

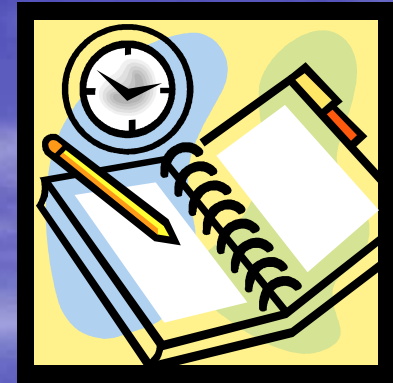
Grasso è bello ma non troppo
Forlì, 27 Gennaio '07

Il confine tra Obesità e Disturbi Alimentari

Mariarosa Ventura
Didasco Milano

www.didascodca.com

Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. Disturbi Alimentari nel bambino
 - b. Disturbi Alimentari nell'adolescente
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- **Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari**

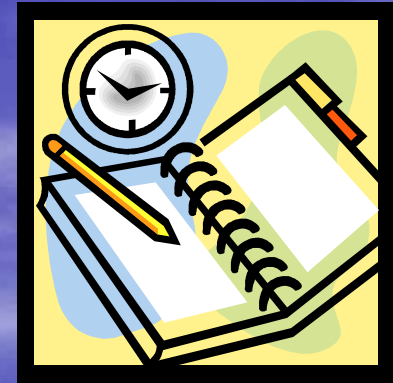
I Disturbi Alimentari del bambino e adolescente I

- La diagnosi di DA in queste fasce di età può essere posta solo dopo alcune ore di valutazione, in cui siano coinvolte diverse figure di riferimento (genitori, insegnanti, medici ecc.)
- L'utilizzo di Questionari deve essere riservato esclusivamente a screening di popolazione e condotto da operatori specializzati nel trattamento dei DA (*ChEDE, Child Version Eating Disorder Examination, Bryant-Waugh et al., 1996; ChEDEQ, Child Version Self Report version of interview, Black & Wilson, 1996; EPI, Eating Inventory Pattern, M. Schacht 2006*)

I Disturbi Alimentari del bambino e dell'adolescente II

- Nella fascia di età compresa tra i 7 e 12 anni, prevalgono i comportamenti ossessivi e la depressione.
- I soggetti più giovani ($11.6 \pm SD 1.2$) presentano rispetto agli adolescenti: un maggiore coinvolgimento del sesso maschile; un peso più basso e cali ponderali più rapidi (*R. Peebles et al., 2006*).
- I dati e l'esperienza clinica evidenziano come il trattamento dei DA nell'adolescente e nel bambino differisce da quello dell'adulto (*APA, 2006*).

Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. **Disturbi Alimentari nel bambino**
 - b. Disturbi Alimentari nell'adolescente
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- **Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari**

I Disturbi Alimentari del bambino

La diagnosi è formulata utilizzando i Great Ormond Street (GOS) Criteria (*Bryan Lask, 2000*), che riconoscono i seguenti DA:

- Anoressia Nervosa
- **Bulimia Nervosa**
- Alimentazione selettiva
- Alimentazione restrittiva
- Fobia del cibo
- Disturbo da evitamento emotivo del cibo (FAED)
- **Iperalimentazione compulsiva**

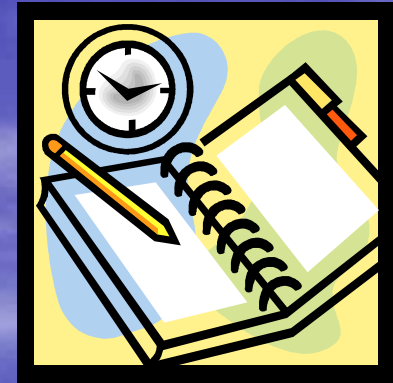
Bulimia Nervosa

Beatrice, 13 anni, è sempre stata estroversa, socievole e molto impulsiva. Ha avuto presto il primo ragazzo e dall'inizio della scuola ha cambiato già due volte il gruppo di amici. La sorella più grande l'ha vista più volte fumare e bere alcolici in pubblico, ma gli interventi dei genitori non hanno sortito alcun effetto. Una sera la madre la trova in cucina mentre al buio divora una confezione di merendine farcite del fratello. Quando le domanda cosa stia facendo, B. corre in bagno, urlando che sono affari suoi e comincia a vomitare. B. racconta successivamente alla madre che tutto questo durava oramai da molte settimane, che era disgustata da se stessa e che la sua compagnia l'avrebbe cominciata ad evitare se non fosse riuscita a mettersi rigidamente a dieta prima dell'estate.

