

ANORESSIA NERVOSA

Questo piccolo focus comprende una trattazione generale fatta da un pediatra, Calogero Vullo, che per professione (Centro per la talassemia) ha avuto lunga familiarità con la patologia cronica dell'adolescente, ivi compresi i disturbi della patologia alimentare, e con un gruppo operativo (medico, psicologo, dietista), Brunelli, Gualtieri, Ravaioli che lavorano in équipe sui disturbi del comportamento alimentare a Cesena. Ne è venuta una trattazione teorico-pratica coerente e ricca di un vissuto personale che traspare nel testo.

L'anoressia nervosa e i disturbi del comportamento alimentare

CALOGERO VULLO¹, LUIGI GUALTIERI²

¹Pediatra, Ferrara; ²Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Cesena

ANOREXIA NERVOSA AND EATING DISORDERS

(Medico e Bambino 20, 657-663, 2001)

Key words

Anorexia nervosa, Bulimia, Family doctor, Diagnostic criteria

Summary

The estimated prevalence in Italy of eating disorders is 0.3-0.5% for anorexia nervosa and 1-3% for bulimia. Premature death due to the complications of the disease or suicide are observed in 10% of these patients. The article offers an overview of the current knowledge on the etiology of eating disorders and in particular of anorexia nervosa. The criteria that have been proposed for diagnosis are presented and the role of the family doctor in early diagnosis is underlined.

UN PO' DI STORIA

La prima descrizione precisa dell'anoressia nervosa è stata fatta nel 1689 da un medico inglese, Richard Morton. Alla fine dell'Ottocento, Lasègue e Gall ne ripresero lo studio e ne sottolinearono le origini psicologiche. Queste più tardi vennero messe in discussione da un anatomopatologo, Simmons, che nel 1914 attribuì l'origine dell'anoressia a un danno ipofisario^{1,2,3}. L'interesse per l'anoressia nervosa è cresciuto di nuovo alla fine del secolo scorso con largo credito all'eziologia psichiatrica. Negli ultimi anni, l'interesse è notevolmente au-

mentato portando all'elaborazione del modello biopsicosociale. Il termine "anoressia nervosa", proposto da Lasègue, è in realtà scorretto, perché le anoressiche non mangiano per paura di ingrassare, anche quando sono magre, ma sentono fame.

Negli anni Settanta del secolo scorso fu osservata, nell'ambito dell'anoressia nervosa, un'epidemia di un disturbo del comportamento alimentare, caratterizzato da episodi di abbuffate e di vomito, forse già noto in passato⁴. Questo quadro venne classificato come un disturbo indipendente nel 1980, e a esso è stato attribuito il termine di "bulimia nervosa".

EPIDEMIOLOGIA

Tuttavia, vi è accordo sul fatto che i disturbi del comportamento alimentare sono osservati soprattutto nelle ragazze adolescenti o giovani adulte, solo nei Paesi sviluppati, mentre sono sconosciuti in quelli in via di sviluppo.

In una recente rassegna Kreipe e Birndorf⁵ riportano che circa lo 0,5-1% delle adolescenti sono affette da anoressia nervosa, mentre il 5% delle adolescenti in età più avanzata o delle giovani donne presentano bulimia nervosa. Secondo gli stessi Autori la prevalenza di coloro che hanno disturbi non classificabili, ma che mettono a rischio lo stato di salute, è certamente più alta.

Secondo il Ministero della Sanità (documento ministeriale del marzo 1997) in Italia, nelle donne di età compresa fra i 12 e i 25 anni, la prevalenza dell'anoressia nervosa è pari allo 0,3-0,5%, quella della bulimia nervosa all'1-3%, quella dei disturbi del comportamento alimentare non specificati al 6%. Questo significa che in Italia attualmente 65.400 donne di età compresa fra i 15 e i 24 anni soffrono di anoressia nervosa o di bulimia, con una stima di 8500 nuovi casi per anno. Il numero delle donne affette cresce a 485.000 se si considerano anche altre forme di disturbi del comportamento alimentare più o meno gravi.

Tenendo conto dei dati sopraesposti, nel nostro Paese la rete assistenziale dovrebbe comprendere almeno:

- 75 unità ambulatoriali, comprendenti 1 responsabile, 2 psichiatri psicoterapeuti, 2 psicologi clinici, 2 dietisti, 1 tur-

no diurno di personale infermieristico;

- 50 centri diurni/day hospital (per 4400 posti di degenza all'anno, con 2 mesi di durata media del ricovero), composti da: 1 responsabile, 4 operatori (psichiatra, psicologo, internista), 2 dietisti, 1 terapeuta psicomotorio;
- 39 servizi di degenza riabilitativi;
- un servizio per provincia che includa un ambulatorio specializzato;
- un centro regionale interdipartimentale per prevenzione, epidemiologia, ricerca, formazione.

L'anoressia e la bulimia nervosa colpiscono prevalentemente le femmine, con un rapporto M:F eguale a circa 10.

Sebbene, come si è detto, i disturbi del comportamento alimentare siano più frequenti nell'età adolescenziale, possono comparire anche dopo i 40 anni e sono osservati sempre più spesso anche nella prima adolescenza o negli anni immediatamente precedenti.

L'anoressia nervosa fa parte del quadro della cosiddetta triade delle atlete, associata alla osteoporosi e all'amenorrea⁶, e ha afflitto (o esaltato) un'alta percentuale di sane⁷. Sono esempio di sane anoressiche Santa Caterina da Siena, Madre Agnese di Gesù, Theresa Neumann e Marthe Rabin. Comportamenti alimentari irregolari si osservano spesso anche nelle future ballerine e nei fantini.

EZIOPATOGENESI

Attualmente si ritiene che i disturbi del comportamento alimentare siano il risultato dell'effetto combinato di fattori genetici, dello sviluppo psichico, socio-culturali, neuroendocrini e neurochimici. Questi fattori hanno ruoli diversi, cosicché, d'accordo con Garfinkel e Garner⁸ e con Cuzzolaro⁹, si possono distinguere come segue.

