

UN INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE DI PREVENZIONE SECONDARIA DELL'ANORESSIA IN ADOLESCENZA: IL PROGETTO PR.A.TO. (PREVENZIONE ANORESSIA TORINO)

A multidisciplinary intervention for secondary prevention of adolescent anorexia: PR.A.TO. Project (Prevention Anorexia Torino)

A. Peloso
C. Carbonara*
V. Gervasio*
S. Giordani*
B. Obialero*
E. Zanini*
S. Vesco*

*Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Università di Torino; *Dipartimento di Pediatria Specialistica e Neuropsichiatria, Azienda Sanitaria Ospedale Infantile "Regina Margherita - Sant'Anna", Torino*

RIASSUNTO

Lo studio clinico e di follow-up analizza le caratteristiche psicopatologiche, l'evoluzione clinica e i fattori prognostici in adolescenti affette da anoressia. Il campione è costituito da 51 soggetti di sesso femminile, età 13-18 anni, affette da anoressia (forme complete e parziali), con follow-up di almeno 12 mesi, nell'ambito di un progetto pilota di prevenzione secondaria dell'anoressia presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale Infantile Regina Margherita - Sant'Anna, Torino. Le caratteristiche psicopatologiche sono misurate attraverso scale self-report CBCL, YSR, EDI-2, TCI, l'evoluzione a distanza con Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS).

Risultati. Evoluzione favorevole (62,75%), migliorata (31,37%), sfavorevole (5,88%); forme parziali, più rappresentate (63%), con outcome più favorevole (68% vs. 37%), maggiore stabilità sintomatologica rispetto all'anoressia tipica (viraggio binge 8% vs. 21%). Fattori prognostici positivi: durata di malattia inferiore a un anno ($p < 0,001$) e dell'amenorrea ($p < 0,05$). A distanza di un anno si registra un miglioramento di alimentazione, peso, amenorrea, insight, relazioni familiari e sociali; permane problematico lo stato mentale, non soddisfacente nel 49%. Prevala la patologia internalizzante soprattutto nelle adolescenti ad evoluzione sfavorevole con tendenza a mantenerla nel tempo; i tratti esternalizzanti sono appannaggio della condotta binge-purging. Alti livelli di autodirettività indicano un'evoluzione favorevole così come bassi livelli di consapevolezza enterocettiva, bulimia, inadeguatezza, impulsività. Si evidenzia il valore terapeutico dell'assessment con effetti positivi a breve termine. In conclusione è possibile un intervento di prevenzione secondaria in adolescenti outpatients, con condotte restrittive, bassa percentuale di peso perso, breve durata di malattia e di amenorrea.

SUMMARY

The clinical and follow-up study analyzes psychopathological features, prognostic factors, clinical course and outcome in adolescent anorexia. The sample consists of 51 anorexic female subjects (full and partial syndromes), age 13-18 years, follow-up of at least 12 months, referred to a pilot project for secondary prevention of anorexia at the Hospital Authority Ospedale Infantile Regina Margherita - S. Anna, Torino. CBCL, YSR, EDI-2, TCI are used to assess psychopathological characteristics, Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS) to assess outcome.

Results. Good outcome (62.75%), intermediate (31.37%), poor (5.88%), partial syndromes, more represented (63%), with better outcome (68% vs. 37%), greater stability of diagnosis than typical anorexia (8% vs. 21%). Positive prognostic factors: duration of illness less than one year ($p < 0.001$) and amenorrhea ($p < 0.05$). After one year there is an improvement of feeding, weight, amenorrhea, insight, family and social relations; mental status remains poor in 49%. The majority of adolescents with poor outcome have a high rate of internalizing psychopathology associated with anorexia for a long time too; externalizing traits are typical of binge-purging behavior. High levels of self-directedness are associated with good outcome as well as low levels of interoceptive awareness, bulimia, ineffectiveness, impulse regulation. Psychological assessment shows a therapeutic value in short-term. In conclusion early interventions could prevent secondary psychopathology in anorexic adolescent outpatients, with restricting behavior, low percentage of weight lost, short duration of illness and amenorrhea.

