

Argomenti di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Roma, 17 Ottobre 2013

Disturbi del Comportamento Alimentare

Nuove Prospettive di Ricerca e Linee di Trattamento

V. ZANNA, C. CASTIGLIONI, A-M. MIONI

UOC Neuropsichiatria Infantile



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Disturbi del Comportamento Alimentare

DSM-IV

Infanzia

- Disturbo dell'alimentazione caratterizzato da un'incapacità di alimentarsi adeguatamente con significativa difficoltà ad aumentare di peso o con significativa perdita di peso da almeno 1 mese
- Il disturbo non è la conseguenza di una condizione medica (reflusso esofageo)
- Non è determinato da un altro disturbo mentale o da mancanza di disponibilità di cibo
- Inizio è prima dei 6 anni
- Pica
- Ruminazione

Adolescenza / Età adulta

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4-TR*.



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Disturbi del Comportamento Alimentare DSM-V

- Pica
- Disturbo di Ruminazione
- Disturbo dell'Alimentazione Evitante/Restrittivo
- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge-Eating Disorder)



Pica

- A. Ingestione persistente di sostanze non nutritive e non commestibili per un periodo di almeno un mese.
- B. L'ingestione di sostanze non nutritive e non commestibili è inappropriata rispetto il livello di sviluppo dell'individuo.
- C. Il comportamento alimentare non è parte di pratiche culturali o sociali.
- D. Se il comportamento si manifesta e esclusivamente durante il decorso di un altro disturbo mentale (disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico, schizofrenia) o condizione medica (inclusa la gravidanza) è sufficientemente grave da giustificare di per sé attenzione clinica.



Disturbo di Ruminazione

- A. Ripetuto rigurgito del cibo per un periodo di almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, nuovamente ingerito o sputato.
- B. Il ripetuto rigurgito non è dovuto a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (es. reflusso gastroesofageo, stenosi pilorica).
- C. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di Anoressia nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-eating Disorder e Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo.
- D. Se i sintomi si manifestano nel decorso di un altro disturbo mentale (disabilità intellettiva o altri disturbi dello sviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare di per sé attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: In seguito al pieno soddisfacimento dei criteri, i criteri stessi non vengono soddisfatti per un lasso di tempo sostenuto.



Disturbo dell'Alimentazione Evitante/Restrittivo

- A. Un disturbo nell'alimentazione o nella nutrizione (es. apparente mancanza di interesse nel cibo o nell'alimentazione, evitamento basato su caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione per conseguenze spiacevoli dell'alimentazione) manifestato da mancato rispetto di un appropriato fabbisogno nutritivo e/o energetico associato a uno o più dei seguenti criteri:
1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento del peso e della crescita previsto nei bambini).
 2. Significativa carenza nutrizionale.
 3. Dipendenza da nutrizione enterale o supporti nutrizionali orali (integratori).
 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da mancanza di disponibilità di cibo o da un'associata pratica culturale.
- C. Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente nel corso di Anoressia nervosa o Bulimia Nervosa, e non c'è evidente alterazione nel modo in cui viene vissuto il proprio peso o la forma del proprio corpo.
- D. Il disturbo non è attribuibile a una condizione medica o non meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Se i sintomi si manifestano nel decorso di un altro disturbo o condizione medica sono sufficientemente gravi da superare quelli abitualmente associati alla condizione medica e tali da giustificare di per sé attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri, i criteri stessi non vengono soddisfatti per un lasso di tempo sostenuto.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5*.



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Anoressia Nervosa

- A. Restrizione nell'apporto energetico rispetto al fabbisogno che porta a un peso corporeo significativamente basso rispetto a quello previsto per età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Peso significativamente basso è definito da un peso inferiore al peso minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiori al peso minimo previsto.
- B. Intensa paura ad aumentare di peso o a diventare grassi, o persistente comportamento che interferisce con il recupero del peso, anche in caso di peso significativamente basso.
- C. Alterazione nel modo in cui viene percepito il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso e della forma del corpo nella valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo.

Specificare se: *Sottotipo restrittivo*: durante gli ultimi tre mesi, non si manifestano episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o clisteri). Questo sottotipo descrive i casi in cui la perdita di peso è principalmente raggiunta tramite dieta, digiuno e/o eccessivo esercizio fisico. *Sottotipo con abbuffate/Condotte di eliminazione*: durante gli ultimi tre mesi, il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o clisteri).

Specificare se: *In remissione parziale*: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri per l'anoressia Nervosa, il criterio A non è soddisfatto per un lasso di tempo sostenuto, ma il criterio B e il criterio C sono ancora soddisfatti. *In remissione completa*: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri per l'anoressia nervosa, nessuno dei criteri è più soddisfatto per un sostenuto lasso di tempo.