Fattori predisponenti a lungo termine

Essi sono costituiti da fattori biologici e da fattori di ordine psico-socio-culturale. I primi comprendono la costituzione genetica, l'età, il sesso, una storia di sovrappeso e di diete, alcune malattie croniche, come la sindrome di Turner e il diabete giovanile. L'importanza della dieta, che è un fattore allo stesso tempo socio-culturale e biologico, deriva dal fatto che nei Paesi occidentali il desiderio di rispondere al modello di bellezza femminile attuale caratterizzato, tra l'altro, dalla magrezza, ha portato a vere e proprie epidemie di dieta dimagrante.

Negli Stati Uniti il 60% delle studentesse e il 23% degli studenti ammisero di essere stati a dieta nel mese precedente a un'indagine; in Israele un quarto delle ragazze di 11-12 anni e un terzo di quelle di 13-14 anni sono a dieta. È ormai chiaro che la dieta dimagrante è spesso il momento che dà inizio al lungo percorso che porterà alla malnutrizione e poi al quadro completo dell'anoressia nervosa. Una larga parte del quadro clinico di questa affezione può essere spiegata dal digiuno, dovuto alla dieta, e dalla malnutrizione che ne consegue, come dimostrato dal quadro presentato da giovani volontari tenuti a dieta ristretta, fino alla perdita di peso pari al 25%: da quel momento molti di loro assunsero una dieta anoressica. Queste osservazioni hanno certamente contribuito a comprendere una parte dell'eziopatogenesi dell'anoressia nervosa, anche se resta da capire perché gli stessi disturbi non si osservano nei soggetti che vivono nei Paesi poveri, i quali presentano spesso quadri di malnutrizione grave.

L'importanza del fattore genetico è dimostrata dal fatto che si osserva anoressia nervosa nel 4,1% delle parenti di primo grado delle anoressiche¹⁰ e dalla concordanza per l'anoressia pari al 56% nelle coppie di gemelle monozigoti contro il 5% nelle gemelle dizigoti¹¹.

Tra i fattori psicologici, negli ultimi decenni, è stata data importanza alla scarsa stima di se stesse, alla tendenza al perfezionismo, e alla ridotta autonomia, alla dipendenza dal consenso e dal giudizio degli altri¹².

Fattori precipitanti

Sono di ordine psicologico (tra cui la naturale comparsa dei segni di maturazione puberale), oppure di ordine biologico (malattie intercorrenti).

Fattori di autoperpetuazione

Sono i fattori che mantengono la malattia, una volta che essa è iniziata. La disfunzione ipotalamica, causata dalla malnutrizione, sembra poter essere il perno di questa autoperpetuazione.

Negli ultimi anni numerosi studi sembrano indicare la presenza di disfunzioni neurochimiche e neuroendocrine nell'anoressia nervosa, e perché è possibile proporre, in base a essi, diversi modelli che spiegano l'autoperpetuazione della malattia. Ad esempio, in base al fatto

che gli alcaloidi endogeni codeina e morfina sono aumentati nel plasma degli anoressici e dei bulimici, è stato proposto un modello che avvicina i disturbi del comportamento alimentare alla tossicodipendenza¹³.

Non è ancora possibile definire il ruolo delle disfunzioni osservate. Al momento attuale, si può solo affermare che «l'anoressia nervosa può essere iniziata da un complesso interagire di fattori genetici, sociali e psicologici. Una volta iniziato il disordine mentale, la disfunzione ipotalamica e il digiuno possono interagire fra di loro. Ad esempio, la fame e il digiuno possono causare danno organico e alterare la funzione ipotalamica»¹⁴.

QUADRO CLINICO

Sebbene la diagnosi di anoressia nervosa possa essere fatta solo quando si è di fronte alla malattia conclamata, il quadro clinico dell'anoressia nervosa deve essere visto come un continuum, nel quale possono essere presenti esclusivamente i sintomi e i segni della predisposizione o le prime anomalie del comportamento alimentare, mentre all'estremo opposto si potrà avere il quadro della malnutrizione gravissima. Questo punto di vista comporta il dovere di una precoce presa in carico dell'adolescente a rischio per la comparsa di disturbi del comportamento alimentare. Questo vale soprattutto per i pediatri, che sono i medici che, diversamente dagli psicologi e dagli psichiatri, avranno spesso modo di osservare le fasi iniziali della malattia. In queste fasi l'adolescente è lieta del dimagrimento raggiunto con la dieta, e con lei sono spesso lieti i familiari che apprezzano lo sforzo fatto dall'adolescente per raggiungere un assetto corporeo confacente con i modelli fisici che attualmente godono il massimo favore. Una volta che la malnutrizione si sia stabilita, compaiono i segni e i sintomi dovuti ad essa.

I sintomi della malnutrizione sono di ordine fisico e di ordine mentale, mentre i segni sono, ovviamente, solo di ordine fisico. Segni e sintomi principali sono elencati nella *Tabella I*, ripresa da una recente rassegna di Kreipe e Birmendorf⁵.

Una volta che la malattia si sia stabilita, il rifiuto del cibo è il sintomo cardinale, e ha la caratteristica il fatto di persistere anche quando il peso corporeo è inferiore

SINTOMI E SEGNI DI MALNUTRIZIONE

Sintomi di ordine fisico	Sintomi di ordine mentale	Segni di malnutrizione
Amenorrea	Difetto di concentrazione	Ipotermia
Mani e piedi freddi	Difficoltà a prendere decisioni	Acrocianosi
Stitichezza	Depressione	Bradycardia a riposo
Cute secca e/o perdita di capelli	Isolamento sociale	Ipotensione di base e ortostatica
Cefalea	Osessione per il cibo	Ipotrofia muscolare
Svenimenti		Anomalie dei valori ematochimici
Ipersinnia		Ipoglicemia
Anoressia		Leucopenia
		Aumento delle transaminasi
		Anomalie dell'ECG

Tabella I

re o molto inferiore a quello normale per l'altezza e per l'età.

