

IX Corso di approfondimento professionale per il Pediatra



Colonna, 25-30 Agosto 2009

IX Corso di approfondimento professionale per il Pediatra



Impariamo insieme
Sapere, saper fare e sapersi relazionare



CENTRO CONGRESSI
COLONNA BEACH - GOLFO ARANCI (OT)

25 - 30 Agosto 2009

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

Prof.ssa M. Gandione



*Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza
Sezione di Neuropsichiatria Infantile
Università di Torino*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

- *sono considerati paradigma di malattia psichiatrica complessa*
- *interagiscono fattori biologici, psicologici, socio-culturali*
- *nel mondo occidentale l'1% circa delle ragazze tra 12 e 18 anni soffre di anoressia nervosa*
- *in adolescenza la prevalenza dei DCA è dello 0,3-1%*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

- 
- L'incidenza dell'AN riguarda 19 nuovi casi/anno nel sesso femminile e 2 nel sesso maschile

(Faiburn,2003)

- È negativamente influenzata dalla negazione di malattia e dalla segretezza delle condotte

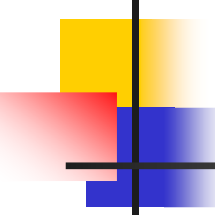
(Prat,2002)

- Il 40% dei nuovi casi esordisce tra 15 e 19 anni

(National Eating Disorder Association,2006)

- Nell'AN il rapporto maschi / femmine è di 1 a 9

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

- 
- *socialmente rilevanti , sono stati collegati al così detto fenomeno del "contagio sociale"*
 - *rimandano al contesto culturale contemporaneo che sostiene la valorizzazione narcisistica, l'apparenza e il successo*
 - *per cui il corpo esibito diviene il luogo privilegiato della rappresentazione e dell'immagine di sé*



*I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
evidenziano*

- *i legami coi processi di cambiamento puberale, socio-culturale, di accesso all'autonomia*
- *l'impossibilità di un'espressione psichica delle difficoltà*
- *il ricorso a comportamenti agiti sul corpo*

(Jeammet, 1993)

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

sono interpretati

- *come una patologia di tipo strutturale espressione di deficit piuttosto che di conflitti*
- *la cui origine rimanda ad un "difetto di base" nelle relazioni primarie*
- *con successive difficoltà di separazione e di differenziazione, di accesso all'autonomia e di regolazione affettiva*
- *i differenti livelli di organizzazione della personalità e del carattere rendono ragione di differenti evoluzioni*



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
H.Bruch (1962,1965,1969)

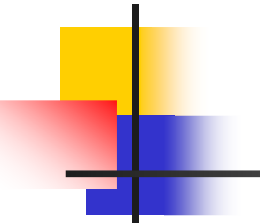
Tre segni caratteristici di rilevanza psicopatologica

- *disturbo dell'immagine corporea*
- *disturbo nella percezione e cognizione degli stimoli provenienti dal corpo e degli stati emozionali (consapevolezza enterocettiva, regolazione affettiva)*
- *senso di onnipotenza associato al terrore di perdere il controllo sui propri istinti ed essere travolte dall'impulso di mangiare*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

An – criteri diagnostici

(DSM IV-TR, APA 2003)

- 
- *rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale (BMI < 17.5)*
 - *intenso timore di acquistare peso*
 - *presenza di un'alterazione dell'immagine corporea per ciò che riguarda forma e dimensioni corporee*
 - *presenza di amenorrea da almeno 3 cicli mestruali consecutivi*



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

An – criteri diagnostici

(DSM IV-TR, APA 2003)

si distinguono due sottotipi

- *con restrizioni (An-R)*
- *con abbuffate/condotte di eliminazione (An-binge/purging)*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

NAS- criteri diagnostici

(DSM IV-TR, APA 2003)



“Include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico Disturbo dell'Alimentazione”

*sono presenti tutti i criteri diagnostici previsti per l'An
salvo*

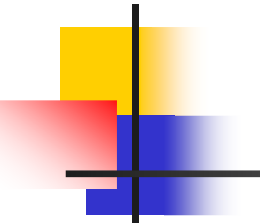
- *il peso, che risulta nei limiti della norma
oppure*
- *il ciclo mestruale, che è regolare*