Specificare il grado di *gravità*: Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea, o per bambini e adolescenti sui percentili dell'indice di massa corporea. Gli intervalli al di sotto sono derivati dalle categorie dell'OMS di magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti dovrebbero essere usati i percentili corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere i sintomi clinici, il grado di disabilità funzionale e l'esigenza di controllo. Lieve: BMI ≥ 17 . Moderato: BMI 16- 16.99. Grave: BMI 15-15.99. Estremo: BMI < 15

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5*.



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Bulimia Nervosa

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è definito dalle seguenti caratteristiche:
1. Introduzione in un definito periodo di tempo (per esempio di due ore) di una quantità di cibo che è decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze.
 2. Sensazione di perdita del controllo su quello che si mangia durante l'episodio (per esempio la sensazione di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa e quanto si mangia)
- B. Ricorrenti comportamenti di compenso inappropriati allo scopo di prevenire l'aumento del peso, come il vomito autoindotto, l'uso inappropriato di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci; il digiuno o l'eccessivo esercizio fisico.
- C. Le abbuffate e i comportamenti di compenso inappropriati avvengono entrambi, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- D. La stima di sé è eccessivamente influenzata dal peso e dalla forma del corpo.
- E. Il disturbo non si presenta esclusivamente durante episodi di Anoressia Nervosa

Specificare se: In *remissione parziale*: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri per la bulimia nervosa, qualcuno ma non tutti i criteri è ancora soddisfatto. In *remissione completa*: in seguito al pieno soddisfacimento dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è più soddisfatto per un sostenuto lasso di tempo.

Specificare la *gravità*: Il livello minimo di gravità è definito sulla frequenza dei comportamenti di compenso inappropriati. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: una media di 1-3 episodi di comportamenti di compenso inappropriati a settimana.

Moderato: una media di 4-7 episodi di comportamenti di compenso inappropriati a settimana.

Grave: una media di 8-13 episodi di comportamenti di compenso inappropriati a settimana.

Estremo: una media di 14 o più episodi di comportamenti di compenso inappropriati a settimana.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5*.



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

Disturbo da Alimentazione Incontrollata

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è definito dalle seguenti caratteristiche:
1. Introduzione in un definito periodo di tempo (per esempio di due ore) di una quantità di cibo che è decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e nelle stesse circostanze.
 2. Sensazione di perdita del controllo su quello che si mangia durante l'episodio (per esempio la sensazione di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa e quanto si mangia).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti criteri:
1. Mangiare più rapidamente del normale
 2. Mangiare fino a che non ci si sente spiacevolmente pieni
 3. Mangiare una quantità di cibo notevolmente maggiore rispetto alla sensazione fisica di fame
 4. Mangiare da solo a causa di sentimenti di imbarazzo per come si sta mangiando
 5. Sentirsi disgustato da se stesso, depresso o in colpa dopo l'abbuffata
- C. È presente marcato disagio riguardo gli episodi di abbuffata.
- D. Gli episodi di abbuffata si verificano mediamente almeno una volta a settimana nell'arco di tre mesi.
- E. Le abbuffate non sono associate con un regolare uso dei comportamenti compensatori inappropriati come nella Bulimia Nervosa e non si manifestano esclusivamente nel corso di Bulimia Nervosa o Anoressia Nervosa.

Specificare se: In *remissione parziale*. In *remissione completa*.

Specificare la gravità: Il livello minimo di gravità è stabilito sulla frequenza degli episodi di abbuffata. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale. Lieve: 1-3 episodi di abbuffata a settimana. Moderato: 4-7 episodi di abbuffata a settimana. Grave: 8-13 episodi di abbuffata a settimana. Estremo: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