Altri disturbi del comportamento, oltre a quelli riportati in *Tabella I*, sono la depressione, le assenze dalla scuola o dal lavoro, il comportamento segreto o ingannevole, e l'eccessiva attività fisica, che ha lo scopo di dissipare calorie. Le anoressiche controllano il proprio peso in maniera ossessiva, si guardano allo specchio per vedere se la loro silhouette è cambiata, instaurano tutta una serie di rituali che riguardano il cibo e il modo in cui dev'essere presentato; inoltre sanno tutto dei cibi, della loro composizione, del loro apporto calorico. Naturalmente prediligono i cibi poveri di calorie, come il latte o lo yogurt scremato o le verdure.

L'amenorrea, che è un altro dei sintomi tipici dell'anoressia nervosa, può comparire anche prima che il peso corporeo sia sceso a valori inferiori a quelli normali.

L'amenorrea è di origine ipotalamica, non protegge dalla gravidanza, specie nelle adolescenti con peso normale (all'esordio della malattia o in via di guarigione) e non aumenta il rischio di infertilità nel lungo tempo. Molto frequenti sono anche l'osteoporosi e la complicanza cardiaca, la cui importanza è documentata dal fatto che la bradicardia costituisce il fattore predittivo più comune.

Il decorso dell'anoressia nervosa può essere complicato da fenomeni acuti, di ordine medico o psichiatrico. Tra le complicanze acute di ordine medico

hanno un ruolo preminente i disturbi del ritmo cardiaco, come già detto, e i disturbi che riguardano l'apparato gastroenterico. Questi comprendono l'esofagite, l'ematemesi di origine esofagea, la dilatazione e la rottura dello stomaco, la pancreatite. Le crisi acute di ordine psichico più frequenti sono rappresentate dalla depressione con o senza tentativi di suicidio.

ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa è stata classificata come una affezione a sé stante fin dal 1980. È caratterizzata dalle abbuffate, cioè da episodi durante i quali viene ingerita una grande quantità di cibo in uno spazio di tempo breve, di solito entro le due ore, e dall'impossibilità della paziente di controllare il mal comportamento alimentare. L'eccesso di cibi viene bilanciato dal vomito provocato, e da altre pratiche che hanno lo scopo di perdere peso, cosicché le bulimiche hanno un peso normale o prossimo al normale. Tuttavia, fin da quando l'anoressia nervosa è stata identificata come una malattia a sé stante, è noto che vi è sovrapposizione tra essa e l'anoressia nervosa. Casper e collaboratori¹⁵ già nel 1980 osservarono nella loro vasta casistica che il 47% delle loro pazienti erano anche bulimiche, cioè presentavano episodi di abbuffate. Di queste il 57% ricorrevano al vomito per perdere calorie. Tuttavia, la bulimia nervosa può insorgere in assenza di una storia di anoressia nervosa (*Tabella II*).

SEGNI PRECOCI DELL'ANORESSIA NERVOSA

- Rapida e costante perdita di peso ottenuta con restrizione alimentare
- Ossessione per il peso, la dieta, le forme corporee
- Paura intensa e ingiustificata di diventare grassi e di perdere il controllo
- Depressione, irritabilità, mancanza di concentrazione, apatia, isolamento sociale
- Amenorrea
- Comportamento alimentare anomalo (rituali a tavola, alimentazione vicaria ecc.)

SEGNI PRECOCI DELLA BULIMIA NERVOSA

- Assunzione di grandi quantità di cibo non associata ad aumento di peso
- Ingurgitare il cibo in modo vorace senza tenere conto dei sapori
- Rigonfiamento delle ghiandole salivari, problemi dentari, crampi muscolari, ecc.
- Alzarsi subito dopo aver mangiato per andare in bagno

Tabella II

LA FAMIGLIA DELL'ANORESSICA

È stata descritta come particolarmente esigente, rigida e moralizzatrice, con le madri invasive e molto protettive. Mentre il significato di queste osservazioni è poco chiaro, non vi è dubbio che la famiglia viene fortemente disturbata dal rifiuto del cibo da parte dell'adolescente anoressica e dai disturbi che ne conseguono. A partire dal 1985, nell'ambito delle famiglie delle anoressiche e delle bulimiche è stata osservata un'alta frequenza di abusi sessuali, a danno delle future anoressiche o bulimiche.

ANORESSIA NERVOSA NEI MASCHI E NEI BAMBINI

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono poco frequenti nei maschi.

Il quadro che si osserva nei maschi non è sostanzialmente diverso da quello che si osserva nelle femmine, ma nei maschi i disturbi del comportamento alimentare si associano con frequenza elevata a varianti del comportamento sessuale. In una casistica¹⁶ il 4% dei maschi bulimici erano omosessuali, e il 58% degli anoressici non erano interessati alla vita sessuale. La perdita della libido nei maschi anoressici sarebbe il corrispettivo dell'amenorrea. Secondo Herzog e

collaboratori¹⁷ la ricerca di un fisico magro, apprezzato dagli omosessuali più che dagli eterosessuali, può mettere i primi a rischio amentato di iniziare diete che conducono alla malnutrizione e all'anoressia nervosa. Tra i maschi sono categorie a rischio anche gli atleti che fanno sport molto impegnativi sul piano fisico come i lottatori e i giocatori di hockey. L'anoressia (e la bulimia) nervosa compaiono raramente nell'infanzia e nella prima adolescenza. Quando compaiono, possono mettere a rischio lo sviluppo somatico e psichico dei pazienti¹⁸.

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA E L'ANORESSIA NERVOSA

Tre fattori determinano l'importanza dell'anoressia nervosa per i pediatri:

- la crescente frequenza dell'anoressia nervosa nella banda di età che è di stretta competenza pediatrica;
- il fatto che il pediatra è il professionista che si trova nella posizione migliore per fare opera di prevenzione e per diagnosticare il disturbo quando è ancora nelle prime fasi;
- il crescente interesse del pediatra per i problemi dell'adolescenza.