*sono forme parziali, subcliniche, interessano il 4-22% della
popolazione generale*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

NAS- criteri diagnostici

(DSM IV-TR, APA 2003)

- 
- *le forme parziali pensate come residuali*
 - *costituiscono la metà dei DCA, 5:1 rispetto alle forme complete*
 - *potrebbero rappresentare una nuova categoria clinica*
 - ✓ *di minore severità clinica*
 - ✓ *con diverso comportamento alimentare*
 - ✓ *che presenta in modo significativo gli stessi "stati interni" che sostengono il disturbo alimentare*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

Il concetto di spettro: l'esperienza clinica e la ricerca inducono a considerare i DCA

- *come uno spettro di disturbi ai cui estremi si situano l'anoressia e la bulimia*
- *secondo un continuum sintomatologico che va dalle forme restrittive a quelle bulimiche*
- *dati clinici evidenziano come i disturbi dell'alimentazione tendano a migrare tra le varie categorie diagnostiche (Fairburn, 2003)*
- *il 30-50% delle pz con An presenta sintomi bulimici life-time (Russel, 1979)*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Comorbidità psichiatrica

- *disturbi ansioso-depressivi, dello spettro DOC, da abuso di sostanze*
- *DP ossessivo, borderline, narcisistico, evitante, istrionico*
- *l'incidenza dei DP nell'An in adolescenza è simile a quella riscontrata in età adulta (74%) e si riduce col diminuire della gravità*

questioni aperte

il DP è preesistente?

può agire come fattore di rischio ("scaring effect", Wonderlich, 1998)?

costituisce una complicanza della malattia (Casper, 1996)?

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

Fattori premorbose

- *Vulnerabilità genetica : ossessività, perfezionismo, fobia delle novità, evitamento del danno, disturbi d'ansia*
- *Tratti del carattere : insicurezza, autocontrollo, rigidità, impulsività, estroversione, scarsa tolleranza alle frustrazioni*
- *Alterazioni nella regolazione della trasmissione serotoninergica (corteccia del giro del cingolo e temporale mesiale)*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

Fattori predisponenti

- 
- *la qualità dello sviluppo affettivo-relazionale precoce*

 - *alcune caratteristiche del funzionamento familiare*
 - ✓ *organizzazione familiare rigida con tendenza all'evitamento dei conflitti,*
 - ✓ *aspetti di dipendenza,*
 - ✓ *investimento sull'apparenza e sul raggiungimento di risultati*



I Disturbi della Condotta Alimentare
la genesi multifattoriale: i fattori di rischio
(Pratt, Woolfenden, 2007)

- *essere giovani*
 - *femmine*
 - *a dieta*
- *enfaticizzazione culturale del corpo magro femminile come simbolo di bellezza e di successo*
 - *timing puberale come un marker fisso*
- *associazione discordante tra esordio puberale precoce e DCA*



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

fattori di rischio specifici: i soggetti a rischio

- *frequentatori di scuole di danza, di palestre*
- *di stilismo e di moda*
- *indossatrici e fotomodelle*

**Aspetti del
funzionamento
familiare**



L'apparenza "senza storie"



😊 erano state bambine "ideali", compiacenti, adeguate, precocemente autonome

😊 fin da piccole mostravano piacere nel controllo e nel dominio di Sé

😞 in seguito si mostrano esigenti e perfezioniste, isolate e conformiste, suscettibili e vulnerabili al giudizio e alla critica, con aspetti fobici od ossessivi

La cultura affettiva familiare



- orientata all'apparenza, al successo

poco in grado di favorire le spinte e i bisogni autentici dell'adolescente → la dipendenza è sostituita da pseudo-autonomia → uso eccessivo di funzioni cognitive o di attitudini innate

- confini labili fra individui e generazioni

invischiamento relazionale, intrusione nello spazio emotivo personale, ridotta identità separata

- tendenza all'evitamento dei conflitti

ridotta espressione delle emozioni → ridotti processi di differenziazione



Significato e valore dell'intervento di sostegno psicoterapeutico ai genitori

- *stabilire alleanza terapeutica*
- *sostenere la funzione genitoriale*
- *costruire uno spazio in cui le conflittualità e le difficoltà possano essere riconosciute e pensate*
 - *bonificare le relazioni familiari*
 - *avviare un processo di trasformazione*