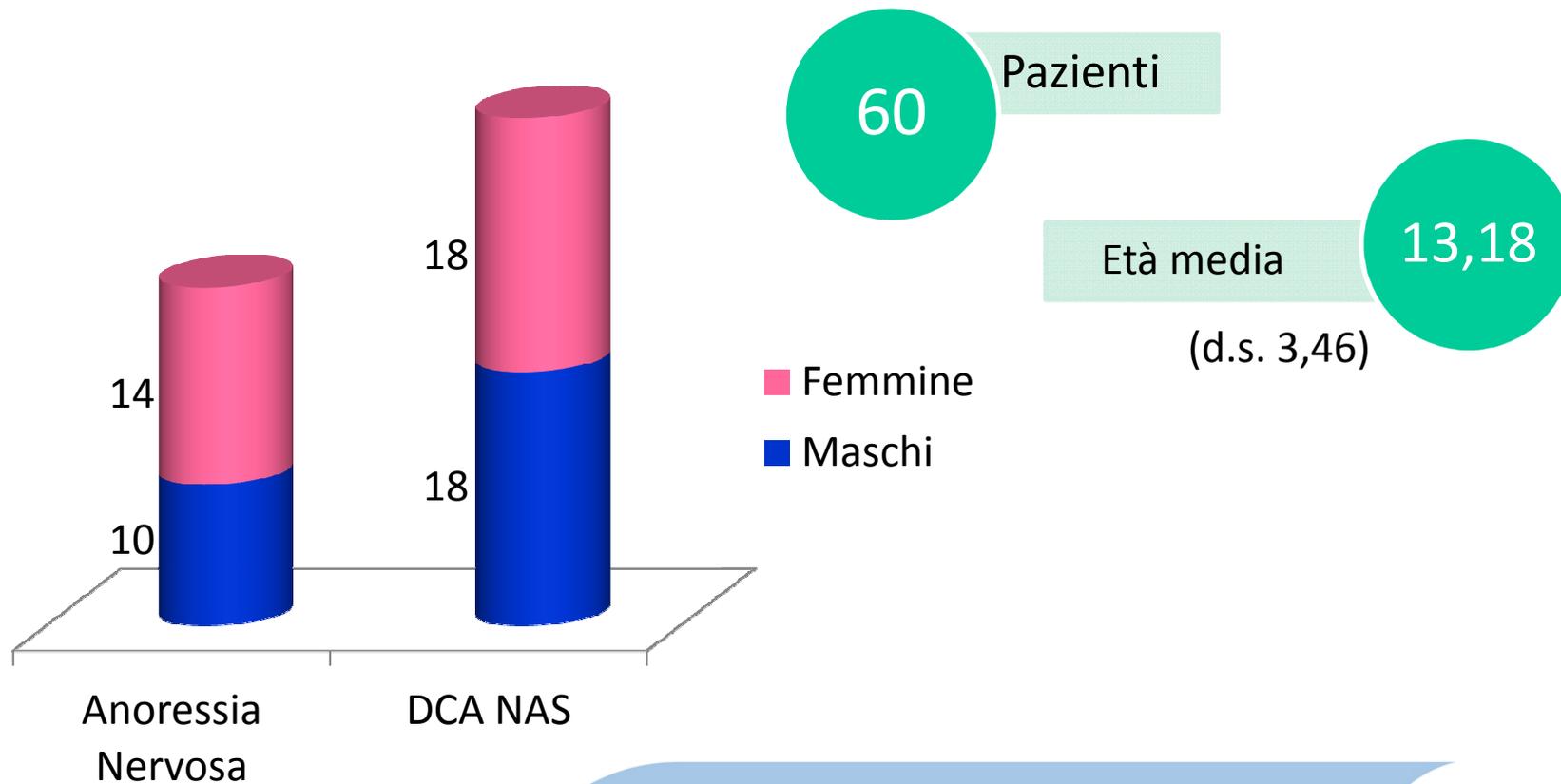


Setting di cura Articolazione della rete assistenziale

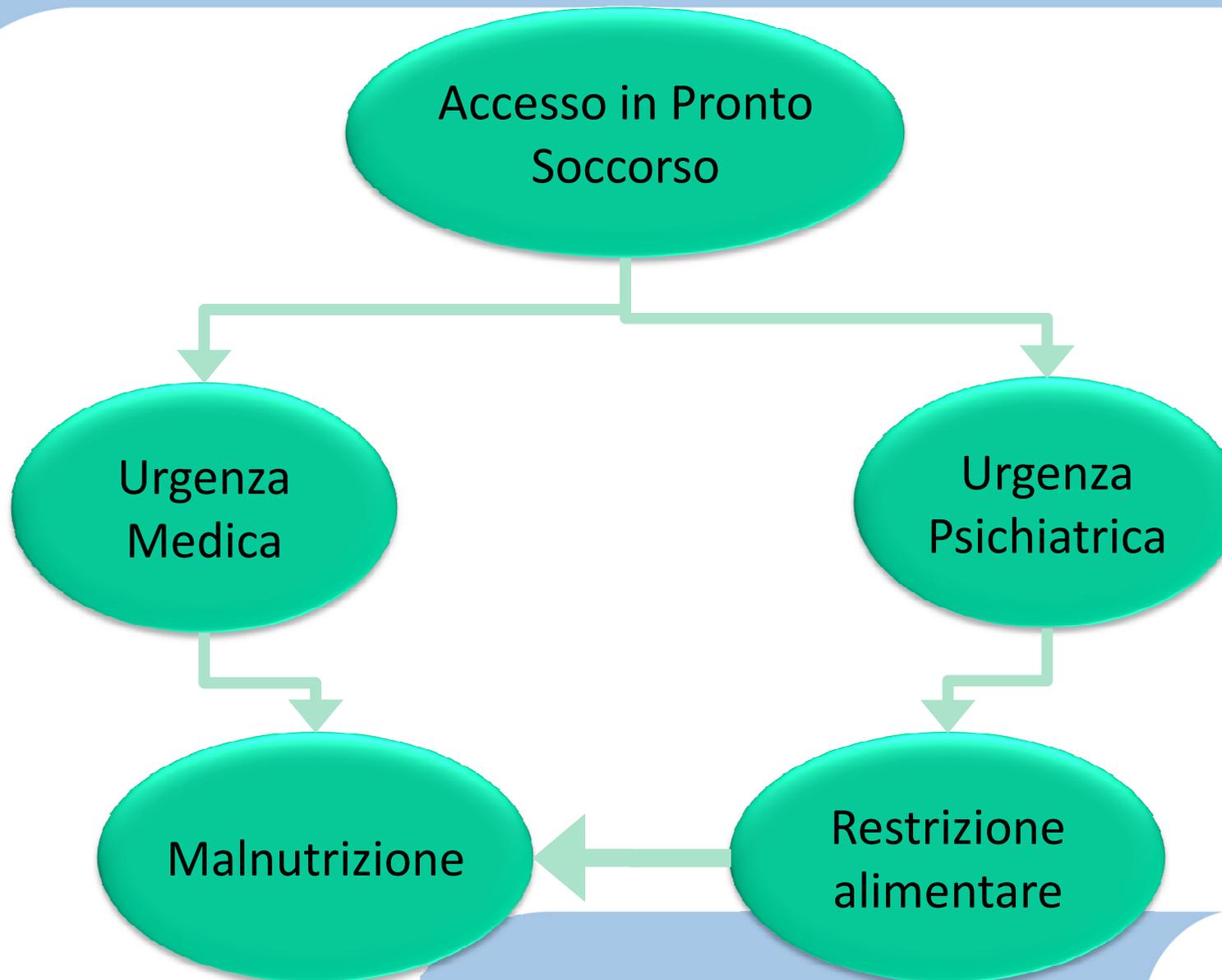


Pazienti con DCA arrivati in Pronto Soccorso OBG

(gennaio 2012 – ottobre 2013)







Trattamento
multidisciplinare
integrato

Psichiatra

Psicoterapeuta

individuale

familiare

Pediatra

Endocrinologo

Nutrizionista

Infermiere esperto



