambini ed adolescenti obesi evidenziando una maggior incidenza dei sintomi ansioso-depressivi. Dreyfus ha individuato un 25% di bambini obesi senza problemi psichiatrici associati, un 58% con

non gravi problemi psichiatrici, un 15% con gravi disturbi psichiatrici e un 2% con sintomi psicotici.

Nel 1993, Berkowitz et al. individuarono una correlazione positiva tra depressione e gravità del binge eating in ragazze adolescenti obese in trattamento per una grave obesità. All'interno di questo campione, il 30% presentava comportamenti chiaramente a tipo Binge eating e il 20% comportamenti fortemente sospetti di binge eating. Nello studio di Vila et al. (2004) il 58% di una popolazione di adolescenti obesi giunti ad una clinica specialistica per obesità presentava una patologia psichiatrica. Il disturbo più frequente era il disturbo da ansia di separazione e la fobia sociale. Tali risultati convergono con le descrizioni fatte dei bambini obesi come eccessivamente dipendenti dalle proprie famiglie, con attaccamento eccessivo alle figure genitoriali associato ad ansia di separazione e paura del giudizio, evitamento del contatto sociale, scarse competenze sociali. Sempre in questo studio si evidenziava una certa frequenza di disturbi comportamentali e di disturbi depressivi (16% e 12%, rispettivamente).

Isnard et al. studiando un campione di 102 adolescenti (12-17 anni) gravemente obese (BMI media: 36.4) giunte ad un centro specialistico per il trattamento della obesità hanno innanzi tutto evidenziato l'esistenza di comportamenti a tipo binge eating nel 19% del campione; inoltre è stata evidenziata una correlazione positiva tra gravità del binge eating e più alti livelli di depressione, più alti livelli di ansia, più bassi livelli di autostima. Inoltre, se il campione veniva diviso in base al grado di BMI, non si evidenziavano differenze nella gravità dell'assetto psicopatologico associato. Ma l'assetto psicopatologico aveva, invece, un rapporto inversamente proporzionale con la durata dell'obesità, dando l'impressione che la sintomatologia psichiatrica potesse decrescere nel tempo, forse come espressione di un adattamento allo stato dell'obesità. Sulla base di tali considerazioni, gli autori individuano nell'obesità un fattore di rischio per la comparsa di disturbi psichiatrici.

Sono i soggetti obesi a rischio di patologie psichiatriche? Sicuramente numerosi studi su campioni clinici dimostrano una prevalenza di disturbi psichiatrici fino a 4,8 volte più elevata in pazienti obesi rispetto a non pazienti non obesi (Larsen F, 1990; Black D, 1992). Il principale problema di

questi studi è però quello di capire se è l'obesità e/o se sono altri fattori che concorrono a determinare un più alto livello di psicopatologia. In effetti, sono pochi gli studi su campioni non clinici in cui è dimostrata l'esistenza di una associazione di tipo causale tra obesità e psicopatologia. Mentre appare abbastanza facile comprendere come l'obesità possa indurre la comparsa di sintomatologia psichiatrica di tipo depressivo, sono pochi gli studi longitudinali che abbiano cercato di comprendere se è proprio questo tipo di legame in questa associazione. Ad esempio, contrariamente a quanto appena riportato, Pine et al. hanno dimostrato, attraverso uno studio prospettico, che la depressione e i disturbi comportamentali in età della latenza sono associati ad un incrementato BMI nell'età adulta e solo nel sesso femminile. Goodman et al. hanno individuato lo stesso tipo di correlazione effettuando un follow-up ad un anno di distanza dalla prima valutazione di un campione di popolazione non clinica. Gli autori ipotizzano l'esistenza di un sottogruppo di individui per i quali l'umore depresso in età adolescenziale rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di obesità. Questi possono essere quegli individui che riferiscono un aumento dell'appetito con l'esordio di depressione o quelli che hanno il binge eating, gruppo che come si è visto presenta una frequente associazione con sintomi depressivi. Questo sottogruppo può così rappresentare una popolazione per la quale il trattamento del disturbo depressivo potrebbe anche modificare la comparsa ed il decorso dell'obesità. Così per questi individui (per i quali l'umore depressivo incrementa il rischio di obesità) curare il disturbo depressivo potrebbe prevenire l'insorgenza dell'obesità. Esiste inoltre evidenza circa un condiviso meccanismo neurobiologico tra obesità e depressione, in particolare per quanto riguarda la serotonina ed i suoi metaboliti, come ben evidenziato dal legame tra sintomi depressivi e peso corporeo e alterazioni dell'asse ipotalamico-ipofisario-corticosurrenalico, in particolare in caso di cronica ipersecrezione di cortisolo. Lo stress cronico incrementa l'obesità addominale e le sue avverse conseguenze metaboliche (ipertensione, resistenza all'insulina, dislipidemia). Questo stress, che può iniziare precocemente e che potrebbe essere legato ad un coinvolgimento sociale ostile, può condurre a cambiamenti nella morfologia cerebrale e dell'asse neuroendocrino provocando la comparsa sia di obesità che di depressione.

