

**XXV Congresso Nazionale
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
REGALIAMO FUTURO
12 - 14 Settembre 2013
Bari**

**L'ANORESSIA AD INSORGENZA PRECOCE:
FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE**

Antonella Gritti

Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

I Disturbi del Comportamento Alimentare

Sono disturbi psichici
che si esprimono clinicamente
con
una alterata condotta
alimentare.

Età esordio

**Possono insorgere a qualsiasi età,
dalla prima infanzia all'età adulta.**

AN 15-19aa, BN 20-24aa

**Nel corso degli anni, l'età d'esordio di AN e BN si è
abbassata**

•Favaro et al. 2009.

**•Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and
Adolescents (WCEDCA) 2010**

Prevalenza:

**AN 0.3-0.9%,
BN 1-2% ,
NAS 2-3%,
BED 6,2%,
Sindromi parziali
(13-19aa) = 10.7%**

Pochissimi dati sui DCA < 13aa

**Nicholls et al 2011: incidenza
annua di 3.01/100 000 in
soggetti di età 5-13 anni (UK)**

**Rapporto M/F AN: M/F=1/10,
BN:M/F=1/30.**

(Smink 2012)

**Mortalità AN 5.1x1000/anno; BN 1.74x1000/anno
Suicidi AN 1 ogni 5 deceduti ; BN 23% dei deceduti**

DCA dell' età evolutiva

Sono descritti almeno 16 quadri clinici di DCA con esordio dall'infanzia all'età adulta.

0-3

Della **prima infanzia, 0-3 anni.**
(classificazione 0-3)

3-9

Della **media infanzia.**
(criteri GOS)

10-18

Della **pubertà e l'adolescenza.**
(DSM-V)

L' Anoressia si distingue

a) in rapporto all'età.

Forma AN dell'adolescenza

Forma AN ad esordio precoce (età < 13aa)

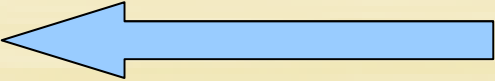
Anoressia Infantile (0-3)

b) in rapporto alla clinica

Forme complete

Forme parziali

DCA inclusi nel DSM V

- **Pica**
- **Ruminazione**
- **Avoidant/restrictive food intake disorder** 
- **Anoressia Nervosa**
- **Bulimia Nervosa**
- **Binge Eating Disorder**

Avoidant/restrictive food intake disorder

Introdotta dal DSM-V allo scopo di includere in una stessa dizione DCA restrittivi, con perdita di peso, che spesso hanno esordio nell'infanzia.

Ad esempio:

Disturbo Emozionale con Rifiuto del Cibo

Alimentazione Selettiva

Disfagia Funzionale

Disturbi del Comportamento Alimentare a esordio tra 0-3aa

DCA 0-3

- D. Alimentazione legato allo stato di **regolazione**
- D. Alimentazione legato alla **reciprocità Caregiver-Lattante**
- **Anoressia Infantile** ←
- **Avversione sensoriale** per il cibo
- D. Alimentazione associato a **condizioni mediche**
- D. Alimentazione associato a **insulti tratto gastrointestinale**

Nb tutti questi disturbi comportano perdita di peso e deficit di crescita

Anoressia Infantile (0-3)

6 criteri diagnostici

- Il b. rifiuta di mangiare una adeguata quantità di cibo per almeno un mese
- Esordio prima dei tre anni d'età
- Il b. non comunica la fame e vi è mancanza di interesse per il cibo, ma mostra un forte interesse per l'esplorazione e l'interazione con il caregiver, o per entrambe
- Significativo deficit della crescita
- Il rifiuto del cibo non segue un evento traumatico
- Il rifiuto del cibo non è dovuto a malattie mediche sottiacenti

storia clinica suggestiva :

Fattori predisponenti

Bambino lento/inappetente/vorace; madre ansiosa; storia materna DCA, fattori socio-familiari di stress.

Fattori scatenanti

Disturbi pediatrici intercorrenti: vomito, scarso accrescimento allergie alimentari. Oppure : svezzamento

Inizio disturbo

Il bambino rifiuta-la madre lo “forza, il bambino vomita-la madre lo alimenta di nuovo. Ripetuti cambi di dieta e strategia

Stabilizzazione

Il momento del pasto diventa una esperienza traumatica per madre/bambino, rinforzo del rifiuto (bambino) e “maldestrezza” (madre) Perdita della relazione alimentare naturale. Angoscia del b. al pasto.

