

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

Raccomandazioni in tema di prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari negli adolescenti dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP)

Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents

Commento a cura del Gruppo di studio sull'Adolescenza dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)

Il disturbo del comportamento alimentare sono diventati la terza patologia cronica in adolescenza, dopo obesità ed asma. Negli Stati Uniti negli ultimi 30 anni la percentuale di bambini obesi è raddoppiata e quella di adolescenti obesi quadruplicata. Un recente studio pubblicato sul *Journal of Adolescent Health* riporta che il 36.7% di adolescenti con disturbo del comportamento alimentare (DCA) aveva una precedente condizione di sovrappeso o obesità [1]. Un lavoro pubblicato sul *Lancet* nel 2015 revisiona la letteratura pubblicata nei vari paesi negli ultimi anni ed indica percentuali medie di prevalenza dello 0,7 per cento nelle ragazze adolescenti per l'anoressia e l'1-2% per la bulimia in donne di 16-35 anni di età.

Questi dati epidemiologici allarmanti unitamente alla considerazione che i DCA sono la patologia psichiatrica che ha registrato un incremento negli ultimi 20 anni mai rilevato in altri disturbi psichiatrici, hanno indotto l'Accademia Americana di Pediatria (AAP) a proporre alcune raccomandazioni in tema di prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari negli adolescenti. I comportamenti che l'AAP considera associati ad obesità o DCA negli adolescenti sono i seguenti:

- Dieting
- Family meals
- Weight talk
- Weight teasing
- Healthy body image

Il Dieting è inteso come **Restrizione calorica con l'obiettivo di perdere peso**. In un recente studio di coorte prospettico su studenti di 14-15 anni seguiti per tre anni, il *dieting* è risultato essere il più importante predittore di DCA [2]. Un altro studio (EAT, *Eating Among Teens*) rileva che in 2.516 ragazzi seguiti per 5 anni, i comportamenti di *dieting* si associavano a rischio di sovrappeso e di binge eating rispettivamente 2 e 1.5 volte in più [3]. Il **consumare regolarmente cibi in famiglia** (*Family meals*) determina un miglioramento delle scelte alimentari, con persistenza dei comportamenti nei 5 anni di follow-up e rappresenta una buona prevenzione di comportamenti alimentari disordinati e di controllo del peso [4-5]. Anche il *Weight talk*, ovvero i **commenti fatti dai familiari sul proprio peso o sui figli**, sembra correlarsi in modo statisticamente significativo alla presenza di DCA o sovrappeso [6]. Per quanto concerne il *weight teasin* - **derisione per il proprio peso** - in adolescenti sovrappeso, è dimostrato che la derisione per il proprio aspetto subita in famiglia o dai coetanei è presente nel 40% delle preadolescenti e nel 37% dei preadolescenti [7]. L'**insoddisfazione per la propria immagine corporea** (*Healthy body image*) riguarda secondo un recente lavoro la metà delle teen-ager ed un quarto dei coetanei maschi [8].

L'AAP sottolinea il ruolo centrale del pediatra nella prevenzione dell'obesità e dei DCA negli adolescenti e raccomanda i seguenti comportamenti:

- Distogliere dal *dieting* e sostenere l'attività fisica e i comportamenti alimentari salutari;
- Promuovere una positiva immagine di sé;
- Incoraggiare i pasti in famiglia;
- Stimolare i familiari a non "parlare di peso";
- Indagare su atteggiamenti di bullismo subiti da adolescenti in sovrappeso;
- Sorvegliare con attenzione gli adolescenti che hanno necessità di perdere peso.