Iperalimentazione Compulsiva

Giulia, 10 anni, in base alle Tabelle Auxologiche per IMC (kg/m^2) è una bambina in sovrappeso. Sembra essere costantemente affamata ed esprime molto interesse per tutti i tipi di snack appena immessi sul mercato. Nonostante i suoi genitori abbiano cercato ripetutamente la collaborazione di un SSA, ogni tentativo sembra essere un buco nell'acqua. Il padre, medico, da sempre alterna periodi di "dieta stretta" con periodi di vere e proprie abbuffate alimentari, mantenendo un peso normale pur tra costanti oscillazioni. Se limitata nel cibo Giulia si rifornisce delle merende delle compagne ed è comunque in grado di acquistare cibo in maniera autonoma. Giulia non ha molti amici e spende interi pomeriggi da sola. E' in grado di riferire come in queste situazioni il suo ricorso al cibo sembri essere l'unico conforto possibile.

Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. Disturbi Alimentari nel bambino ✓
 - b. Disturbi Alimentari nell'adolescente
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- **Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari**

Iperalimentazione Compulsiva I

- E' l'unico DA del bambino in cui vi è sovrappeso.



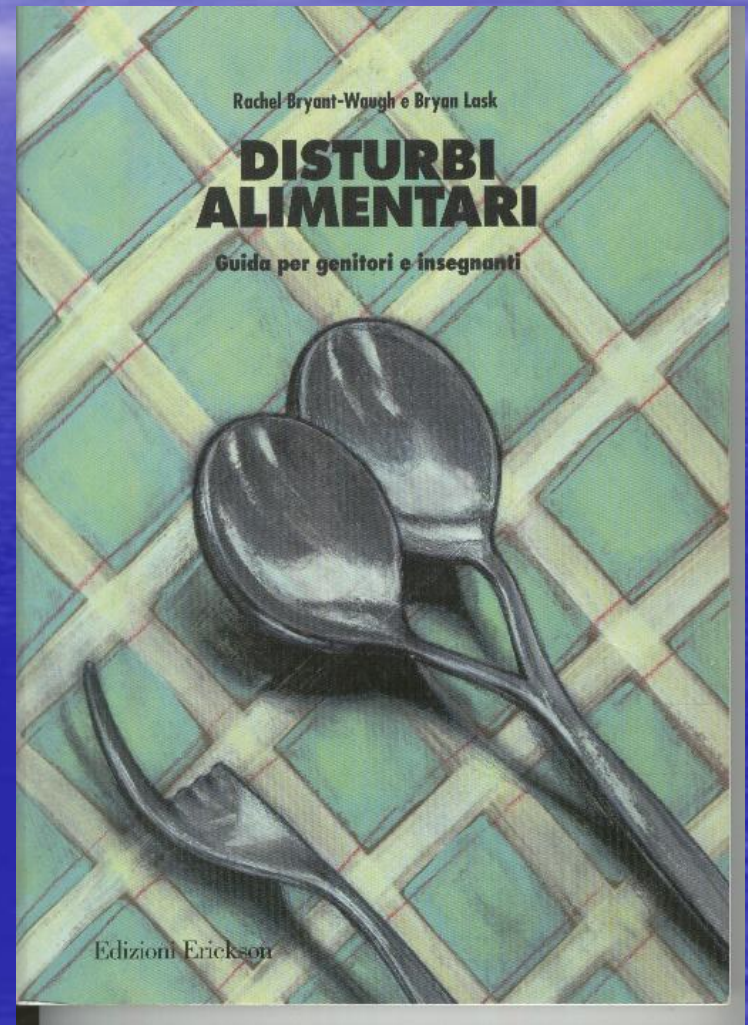
- In comune con la BN vi è una persistente ed eccessiva assunzione di cibo.
- Diversamente dalla BN non vi è ricorso a comportamenti di tipo compensatorio, non vi è una distorsione dell'immagine corporea ed è normalmente presente da molto tempo.