Anoressia Nervosa ad esordio precoce

Si intende:

**Anoressia Mentale con insorgenza < a 13
anni.**

Sono stati descritti casi a partire da 6 e 7 anni.

Le caratteristiche cliniche sono simili alla forma delle adolescenti, per quanto riguarda la tenacia nel rifiuto del cibo e la difficoltà a mantenere il peso.

In queste forme è difficile riscontrare l'alterazione della percezione corporea e la paura di ingrassare, propria delle adolescenti.

Clinica dell' Anoressia Nervosa:

Ostinato rifiuto del cibo

Perdita di peso

Paura di ingrassare

Alterata percezione immagine corporea

Manovre di eliminazione, vomito

Condotte autolesive

Eccessiva attività fisica

clinica

Pensieri/comportamenti ossessivi a focus alimentare

Sintomi depressivi (non sempre)

Alterato rapporto con la realtà (solo per quanto riguarda peso e alimentazione)

Tendenza agli agiti (autolesionismo, suicidio)

clinica:

Scarsa consapevolezza del pericolo per la salute fisica

Tendenza a mentire sull'alimentazione

Incapacità di seguire un patto alimentare

Rabbia/aggressività in risposta a pressioni ambientali sulla dieta

Possibili comportamenti alimentari anomali (mangiare da soli, spezzettare o manipolare il cibo)

Sintomi riferiti al medico

Le ragazze con esordio precoce riferiscono spesso vaghi sintomi che le spingono a non mangiare :

nausea,

senso di pienezza (immediatamente dopo aver ingerito qualcosa),

disfagia,

paura di soffocare/inghiottire,

paura di vomitare,

dolori addominali


Storia clinica dell' Anoressia nervosa


L'esordio è insidioso, la restrizione si estende gradualmente, possono manifestarsi variazioni dell'umore e irritabilità, incremento attività fisica.

Critiche all'aspetto fisico, insuccessi scolastici o sportivi, delusioni affettive, diete, possono essere fattori scatenanti (mai causali).

Personalità antecedente

Due tipologie:

1. **Bambine “perfette”** 

2. **Bambine oppositive** con alterazioni
comportamentali) 
immature e dipendenti

Individuazione precoce attenzione alla storia clinica:

1.

Adolescente “perfetta” , “non ha mai dato problemi” , pratica danza o sport con ambizione. Intollerante all'insuccesso/critica.

Dopo una dieta per ridurre il peso o dopo una frustrazione (critica, delusione) riduce progressivamente l'alimentazione, cambia carattere divenendo oppositiva, non tollera critiche in tema di cibo, spesso riduce relazioni sociali ma mantiene intensa attività fisica e scolastica.

Dinamiche familiari specifiche (non apparentemente alterate)

Individuazione precoce
attenzione a questa storia clinica:

2

Bambina “capricciosa” e “immatura” dai genitori.

Storia infantile di inappetenza/selettività alimentare/scarso accrescimento. Conflittualità alimentare

I genitori accentuano la dipendenza

Prima dell'esordio della pubertà, la bambina aumenta progressivamente la restrizione alimentare che giustifica con vaghi sintomi somatici.

Diventa più “irritabile” o cambia umore.

Intensa attività fisica, anche in forme non manifeste.

Fattori di rischio

Per tutte le forme di DCA: anamnesi genitoriale o familiare positiva per DCA o per disturbi psichiatrici; fattori socio-ambientali di stress, fattori culturali.

Per le forme 0-3. Madre con ansia, depressione, insicurezza circa la capacità di svolgere la funzione materna, storia personale di difficoltà alimentari precoci. Bambino: difficoltà di suzione, b. oppositivo,

Prevenzione: controversie

1. Programmi limitati, mirati a SS con alto rischio hanno maggior effetto dei programmi estesi a tutti.
2. I migliori risultati si ottengono con SS di età superiore a 15 anni.
3. I programmi interattivi sono migliori di quelli di tipo psico-educazionale .
4. Utilizzare personale appositamente addestrato e non genericamente insegnanti, nurses, e counselor.
5. Programmi con focus sull'accettazione del proprio corpo sono i migliori.
6. Altri programmi mirano a migliorare l'autostima, gestire l'ansia, modificare l'ideale di magrezza.