PAROLE CHIAVE

Anoressia - Adolescenza - Prevenzione secondaria - Intervento multidisciplinare

KEY WORDS

Anorexia - Adolescence - Secondary prevention - Multidisciplinary intervention

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno mostrato un significativo incremento e in Italia la prevalenza dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e di altri DCA risulta rispettivamente dello 0,2-0,8%, dell'1-3% e del 6% (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2006).

Uno studio condotto nel 2003 su 992 allievi delle scuole superiori in Piemonte ha dimostrato che il 17% delle adolescenti è sottopeso, il 7% presenta condotte alimentari problematiche, l'1% sono maschi¹.

Il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dei DCA edito dalla Regione Piemonte nell'ottobre 2008² sostiene il valore della prevenzione secondaria intesa come riduzione del tempo tra l'esordio della patologia e l'inizio delle cure, essendo noto dalla letteratura, dall'esperienza clinica e sostenuto dalle linee guida che tanto minore è la durata di malattia tanto più la prognosi è favorevole e "a questo fine è opportuno che l'individuazione precoce sia sostenuta da percorsi a più vie che rilevino sintomi psicologico-nutrizionali e somatici".

In questa prospettiva presentiamo l'esperienza di intervento ambulatoriale multidisciplinare relativa al progetto pilota attivato negli anni 2003-2007, denominato PR.A.TO. (Prevenzione Anoressia Torino), rivolto all'applicabilità di un iter diagnostico-terapeutico per la prevenzione secondaria delle forme di anoressia: l'obiettivo era di ridurre l'intervallo di tempo tra l'esordio del disturbo e l'inizio delle cure attraverso l'intercettazione dell'amenorrea, sintomo somatico a insorgenza precoce, presente nelle situazioni di sottopeso, nelle diete e/o in un eccesso di impegno psicofisico, riconosciuta dall'adolescente e dalla famiglia come una disfunzione che merita accertamenti e provvedimenti terapeutici.

Sono stati i colleghi dell'Endocrinologia Ginecologica dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Infantile "Regina Margherita - Sant'Anna", polo di riferimento regionale per la patologia materno-infantile e ostetrico-ginecologica presso cui operiamo, a chiederci di collaborare a questo progetto, nato dall'intuizione di chi si trovava a curare amenorree da sottopeso con risultati deludenti e da cui ha preso avvio, nel 2008,

dopo la conclusione della fase sperimentale, il Centro Amenorree-Anoressia.

Ci sembra che il valore dell'intervento multidisciplinare (ginecologi/endocrinologi, neuropsichiatri infantili, psicologi/psicoterapeuti, nutrizionisti), sostenuto dalle linee guida e dalla letteratura, risieda in questo caso nella possibilità di rispettare la scissione mente-corpo propria di questa patologia e di promuoverne l'integrazione: è necessario che tutti i curanti sostengano la motivazione alla cura, non colludano con la negazione di malattia e fronteggino i tentativi di manipolazione.

L'intervento si articola in fasi successive: l'invio da parte del medico/pediatra di base (opportunosamente sensibilizzati) consente l'accesso al Centro, il ginecologo/endocrinologo individua le amenorree ipotalamiche da sottopeso e avvia la presa in carico con la presenza del NPI, di psicologi/psicoterapeuti e nutrizionisti. Nel percorso di cura è previsto un follow-up fino a 36 mesi.

L'obiettivo è consentire l'avvio dell'intervento terapeutico, in particolare favorire il riconoscimento del disturbo emotivo nella paziente e nella famiglia, promuovere trasformazioni nelle relazioni familiari, sostenere la fiducia di incontri "nutrienti" e non pericolosi, tentare di evitare la cronicizzazione del disturbo attraverso la mobilitazione di istanze interne alla paziente e alla famiglia.

L'intervento diagnostico assume particolare valore come primo momento terapeutico: l'incontro, la presa di contatto e conoscenza, da parte dell'adolescente, della famiglia e dell'équipe curante, degli aspetti affettivi, relazionali e di personalità implicati nell'attacco al corpo consente di attivare valenze evolutive, di favorire la motivazione alla cura e di valutare le possibilità di utilizzare l'aiuto terapeutico. Questo consiste in controlli psichiatrici a cadenza variabile, psicoterapie brevi di sostegno presso il Centro, invio a terapeuti privati e ai Servizi di NPI territoriali di residenza dopo la fase acuta nutrizionale e psichiatrica.