Iperalimentazione Compulsiva II

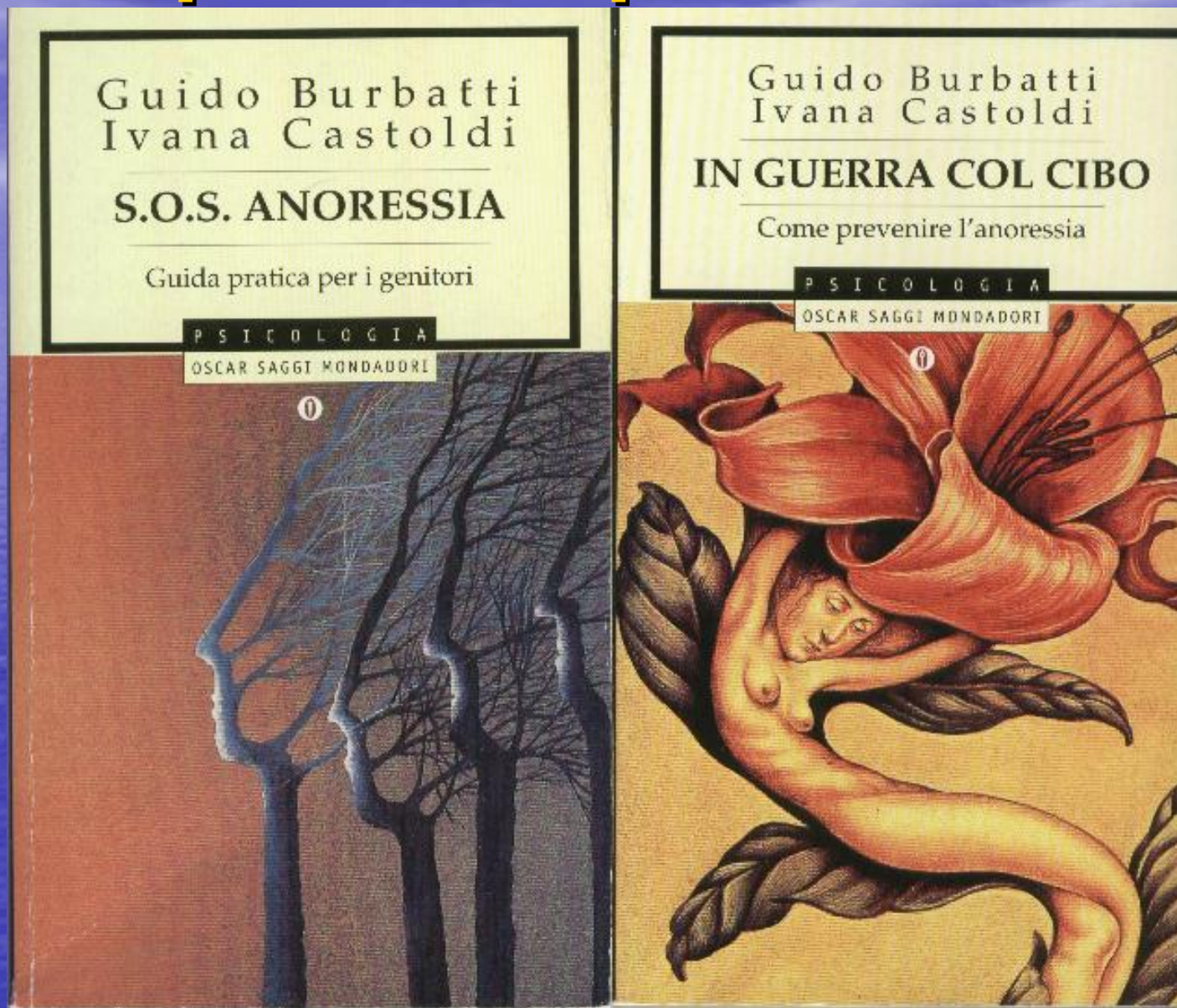
- E' la condizione più difficile da superare tra i DA e non se ne conosce ancora la ragione.
- Questi bambini usano il cibo per ottenere conforto se agitati od annoiati.
- Spesso anche nella famiglia sono presenti membri con le stesse caratteristiche di forte appetito.