In alcuni casi rappresenta l'unico intervento possibile



***Fattori
Prognostici***

Fattori prognostici	POSITIVI	NEGATIVI
<i>Durata di malattia</i>	♦ breve (Casper)	♦ lunga (Ro, Fitcher, van der Ham, Herpertz-Dahlmann)
<i>Età di esordio</i>	♦ precoce (Tonoike, Rastam, Halvorsen, Herpertz-D.)	♦ tardiva (Lee, Deter)
<i>Sottotipo binge-purging</i>		♦ (Gonzales-Pinto, Patton, Saccomani, Fichter, Deter)
<i>DP ossessivo o borderline</i>		♦(Steinhausen, Saccomani)
<i>DP istrionico</i>	♦ (Steinhausen)	
<i>Grave perdita di peso</i>		♦ (Jeammet, Fitcher, Pinter, Herpertz-Dahlmann)
<i>Dist. immagine corporea</i>		♦ (Keel, Towell)
<i>Paura di ingrassare</i>		♦ (Lee)
<i>Sovrappeso (premorbosità)</i>		♦ (Favaro)
<i>Autostima e autodirettività</i>	♦ alta (Halmi, Tozzi, Bulik)	♦ bassa (van der Ham, Fichter, Maddocks e Kaplan)

Fattori prognostici	POSITIVI	NEGATIVI
<i>Impulsività</i>	♦ (Fassino)	♦ (Fichter)
<i>Relazioni sociali (non soddisfacenti, ritiro, etc)</i>		♦ (Wentz, Strober, Keel, Deter, Fichter, Flament)
<i>Parent-child relationship</i>	♦ (Steinhausen, Halvorsen)	♦ poor (Strober)
<i>Compliance della famiglia alle cure</i>	♦ (Woods, Lock)	
<i>Psicopatologia familiare</i>		♦ (Casper)
<i>“Inpatient” e lunghi tempi di ospedalizzazione</i>		♦ (Saccomani, Steinhausen, Gowers, Jeammet, Fitcher)
<i>Forme atipiche</i>	♦ (Lee, Strober, Patton)	
<i>Iperattività fisica</i>		♦ (Strober, Steinhausen)
<i>Problemi sessuali</i>		♦ (Fitcher, van der Ham)

Outcome dell'anoressia nervosa in adolescenza (37 studi, 784 casi) Steinhausen, 2002

Outcome	Mean (%)
Mortality	1.8
Recovery	57.1
Improvement	25.9
Chronicity	16.9



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Approccio diagnostico-terapeutico
multidisciplinare

- ✓ *Ministero della Sanità - Commissione di Studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa*
 - ✓ *linee guida*
 - ✓ *letteratura scientifica*

- **integrazione delle professionalità come condivisione di competenze specialistiche all'interno del processo diagnostico-terapeutico**

- **non somma di abilità specifiche o sovrapposizione di ambiti professionali**



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Approccio diagnostico-terapeutico
multidisciplinare

Le possibilità di cura dipendono da

- *diagnosi e intervento precoce*
 - *integrazione fra i servizi*
- *possibilità di differenziare gli interventi a seconda della complessità della patologia*