Il gruppo di lavoro, stabile nel tempo ad eccezione dell'avvicendamento degli specializzandi in NPI, era costituito da operatori dedicati a tempo parziale: una NPI con formazione psicodinamica, una NPI dottoranda di ricerca, tre psicologhe psicoterapeute infantili, una psicologa/psicoterapeuta con funzione di supervisore, 4/6 specializzande in NPI.

Nella riunione settimanale del gruppo di lavoro si avvia la conoscenza delle ragazze e dei genitori: dai colloqui iniziali integrati dai risultati delle scale psicometriche prende forma la rappresentazione delle adolescenti e delle famiglie, sostenuta dalla riflessione sugli aspetti clinici e psicopatologici, nel tentativo di ricomporre immagini integrate attraverso i contributi emergenti dai diversi vertici osservativi. Dal lavoro di gruppo emerge la possibilità di una valutazione clinica e l'offerta di uno spazio e di una funzione che siano già, per quanto possibile, terapeutici, nel senso più immediato di contenimento e consentano di delineare differenti percorsi di intervento.

Pur mantenendo la centralità dell'approccio psicodinamico che consente e sostiene l'integrazione del lavoro diagnostico-terapeutico, diamo valore ai risultati delle scale self-report applicate anche nel follow-up, indicatori delle caratteristiche e delle difficoltà delle ragazze, simmetriche a quelle dei genitori, nel riconoscersi e descriversi.

Presentiamo i risultati dell'evoluzione a breve termine e i fattori prognostici relativi alle caratteristiche cliniche di un campione di adolescenti con anoressia nell'ambito del Progetto P.R.A.TO.

MATERIALI E METODI

Dall'inizio dell'attività, settembre 2003, sino a fine 2007 si sono presentate 203 adolescenti con diagnosi di amenorrea da perdita di peso e 159 sono state prese in carico: il 70% era al primo contatto con i servizi di salute mentale in età evolutiva, il 30% era già in carico ad altre strutture o dimesso dal reparto di NPI della nostra Azienda.

Il campione è costituito da 51 soggetti di sesso femminile, di età compresa tra 13 e 18 anni (età media 15,8 anni), che soddisfano i criteri diagnostici DSM-IV-TR per AN e forme parziali (NAS), verificate tramite K-SADS, selezionate negli anni 2003-2007 per aver completato un periodo di follow-up di almeno 12 mesi.

Nel 7% dei casi le condizioni nutrizionali e psicopatologiche erano così serie da richiedere sin dai primi incontri il ricovero nel reparto di NPI dell'Azienda Sanitaria presso cui operiamo.

Le caratteristiche generali del campione al momento dell'arrivo al Centro (T_0) sono le seguenti: AN-R: 37%

(= 19 pz); NAS-r (con comportamento alimentare restrittivo): 49% (= 25 pz); NAS-bp (con comportamento alimentare binge-purging): 14% (= 7 pz); comportamento alimentare restrittivo nell'intero campione: 86%, binge-purging: 14%; BMI medio prima della presa in carico: 17,97 (\pm 1,93); durata media di malattia prima della presa in carico: 13,47 mesi (\pm 6,67), di amenorrea: 8,55 mesi (\pm 6,63); assessment psicodiagnostico effettuato nell'85% dei casi, di cui il 48% prosegue un intervento psicoterapeutico breve di sostegno.

Al momento della valutazione iniziale (T_0): colloquio psichiatrico con la ragazza e i genitori, condotti da due NPI, somministrazione di scale psicometriche di autovalutazione; incontro di restituzione e offerta di approfondimento psicodiagnostico a orientamento psicodinamico consistente in alcuni colloqui con la paziente, somministrazione del test di Rorschach, colloqui con i genitori; restituzione, proposta di progetto terapeutico e di eventuale psicoterapia. Dopo un anno (T_{12}) vengono ripetuti i colloqui psichiatrici con l'adolescente e i genitori e la somministrazione delle scale self-report. Queste sono rappresentate da CBCL, YSR, EDI-2, TCI per la valutazione psicopatologica dei DCA.