Se vuoi saperne di più

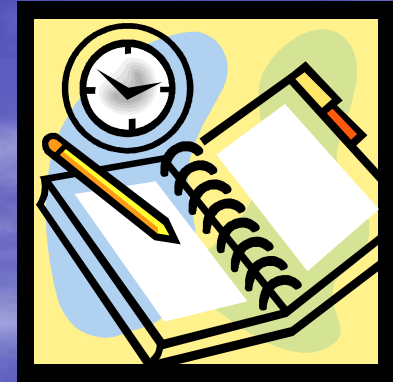
R. Bryant-Waugh & B. Lask
Disturbi Alimentari
Ed. Erickson, 2000



Se vuoi saperne di più



Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. Disturbi Alimentari nel bambino ✓
 - b. **Disturbi Alimentari nell'adolescente**
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari ✓**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- **Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari**

I Disturbi Alimentari nell'adolescente

La diagnosi è formulata utilizzando il Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV TR, 2000) che riconosce i seguenti DA:

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Precisati (DCA-Nas)

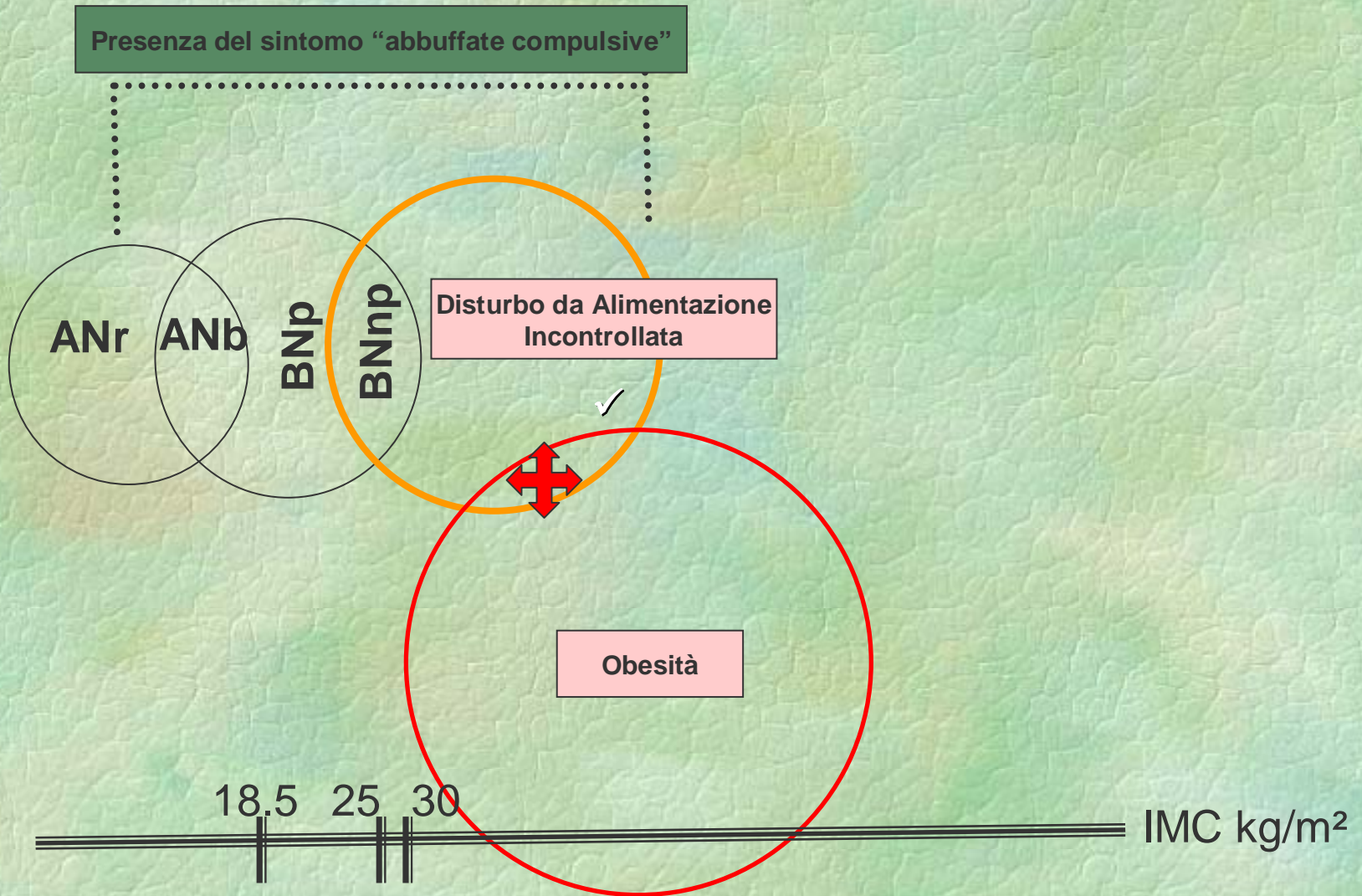
Prevalenza (numero totale dei casi nella popolazione) **dei DA nella popolazione**