Questi suggerimenti pragmatici sono pertinenti e di qualità, specie per lo stile di vita e alimentare delle popolazioni nord-americane. Tuttavia nelle raccomandazioni proposte da AAP, viene trascurato il significato profondo di un disturbo alimentare che è sempre correlato ad un disturbo della relazione e che spesso esordisce già nei primi anni di vita. In un recente congresso tenutosi a Forlì dal titolo: "*Alimentazione e salute. La prevenzione dei disturbi alimentari dalla gravidanza ai primi 3 anni di vita*" è emersa chiaramente la necessità di coinvolgere ginecologi, pediatri, infermieri, psicologi nel diagnosticare precocemente i disturbi alimentari che possono esprimersi fin dai primi 1000 giorni di vita. Spesso già in questa fase si matura una distorsione nel rapporto con il cibo che poi in epoca puberale e adolescenziale riemerge in modo esplosivo, legata alle trasformazioni psichiche, relazionali e corporee peculiari di questo periodo della vita. Gran parte degli adolescenti che afferiscono ai servizi che si occupano di DCA, vive o ha vissuto fin da piccoli in contesti familiari nei quali il cibo (o meglio il peso) è parlato ma non condiviso. L'attenzione incongrua da parte dei pediatri dei punti nascita e dei pediatri di libera scelta a *quanto cresce il bambino* (fin dai primi giorni di vita c'è lo spauracchio del calo fisiologico e della scarsa crescita...) non favorisce di certo un approccio sereno al cibo e allo sviluppo. La letteratura specializzata sul tema della prevenzione dei DCA è stata analizzata in una pubblicazione curata nel 2014 dalla Regione Emilia-Romagna dal titolo: "*Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare*" [9]. In questo lavoro vengono indicate alcune situazioni di vulnerabilità che i pediatri dovrebbero considerare nell'attività clinica quotidiana:

- contesti relazionali in cui si palesa una difficoltà nella reciprocità nel rapporto madre-figlio (es. Depressione post-partum, genitore con pregresso DCA o con disturbi psichiatrici, famiglie frammentate, etc);
- scenari in cui emergono difficoltà del bambino nella regolazione delle emozioni e degli impulsi o avversioni acquisite per

alcuni cibi;

- regimi alimentari caratterizzati da un numero troppo ristretto di sapori nei primi anni di vita, durante o dopo lo svezzamento;
- presenza nell'anamnesi di diete restrittive, nella quantità o nella qualità dei cibi, dovute a malattie o ad eccesso ponderale;
- situazioni di "cultura familiare" in cui ha grande rilevanza l'aspetto esteriore e la forma fisica.

Per quanto si riferisce al periodo della pre-adolescenza occorre valutare con attenzione le seguenti tipologie:

- personalità caratterizzata da perfezionismo, ossessività, competitività;
- frequentazione di ambienti che spingono alla competizione, alle rigide performances ed alla costante applicazione (sport agonistici, classi scolastiche iperselettive, genitori performanti, etc);
- attività sportiva che correla con una immagine corporea spinta alla magrezza (danza, ginnastica ritmica o artistica);
- appartenenza a gruppo informale frequentato da coetanei affetti da DCA;
- navigazione su siti web che spingono alla magrezza o all'ortorexia.

Il pediatra è la figura professionale che incontra regolarmente lattanti, bambini e famiglie ed ha perciò la possibilità di cogliere precocemente comportamenti alimentari inadeguati e contesti relazionali disturbati. Considerando le giuste raccomandazioni dell'AAP e volendo integrarle con queste ultime riflessioni si può avanzare qualche considerazione da tenere a mente. Il pediatra potrebbe abbassare il livello di preoccupazione dei genitori sulla crescita ponderale dei figli cercando di non comunicare rigidamente pesi ideali da raggiungere. Potrà essere di aiuto nell'affrontare le difficoltà relazionali nei primi anni di vita e prevenire l'utilizzo "strumentale" del cibo. Allo stesso modo sarà importante l'attività di vigilanza rispetto a programmi dietetici restrittivi o eccessivamente rigorosi (proposti da dietiste e nutrizionisti) e promuovere un approccio di "alimentazione responsiva" e condivisa fin da piccoli. Appare necessario rivolgere particolari attenzioni verso quei preadolescenti inseriti in progetti sportivi caratterizzati da alta competizione individuale (danza classica, ginnastica artistica) e promuovere modalità di divertimento e svago di tipo cooperativo, all'interno di gruppi formali o informali. La possibilità di condividere i pasti in famiglia è un importante momento educativo e di dialogo e rappresenta un buon indicatore dell'appartenenza costruttiva al proprio nucleo familiare.

1. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics* 2013;132 (4):e1026-e1030
2. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*.1999;318(7186):765-768
3. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van denBerg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*.2007;33(5):359-369
4. Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, et al. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med*.2008;162(1):17-22
5. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health*.2009;44(3):206-213

6. Loth KA, Croll JK. Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *Int J Eat Disord*. 2009;42(2):146-152
7. Haines J, Hannan PJ, van den Berg P, et al. Weight-related teasing from adolescence to young adulthood: longitudinal and secular trends between 1999 and 2010. *Obesity* . 2013;21(9):E428-E434
8. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, et al. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med*.2002;156(2):171-178
9. Regione Emilia-Romagna – Programma regionale per I disturbi del comportamento alimentare – Contributi 2009-2012 – Dossier 240-2014 ISSN 1591-223X.

CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy
of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents

Neville H. Golden, MD, FAAP, Marcie Schneider, MD, FAAP, Christine Wood, MD, FAAP, COMMITTEE ON NUTRITION, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, SECTION ON OBESITY

Obesity and eating disorders (EDs) are both prevalent in adolescents. There are concerns that obesity prevention efforts may lead to the development of an ED. Most adolescents who develop an ED did not have obesity previously, but some teenagers, in an attempt to lose weight, may develop an ED. This clinical report addresses the interaction between obesity prevention and EDs in teenagers, provides the pediatrician with evidence-informed tools to identify behaviors that predispose to both obesity and EDs, and provides guidance about obesity and ED prevention messages. The focus should be on a healthy lifestyle rather than on weight. Evidence suggests that obesity prevention and treatment, if conducted correctly, do not predispose to EDs.

INTRODUCTION

The prevalence of childhood obesity has increased dramatically over the past few decades in the United States and other countries, and obesity during adolescence is associated with significant medical morbidity during adulthood.¹ Eating disorders (EDs) are the third most common chronic condition in adolescents, after obesity and asthma.² Most adolescents who develop an ED did not have obesity previously, but some adolescents may misinterpret what "healthy eating" is and engage in unhealthy behaviors, such as skipping meals or using fad diets in an attempt to "be healthier," the result of which could be the development of an ED.³ Messages from pediatricians addressing obesity and reviewing constructive ways to manage weight can be safely and supportively incorporated into health care visits. Avoiding certain weight-based language and using motivational interviewing (MI) techniques may improve communication and promote successful outcomes when providing weight-management counseling.⁴

This clinical report complements existing American Academy of Pediatrics (AAP) reports on EDs⁵ and obesity prevention.⁶ The aim is to address the interaction between obesity prevention and EDs in teenagers and to stress that obesity prevention does not promote the development

abstract

FREE

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have read conflict of interest statements with the American Academy of Pediatrics. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Board of Directors. The American Academy of Pediatrics has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

Clinical reports from the American Academy of Pediatrics benefit from expertise and resources of hospitals and internal staff and external reviewers. However, clinical reports from the American Academy of Pediatrics may not reflect the views of the hospitals or the organizations or government agencies that they represent.

The guidance in this report does not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

All clinical reports from the American Academy of Pediatrics automatically expire 5 years after publication unless reaffirmed, revised, or extended at or before that time.

DOI: 10.1542/peds.2016-1649

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1099-4273). Copyright © 2016 by the American Academy of Pediatrics

FINANCIAL DISCLOSURE: The authors have indicated they do not have a financial relationship relevant to this article to disclose.

POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST: The authors have indicated they have no potential conflicts of interest to disclose.

To cite: Golden NH, Schneider M, Wood C, AAP COMMITTEE ON NUTRITION. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161649

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

PEDIATRICS Volume 138, number 3, September 2016:e20161649