La Child Behavior Checklist 6-18 (Achenbach, 1991), questionario compilato dai genitori (CBCL) e Youth Self Report (YSR), versione per l'adolescente, sono utilizzate per valutare tratti problematici comportamentali, competenze personali, sociali e scolastiche in soggetti di età tra 6 e 18 anni³. Le scale sono composte da 113 item sui problemi e da 20 sulle competenze raggruppati in 11 Scale sui Problemi (internalizzati, esternalizzati, totali e 8 Syndrome Scales di ritiro, lamentele somatiche, ansia-depressione, problemi sociali, disturbi del pensiero, problemi di attenzione, comportamento delinquenziale, comportamento aggressivo) e in 4 Scale sulle Competenze (competenze totali, activities, social e school). Internalizing score comprende disturbi emozionali con inibizione ed eccesso di controllo, Externalizing score indica la presenza di problemi di attenzione, oppositivi, antisociali e aggressivi.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2, Garner, 1991), strumento diagnostico per valutare in ambito clinico un disturbo alimentare, è costituito da 91 item, raggrup-

pati in 12 sottoscale: alcune valutano atteggiamenti e comportamenti relativi all'alimentazione, al peso e alla forma (Impulso alla magrezza, Bulimia e Insoddisfazione per il corpo), altre indagano tratti psicologici (Inadeguatezza, Perfezionismo, Sfiducia interpersonale, Consapevolezza enterocettiva, Paura della maturità, Ascetismo, Impulsività, Insicurezza Sociale).

Temperament and Character Inventory (Cloninger, 1994) costituito da 240 item secondo il modello bio-psico-sociale consente di ottenere un profilo dei tratti di personalità costituito da 4 dimensioni temperamentali (ricerca della novità, evitamento del danno, dipendenza dal riconoscimento, persistenza) e 3 caratteriali (autodirettività, cooperatività, autotrascendenza).

Per la valutazione dell'outcome è stata utilizzata la versione della Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS) modificata da Jeammet (1991) costituita da 10 item valutati da 1 a 4 (1 = soddisfacente; 2 = abbastanza soddisfacente; 3 = insoddisfacente; 4 = molto insoddisfacente) che comprendono alimentazione, peso, ciclo mestruale, stato mentale, insight, relazioni sessuali, relazioni intrafamiliari, contatti sociali, occupazione (lavoro e studio), condotte additive. Applicando la scala si ottengono tre gruppi confrontabili di pazienti il cui outcome è considerato favorevole se almeno 8 item o più hanno un punteggio di 1 o 2; migliorato se da 4 a 7 item hanno un punteggio di 1 o 2; insoddisfacente se tre item o meno hanno un punteggio di 1 o 2.

Per la valutazione dei fattori prognostici sono stati utilizzati i dati emersi dall'applicazione della MROAS e dalla raccolta di variabili socio-demografiche, cliniche, familiari, personali codificate in modo dicotomico come presenti o assenti.

ANALISI STATISTICA

Si è applicato il t test di Student che ha permesso di valutare se le medie fra i gruppi di comparazione precedentemente riportati sono differenti in modo statisticamente significativo o se la differenza è attribuibile al caso. Per ogni valore ottenuto con il t test è stato calcolato il relativo livello di significatività p , considerando tre livelli: $p < 0,05$; $p < 0,005$; $p \leq 0,001$. Per l'analisi dei dati si è utilizzato il programma SPSS.

RISULTATI

A T_{12} si evidenzia: remissione del DCA: 50%, AN-R: 6%; BN: 8%; NAS-r: 22%; NAS-bp: 14%; "full recovery" nel 37% delle AN-R, nel 68% delle NAS-r, nel 28,5% delle NAS-bp; viraggio binge-purging nel 21% delle AN-R, nell'8% delle NAS-r.

Le pazienti AN-R presentano: DCA peggiorato: 37% ($n = 7$), AN-R: 5% ($n = 1$), NAS-r: 37% ($n = 7$), NAS-bp: 16% ($n = 3$), bulimia: 5% ($n = 1$).