- **Anoressia Nervosa** **1- 4.2 %**
 - **Bulimia Nervosa** **0,3-3.7 %**
 - **DCA-NAS** **3.7-6.4%**
 - **DAI** **1% (soggetti
obesi)**
-
- **E' una patologia prevalentemente
femminile (F:M = 1:6 – 1:10)**

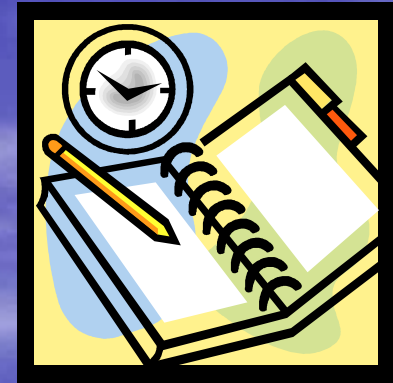
I DA nel 2000

- I DA prepuberali e puberali sono frequentemente associati ad una prognosi psichiatrica più grave
- Aumentano i DA associati a Disturbi di Personalità (42-75%), Abuso di Sostanze (AN 12-18%; BN 23-40%), OCD (AN 25%), DU (AN e BN 50-75%)
- Aumentano le forme croniche per ricadute e recidive
- Un numero sempre maggiore di donne, affette da DA, può naturalmente, o attraverso tecniche artificiali, portare a termine una gravidanza

Aree di sovrapposizione dei sintomi e distribuzione trasversale del comportamento *binge eating*



Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. Disturbi Alimentari nel bambino ✓
 - b. Disturbi Alimentari nell'adolescente ✓
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari ✓**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari

Disturbo da Alimentazione Incontrollata

A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti punti:

- 1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. in due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili
- 2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio B.

Gli episodi di abbuffate sono associati a tre (o più) delle seguenti caratteristiche:

- 1) mangiare molto più velocemente del solito;
- 2) mangiare fino a quando non ci sente spiacevolmente pieni;
- 3) mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati;
- 4) mangiare in solitudine per l'imbarazzo della quantità di cibo ingerito;
- 5) al termine dell'abbuffata sentirsi disgustati di se stessi, depressi o molto colpevoli.

C. E' presente un elevato stress correlato alle abbuffate alimentari

D. Le abbuffate si presentano per almeno 2 giorni alla settimana, per un periodo di 6 mesi.

E. Le abbuffate non si associano regolarmente a condotte di eliminazione inappropriate.

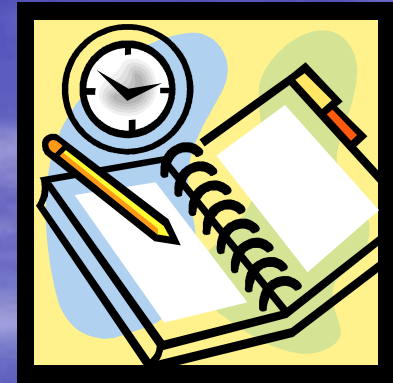
Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Precisati (DCA-NAS)

- Una persona di sesso femminile presenta tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa pur in presenza di un ciclo mestruale regolare.
- Sono soddisfatti tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa anche se, nonostante la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta ancora nei limiti della norma.
- Vengono soddisfatti tutti i criteri della Bulimia Nervosa, ad eccezione del fatto che le abbuffate e le condotte di compenso hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.
- Una persona di peso normale si dedica regolarmente ad inappropriate condotte di compenso (vomito autoindotto, iperattività fisica o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri), dopo aver ingerito piccole quantità di cibo.
- Il soggetto mastica ripetutamente e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

Conclusioni I

- In caso di un soggetto obeso o in sovrappeso di età inferiore ai 13 anni, diagnosi differenziale nei confronti dell'Iperalimentazione Compulsiva (*GOS Criteria*)
- In caso di un soggetto obeso o in sovrappeso di età superiore ai 13 anni, diagnosi differenziale nei confronti dei DCA-NAS (in particolare DAI) (*DSM-IV-TR, 2000*)

Parleremo di



- Diagnosi di:
 - a. Disturbi Alimentari nel bambino ✓
 - b. Disturbi Alimentari nell'adolescente ✓
- **Obesità Infantile e Disturbi Alimentari ✓**
- **Obesità nell'Adolescente e Disturbi Alimentari**
- **Fattori di rischio condivisi tra Obesità e Disturbi Alimentari**

La marea montante dei problemi correlati al peso: unire le forze!