Problemi nei reparti di appoggio

(Pediatria 2 – Gastroenterologia)

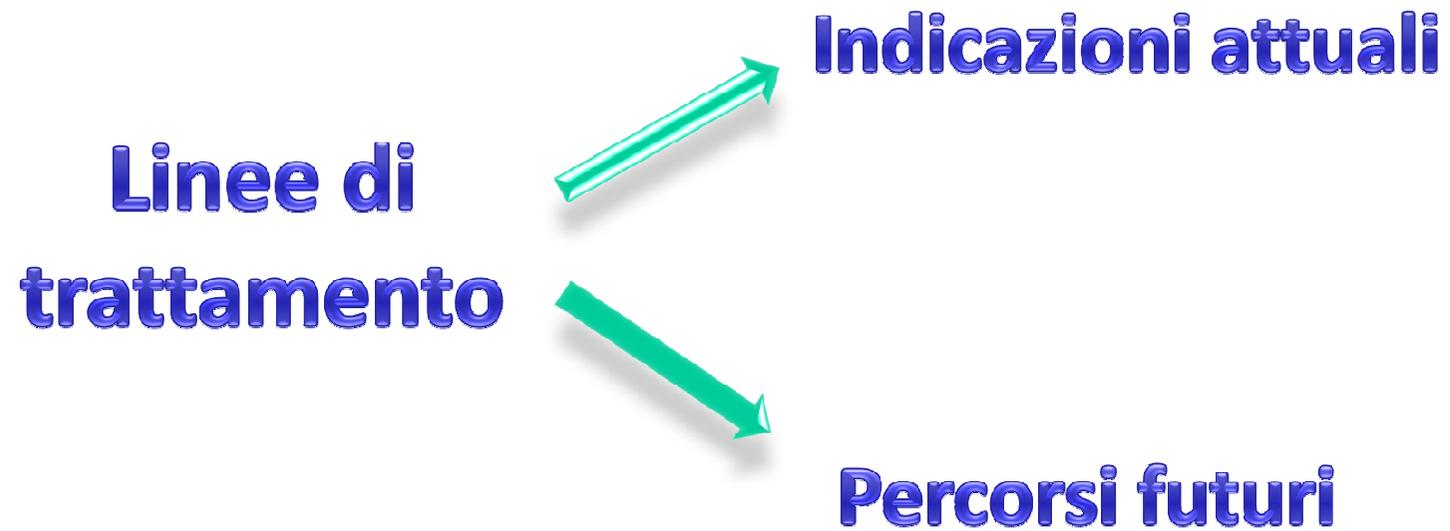
- Prevalgono le percezioni di abbandono – "parcheggio "
- «Sono vicine a pazienti con *seri* problemi»
- Grande difficoltà nel gestire i genitori
- Mancano indicazioni chiare per la gestione di queste pazienti
- Apparente facilità nel gestire la paziente
(egosintonia del sintomo)