Il pediatra deve dunque conoscere:

- la problematica generale relativa all'anoressia nervosa;
- i criteri di diagnosi;
- le sue competenze;
- come si deve gestire l'adolescente con anoressia nervosa;
- la sindrome da rialimentazione;
- il destino delle anoressiche;
- la possibilità che insorgano problemi medico-legali

La problematica relativa all'anoressia nervosa è già stata illustrata precedentemente, perciò nel corso successivo di questo articolo verranno presi in considerazione gli altri punti.

I CRITERI DI DIAGNOSI

I criteri di diagnosi utilizzati più di frequente sono quelli riportati nella quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, che vengono riportati nella *Tabella III*. Quando il paziente è in età prepuberale, è tuttavia opportuno utilizzare criteri di diagnosi che meglio si adattano al quadro della malattia in età infantile, come quelli proposti dal Great Ormond Street

CRITERI PER LA DIAGNOSI DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DSM-IV, 1994)

1. Anoressia nervosa

- Peso corporeo < 85% dell'atteso o indice di massa corporea < 17,5 o, in età evolutiva, mancato aumento del peso previsto che porta a un peso < 85% dell'atteso
- Intensa paura dell'aumento del peso, in presenza di sottopeso
- Impropria percezione del proprio corpo
- Amenorrea (assenza di 3 cicli mestruali consecutivi)
- 1a.** Sottotipo con restrizioni (assenza di abbuffate o di comportamenti purgativi (vomito, lassativi, diuretici, clisteri)
- 1b.** Sottotipo con abbuffate e/o condotte di eliminazione

2. Bulimia nervosa

- Abbuffate ricorrenti (almeno 2 alla settimana per 3 mesi)
- "Purging" ricorrente, eccessiva attività fisica
- Digiuno (almeno 2 volte alla settimana per 3 settimane)
- Eccessiva preoccupazione per il peso o per le dimensioni corporee
- Assenza di anoressia nervosa

3. Abbuffate

- Abbuffate ricorrenti (almeno 2 alla settimana per 3 mesi)
- Grave distress con almeno 3 dei seguenti comportamenti:
 - *mangiare molto in fretta
 - *mangiare fino ad essere sgradevolmente pieni
 - *mangiare in assenza di fame
 - *sentirsi disgustati o colpevoli dopo un'abbuffata
 - *non uso di purghe, di eccessiva attività, di digiuno, non presenza di anoressia nervosa

4. Disordini atipici

Tabella III

CRITERI DI DIAGNOSI DI ANORESSIA NERVOSA SECONDO IL GREAT ORMOND STREET HOSPITAL

1. Anoressia nervosa

- Perdita di peso (dovuta a rifiuto di alimentarsi, a vomito autoindotto, a eccessivo esercizio fisico, ad abuso di lassativi)
- Distorsione cognitiva riguardo al peso e/o alla forma del corpo
- Eccessiva preoccupazione per il peso e/o la forma del corpo

2. Disturbo emotivo di rifiuto del cibo

- Rifiuto del cibo che non dipende da un primitivo disturbo affettivo
- Perdita di peso
- Disturbo dell'umore che non soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo affettivo primitivo;
- Assenza di preoccupazione morbosa per il peso e/o forma del corpo;
- Assenza di malattie organiche o di psicosi

3. Bulimia nervosa

- Episodi di abbuffate e di pratiche di svuotamento;
- Perdita di controllo;
- Preoccupazione morbosa;
- Distorsioni cognitive riguardo al peso e/o alla forma del corpo

4. Alimentazione selettiva

- Ristretta scelta di cibi per almeno due anni
- Rifiuto a provare nuovi alimenti
- Assenza di paura di soffocamento o di vomito
- Peso del corpo basso, normale, o alto

5. Disfagia funzionale

- Evitamento del cibo
- Paura del soffocamento e del vomito
- Assenza di distorsioni cognitive riguardo al peso e/o forma del corpo
- Assenza di malattie organiche o psicosi

6. Rifiuto pervasivo

- Rifiuto totale di alimentarsi, bere, camminare, parlare, e prendersi cura di sé
- Resistenza ostinata a tentativi di aiuto

Tabella IV

Hospital¹⁹, che sono riportati nella *Tabella IV*, che hanno il vantaggio di avvalersi, rispetto al DSM-IV, di un maggior numero di categorie nosografiche (6 invece di 3) e permettono quindi una maggiore articolazione e flessibilità diagnostica. Ciò comporta potenzialmente sensibili vantaggi sia sul piano clinico (riduzione della variabilità diagnostica) sia sul piano scientifico (migliore confrontabilità dei dati raccolti dai diversi professionisti). I criteri GOS individuano da un lato i sintomi nucleari dei vari disturbi, e dall'altro evidenziano, per ciascuno di essi, obiettivi criteri di esclusione diagnostica, conferendo in tal modo alla diagnosi una maggiore specificità.

LE COMPETENZE DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il pediatra è il professionista che più spesso ha l'occasione di vedere le adolescenti a rischio prima che presentino un disturbo del comportamento alimentare. Pertanto non vi è dubbio che rientri nelle sue competenze l'educazione alimentare, rivolta sia alle pazienti sia ai loro familiari, da effettuare in occasione delle periodiche visite di controllo che devono essere programmate anche in età adolescenziale, oltre che nell'infanzia. Il pediatra, inoltre, si può fare promotore o può partecipare a campagne di educazione sanitaria tendenti a promuovere l'immagine di bellezza caratterizzata dalla presenza di un pannicolo adiposo un po' più consistente di quello ritenuto augurabile attualmente.

Un secondo ruolo del pediatra è costituito dalla diagnosi precoce.

Secondo un documento dell'American Medical Association²⁰ la ricerca di malattie organiche, di anoressia nervosa o di bulimia è indicata quando sono presenti i segni riportati nella Tabella V.