Le pazienti NAS-r presentano: DCA peggiorato: 68% ($n = 17$), AN-R: 8% ($n = 2$), NAS-r: 16% ($n = 4$), NAS-bp: 8% ($n = 2$).

Le pazienti NAS-bp presentano: DCA peggiorato: 28,5% ($n = 2$), NAS-bp: 28,5% ($n = 2$), bulimia: 43% ($n = 3$).

Al momento della valutazione iniziale (T_0) le pazienti erano tutte amenorroiche, in oltre la metà l'alimentazione e lo stato mentale erano insoddisfacenti, il peso, il grado di insight, le relazioni sociali e familiari si mostravano abbastanza soddisfacenti. (Tab. I).

A distanza di un anno (T_{12}) si evidenzia un miglioramento in quasi tutti i parametri considerati, in particolare di quelli che riguardano gli aspetti clinici (alimentazione e peso con ripresa del ciclo mestruale in quasi il 70% delle pazienti), ma anche dell'insight, delle relazioni sociali, familiari e sessuali. Anche lo stato mentale migliora: in poco oltre la metà è soddisfacente o abbastanza soddisfacente, nelle restanti adolescenti (49%) rimane problematico (Tab. I).

Si distinguono tre sottogruppi confrontabili a evoluzione favorevole (32 soggetti, 62,75%), migliorata (16 soggetti, 31,37%), insoddisfacente (3 soggetti, 5,88%): l'evoluzione favorevole risulta statisticamente significativa ($p < 0,001$) rispetto a quella degli altri due sottogruppi.

La Tabella III mostra il percorso terapeutico nei tre sottogruppi: è presente una maggiore adesione alle cure nelle adolescenti a evoluzione favorevole (32 vs. 19) e un intervento di cura più prolungato in quelle con outcome non favorevole (10 vs. 6).

Rispetto ai fattori prognostici (Tab. II) emergono come elementi significativi la durata di malattia che, se inferiore ad un anno, correla con un'evoluzione favorevole ($p < 0,001$) e quella dell'amenorrea, seppur con minor peso ($p < 0,05$).

TAB. I. Valutazione a T₀ e T₁₂ (MROAS modificata da Jeammet, 1991¹⁶).

	1	2	1+2	3	4
Alimentazione (T ₀)	0% (n = 0)	11,76% (n = 6)	11,76%	56,86% (n = 29)	31,37% (n = 16)
Alimentazione (T ₁₂)	31,7% (n = 16)	31,7% (n = 16)	62,75%	27,45% (n = 14)	9,80% (n = 5)
Peso (T ₀)	27,45% (n = 14)	31,37% (n = 16)	58,82%	27,45% (n = 14)	13,73% (n = 7)
Peso (T ₁₂)	50,98% (n = 26)	29,41% (n = 15)	80,39%	3,92% (n = 2)	29,41% (n = 15)
Ciclo mestruale (T ₀)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0%	0% (n = 0)	100% (n = 51)
Ciclo mestruale (T ₁₂)	60,78% (n = 31)	5,88% (n = 3)	66,67%	3,92% (n = 2)	24,41% (n = 15)
Stato mentale (T ₀)	7,84% (n = 4)	23,53% (n = 12)	31,37%	54,9% (n = 28)	13,73% (n = 7)
Stato mentale (T ₁₂)	23,53% (n = 12)	27,45% (n = 14)	50,98%	37,25% (n = 19)	11,76% (n = 6)
Insight (T ₀)	17,65% (n = 9)	45,1% (n = 23)	62,75%	29,41% (n = 15)	7,84% (n = 4)
Insight (T ₁₂)	24,41% (n = 15)	47,06% (n = 24)	76,47%	17,65% (n = 9)	5,88% (n = 3)
Relazioni sessuali (T ₀)	13,73% (n = 7)	64,71% (n = 33)	78,43%	17,65% (n = 9)	3,92% (n = 2)
Relazioni sessuali (T ₁₂)	17,65% (n = 9)	66,67% (n = 34)	84,31%	13,73% (n = 7)	1,96% (n = 1)
Relazioni familiari (T ₀)	21,57% (n = 11)	45,1% (n = 23)	66,67%	29,41% (n = 15)	3,92% (n = 2)
Relazioni familiari (T ₁₂)	23,53% (n = 12)	56,86% (n = 29)	80,39%	15,69% (n = 8)	3,92% (n = 2)
Relazioni sociali (T ₀)	37,25% (n = 19)	31,37% (n = 16)	68,63%	27,45% (n = 14)	3,92% (n = 2)
Relazioni sociali (T ₁₂)	62,75% (n = 32)	11,76% (n = 6)	74,51%	21,57% (n = 11)	3,92% (n = 2)
Occupazione (T ₀)	86,27% (n = 44)	5,88% (n = 3)	92,16%	5,88% (n = 3)	1,96% (n = 1)
Occupazione (T ₁₂)	78,43% (n = 40)	17,65% (n = 9)	96,08%	3,92% (n = 2)	0% (n = 0)
Condotte additive (T ₀)	82,35% (n = 42)	17,65% (n = 9)	100%	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Condotte additive (T ₁₂)	66,67% (n = 34)	27,45% (n = 14)	94,12%	5,88% (n = 3)	0% (n = 0)