Sulla base di questi meccanismi patogenetici condivisi, nasce una base teorica per il trattamento dell'obesità con antidepressivi. Ma a questi fattori, diversi autori ne aggiungono altri tra loro correlati a determinare un meccanismo di automantenimento dei due disturbi. Infatti, secondo quanto sostenuto da questi studi, al cronico livello di stress, un più basso livello socioeconomico può determinare un aumento di sintomi depressivi ed obesità perché in queste condizioni risultano ridotte le opportunità di attività fisica (vivere in quartieri privi di parchi, attività sportive organizzate, etc) e quindi anche le esperienze sociali. Da qui l'esigenza anche di una adeguata politica sociale in grado di dare efficaci risposte.

Eremis et al. hanno confrontato il tipo e la frequenza di psicopatologia in un campione clinico di obesi rispetto ad un campione non clinico di obesi e ad un campione controllo di non obesi. Attraverso l'uso della CBCL, della scala SES per l'autostima, del CDI per la depressione, e dell'EAT per l'alimentazione, gli autori hanno evidenziato nel gruppo clinico di obesi più problemi internalizzati e comportamentali (depressione, disturbo della condotta e scarsa autostima) rispetto al campione non clinico di obesi e al campione controllo. Gli autori concludono considerando l'obesità fattore predisponente per disturbi psicopatologici, e propongono la necessità di individuare diversi sottotipi di obesità sulla base sia degli aspetti clinici che delle prospettive terapeutiche.

Lamertz et al. (2002) sostengono invece che adolescenti obesi hanno patologie psichiatriche associate con una frequenza uguale ai soggetti sottopeso. Confrontando tre gruppi non clinici suddivisi in base al valore del BMI (sottopeso, peso medio, obesi) hanno dimostrato che non vi sono associazioni significative tra BMI e disturbi dell'umore, di ansia, abuso di sostanze e disturbi somatoformi. La conclusione di ciò è che dobbiamo distinguere sottogruppi di obesità.

Mustillo et al. (2003) hanno seguito longitudinalmente una popolazione di 991 ragazzi (range età: 9-16) con follow-up annuali per un periodo globale di 8 anni. In ogni follow-up era prevista la valutazione di altezza, peso, disturbi psichiatrici e vulnerabilità per patologie psichiatriche. In questo modo è stato dimostrato che in età evolutiva esistono diversi tipi di obesità con un percorso diverso: soggetti non obesi (73%); obesi cronici (15%); obesità in età della latenza (5%); obesità in

adolescenza (7%). Soltanto l'obesità cronica era associata a patologie psichiatriche: disturbo della condotta in maschi e femmine, disturbo depressivo nei ragazzi. Relativamente al rapporto obesità/psicopatologia, gli autori aggiungono che se è l'assetto psicopatologico ad aumentare il rischio di obesità; dovremmo allora aspettarci una associazione nei gruppi ad esordio adolescenziale e nel gruppo cronico. Se, invece, è l'obesità ad aumentare il rischio di psicopatologia, noi dovremmo aspettarci una associazione solo nelle forme croniche e in quelle ad esordio precoce. Il loro studio ha dimostrato che l'assetto psicopatologico è maggiore nel gruppo degli obesi cronici e poi nel gruppo con obesità infantile. Quindi questi dati potrebbero sostenere che l'obesità rappresenta un fattore di rischio per la comparsa di patologie psichiatriche.