La ricerca deve essere eseguita anche nel caso vi siano disturbi delle crescita, disturbi gastroenterici, diselettrolitemie, ritardato menarca, disturbi del comportamento (depressione, isolamento sociale, attività fisica eccessiva, cleptomania).

La ricerca di malattia organica deve essere indirizzata all'identificazione delle affezioni che possono simulare un disturbo del comportamento alimentare, elencate nella Tabella VI.

Se viene esclusa una malattia organica e viene fatta diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, ci si può trovare di fronte a una delle seguenti situazioni⁵:

a) *L'adolescente ha una forma lieve, non ancora classificabile, caratterizzata da modesta distorsione dell'immagine corporea, da peso pari al 90% dell'atteso, da assenza di segni o sintomi di malnutrizione, ma uso di metodi di controllo del peso potenzialmente pericolosi. In questo caso il pediatra deve illustrare alla paziente l'importanza di mantenere un buono stato di salute, e deve fissare, insieme a lei, un peso ideale da raggiungere e mantenere. È opportuno inviare l'adolescente a un/una dietista, soprattutto se l'adolescente è vegetariana o segue diete monotone. È anche utile chiedere all'adolescente di tenere un diario dell'alimentazione e dei comportamenti alimentari. L'adolescente che non è disposta a concordare un peso accettabile deve essere controllata molto da vicino. Negli altri casi l'adolescente dovrà essere rivista dopo 1-2 mesi. Durante questo periodo il pediatra si può mantenere in contatto con l'adolescente per mezzo della posta elettronica, come è stato suggerito di recente²². In occasione di questa visita è possibile che venga chiarita la diagnosi. Se l'adolescente ha risposto positivamente al colloquio, è necessario soltanto seguirla con controlli*

periodici, ma l'adolescente deve essere avvertita che un controllo deve essere fatto immediatamente se l'andamento del peso diviene insoddisfacente o se compaiono disturbi del comportamento alimentare. Se il controllo, programmato o anticipato dimostra o conferma il mancato controllo del peso o la comparsa di nuovi disturbi, è indicato l'invio a un consulente. La richiesta di consulenza deve essere spiegata come una necessità che ha il medico di avere un supporto, non dalla gravità del quadro clinico. Inoltre, il pediatra deve fissare un appuntamento con l'adolescente per una data successiva al suo incontro con il consulente, in modo da non perdere di vista la paziente.

b) *L'adolescente ha una forma media, caratterizzata da una distorsione importante dell'immagine corporea, da peso inferiore all'85% di quello medio per l'altezza, accompagnato da rifiuto del cibo, da sintomi di malnutrizione associati a negazione del problema, da ricorso a mezzi di controllo del peso pericolosi. In questi casi può essere fatto un programma di terapia che tenga in considerazione il peso attuale, il peso desiderato e l'incremento di peso desiderato, e che preveda anche una riduzione dell'attività fisica. Nella maggioranza di questi casi, però, il pediatra, dovrà chiedere la consulenza di uno specialista, soprattutto se*

INDICAZIONI ALLA RICERCA DI UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (O DI UNA MALATTIA ORGANICA)*

- Calo del peso del 10% rispetto a quello dell'anno precedente
- Diete ricorrenti senza che vi sia sovrappeso
- Uso di vomito autoindotto, di lassativi, di digiuno o di diuretici per perdere peso
- Distorta immagine corporea
- Indice di massa corporea al 5° percentile o meno

*Secondo l'American Medical Association (20)

Tabella V

CONDIZIONI CHE POSSONO SIMULARE UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- Dieta e attività fisica intenzionali
- Disordini psichiatrici (soprattutto depressione)
- Tumori del SNC (ipotalamo, ipofisi)
- Endocrinopatie (diabete giovanile, ipertiroidismo, morbo di Addison)
- Malattie gastrointestinali
- Malattie croniche (TBC, AIDS, infezioni occulte)
- Lupus eritematoso sistemico
- Tumori maligni (soprattutto linfomi)

da Stashwick (21)

Tabella VI

vi sono segni di disfunzione familiare o se è prevedibile una mancanza di collaborazione da parte della famiglia. Lo specialista potrà vedere l'adolescente una o più volte e stabilire un piano di terapia che verrà svolto dal pediatra, oppure deciderà di assumersi personalmente la responsabilità delle cure, in collaborazione con un team multispecialistico.

c) *L'adolescente ha una forma grave*, caratterizzata da segni di scompenso fisiologico (temperatura $<36^{\circ}\text{C}$, polso <45 battiti al minuto, polso differenziale ortostatico >30 battiti al minuto, stato mentale alterato, svenimenti o altri segni di malnutrizione grave), perdita di peso rapida ($>10\%$ in 2 mesi) o eccessiva ($>15\%$), alterazione dell'equilibrio idrosalino o vera perdita dell'appetito, incapacità di controllare la situazione e/o impossibilità di iniziare un trattamento psicoterapico ambulatoriale. Naturalmente, sono indicazione al ricovero in ospedale tutte le condizioni che indicano una maggiore gravità, cioè perdita di peso più grave, importante ipokaliemia ($\text{K} <2,5 \text{ mmol/l}$), QTc prolungato, grave bradicardia (frequenza <40 battiti al minuto), pressione arteriosa sistolica $<70 \text{ mm di Hg}$, temperatura $<35^{\circ}\text{C}$, fallimento della terapia ambulatoriale per 3-6 mesi, caratterizzato da arresto della crescita e dello sviluppo, rifiuto acuto del cibo, abbuffate non controllabili, complicanze acute della malnutrizione (sincope, convulsioni ipoglicemiche, o iponatremiche, insufficienza cardiaca, ematemesi da lesioni esofagee, rottura dello stomaco, pancreatite), emergenze psichiatriche acute, comorbidità.

APPROCCIO AL PAZIENTE CON ANORESSIA NERVOSA

Nelle linee generali l'approccio al paziente con sospetta anoressia nervosa non differisce da quello suggerito per l'approccio ai pazienti in età adolescenziale in genere. Pertanto dovrà seguire le seguenti linee.