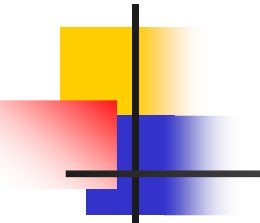
Progetto Pilota



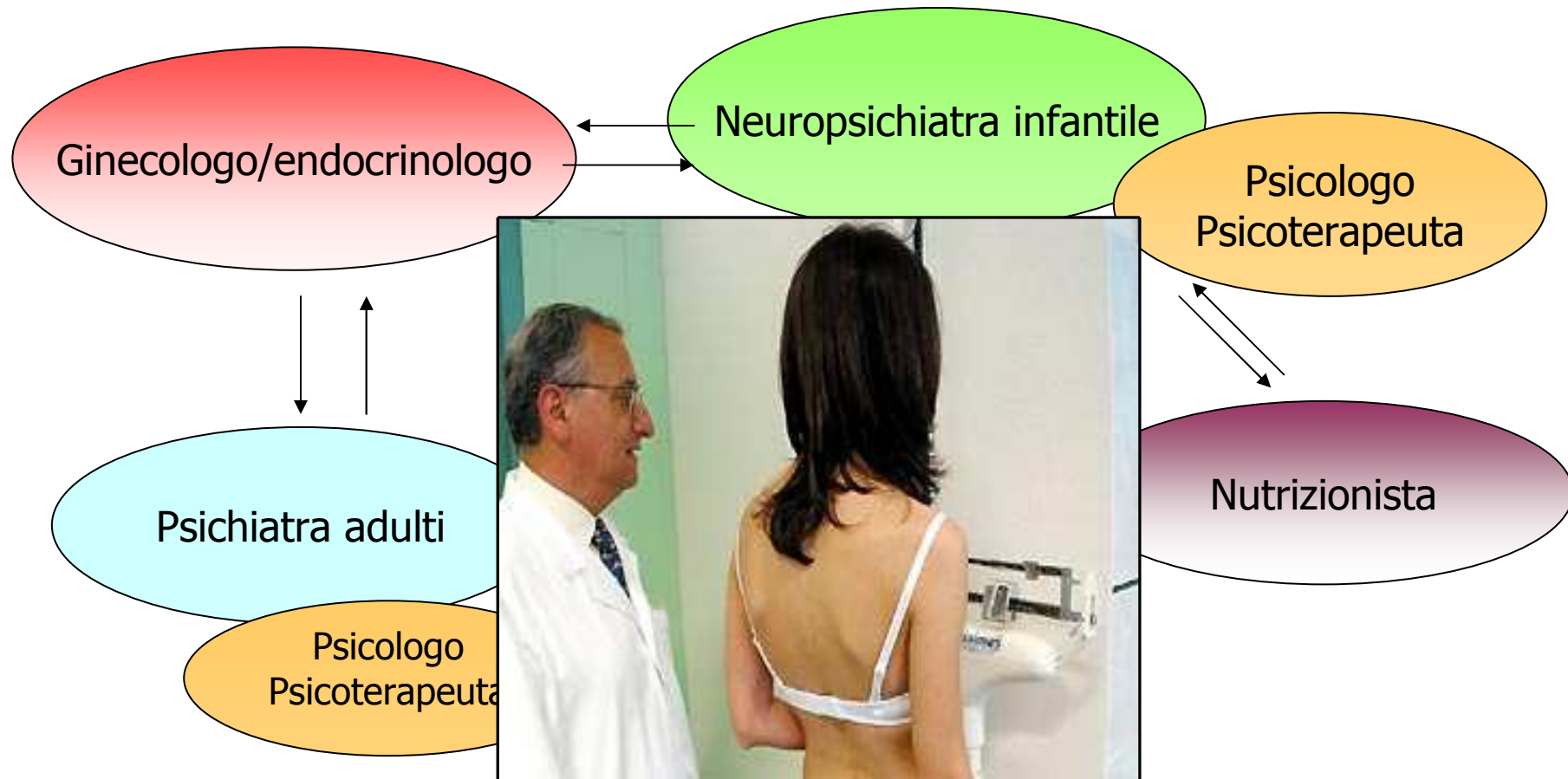
***Ricerca-Intervento sull'applicabilità
di un iter diagnostico-terapeutico
per la prevenzione secondaria delle
forme di anoressia nervosa***

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

L'amenorrea

- 
- *è un sintomo somatico precoce*
 - ✓ *presente in situazioni di sottopeso*
 - ✓ *nelle diete e/o in un eccesso di impegno psicofisico*
 - *è riconosciuta dalla paziente e dalla famiglia come una disfunzione che merita accertamenti e provvedimenti terapeutici*
 - *l'accesso alle strutture di cura tramite il ginecologo/endocrinologo consente l'avvio della presa in carico multidisciplinare con i professionisti della salute mentale dell'età evolutiva e adulta*
 - *consente l'avvio dell'intervento di prevenzione secondaria*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Approccio diagnostico-terapeutico
multidisciplinare

