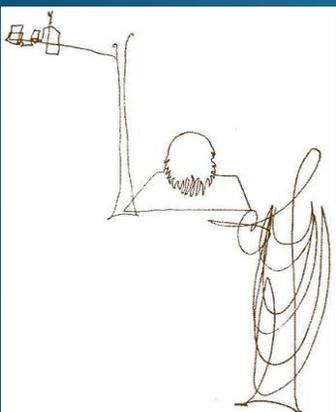


DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IL PUNTO DI VISTA DEL PEDIATRA Terni 21 Aprile 2018

Dr.ssa Anna Egidi

DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE
Struttura Complessa di Neonatologia, Patologia Neonatale,
Terapia Intensiva Neonatale
Ospedale S. Maria di Terni



Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Terni



AZIENDA OSPEDALIERA
S. MARIA DI TERNI

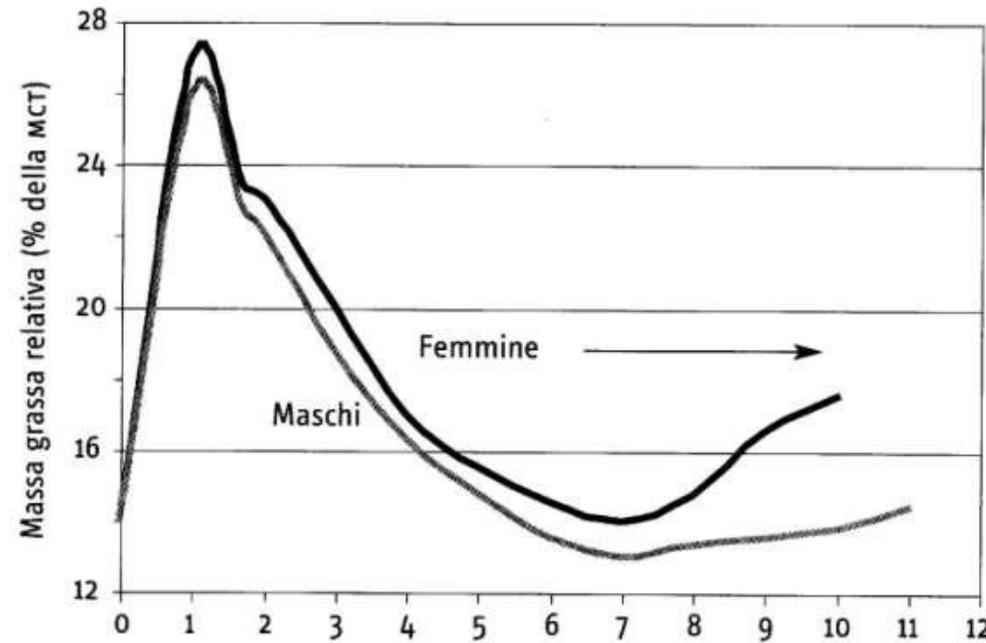
Ci curiamo di voi.

L'ETA' EVOLUTIVA

- Infanzia (tempo compreso dalla nascita alla pubertà):
 - 1° infanzia 0 – 3 anni
 - 2° infanzia 3 – 6 anni
 - 3° infanzia 6 anni – inizio sviluppo puberale
- Pubertà (tempo compreso tra la comparsa dei caratteri sessuali secondari e l'acquisizione funzionale delle gonadi):
 - Femmine 8 – 13 anni
 - Maschi 10 – 15 anni
- Adolescenza:
 - A. Cronologica: dalla pubertà all'età in cui termina l'accrescimento staturale (18-20 a. F; 20-21 M)
 - A. psicosociale: ??? Indipendenza economica ???

ETÀ EVOLUTIVA E COMPOSIZIONE CORPOREA

Figura 1.1. Massa grassa relativa (espressa come percentuale della MCT, massa corporea totale). Variazioni da 0 a 12 anni, nei maschi e nelle femmine. Si noti il diverso profilo, nei due sessi, dell'*adiposity rebound* (freccia)



J Am Diet Assoc. 2004 Jan;104(1 Suppl 1):s57-64. **Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food.** Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. The percentage of children identified as picky eaters by their caregivers increased from 19% to 50% from 4 to 24 months. Picky eaters were reported at all ages for both sexes, all ethnicities, and all ranges of household incomes.