HEALTH EDUCATION RESEARCH
Theory & Practice

Vol.21 no.6 2006
Pages 770-782

Advance Access publication 8 September 2006

Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors

Jess Haines* and Dianne Neumark-Sztainer

Abstract

In response to the high prevalence of obesity, eating disorders and disordered eating behaviors among youth, researchers in both the obesity and eating disorders fields have proposed using an integrated approach to prevention that addresses the spectrum of weight-related disor-

Introduction

Obesity, eating disorders and practices among youth are of serious concern due to their high prevalence and effects on psychosocial [1, 2] and physical [3-5]. The prevalence of overweight (BMI \geq 95th percentil



Perché integrare l'approccio? I

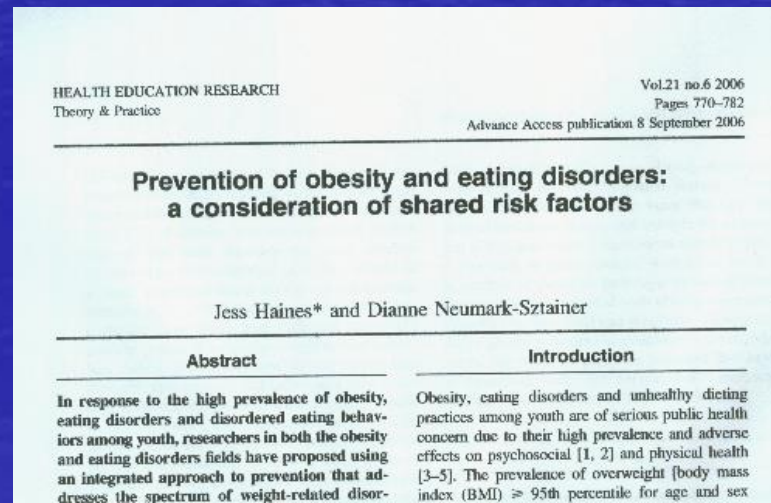
- L'obesità e i DA si possono presentare contemporaneamente nello stesso individuo (*D. Neumark-Sztainer, 2003; K. Boutelle et al. 2002*)
- Le persone possono passare da una condizione all'altra (in soggetti affetti da BN una storia di obesità infantile era tre volte più elevata rispetto a soggetti sani, *C. Fairburn et al., 1997*)

Perché integrare l'approccio? II

- Maggiore efficienza economica dell'affrontare due patologie all'interno dello stesso intervento (*D. Neumark-Sztainer, 2003; L. Smolak et al., 2004*)
- Riduzione del rischio di provocare inavvertitamente una patologia nel tentativo di prevenirne un'altra (*LM Irving & D. Neumark-Sztainer, 2002; D. Neumark-Sztainer, 2005*)

Supporto preliminare per l'esistenza di fattori di rischio condivisi nell'Obesità e nei DA

- Dieting
- Media Use
- Body Immage Dissatisfaction
- Weight Related Teasing



Dieting

- La prevalenza di "dieting" in bambini di età compresa tra i 6-11 anni è del 20-56% tra le bambine e 31-39% tra i bambini (*MJ Maloney et al., 1989; G. Schreiber et al., 1996*)
- Il comportamento "dieting" può essere causa sia di Obesità che di Disturbi Alimentari (*AE. Field et al., 2003; GC Patton et al., 1990*)
- Genitori che presentano "dieting" in associazione con episodi di abbuffate alimentari, possono essere responsabili di un eccesso di grasso corporeo nei propri bambini (*MY Hood et al., 2000*)

Media

- Nell'obesità l'uso della TV riduce la spesa energetica (*TN. Robinson, 1998*) e aumenta l'introito di cibo attraverso lo stimolo della pubblicità (*D. Kunkell, 2002*)
- Esiste una correlazione positiva tra uso dei media e insoddisfazione corporea ed alterato comportamento alimentare, nei bambini e negli adolescenti (*J. Utter et al., 2003*)
- In un gruppo di ragazze adolescenti la riduzione della lettura di riviste per un periodo di 16 mesi, ha ridotto la sintomatologia del disturbo alimentare (*KK. Vaughan & GT. Fouts, 2003*)