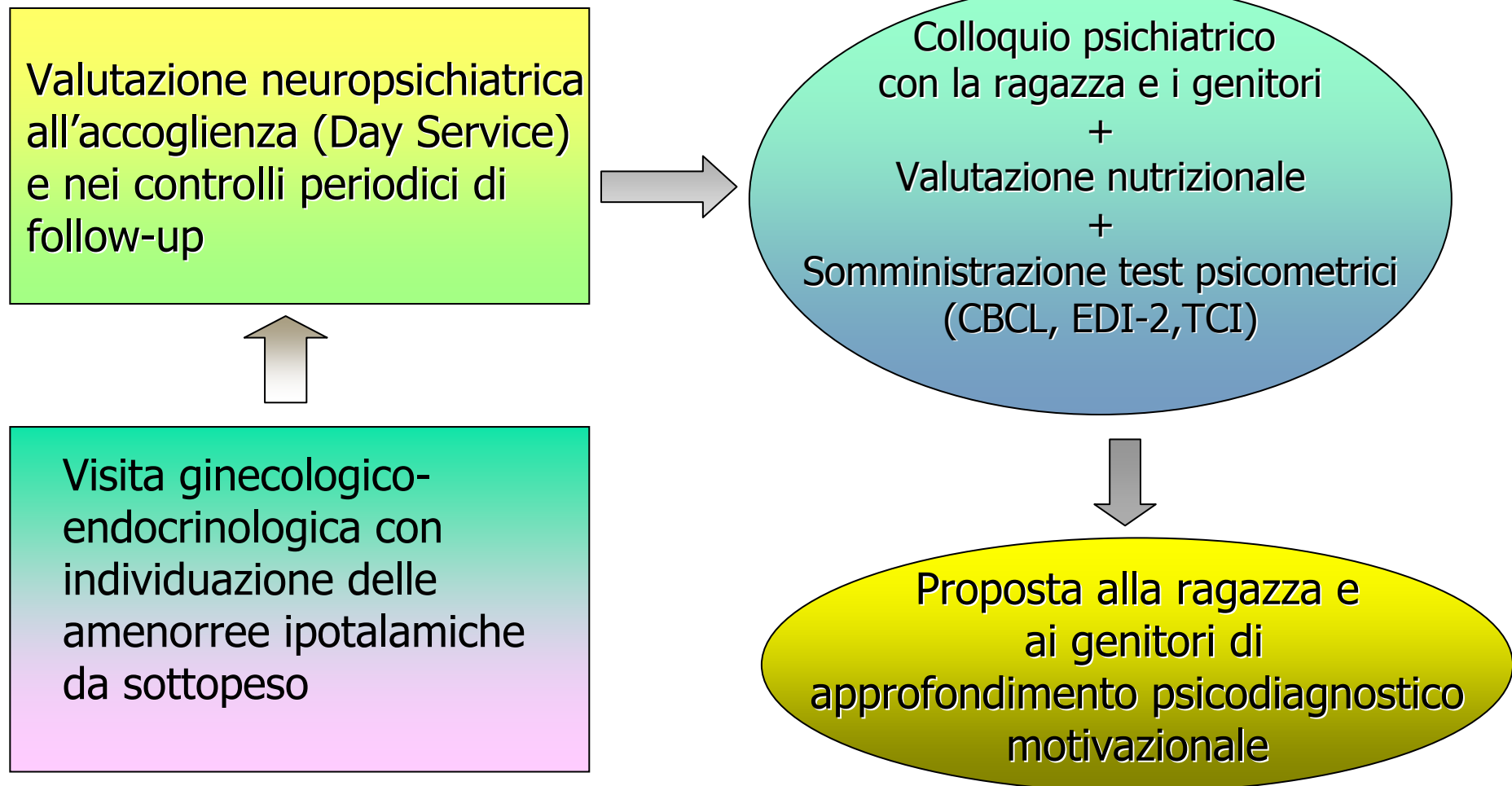


I disturbi della condotta alimentare in adolescenza

Centro Amenorree-Anoressia

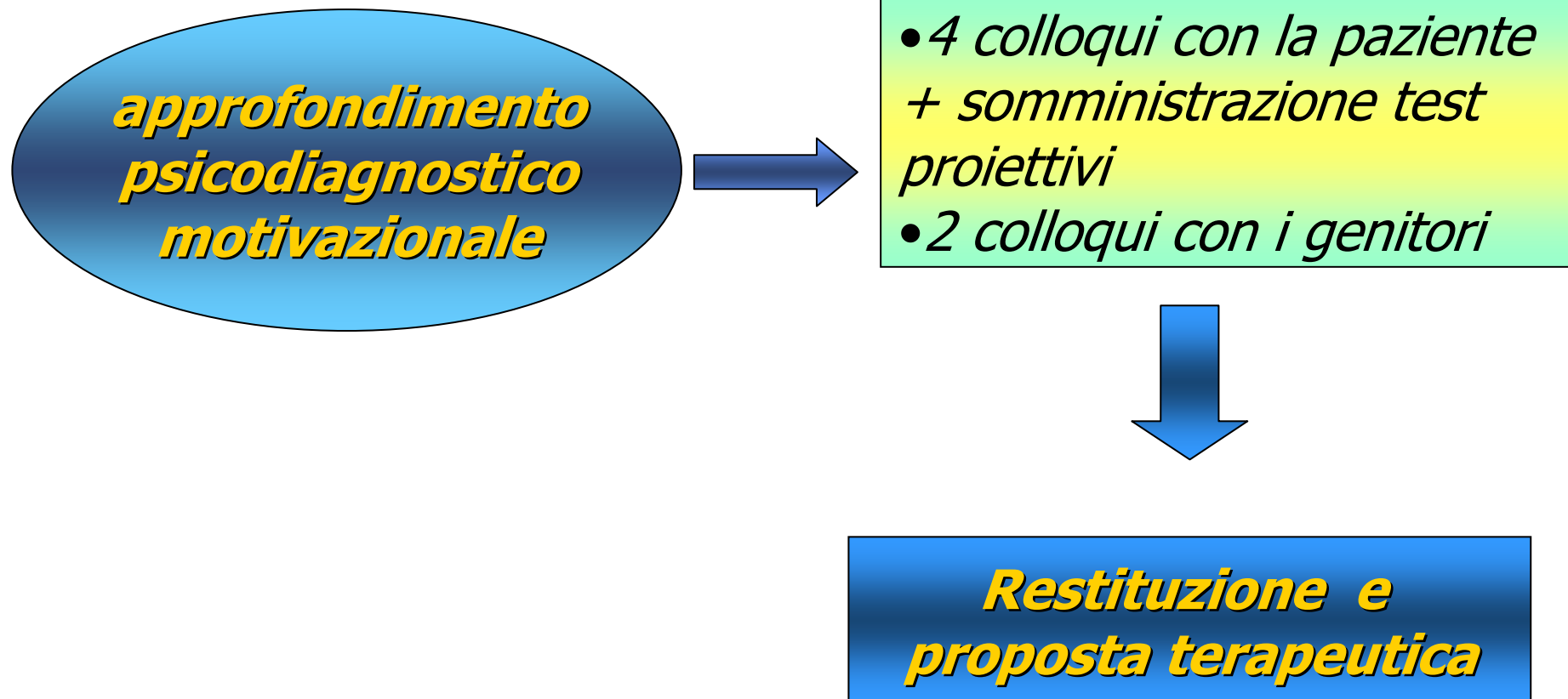
ASO OIRM-Sant'Anna (Torino)

La presa in carico neuropsichiatrica infantile



I disturbi della condotta alimentare in adolescenza
Centro Amenorree-Anoressia
ASO OIRM-Sant'Anna (Torino)