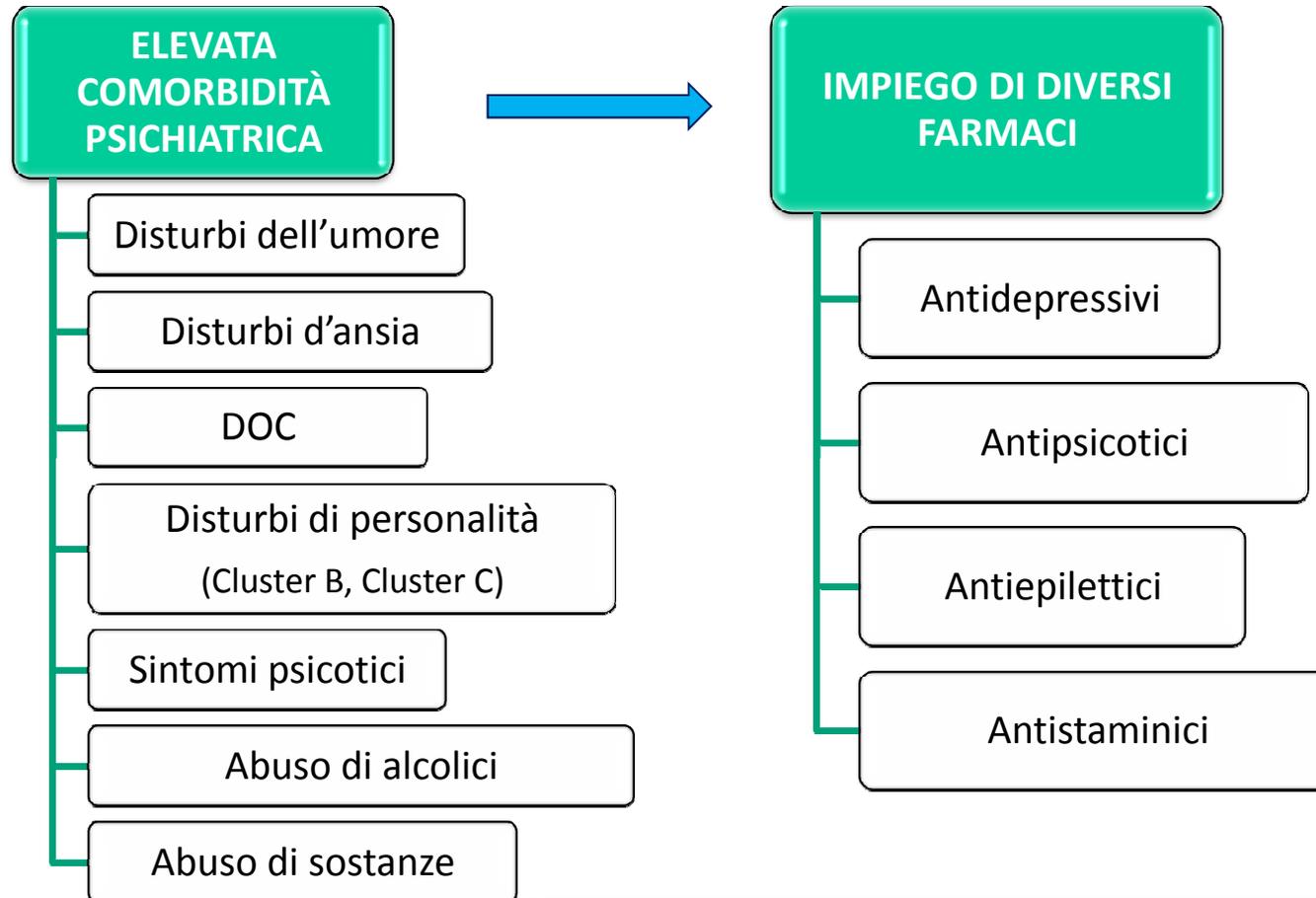
Aree di monitoraggio infermieristico

- Parametri vitali (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca)
- Peso (due volte a settimana, di spalle)
- Monitoraggio dei pasti (con coinvolgimento dei genitori)
- Monitoraggio dell'attività fisica (con coinvolgimento dei genitori)





Quale il farmaco ideale?



Linee guida della World Federation of Societies of Biological Psychiatry (2011) per il trattamento farmacologico dei DCA

AN

- Livello A: Nessuna evidenza.
- Livello B: integrazione di ZINCO.
- Livello C: nutrizione con il SONDINO NASO-GASTRICO.
- C'è un'evidenza per uso dei PROCINETICI nell'accelerazione dello svuotamento gastrico, ma non per un uso generico nel trattamento dell'AN.
- Non c'è evidenza per un uso generale degli ANTIDEPRESSIVI, che tuttavia sembrano rivelarsi utili rispetto alla psicopatologia correlata.