Aspetti generali

L'ambiente deve essere amichevole, tanto più perché molto spesso l'adolescente viene condotto alla visita contro la sua volontà, e il tempo disponibile per la consultazione deve essere molto grande. Il successo della consultazione, e in seguito della terapia, può dipendere da come è andato il colloquio, poiché es-

so è cruciale al fine dello stabilirsi di una relazione terapeutica. Il tempo utilizzato per stabilire un buon rapporto con l'adolescente deve essere usato anche per vedere se si riesce a riconoscere qualcuna o tutte le caratteristiche comuni nelle adolescenti con anoressia nervosa, come lo stile di vita perfezionistico, il desiderio di eccellere negli sport, la scarsa fiducia in se stessi e un senso di personale inefficacia, la difficoltà nel comunicare e la separazione della famiglia.

Anamnesi

Come in tutti gli e le adolescenti, inizialmente dovranno essere esplorate le voci indicate dall'acronico HEADSS (dove H sta per *home*, quindi rapporti familiari; E per *education*, quindi rendimento scolastico; A per *activity*, quindi attività fisica; D per *drugs*, quindi uso di farmaci e di sostanze psicoattive; S per *sex*, quindi attività sessuale; e S per *suicide*, quindi per tentativi o pensieri di suicidio). In seguito deve essere fatta una raccolta accurata dei dati riguardanti il comportamento alimentare, la dieta, le variazioni del peso, le eventuali abbuffate, il ricorso a mezzi che possano consentire un controllo del peso, la presenza di sintomi che possano indicare depressione, l'attività fisica. All'adolescente deve essere chiesto qual è la sua idea di peso ideale, e deve essere indagata la presenza di rituali riguardanti il cibo (come mangiare un solo cibo per volta, o disporlo in maniera particolare nel piatto, o tagliarlo in pezzetti uniformi), ricordando che non sempre l'adolescente è in grado di stabilire un rapporto tra il suo comportamento alimentare e gli eventuali disturbi che esso provoca.

Esame obiettivo

Deve essere fatto sempre, anche se la paziente nega che ve ne sia bisogno, perché diversamente non si ha un quadro attendibile dello stato di nutrizione. Inoltre la paziente deve essere svestita, perché questo permette una più precisa valutazione e impedisce che il peso venga alterato dall'uso di indumenti pesanti o dal ricorso ad artifici. È ovvio che nel corso dell'esame obiettivo saranno ricercati tutti i segni che possono indicare la presenza dell'anoressia nervosa e che sono stati riportati nella *Tabella I*.

Esami strumentali

Devono essere eseguiti l'ECG, che può dimostrare basso voltaggio, QTc prolun-

gato, U prominenti, disturbi del ritmo; l'ecocardiografia, che può dimostrare ridotto volume del ventricolo sinistro, ridotta contrattilità e prolasso della mitrale; la densitometria ossea, che può dimostrare la presenza di osteoporosi.

La TAC cerebrale, che non è un esame di routine, può dimostrare atrofia cerebrale e dilatazione dei ventricoli, reversibili.

Esami di laboratorio

Possono dimostrare anemia, leuco e neutropenia, trombopenia, ipokaliemia, iponatremia (raramente ipernatremia), ipomagnesiemia, ipofosforemia, bassi T3 e T4, normale o lievemente basso TSH, alto reverse T3, aumentata cortisolemia e cortisoloria, ipoestrogenemia, ipotestosteronemia, ipercolesterolemia, ipercarotinemina.

Gli esami devono essere fatti sempre, ma l'adolescente deve essere avvertito che i risultati possono essere normali, senza che questo indichi l'assenza di disturbi del comportamento alimentare. Risultati abnormi possono indicare un'altra affezione misconosciuta, l'aumento della cortisolemia permette la diagnosi differenziale con la malattia di Addison, anomalie degli elettroliti stanno a indicare il ricorso a lassativi, l'albuminuria metabolica ipocloremica ipoprotidemica sta a indicare il ricorso al vomito, l'acidosi può essere una conseguenza dell'uso di diuretici.

LA SINDROME DA RIALIMENTAZIONE

Questo termine indica le conseguenze metaboliche e fisiologiche della replezione e della reidratazione che comportano spostamenti nei vari settori di P, Mg, K, alterazioni del metabolismo glucidico e carenze vitaminiche.

La conoscenza della sindrome da rialimentazione è importante perché questa può provocare ipertensione arteriosa e dilatazione cardiaca, che conducono allo scompenso. Il marcatore più importante del rischio di comparsa della sindrome è l'ipofosforemia, specie se $<0,5 \text{ ml}$.

La sindrome è frequente quando la rialimentazione viene eseguita per via parenterale²³, poco comune quando utilizza la via orale.

La rialimentazione per via parentera-

MESSAGGI CHIAVE

- L'anoressia nervosa è il più grave tra i disturbi del comportamento alimentare; la mortalità, compresi i suicidi, è calcolata al 10% entro i 10 anni dall'esordio.
- L'anoressia nervosa fa parte di un continuum che comprende le prime anomalie del comportamento alimentare, ma una diagnosi formale può essere posta solo con criteri quantitativi precisi. Può accompagnarsi ad altri disturbi (bulimia nervosa).
- Le cause sono primariamente di ordine psicosociale, in parte da riconoscersi in un modello estetico condiviso.
- Un difetto ipotalamico, probabilmente secondario alla malnutrizione, è probabilmente il perno dell'automantenimento della malattia.
- Il pediatra di famiglia può riconoscere il disturbo sul nascere e affrontarlo direttamente in presenza però dei criteri che consentono di formalizzare la diagnosi; sono necessari un intervento specialistico multidisciplinare, una presa in carico del paziente, un programma articolato di alimentazione orale o parenterale, un supporto psicologico personalizzato.

le deve essere eseguita in reparti di terapia intensiva e solo da personale che abbia specifica esperienza. La rialimentazione per via orale può essere svolta in reparti di medicina dell'adolescenza, tenendo conto delle seguenti regole: la dieta iniziale deve essere di 1200-1500 calorie/die, senza sale, a basso tenore di fibre e di grassi. La quantità totale deve essere divisa in 6 pasti, gli aumenti devono essere di 200-400 calorie al giorno, fino a raggiungere le 1800-2400 calorie. La restrizione del sodio deve essere tolta quando vengono raggiunte le 1800 calorie, o al quinto giorno.