Si segnalano come elementi sfavorevoli non tanto il valore di BMI quanto la percentuale di peso perso, il sovrappeso in premorbidità, i problemi internalizzanti, il sottotipo binge-purging, le relazioni sociali e familiari disturbate, la necessità di ricovero.

La CBCL mostra nel sottogruppo ad evoluzione favorevole valori meno elevati in tutte le scale e disturbi internalizzanti con valori borderline; negli altri sottogruppi i genitori li segnalano in range patologico insieme a difficoltà sociali ($p < 0,05$).

Alla YSR le ragazze con evoluzione non favorevole evidenziano in modo significativo ($p < 0,001$) la presenza di disturbi internalizzanti, totali e ansioso-depressivi, in misura minore ($p < 0,005$) di socializzazione, del pensiero e di attenzione e infine ($p < 0,05$) ritiro, comportamenti aggressivi e disturbi esternalizzanti ($p < 0,05$).

L'EDI-2 mostra valori più elevati in quasi tutte le sottoscale delle pazienti con evoluzione non favorevole, in particolare insoddisfazione corporea e inadeguatezza ($p < 0,001$) con tendenza assai marcata a mantenerli invariati nel tempo.

Il sottogruppo a evoluzione favorevole mostra un andamento più fluido con modificazioni a T_{12} soprattutto nelle sottoscale che misurano la consapevolezza enterocettiva ($p < 0,005$) e in misura minore in quelle della bulimia, inadeguatezza e impulsività ($p < 0,05$).

Al TCI le adolescenti con evoluzione non favorevole mostrano valori elevati di evitamento del danno

($p < 0,05$), bassa autodirettività ($p < 0,001$) e cooperatività; 11 delle 14 adolescenti con condotte binge/purging presentano valori bassissimi di autodirettività ($S = 15,36 = 1\%$).

Il confronto tra condotta restrittiva e binge-purging mostra in quest'ultima la presenza significativa ($p < 0,001$) di disturbi esternalizzanti e comportamentali evidenziati dai genitori (CBCL) e dalle ragazze (YSR).

Alla YSR le pazienti con perdita di peso $\geq 20\%$ segnalano ($p < 0,05$) disturbi sia internalizzanti (disturbi somatici e ansioso-depressivi) che esternalizzanti, mentre alla CBCL i genitori evidenziano ($p < 0,05$) quelli esternalizzanti, del comportamento e dell'aggressività.

TAB. II. Fattori prognostici.