BN

- Livello A: FLUOXETINA, IMIPRAMINA, DESIPRAMINA per il comportamento bulimico. TOPIRAMATO per il comportamento bulimico e la psicopatologia associata, ma con moderato rapporto rischi-benefici. TERAPIA DELLA LUCE. FENELZINA (tuttavia non raccomandata a causa degli effetti collaterali rispetto alla necessità di un'alimentazione priva di tirosina).
- Livello B: FLUVOXAMINA e SERTRALINA per il comportamento bulimico. ISOCARBOSSAZIDE. ODASENTRONE, ma con effetti collaterali potenzialmente gravi.
- Livello C: REBOXETINA, DULOXETINA.
- Rispetto a questi trattamenti, non è tuttavia ancora nota l'efficacia a lungo termine.

Novità nel trattamento e direzioni emergenti

Anoressia Nervosa:

Nuovi studi sull'OLANZAPINA

Studio di 16 settimane, in doppio cieco, con gruppo di controllo, su 160 pazienti ambulatoriali, promosso dal New York State Psychiatric Institute per valutare l'efficacia dell'olanzapina rispetto all'incremento di peso e ai sintomi cognitivi



Linee guida sulla psicoterapia nell'AN

Le maggiori linee guida internazionali

- NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004*)
- APA (*American Psychiatric Association, 2006*)
- *Academy of Eating Disorders (2010)*

hanno ribadito l'utilità della terapia basata sulla famiglia con pazienti in età evolutiva



Maudsley Hospital

I genitori sono invitati ad occuparsi della rialimentazione del figlio con la partecipazione del terapeuta

definitiva restituzione al figlio del controllo sull'alimentazione

vengono esplorate le dimensioni relazionali

Modello sviluppato presso il Maudsley Hospital di Londra da C. Dare e I. Eisler e successivamente manualizzata da alcuni ricercatori dell'Università di Palo Alto



Il contributo genitoriale

Molti studi sottolineano l'importanza del **coinvolgimento dei genitori** nel trattamento dei pazienti con Disturbi Alimentari (Golan, Crow, 2004; Gowers, Bryant-Waugh, 2004; LeGrange, 1999; Nicholls, Magagna, 1997; Zucker, Ferriter, Best, Brantley, 2005).

Il coinvolgimento genitoriale ha un impatto significativo sul trattamento, migliorandone lo **sviluppo e l'esito** (Halvorsen, Heyerdahl, 2007; Pereira, Lock, Oggins, 2006).

Importante sostenere il **funzionamento emotivo dei genitori**, al fine di rafforzare la loro capacità genitoriale e dirigerla verso comportamenti più efficaci.



Efficacia dell'intervento sui genitori

Studio su 261 genitori che hanno partecipato ad un gruppo di supporto genitoriale.

I risultati hanno mostrato **un'alta soddisfazione dei genitori nella partecipazione ad un gruppo di supporto** Pasold, Boateng e Portilla (2010) .

- Utile nella comprensione dei sintomi alimentari e nel sostenere i loro figli nella lotta contro il disturbo alimentare.

Inoltre, il confronto in gruppo funzionava come importante supporto emotivo

Uno studio di Lock, Le Grange e coll. (2010) **sull'efficacia del trattamento focalizzato-sulla-famiglia (FBT)** per adolescenti con Disturbi Alimentari ha evidenziato che sebbene quest'ultimo non sembri essere più efficace alla fine del trattamento rispetto al trattamento individuale, tale **differenza risulta significativa ai follow-up di 6 e 12 mesi**



Novità nel trattamento e direzioni emergenti

Nuovi studi sembrano supportare il *coinvolgimento del partner* nella terapia anche in pazienti adulti.

Sono in corso studi per valutare l'efficacia, anche in termini di rapporto costi-benefici, di **TRATTAMENTI MULTI-FAMILIARI**.



La Coordinazione Familiare

- L'attenzione si focalizza sul **funzionamento della struttura familiare**, in particolare sull'organizzazione dei confini intergenerazionali e sulle modalità di coordinazione e comunicazione tra i membri della famiglia.
- Nella coordinazione delle relazioni triadiche si considerano:
 - le singole diadi (madre-figlio; padre-figlio; madre-padre)
 - la "famiglia come insieme", ovvero come sistema interpersonale che esprime qualità emergenti, ad esempio, quali le **alleanze familiari**, quando genitori e figlio si impegnano in un compito condiviso (Fivaz Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). La **reciprocità e coordinazione** tra i diversi componenti del sistema relazionale.