LE DIFFICOLTÀ ALIMENTARI DELLA PRIMA INFANZIA SONO TRA LE PIÙ FREQUENTI RAGIONI DI CONSULTAZIONE PEDIATRICA

- Rifiuto transitorio del cibo
- Rigide preferenze alimentari
- Comportamenti conflittuali durante i pasti



Alimentazione infantile

Uno dei momenti più precoci di interazione madre-bambino

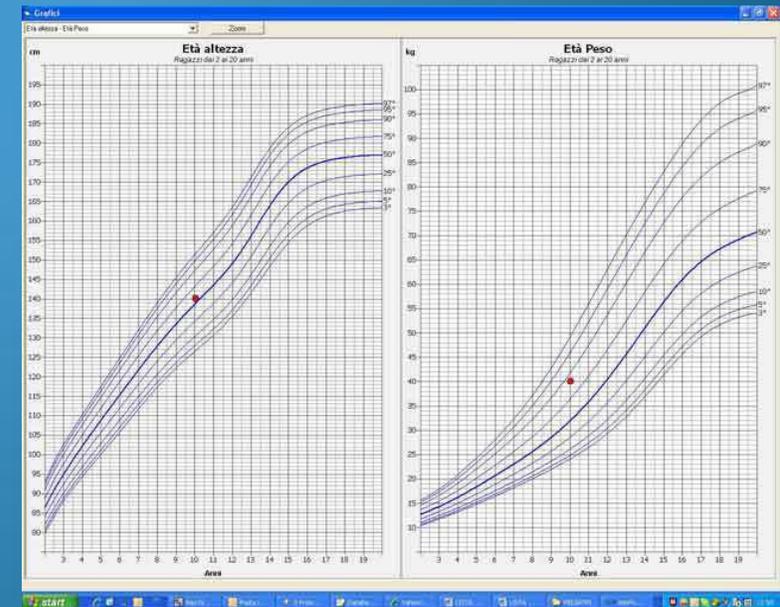
Fonte di soddisfazione e rassicurazione per i genitori

Fonte di intensa preoccupazione se vi sono difficoltà in tale ambito

I percentili e le curve di crescita

La valutazione dei parametri “peso”, altezza” e “BMI”, in funzione dell’età, viene espressa da Curve Standard.

Non hanno pertanto un valore assoluto, ma abbastanza indicativo specialmente quando si discostano in modo sensibile o mostrano grosse discrepanze dai modelli di crescita normali. I valori ricavati dalle misurazioni si esprimono in Centili che comprendono tutti i 99 valori in una serie ordinata di dati statistici che dividono la serie in 100 gruppi uguali (per es. il 50° percentile è la media aritmetica di tutti i dati entro questo ambito di normalità)



Disturbi del Comportamento Alimentare

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

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 prima dei 6 anni

Adolescenza / Età adulta

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo dell'alimentazione Non Altrimenti Specificato

Disturbi del Comportamento Alimentare DSM-V(2014)

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

PICACISMO

- Ingestione persistente di sostanze non nutritive e non commestibili per un periodo di almeno un mese.
- L'ingestione di sostanze non nutritive e non commestibili e inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo.
- Il comportamento alimentare non è parte di pratiche culturali o sociali.
- 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) ed è sufficientemente grave da giustificare di per sé attenzione clinica.

DISTURBO DI RUMINAZIONE

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

Disturbo dell'Alimentazione Evitante/Restrittivo

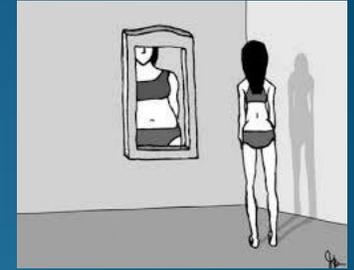
Un disturbo nell'alimentazione o nella nutrizione (es. apparente mancanza di interesse nel cibo o nell'alimentazione, evitamento basato su caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione per conseguenze spiacevoli dell'alimentazione) manifestato da mancato rispetto di un appropriato fabbisogno nutritivo e/o energetico

Il disturbo non è meglio spiegato da mancanza di disponibilità di cibo o da un'associata pratica culturale.

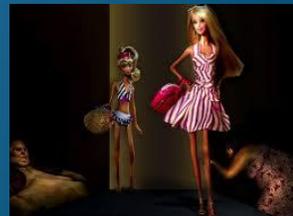
Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente nel corso di Anoressia nervosa o Bulimia Nervosa, e non c'è evidente alterazione nel modo in cui viene vissuto il proprio peso o la forma del proprio corpo.

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 sè attenzione clinica.

Anoressia nervosa



- 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 e definito da un peso inferiore al peso minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiori al peso minimo previsto.
- 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.
- 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.



Classificazione anoressia

Sottotipo restrittivo

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).

Grado di gravità

basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea,
per bambini e adolescenti sui percentili dell'indice di massa corporea.