Per la prima infanzia

Interventi generali sui fattori socio-ambientali negativi e sulla salute mentale della madre in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, possono attenuare i fattori di rischio.

Interventi di educazione alla salute ad all'alimentazione.

Individuazione precoce dei casi a rischio ad opera dei pediatri.

esempio

Progetto di individuazione precoce per l'infanzia.*

Studio sul comportamento alimentare di bambini di età compresa tra i 24 mesi e i 10 anni (8 Comuni, Prov. Ce).

Obiettivi: ottenere dati bio-psico-sociali sui DCA restrittivi ad esordio precoce.

Due fasi.

* SUN-UNISOB-Associazione Fuis

I : Screening

Fascia 0-6. Scheda di valutazione del comportamento alimentare di bambini di età compresa tra i 24 mesi e i 6 anni; la scheda, somministrata dal pediatra alla madre, esplora il comportamento alimentare degli ultimi sei mesi del bambino.

Fascia 8-13. Scala Children Eating Attitude Test (Cuzzolaro M. e Petrilli A., 1988) , somministrata da uno psicologo a SS. tra 8 e 13 aa. Scuole elementari e medie.

II : valutazione

In base ai risultati del CHEAT sono reclutati i bambini che mostrano comportamenti ed atteggiamenti considerati a rischio di evolvere nel tempo in disturbi del comportamento alimentare.

I SS reclutati sono inviati a DH presso la Clinica di Neuropsichiatria della SUN per completare l'iter diagnostico.

La scheda di screening 0-6 anni

Utilizzata dal pediatra nel corso delle periodiche visite di controllo.

Consiste di due parti.

La prima include i dati anagrafici e le seguenti informazioni: *peso, altezza, percentile, bilancio crescita, cause organiche riconosciute che possono giustificare un problema alimentare, età dello svezzamento, eventuali problematiche insorte dopo lo svezzamento.*

Seconda parte: domande poste alla madre, o a chi si prende cura prevalentemente del bambino.

Negli ultimi sei mesi il bambino:

- Ha rifiutato volontariamente/attivamente il cibo?
- E' stato necessario forzarlo a mangiare?
- Ha presentato episodi di vomito non in relazione a cause mediche generali? (influenza ecc.)
- Ha presentato comportamenti selettivi verso il cibo evitando volontariamente alimenti con particolari odori, colori, sapori e/o consistenza (esclusa selettività dovuta a preferenze di gusto: es “non gli piacciono le verdure ecc.”) ?
- Manifesta ansia al momento del pasto ?

La madre deve indicare se il comportamento si è verificato: *mai*, *qualche volta (3)*, *spesso (2)*. Con “Qualche volta” si intende da 2 volte al mese a 1 volta a settimana; con “Spesso” più di 1 volta a settimana.

Pediatrics
2003,111,1: 204-211

American Academy of Pediatrics
Identifying and Treating Eating Disorders
Raccomandazioni

GUIDANCE FOR PEDIATRICIANS (sintesi)

1. *Pediatricians need to be knowledgeable about the risk factors and early signs and symptoms of disordered eating and eating disorders.*
2. *When counseling families on preventing obesity, pediatricians should focus on healthy eating and building self-esteem while still addressing weight concerns (...)*
3. *Pediatricians should be encouraged to calculate and plot weight, height, and BMI by using age- and gender-appropriate charts and assess menstrual status in girls at annual health supervision visits.*
4. *Pediatricians should screen patients for disordered eating and related behaviors and be prepared to intervene when necessary*
5. *Pediatricians should monitor or refer patients with eating disorders for medical and nutritional complications.*
6. *Pediatricians need to be familiar with treatment resources in their communities so that they can coordinate or facilitate multidisciplinary care.*
7. *Pediatricians can play a role in primary prevention during office visits and through school-based and community interventions with a focus on education, early screening, and advocacy.*
8. *Pediatricians are encouraged to advocate for legislation and policy changes that ensure appropriate services for patients with eating disorders, including medical care, nutritional intervention, mental health treatment, and care coordination, in settings that are appropriate for the severity of the illness.*

Grazie!