DESTINO DEI PAZIENTI CON ANORESSIA NERVOSA

Il decorso dell'anoressia nervosa è lungo, e si deve calcolare che la terapia dovrà durare fra i 6 mesi e i 2 anni.

Secondo Kreipe e Birndorf⁵ il trattamento eseguito nei reparti di medicina dell'adolescenza ha permesso una prognosi migliore di quella del passato, con un esito favorevole nel 71-86% dei casi. Tuttavia tra il 15 e il 25% dei pazienti presenterà una persistenza o un aggravamento del quadro, con frequente comparsa di disturbi di interesse psichiatrico, e con una mortalità inferiore al 5%. I dati riferiti recentemente da Ben-Twin e collaboratori²⁴ sembrano indicare che la prognosi dell'anoressia nervosa sia in rapporto con la gravità dei sintomi, piuttosto che con la loro durata, e una indipendenza dell'esito dai trattamenti intensivi, come i lunghi periodi di ricovero.

Secondo il Ministero della Sanità nell'anoressia nervosa la mortalità per suicidio o per complicanze somatiche è pari al

10% a 10 anni dall'esordio e al 20% a 20 anni.

Pazienti con anoressia nervosa possono rifiutare ostinatamente le terapie. È chiaro che il malato ha il diritto di decidere sulla propria salute e sulla propria vita, ma in particolari condizioni può essere legittimo ricorrere a misure eccezionali. In questi casi, è indicata la consulenza medico-legale.

MENTE O CORPO?

È difficile dare una risposta a questa domanda. Secondo Ward «è necessario che le teorie sull'eziologia dell'anoressia nervosa prendano in considerazione i fattori organici e psicosociali che si integrano in maniera complessa. Prendere in considerazione un solo aspetto significa fare un cattivo servizio ai pazienti». Secondo Feliciotti «il campo rispettivamente dello psichico e del somatico sono in realtà le due facce di una stessa medaglia epistemologica che si contengono per tutta la storia della psichiatria la pertinenza della malattia mentale. Lungi dall'essere due campi scientifici, essi sono in realtà due grosse metafore che la psichiatria ha prodotto nel tentativo di regolare la questione della causa della follia nell'uomo».

Bibliografia

1. Tridenti A, Bocchia S. Il fenomeno anorexico/bulimico. Un tentativo di comprensione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare. Milano: Masson, 1993.
2. P. Feliciotti. L'invenzione dell'anoressia mentale. In: William Withey Gull, Ernst Charles Laségue: La scoperta dell'anoressia. Milano: Bruno Mondadori ed, 1998:1-47.
3. Carruba MO (dir. da). Anoressia nervosa,

dalle origini alla terapia. Milano: Istituto Danone, 1999.

4. Russel GFM. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
5. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin N Am* 2000;84:1027-49.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Sports Medicine and Fitness, 1999. Medical Concerns in Female Athlete. *Pediatrics* 2000;106:610-2.
7. Bell RM. La Santa Anoressia: digiuno e misticismo dal medioevo ad oggi. Bari: Laterza, 1987.
8. Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa. A multidimensional perspective. New York: Brunner, 1982.
9. Cuzzolaro M. Inquadramento, Aspetti diagnostici, epidemiologici ed eziopatogenetici. In Carruba MO, pag. 7-28.
10. Strober M, Lampert C, Morrel W, et al. A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord* 1990;9:253.
11. Holland AJ, Sicotte N, Treasure J. Anorexia nervosa. Evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res* 1988;32:561-71.
12. Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician* 1983;85:12(2-3):134-8.
13. Marrazzi MA, Luby ED, Kinzie J, et al. Endogenous codeine and morphine in anorexia and bulimia nervosa. *Life Sci* 1997;60:1741-7.
14. Stoving RK, Hangaard J, Hagen C. Update on endocrine disturbances in anorexia nervosa. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14:459-80.
15. Casper RC, Eckert ED, Halmi K, et al. Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives in General Psychiatry* 1980;37:1030-40.
16. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1127.
17. Herzog DB, Nawrara KL, Warsaw M. Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *J New Ment Dis* 1991;179:356-9.
18. Di Pentima L, Montecchi F. La bulimia nervosa adolescenziale ad esordio precoce. *Riv Ital Ped* 2001;27:237-24.
19. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36:191-202.
20. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations and rationale. Wilkins and Wilkins, 1994:XXXIII.
21. Stashwick C. When you suspect an eating disorder. *Contemporary Pediatrics* 19
22. Yager J. E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *Int J Eat Disord* 2001;29:125-38.
23. Gambarara M, Castro M, Papadatou B, et al. Il trattamento nutrizionale nell'anoressia mentale. *Prospettive in Pediatria* 1996;26:75-9.
24. Ben-Twin DI, Walker K, Gilchrist P, et al. Outcome in patients with eating disorders: a 5 year study. *Lancet* 2001;357:1254-7.

L'anoressia nervosa: un approccio pragmatico

ANTONELLA BRUNELLI¹, LUIGI GUALTIERI²

¹UO di Pediatria, Ospedale Bufalini, Cesena; ²Dipartimento di Salute Mentale, ASL di Cesena

MULTIDISCIPLINARY CASE-MANAGEMENT OF ANOREXIA NERVOSA

(Medico e Bambino 20, 664-667, 2001)

Key words

Eating disorders, Anorexia nervosa, Enteral nutrition, Parenteral nutrition, Multidisciplinary approach

Summary

Strategies and possible models for interdisciplinary collaboration in the case-management of anorexia nervosa are presented, based on the experience of a multidisciplinary group (paediatrician, nutritionist, psychologist). Indications for hospital care (no improvement after 12 to 16 weeks of ambulatory care), enteral and parenteral nutrition (weight loss above 25% of body weight) are given and the role of psychotherapy, drug therapy and general support is discussed.