Indice di gravità anoressia

- **LIEVE** Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²
- **MODERATO** Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²
- **GRAVE** Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²
- **ESTREMO** Indice di massa corporea < 15 kg/m²

(15,73 BMI MEDIO in studio OPBG)

CRITERI DSM 4 TR vs DSM 5 ANORESSIA NERVOSA

DSM IV TR

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo ai di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura ... incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

DSM 5

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

I DCA dell'infanzia

Disordine della alimentazione
dell'infanzia o della prima infanzia

Disturbo dell' alimentazione che si manifesta con un persistente fallimento nel mangiare adeguatamente con deficit del normale incremento ponderale o significativa perdita di peso

Il disturbo non è dovuto ad una condizione gastroesofagea o medica generale

Il disturbo non è preceduto da altro disordine mentale né dalla mancanza di cibo

Disordine della alimentazione da disregolazione emotiva

Il bambino ha difficoltà nel raggiungere e mantenere uno stato di calma o di prontezza per mangiare; è troppo sonnolento o agitato o afflitto per mangiare

La difficoltà di alimentazione inizia nel periodo della nascita

Il bambino manifesta un significativo fallimento nel guadagnare peso

I DCA dell'infanzia

Disordine della alimentazione nel rapporto bambino - caregiver

Il bambino manifesta una perdita nello sviluppo di appropriati segni di reciprocità con il caregiver principale durante l'alimentazione , in presenza di uno scarso sviluppo di un sistema comunicativo efficace tra i due

Il bambino manifesta un significativo deficit di crescita

Il deficit di crescita e la perdita relazionale non è dovuta a un disordine fisico né ad un disturbo pervasivo dello sviluppo

Rifiuto sensoriale del cibo

Il bambino rifiuta in maniera consistente di mangiare cibo con specifico odore, forma o colore

L'esordio del rifiuto di cibo avviene durante la introduzione di diversi tipi di cibo (ad es mangia carote ma rifiuta piselli ecc.)

Il bambino mangia senza difficoltà i cibi graditi

Il rifiuto di cibo produce uno specifico deficit nutrizionale o un ritardo dello sviluppo motorio orale



I DCA dell'infanzia

Disordine della alimentazione associata ad una condizione medica concomitante

Il bambino inizia prontamente a mangiare ma mostra afflizione durante l'alimentazione e rifiuta di proseguirla

Vi è una concomitante condizione medica ritenuta causa dell'afflizione

La gestione medica migliora ma non allevia del tutto il problema di alimentazione

Il bambino non guadagna peso adeguatamente o lo perde

Picacismo

Persistente ingestione di sostanze non nutritive per almeno un mese

L'assunzione di sostanze non nutritive è inappropriato per il livello di sviluppo

Il comportamento alimentare non fa parte di una pratica stabilita culturalmente

I DCA dell'infanzia

Disturbo post-traumatico dell'alimentazione

Il rifiuto del cibo segue un evento traumatico o ripetuti insulti traumatici dell'orofaringe o del tratto gastrointestinale (vomito severo, reflusso, SNG, intubazione endotracheale)

Il ricordo dell'evento stressante causa ansia che si manifesta in uno dei seguenti modi:

- Manifesta ansia anticipatoria quando posizionato per mangiare
- Mostra intensa resistenza quando approcciato col biberon o col cibo
- Intensa resistenza ad inghiottire il cibo posto in bocca

Il rifiuto di cibo è un rischio acuto o cronico per la nutrizione

I DCA dell'infanzia ANORESSIA INFANTILE

- Rifiuto di mangiare una adeguata quantità di cibo per almeno un mese
- Esordio del rifiuto del cibo entro il 3° anno; frequentemente durante la transizione all'alimentazione da cucchiaino o al mangiare da solo
- Il bambino non comunica segnali di fame e perde interesse per il cibo ma mostra forte interesse nella espolazione/interazione con il Caregiver

Trattamento Multidisciplinare integrato

- Psichiatra
- Psicoterapeuta individuale/familiare
- Pediatra
- Endocrinologo
- Nutrizionista
- Infermiere esperto

Problemi nei reparti di appoggio (Pediatria- Gastroenterologia)

- Prevalgono le percezioni di abbandono – "parcheggio "
- Sono vicini a pazienti con problemi considerati "seri"
- Grande difficoltà nel gestire i genitori
- Non esistono indicazioni chiare per la gestione di questi pazienti
- Apparente facilità nel gestire il paziente (egosintonia del sintomo, cioè comportamento/sentimento/idea che sia in armonia con i bisogni ed i desideri dell'lo, il pz si sente in sintonia con i sintomi e non prova disagio)

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)

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)
- Linee guida sulla psicoterapia nell'AN *Academy of Eating Disorders* (2010)

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

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.

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”



Grazie