La ricerca e l'esperienza clinica suggeriscono un'associazione tra modelli di interazione familiare disfunzionali e i disturbi del comportamento alimentare



Lausanne Trilogue Play clinico (LTPc)

- Strumento di **osservazione** delle relazioni familiari
- Consiste nel far eseguire alla famiglia un gioco strutturato composto di quattro parti, in cui si chiede alla famiglia di raggiungere insieme un obiettivo (costruzione di un gioco o il racconto di una storia, giocando tutti insieme come una squadra e condividendo il piacere e il divertimento).
- I genitori guidano il figlio in un gioco condiviso seguendo la regola di alternare 4 parti. Lo strumento permette di ottenere una **valutazione categoriale** del funzionamento familiare in termini di *alleanza familiare*, attraverso la lettura funzionale e clinica e una *valutazione dimensionale* da 0 (massimamente disfunzionale) a 40 (massimamente funzionale), attraverso la lettura strutturale



LTPc: la valutazione delle dinamiche familiari 1/2

- Necessità di “osservare” il contesto familiare nell’insieme, non solo attraverso valutazioni self-report ;
- Opportunità per il terapeuta di sistematizzare e oggettivare (quindi rendere confrontabili) le osservazioni cliniche;
- Possibilità di conoscere le dinamiche familiari in breve tempo;
- Opportunità di restituzione alla famiglia e di intervento attraverso il video-feedback



LTPc: la valutazione delle dinamiche familiari 2/2

- L'utilizzo di uno strumento come il *Lausanne Trilogue Play clinico*, permette di contribuire ad una diagnosi relazionale che può facilitare i clinici nell'intervento con la famiglia;
- L'uso del video feedback sulla videoregistrazione del LTPc permette ai genitori di lavorare in prima persona sui propri limiti e risorse, favorendo il miglioramento di un *positive parenting*, una maggiore empatia tra genitori e figli e uno sviluppo maggiore della funzione riflessiva sulle relazioni (Malagoli Togliatti, Mazzoni, 2006).



Ospedale Pediatrico Bambino Gesù



Si impernia sul confronto con i pari, che consente il superamento dei vissuti di solitudine e di vergogna, l'esperienza del rispecchiamento e del legame

LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO PER I RAGAZZI

Consente di contattare, riappropriarsi, elaborare i vissuti emotivi e uno spazio più personale

Affronta le tematiche centrali rispetto al momento evolutivo

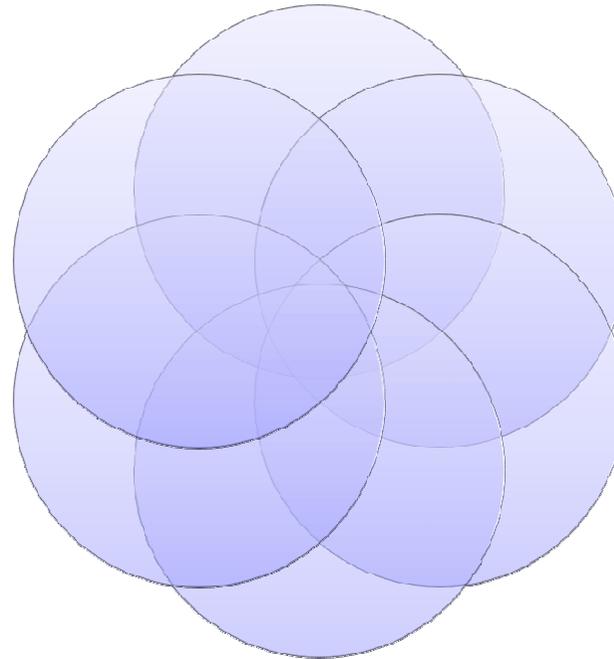
Contrasta le spinte regressive e sostiene il processo di individuazione



LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO PER I GENITORI

Favorisce uno scambio basato sull'esperienza e sul pensiero di gruppo, incoraggiando l'assunzione di responsabilità e della funzione genitoriale

Consente di riconoscere ed elaborare le difficoltà connesse alla crescita e all'autonomia dei figli