Cosa fare a questo punto con i ragazzi obesi? Evidentemente sia in fase diagnostica che terapeutica è necessario un approccio multidisciplinare, vista la frequente correlazione con sintomi psichiatrici e diverse traiettorie in base al sottotipo di obesità.

Nella fase di assessment psichiatrico sarà necessario raccogliere innanzitutto i dati anamnestici in modo mirato e sia con la famiglia che con il bambino/adolescente, ricercando eventuali life events e ricostruendo il tipo della associazione, laddove è presente, tra obesità e psicopatologia. La valutazione dell'assetto psicologico e delle caratteristiche alimentari può essere effettuato anche grazie ad alcuni questionari. In particolare, la letteratura riferisce l'uso di questionari autosomministrati come la CBCL (compilata dai genitori) e la YSR (compilata dai ragazzi), o la SCL-90 per la valutazione psicopatologica, oppure di interviste semistrutturate come la Kiddie-Sads. Per la valutazione del comportamento alimentare le scale più utilizzate sono l'EDI, l'EAT e il BES che permette di individuare la presenza e la gravità del binge eating. Molto utile sarà anche la valutazione dell'autostima e in particolare dell'immagine corporea. A tal proposito, nei bambini più piccoli può essere utile la somministrazione del test della figura umana, mentre per gli adolescenti la scala BUT.

Il percorso terapeutico, che varierà in base al tipo di obesità presentata, deve da un punto di vista psicologico sempre cercare di migliorare l'immagine corporea percepita dal paziente, aumentare

l'autostima, enfatizzare ogni risultato raggiunto, anche se minimo, favorire un rapporto equilibrato con l'alimentazione (evitare diete restrittive e un atteggiamento prescrittivo).

## Bibliografia

Berkowitz R., Stunkard AJ., Stallings VA.: Binge eating disorder in obese adolescent girls. *Annals of the New York Academy of Science*, 699, 200-206.

Black DW, Goldstein RB, Mason EE: Prevalence of mental disorders in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 1992;149:227-34.

Brody ML, Walsh BT., Devlin MJ.: Binge eating disorder. Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994. 62, 381-386.

Bruch H., Touraine G.: Obesity in childhood. *Psychosomatic Medicine* 2:141-206, 1940.

Cuzzolaro M.: *Anoressie e Bulimie*. 2004. Ed. Il Mulino, Bologna.

Devlin M., Goldfein J., Dobrow I.: What is his Called BED? Current Status of Binge Eating Disorder Nosology. *Int J Eat Disord* 34:S2-S18, 2003.

Dreyfus M.: Abord psychologique de l'Obésité de l'enfant ed del'adolescent dans une consultation pluridisciplinaire. *Annales de Pédiatrie*, 1993 : 305-12.

Ermis S., Cetin N., Tamar M. et al.: Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 2004: 296-301



Isnard P., Michel G., Frelut ML., et al.: Binge Eating and Psychopathology in Severely Obese Adolescents. *Int J Eat Disord* 34:235-243,2003.

Lamertz C., Jacobi C., Yassouridis A. et al: Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders ? A community survey. *Obesity Research*, 11:1152-1160, 2002.

Larsen F.: Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiat Scand Suppl.* 1990, 359:1-57.

Marcus M., Kalarchian M.: Binge Eating in Children and Adolescents. *Int J Eat Disord* 34:547-557, 2003.

Molinari E., Cuzzolaro M.: Aspetti psicosociali in: “2° rapporto sul’obesità in Italia”

Mustillo S., Worthman C., Erkanli A. et al.; Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories. *Pediatrics*, 2003: 851-859.

Pine DS., Goldstein RB., Walk S. et al.: The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 2001: 1049-1056.

Vila G., Zipper E., Dabbas M., Bertrand C.: Mental Disorders in Obese Children and Adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 2004: 387-394.

Williamson DA:, Martin C., Stewart T.: Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice Research Clinical Gastroenterology.* 6:1073-1088,2004.