Fattori prognostici	Evoluzione favorevole	Evoluzione migliorata-insoddisfacente
Età di esordio	15,47	15,06
Durata di malattia (mesi)	10,47	18,32*
Durata amenorrea (mesi)	7,09	11,44**
BMI a T_0	17,65	18,62
Peso perso (%)	16,25%	20,95%
Problemi internalizzati	47%	74%
Problemi esternalizzati	19%	32%
Sottotipo binge-purging	6%	42%
Relazioni familiari	72%	58%
Relazioni sociali	75%	53%
Relazioni sessuali	78%	79%
Sovrappeso (premorbidità)	12,5%	26%
Inpatient	9%	16%
Life event negativi	56%	32%
Genitori separati	13%	5%
Famiglie monoparentali	6%	5%
Familiarità psichiatrica	44%	37%

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$

TAB. III. Percorso terapeutico.

Evoluzione	Follow-up NPI	Assessment	Assessment + Psicoterapia breve	Assessment + Psicoterapia > 1 anno
Favorevole	n = 5 (15,5%)	n = 13 (40,5%)	n = 8 (25%)	n = 6 (19%)
Migliorata-insoddisfacente	n = 3 (16%)	n = 6 (31,5%)	-	n = 10 (52,5%)

Se il disturbo dura più di un anno sono le ragazze (YSR), e non i genitori (CBCL), a segnalare in modo significativo ($p < 0,001$) lamentele somatiche, tratti ansioso-depressivi, disturbi del pensiero, di attenzione e problematiche internalizzanti.

CONCLUSIONI

L'anoressia è una patologia psichiatrica con alto tasso di mortalità (5%), meno della metà delle pazienti guarisce (46%), un terzo migliora passando da forme complete a parziali, il 20% rimane cronicamente affetto⁴. L'evoluzione delle forme ad esordio adolescenziale è più favorevole: mortalità significativamente più bassa (1,8% vs. 5%) e recupero in un numero maggiore di soggetti (57% vs. 47%)⁵⁻¹⁶.

Vengono riconosciuti quali fattori prognostici negativi la lunga durata di malattia e di ospedalizzazione, la grave perdita di peso, il sottotipo binge-purging e tra quelli positivi l'esordio giovanile, la breve durata dei sintomi prima della presa in carico, la presenza di buone relazioni familiari⁴.

Nella nostra esperienza, pur con i limiti di un follow-up a breve termine (12 mesi), l'evoluzione favorevole presente nel 62,75% delle adolescenti, migliorata nel 31,37% e sfavorevole soltanto nel 5,88% è incoraggiante e concorda con i dati della letteratura^{8 12-14 17}: la maggioranza del campione è costituita da outpatients (93%) in condizioni cliniche e psicopatologiche non severe, le forme parziali (NAS) sono quelle più rappresentate (63%), con outcome più favorevole (68% vs. 37%), più stabili dal punto di vista sintomatologico rispetto all'anoressia tipica (viraggio binge nell'8% vs. 21%)¹⁵.

Al momento della valutazione iniziale tutte le pazienti erano amenorroiche, in oltre la metà l'alimentazione e lo stato mentale erano insoddisfacenti, il peso, l'insight, le relazioni sociali, familiari e sessuali abbastanza soddisfacenti.

A distanza di un anno emerge come fattore prognostico positivo la durata di malattia inferiore a dodici mesi

e in minor misura quella dell'amenorrea. Si registra un miglioramento degli aspetti clinici del disturbo (alimentazione, peso e amenorrea con ripresa del flusso mestruale nel 70%), dell'insight, delle relazioni familiari e sociali; permane problematico lo stato mentale, non soddisfacente nel 49% dei casi, dato concorde con la letteratura^{5 8 10 16}.

Se il disturbo dura da più di un anno la gravità psicopatologica si esprime sotto forma di importanti difficoltà soprattutto nelle relazioni sociali, nel funzionamento mentale con tratti internalizzanti, in particolare ansioso-depressivi registrati dalle adolescenti.

Si segnalano come elementi sfavorevoli la lunga durata di malattia, il sovrappeso (premorbosità), l'elevata perdita di peso, espressa come percentuale di peso perso (Andersen¹⁸ suggerisce di considerarla, se superiore al 20%, elemento di cut-off tra AN e NAS e fattore prognostico negativo), la condotta binge-purging, i problemi nelle relazioni sociali, la conflittualità nelle relazioni intrafamiliari; la familiarità psichiatrica così come i life event negativi non sembrano incidere sull'evoluzione sfavorevole consentendo di pensare che ai fini prognostici sia maggiormente in causa la qualità delle relazioni¹⁵.