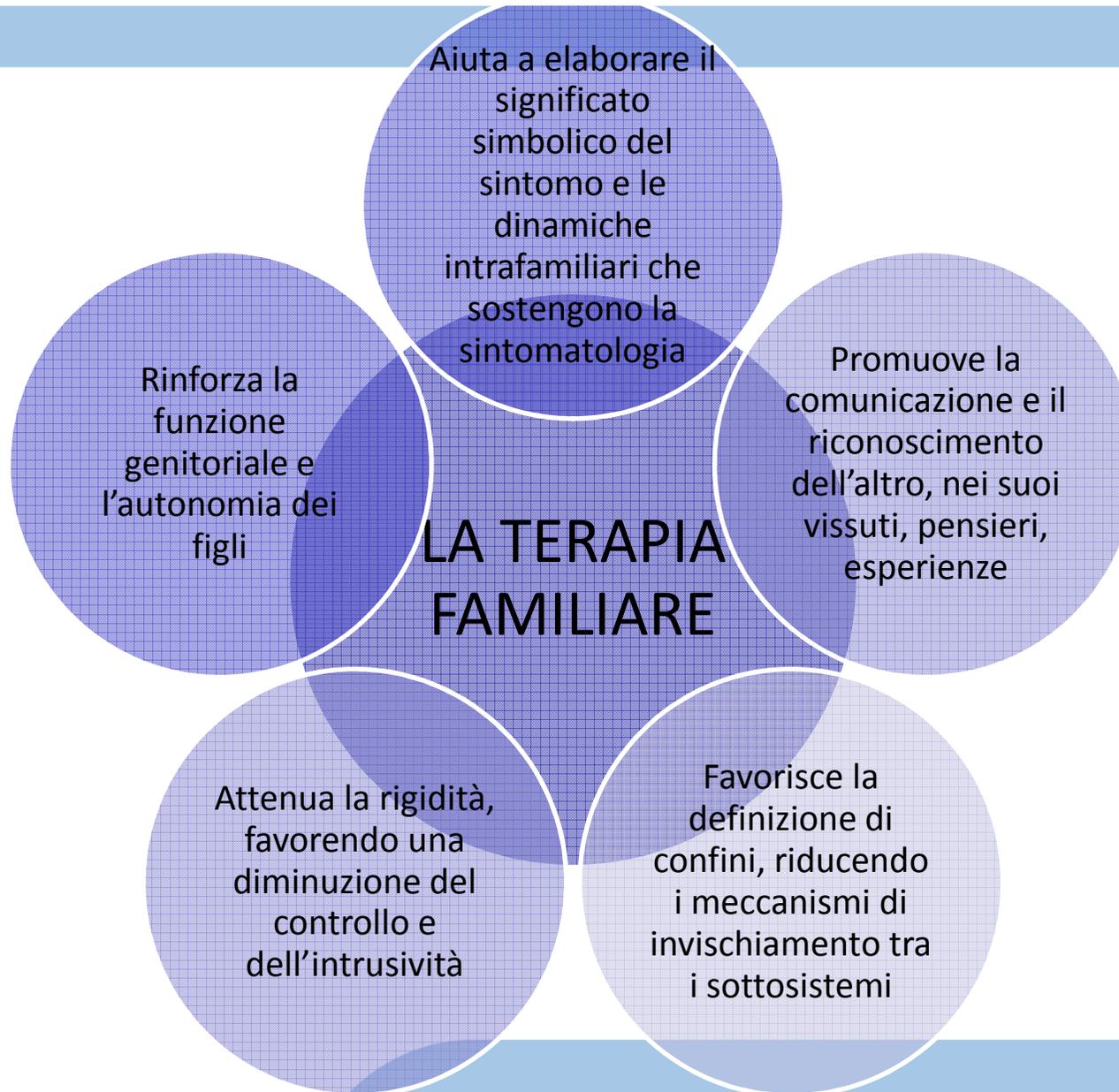


Stabilisce una definizione dei confini

Consente un rispecchiamento e una condivisione ed elaborazione dei vissuti emotivi (angoscia, senso di colpa, impotenza, isolamento)

Aiuta a riformulare la domanda di aiuto, a pensare al significato simbolico del sintomo





LA CONSULENZA NUTRIZIONALE

- Verifica lo stato di nutrizione e corregge solo il danno biologico, rispettando le scelte alimentari personali

- Non prescrive grammature, ma una dieta libera, per ristabilire un rapporto con il cibo più equilibrato e non dominato dall'atteggiamento di controllo ossessivo

- Aiuta a ripristinare l'equilibrio, portando a riconoscere i segnali del proprio corpo

- Si focalizza sul significato di un'alimentazione sana e sul corretto funzionamento del corpo, anziché sul peso e l'immagine corporea

- Rinforza il riconoscimento e l'accettazione dei propri limiti, nella necessità di rispettare le leggi della natura, sostenendo così l'esame di realtà e contrastando l'onnipotenza



IL
MONITORAGGIO
CLINICO-
FARMACOLOGICO

Ha una funzione di coordinamento, rappresentando il riferimento centrale per il paziente e una garanzia di unitarietà per l'équipe curante

Si costituisce come area di integrazione e superamento della scissione mente-corpo

Avvia, dove necessario, una terapia farmacologia per gli aspetti psicopatologici sottostanti o i disturbi presenti in comorbidità (ansia, depressione)

Favorisce la compliance al trattamento da parte del paziente e dei genitori



GRAZIE

UOC Neuropsichiatria Infantile



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO