



I D. C. A.

*Dai segni premonitori alla
diagnosi: il ruolo del pediatra*

Dr. GRAZIELLA FILATI

U.O. di Pediatria e Neonatologia

Ospedale Guglielmo Da Saliceto Piacenza

CASERTA 30 MAGGIO 2 GIUGNO 2008

Il rapporto con il cibo

Il particolare rapporto che ognuno ha con il cibo, fin da piccolo, è carico di componenti psicologiche e affettive del tutto personali che possono facilitare o interferire con una sana alimentazione.

Desiderio, piacere, soddisfazione..... ma
anche cautela, timore, diffidenza, rifiuto, sono
le componenti in gioco nell'alimentazione che
spesso si alternano nello stesso individuo.

Il rapporto con il cibo, quindi, è l'espressione
di un appetito che non si limita a soddisfare la
fame ma coinvolge gli impulsi più istintivi e
vitali della vita affettiva

LA NORMALITA' *E LA PATOLOGIA*

La manifestazione più evidente di una difficoltà alimentare è

la modificazione delle abitudini alimentari

o

l'adozione di un'abitudine anomala e persistente

LA NORMALITA' E LA PATOLOGIA

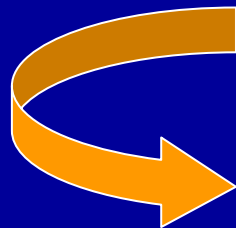
Il primo problema che si deve risolvere di fronte ad un particolare atteggiamento alimentare è quello di stabilire dove si trova il confine tra un comportamento normale e uno patologico

**Esistenza di
“zona di confine”**



dubbi

**sulla definizione del disturbo
sull'opportunità di un intervento**



**acquisizione di un atteggiamento
più rigido con rinforzo di
comportamento patologico.**

LA NORMALITA' E LA PATOLOGIA

Nell'età evolutiva osserviamo differenti atteggiamenti relativi all'alimentazione:

1. La maggior parte di essi non presenta nessuna caratteristica preoccupante
2. In alcuni casi l'atteggiamento alimentare può diventare problematico
3. In altri casi si presenta francamente patologico
4. In altri ancora si configura come un D.C. A.

COME DISTINGUERE LE DIFFICOLTA' ALIMENTARI DAI D.C.A.

UNA DIFFICOLTA' ALIMENTARE diventa D.C.A
quando sono presenti:

- Alterazioni cognitive nei confronti del peso e del corpo (*Distorsione dell'immagine corporea e della valutazione del peso*)
- Preoccupazione *patologica* riguardo al peso e alla forma del corpo
- Conflittualità con il cibo
- Bassa autostima
- Cattiva qualità della vita

ATTEGGIAMENTI ALIMENTARI PARAFISIOLOGICI E PROBLEMATICI NELL'ETA' EVOLUTIVA

- Le “manie” alimentari dell’infanzia
- L’alimentazione restrittiva dell’infanzia
- L’iperalimentazione dell’adolescenza

- L’alimentazione selettiva
- L’alimentazione restrittiva

Nell’ uno e nell’altro caso, questi ragazzi non presentano nessun comportamento problematico purchè non si eserciti nessuna pressione sulle loro abitudini alimentari.

Sempre il pediatra si trova a dovere gestire la comprensibile preoccupazione dei genitori a proposito della nutrizione più o meno corretta del proprio figlio.

E' opportuno che egli chiarisca che queste preoccupazioni sono avvertite dal bambino o dall'adolescente ed esattamente come la coercizione e le forzature, contribuiscono a mantenere e a rinforzare quella difficoltà che potrebbe essere di breve durata e di scarsa importanza.

In tutti i casi è importante che egli avverta il genitore che mai deve venir meno la sua attenzione sull'atteggiamento alimentare del figlio perchè è sempre possibile, nel tempo, una evoluzione negativa dello stesso.

**Il primo segnale dell'evoluzione
negativa di un atteggiamento
alimentare è dato dal**

cambiamento del carattere

e del comportamento generale

del soggetto

ATTEGGIAMENTI ALIMENTARI PATOLOGICI

- **Fobia del cibo (disfagia funzionale)**
- **Disturbo emozionale con evitamento del cibo**
- **Iperalimentazione compulsiva**



*Il comportamento alimentare alterato racchiude significati e prevede conseguenze tali per cui il bambino o l'adolescente deve entrare in un percorso terapeutico interdisciplinare come per i
DCA*

***I DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO
ALIMENTARE***

***Nascita di una
Sindrome Culturale***

***Un mondo fantastico
Chiamato “malattia”:***

***Il fenomeno
anoressico-bulimico***



D.C.A. quali sono

- Anoressia nervosa.
- Bulimia nervosa.
- I disturbi del comportamento alimentare atipici (o non altrimenti specificati N.A.S.)
- Disturbo da alimentazione compulsiva (BED)

D.C.A.

cosa sono

La caratteristica che accomuna le varie forme di questa patologia è il disagio che la persona prova nei confronti della propria immagine corporea: peso e forma del corpo diventano l'unico criterio di valorizzazione personale e la conflittualità con il cibo ne è la logica conseguenza

D.C.A. COSA SONO

L'anoressia nervosa

caratterizzata dalla restrizione alimentare fino al digiuno, con rilevante perdita di peso, comportamento iperattivo e la scomparsa delle mestruazioni.

forma restrittiva e forma bulimico purgativa

D.C.A. COSA SONO

La bulimia nervosa

presente in ragazze spesso normopeso

due comportamenti tipici:

l'abbuffata: caratterizzata dall'ingestione di grandi quantità di cibo in poco tempo accompagnata da una sensazione di perdita di controllo

le condotte di compenso: vomito e abuso di lassativi o diuretici

Esistono forme di bulimia nervosa in cui si utilizzano come mezzi di compenso il digiuno o l'iperattività.

D.C.A.

COSA SONO

- I disturbi del comportamento alimentare atipici (o non altrimenti specificati N.A.S.) sono un gruppo di patologie in cui si riscontrano:
 1. forme parziali (quadri simili all'anoressia e alla bulimia, in cui manca un criterio diagnostico)
 2. forme sotto soglia (frequenza dei comportamenti inferiore a quella richiesta per diagnosticare il disturbo maggiore)

D.C.A. COSA SONO

- Il disturbo da abbuffata compulsiva
(B.E.D.)

Caratterizzato da abbuffate compulsive non seguite da meccanismi di compenso



adolescenti tendenzialmente sovrappeso o addirittura obesi

D.C.A. COME RICONOSCERLI

I D.C.A. producono alterazioni del comportamento, del modo di pensare, dello stato psicologico e dello stato di salute dell'individuo.

Essere in grado di cogliere questi segnali spesso significa arrivare a chiedere precocemente un aiuto competente con il risultato di ottenere minori difficoltà di trattamento e maggiori possibilità di risoluzione completa del disturbo.

D.C.A.

QUALI I SEGNALI COGLIERE

ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- Riduzione progressiva dell'alimentazione e della frequenza dei pasti. Assunzione di regole alimentari rigide e schematiche.
- Senso di benessere e aumento dell'autostima quando si riesce a seguire il programma dietetico che ci si è prefissato, senso di colpa quando si ritiene di aver trasgredito.
- Presenza di abitudini alimentari inusuali
(sminuzzare il cibo, mangiare lentamente fare uso eccessivo di bevande light e di bevande calde)
- Conteggio ossessivo delle calorie assunte

ALTERAZIONI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE

Mangiare monotonamente sempre gli stessi alimenti.

Intolleranza nei riguardi di imprevisti e cambi di programma durante il pasto: ogni cambiamento procura ansia e irrequietezza.

Forte interesse per ogni argomento di cucina e di alimentazione (aspetti salutistici e diete dimagranti)

Cucinare per gli altri senza mangiare. Controllare in modo assillante quello che la madre prepara imponendo il proprio gusto e le proprie modalità.

ALTERAZIONI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE

- Incoraggiare i familiari a mangiare e controllare che il loro pasto sia superiore al proprio.
- Mangiare da sola
- Alternanza di periodi di dieta ferrea con periodi di eccesso alimentare. Alzarsi da tavola subito dopo mangiato per andare in bagno
- Alimentazione eccessiva in periodi di maggiore stress e voracità nel consumare il cibo
- Mangiare molto senza aumentare di peso
- Mangiare di nascosto e nascondere quello che non si mangia

ALTERAZIONI DEL COMPORTEMENTO IN GENERALE

- La dieta, il peso, i cibi, la cucina diventano l'argomento centrale di ogni discussione.
- Il pensiero e il controllo del peso diventano ossessivi (pesarsi più volte al giorno o evitare di pesarsi per paura).
- Abuso di farmaci che si pensa siano utili per il controllo del peso.
- La funzione e la regolarità dell'intestino diventano vere fissazioni.

ALTERAZIONI DEL COMPORIAMENTO IN GENERALE

- Presenza di diversi e significativi disturbi digestivi che vengono sfruttati come forte condizionamento del comportamento alimentare.
- Tendenza a evitare situazioni conviviali con la famiglia o con gli amici.
- Tendenza all'isolamento sociale e familiare.
- Impegno in un'intensa attività fisica anche a scapito di interessi precedenti.
- Esprimere fastidio e nervosismo quando venga disturbata la propria programmazione del pasto e dell'attività fisica.

ALTERAZIONI DEL COMPORAMENTO IN GENERALE

- Lamentarsi del freddo e vestirsi esageratamente.
- Aumento dell'ansia per le prestazioni scolastiche con aumento delle ore dedicate allo studio e forte tendenza alla perfezione.
- Comparsa di reazioni impulsive, maggiore irritabilità e ansia, umore depresso, accresciuta difficoltà a comunicare in famiglia e fuori.

SEGNALI DI EMERGENZA

- Tono dell'umore instabile, pianto frequente, eccessi di rabbia, crescente tensione familiare, comunicazione estremamente problematica.
- Riposo notturno disturbato fino all'insonnia.
- Pensieri suicidari, atti dimostrativi, comportamenti autolesivi di varia gravità.

SEGNALI DI EMERGENZA

- Aritmie cardiache, dolori toracici, forti dolori addominali.
- Perdita di coscienza, lipotimie.
- Difficoltà respiratorie.
- Astenia.
- Gravi fatti infettivi
- Edemi agli arti inferiori.
- Parestesie.
- Vomiti che seguono ogni pasto o continui durante la giornata. Vomiti ematici.

CONCLUSIONE

I disturbi del comportamento alimentare nascono come patologia psichiatrica,

MA

comportano gravi conseguenze sul piano organico, **che richiedono costante sorveglianza medico internistica e spesso interventi medici d'urgenza e presentano una mortalità elevata (0,5 % annuo)**

CONCLUSIONE

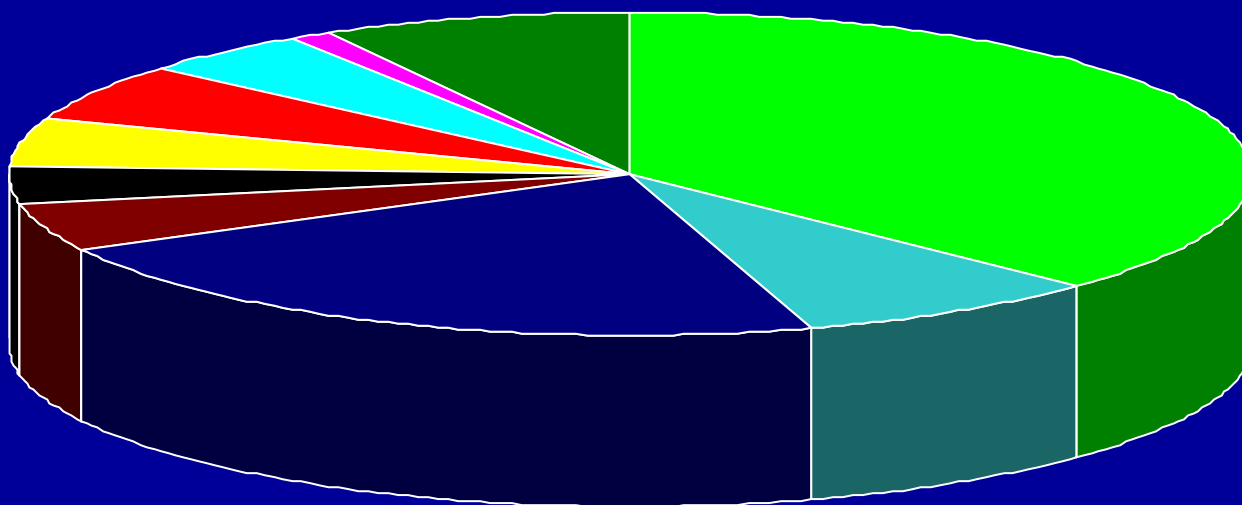
I D.C.A. sono spesso di difficile individuazione nelle fasi iniziali perché possono confondersi con comportamenti abitualmente presenti nel contesto sociale.

Si presentano con diversi livelli di gravità non solo per le caratteristiche che si sommano del nucleo psicopatologico tipico del disturbo stesso **ma anche** per la possibile copresenza di altri quadri psicopatologici (*depressione grave, disturbo d'ansia, disturbo di personalità*)

Presa in carico interdisciplinare!

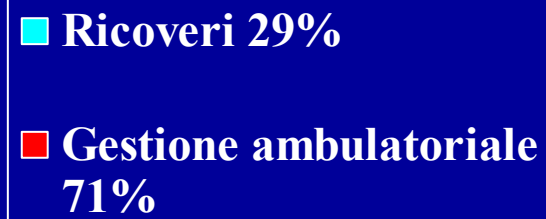
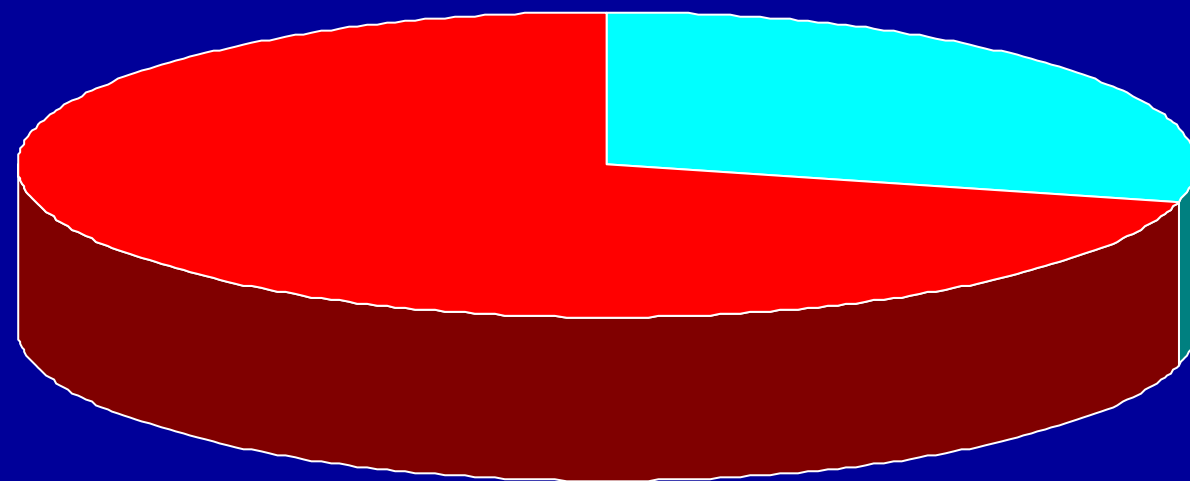


**Valutati 96 pazienti dai 5 ai 18 anni,
5 maschi e 91 femmine,
dal 2001 al maggio 2008**

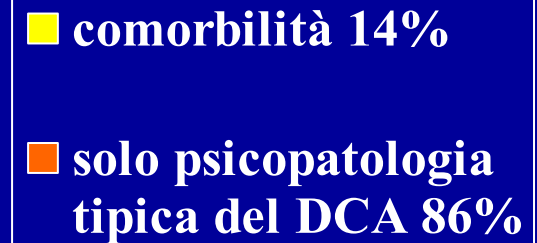
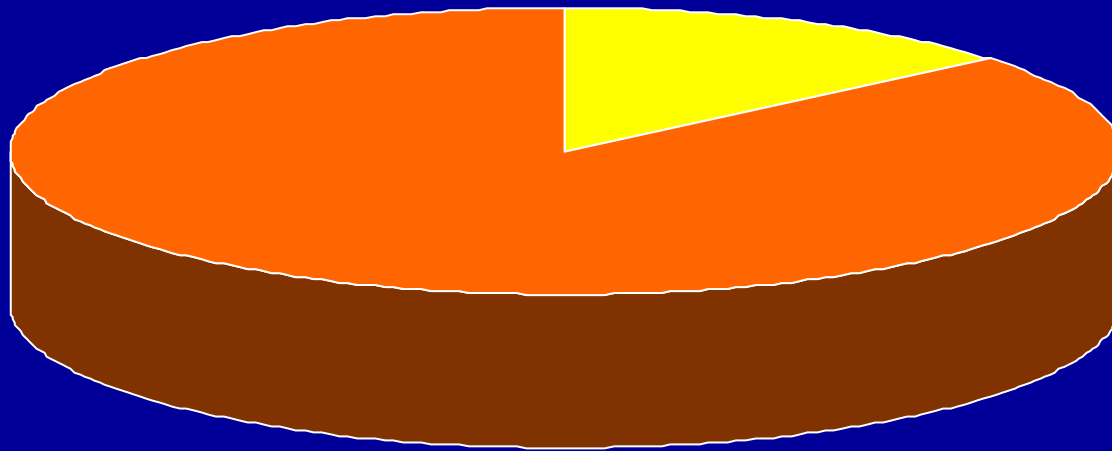


- AN Res. 37,2%
- AN Purg. 8%
- BN 22,14%
- BED 4,6%
- DEEC 3,8%
- Dis: Funz. 4,8%
- A Rest. 5,8
- A Selett. 4,5%
- AC 1,16%
- NAS 8%

96 Pazienti valutati



96 PAZIENTI VALUTATI



Grazie dell'attenzione