Concordemente con la letteratura^{19 20} prevale la psicopatologia internalizzante soprattutto nelle adolescenti con evoluzione sfavorevole con tendenza a mantenerla nel tempo; i tratti esternalizzanti sono appannaggio della condotta binge-purging.

Alti livelli di autodirettività sono indicatori di evoluzione favorevole.

Rispetto all'intervento di cura si evidenzia il valore terapeutico dell'assessment con effetti positivi a breve termine²¹.

In conclusione i risultati emersi dal nostro studio sembrano delineare un gruppo di adolescenti outpatients, con condotte restrittive, bassa percentuale di peso perso, breve durata di malattia e di amenorrea nelle quali, attraverso il focus sul sintomo somatico amenorrea, è possibile attuare un intervento di prevenzione secondaria, seppur con i limiti di un follow-up a breve termine.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Abbate Daga G, Gramaglia C, Malfi G, et al. *Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students.* Eur Eat Disord Rev 2007;15:471-8.
- ² *I Disturbi del Comportamento Alimentare.* Una proposta della Regione Piemonte per un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, ottobre 2008. www.regione.piemonte.it/sanita/index/htm
- ³ Crijnen AAM, Achenbach TM, Verhulst FC. *Comparison of problems reported by parents of children in twelve cultures: total problems, externalizing and internalizing.* J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1997;36:1269-77.
- ⁴ Steinhausen HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century.* Am J Psychiatry 2002;159:1284-93.
- ⁵ Halvorsen I, Andersen A, Heyerdahl S. *Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long term follow-up of a representative county sample.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:295-306.
- ⁶ Woods S. *Untreated recovery from eating disorders.* Adolescence 2004;39:361-7.
- ⁷ Råstam M, Gillberg C, Wentz E. *Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2003;12(Suppl 1):178-90.
- ⁸ Patton GC, Coffey C, Sawyer SM. *The outcome of adolescent eating disorders: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2003;12(Suppl 1):125-9.
- ⁹ Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, et al. *Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales.* J Child Psychol Psychiatry 2001;42:613-22.
- ¹⁰ Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, et al. *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation.* J Child Psychol Psychiatry 2001;42:603-12.
- ¹¹ Gowers SG, Weetman J, Shore A, et al. *Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa.* Br J Psychiatry 2000;176:138-41.
- ¹² Strober M, Freeman R, Morrell W. *Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study.* Int J Eat Disord 1999;25:135-42.
- ¹³ Saccomani L, Savoini M, Cirrincione M, et al. *Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity.* J Psychosom Res 1998;44:565-71.
- ¹⁴ Van der Ham T, van Strien DC, van Engeland HA. *Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: a four-year prospective study.* Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7:79-84.
- ¹⁵ Strober M, Freeman R, Morrell W. *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study.* Int J Eat Disord 1997;22:339-60.
- ¹⁶ Jeammet P, Brechon G, Payan C, et al. *Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission.* Psychiatrie de l'enfant 1991;34:381-442.
- ¹⁷ Lee S, Chan YY, Hsu LK. *The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong.* Am J Psychiatry 2003;160:967-72.
- ¹⁸ Andersen AE, Bowers WA, Watson T. *A slimming program for eating disorders not otherwise specified: reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category.* Psychiatr Clin North Am 2001;24:271-80.
- ¹⁹ Muratori F, Viglione V, Maestro S, et al. *Internalizing and externalizing conditions in adolescent anorexia.* Psychopathology 2004;37:92-7.
- ²⁰ McDermott B, Forbes D, Harris C, et al. *Non-eating disorders psychopathology in children and adolescents with eating disorders: implications for malnutrition and symptom severity.* J Psychosom Res 2006;60:257-61.
- ²¹ Gowers SG, Norton KRV, Halek C. *Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation study of anorexia nervosa.* Int J Eat Disord 1994;15:165-77.

Corrispondenza: Anna Peloso, Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Infantile "Regina Margherita", piazza Polonia 94, 10129 Torino - Tel. +39 011 6961642 - E-mail: anna.peloso@unito.it