Presa in carico neuropsichiatrica infantile



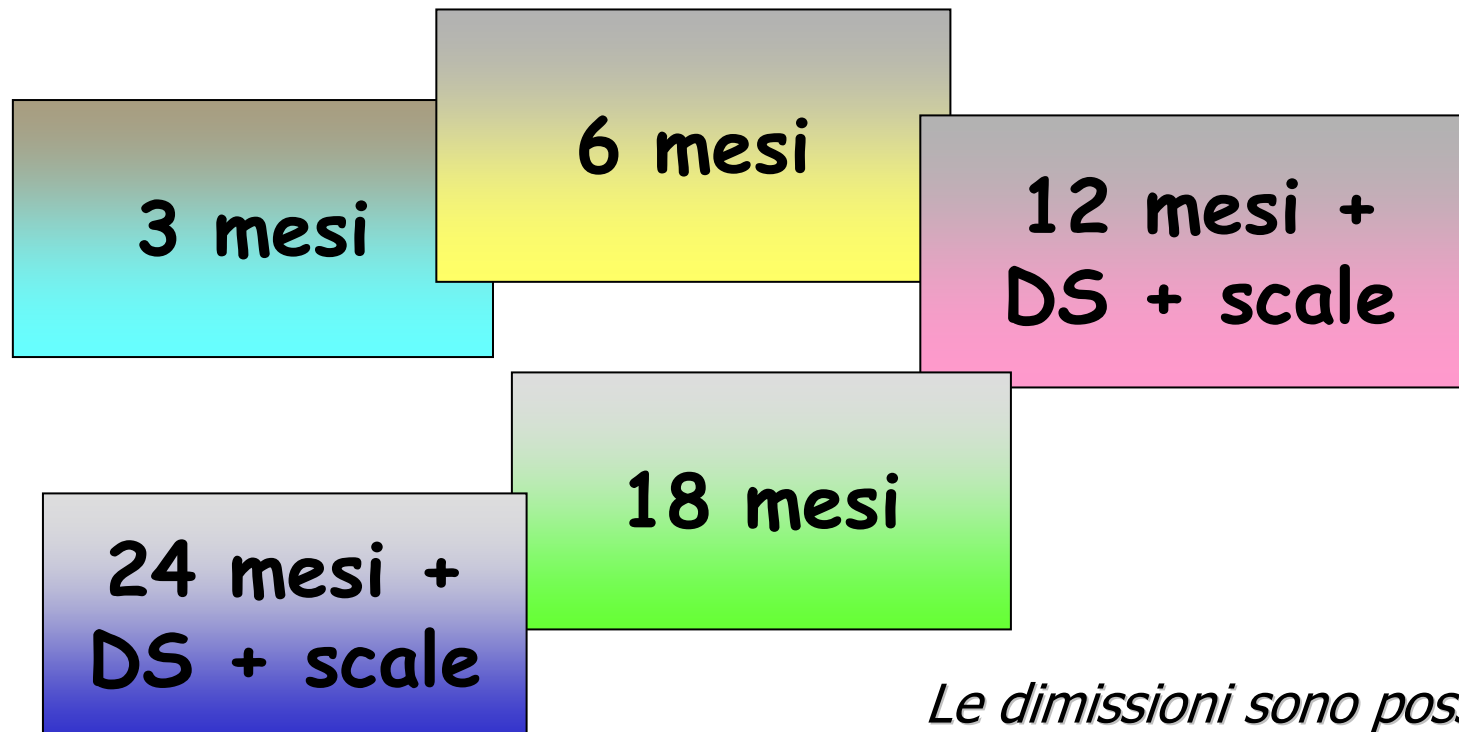
I disturbi della condotta alimentare in adolescenza

Centro Amenorree-Anoressia

ASO OIRM-Sant'Anna (Torino)

Follow-up previsto

Colloqui psichiatrici con la paziente e i genitori a



Le dimissioni sono possibili in qualunque momento del follow-up

I disturbi della condotta alimentare in adolescenza

Centro Amenorree-Anoressia

ASO OIRM-Sant'Anna (Torino)

Outcome a breve termine di adolescenti con DCA

Outcome	N	%
<i>Good</i>	32	62.75%
<i>Intermediate</i>	16	31.37%
<i>Poor</i>	3	5.88%

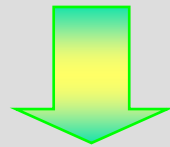


I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Una proposta
della Regione Piemonte
per un percorso diagnostico-
terapeutico-assistenziale

Ottobre 2008

Livello assistenziale Territoriale
Figure responsabili dello screening



Medico e pediatra di famiglia
Consultori familiari, pediatrici,
per adolescenti
Medici dei Centri ISI e di medicina
dello sport

CRITERI DI SOSPETTO

1. Perdita o modificazione ponderale ingiustificata o mancato accrescimento nei soggetti in età evolutiva
2. Modificazioni delle abitudini alimentari (tendenza alla restrizione o all'esclusione/scelta di singoli alimenti, vegetarianismo e/o abbuffate)
3. Esagerato aumento dell'attività fisica
4. Convinzione di essere grassi, anche in presenza di sottopeso
5. Amenorrea o irregolarità mestruali
6. Disturbi dispeptici
7. Modifiche del tono dell'umore e/o del carattere



La prevenzione

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Prevenzione primaria



- *indirizzata ai fattori di rischio*
- *allo scopo di prevenire l'esordio di nuovi casi, riducendo l'incidenza del disturbo*
- *poiché l'eziologia è multifattoriale e i fattori di rischio poco specifici risulta difficile da attuare*



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

Prevenzione secondaria

- *ha come obiettivo la riduzione del tempo tra l'esordio della malattia e l'inizio delle cure*
- *è condiviso in letteratura, dall'esperienza clinica e ripreso dalle linee guida che tanto minore è la durata di malattia tanto più la prognosi è favorevole*
- *è desiderabile che l'individuazione precoce sia sostenuta da percorsi a più vie che rilevino sintomi nutrizionali, somatici e psicologici*



I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
Prevenzione terziaria

- *consiste nella riduzione del danno in un disturbo ormai conclamato*
- *coincide con l'ambito del trattamento*

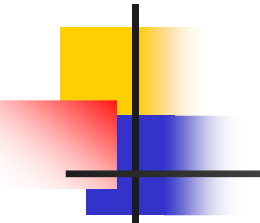


I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza
I programmi di prevenzione

- *ridotto numero di studi di verifica dell'efficacia*
 - *assenza di concordanza dei risultati*
- *scarso successo (transitoria riduzione degli atteggiamenti a rischio)*
- *inefficacia dei progetti di prevenzione basati su un approccio educativo-informativo rivolti agli adolescenti e realizzati nel contesto scolastico*

I Disturbi della Condotta Alimentare in adolescenza

I programmi di prevenzione

- 
- *i contenuti dei programmi non devono essere informativi*
 - *ma favorire il rafforzamento dei fattori di protezione*
 - resilienza*
 - *cioè di quegli elementi che sostengono e favoriscono un normale e armonico sviluppo dell'individuo*
 - *futuro obiettivo di ricerca sarà l'identificazione dei fattori protettivi, piuttosto che di rischio*
 - *valore e importanza di approcci finalizzati alla formazione/promozione di competenze che consentano migliori strategie di regolazione emotiva*



Problemi emergenti



Problemi emergenti nei DCA

Instabilità diagnostica

- *molte pz con An-R sviluppano sintomi bulimici nei primi 5 anni di malattia*
- *il viraggio binge/purging sarebbe negativamente influenzato dalla qualità delle relazioni familiari, soprattutto se improntate sull'aggressività e la mancanza di empatia*
- *il disturbo della regolazione affettiva correla anche con i DP*

Problemi emergenti nei DCA

Forme atipiche (partial, NAS, EDNOS)

- scarsità di studi
- outcome favorevole
- maggiore frequenza
 - breve durata
 - maggiore stabilità sintomatologica
 - le forme b/p hanno outcome sfavorevole (comorbidità ansioso-depressiva, abuso di sostanze)
- la gravità clinica non correla con quella psicopatologica

Problemi emergenti nei DCA

Valore del BMI ?

Si suggerisce di utilizzare come cut-off tra AN e NAS/EDNOS non tanto il valore del BMI, quanto la percentuale di peso perso, da ritenersi significativa se superiore al 20%

(Andersen, 2001)

Problemi emergenti

Valore della prevenzione secondaria

- Importanza e valore della prevenzione secondaria per la gravità, l'alto rischio di complicanze, la tendenza alla cronicizzazione (30%), i costi elevati delle cure (+++ in regime di ricovero)
- Esigenza di riconoscimento precoce e di interventi precoci di presa in carico clinica e psicoterapeutica

Grazie per l'attenzione