Da circa quattro anni nel nostro territorio si è costituito un gruppo di lavoro sugli adolescenti, composto da due neuropsichiatri, uno psicologo, una psicometrista, due pediatri, una dietista. I professionisti coinvolti non svolgono esclusivamente questa attività, ma collaborano al progetto adolescenza, all'interno del quale vengono affrontati anche i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Benché il lavoro venga svolto in équipe, e quindi in stretta collaborazione, i ruoli nel rapporto con i pazienti vengono tenuti ben distinti e le competenze ben separate: lo psicologo clinico esegue la terapia individuale, il neuropsichiatra la terapia familiare, il pediatra ospedaliero affronta il problema della malnutrizione e delle sue complicanze, e così via. L'équipe si avvale di un supervisore con il quale periodicamente si confronta; da migliorare sono invece i rapporti con il pediatra o il medico di famiglia. La sintesi del lavoro svolto e dei risultati ottenuti è sintetizzabile nelle *Table VII e VIII*.

L'approccio è multidisciplinare.

DOVE TRATTARE

Benché non esistano linee guida universalmente riconosciute, in letteratura vengono utilizzati alcuni criteri per orientarsi verso un trattamento ambulatoriale o in regime di ricovero e che anche il nostro gruppo ha adottato^{1,4}. Un cenno particolare merita il progressivo

abbassarsi dell'età di diagnosi fino a epoche prepuberali, che da una parte esclude l'amenorrea fra i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV, e dall'altra obbliga a rivalutare i limiti di peso espressi in valori assoluti di BMI, non applicabili a ragazze in giovane età. Pertanto sembra utile proporre i criteri nosografici GOS (*Great Ormond Street Criteria*) (*Tabella IV di pagina 660*).

TERAPIA AMBULATORIALE

L'approccio più favorevole è quello ambulatoriale quando:

- la perdita di peso è contenuta (inferiore al 25% del peso iniziale);
- la ragazza mostra una buona motivazione al cambiamento;
- l'ambiente familiare è funzionante.

La durata della malattia, cioè il tempo intercorso fra l'esordio dei sintomi e il ricorso al servizio, che alcuni Autori includono fra i criteri differenziali, si è notevolmente accorciata negli ultimi anni (da lunghi periodi di 8-10 anni a 3-6 mesi).

In occasione della prima visita ambulatoriale vengono programmati gli esami per l'esclusione di patologie organiche (specie neurologiche, gastroenterologiche ed endocrine) e valutati i parametri di tipo nutrizionale; se le condizioni generali e l'esame clinico confermano l'assenza di rischi immediati, la ragazza viene inviata allo psicologo (o invitata a proseguire la terapia se già in atto, e con lei

la sua famiglia) e alla dietista; nel nostro gruppo la dietista prende in carico l'aspetto alimentare e il monitoraggio dell'andamento del peso.

RICOVERO OSPEDALIERO

Viene proposto il trattamento in regime di ricovero qualora:

- l'assistenza ambulatoriale non produca alcun miglioramento entro 12-16 settimane; oppure
- dalla prima visita si apprezzi un calo di peso importante (1,5-2,5 kg/settimane per 1 mese);
- siano presenti aspetti di gravità clinica (bradicardia, ipotensione, diselettrolitemie);
- siano marcati la componente depressiva, l'ossessione per il cibo, la tendenza alle abbuffate;
- sia necessaria una separazione dalla famiglia (per la situazione di conflitto e di stanchezza che il problema provoca all'interno dell'ambiente familiare).

Nonostante le difficoltà organizzative, che a volte si incontrano poiché l'età delle ragazze spesso supera i limiti concordati, è comprensibile che il luogo migliore per un ricovero sia l'ambiente pediatrico piuttosto che quello psichiatrico. Infatti, anche se non attrezzate allo scopo, generalmente le strutture pediatriche dispongono di un ambiente accogliente, colorato, dove spesso esiste la possibilità di utilizzare camere che non debbano essere condivise con ragazzi di altre età e con altri problemi clinici; un reparto pediatrico si caratterizza "soprattutto per la presenza di pazienti emotivamente sani"¹, e questo rappresenta un fattore di grande rilievo.

PERCHÉ TRATTARE

Il recupero del peso è importante per correggere la malnutrizione e trattare le eventuali complicanze; il miglioramento delle condizioni fisiche produce anche un miglioramento nella sfera psicologica. Ciò rende possibile:

- rimuovere alcuni disturbi del comportamento che sono spesso conseguenza, e non causa, del digiuno (sintomi quali ossessione per il cibo, crisi d'ansia, disturbi del sonno, sono frequenti in soggetti sottoposti a gravi restrizioni alimentari non volontarie);
- la conseguente identificazione dei sintomi primitivi, che rende possibile un intervento psicoterapico corretto.

Età di ingresso al servizio	Latenza	Prove psicometriche	Ricoveri in ospedale
12 anni	3 mesi		
14	3 mesi	X	
15	4 mesi	X	X
15	2 a		
14	11 mesi	X	X
15	7 mesi	X	X
15	7 mesi	X	X
16	1 a	X	
16	2 a	X	
17	6 mesi	X	
15	3 mesi		
16	2 a		
17	6 mesi		
21	3 a	X	
18	2 a	X	
22	7 a		
18	1 a		
20	3 a	X	
20	6 mesi		
23	3 a		
21	4 a	X	
20	3 a		
22	5 a	X	
24	4 a		
23	4 a	X	
26	6 a		
26	6 a		
25	7 a		
27	2 a		
26	4 a		
27	7 a		
29	9 a		
29	8 a		
37	2 a		

3-6 mesi 1 a 2-3 a 4-6 a 7-9 a

Questa tabella psichedelica mostra come negli ultimi 5 anni si siano modificate alcune caratteristiche nell'accesso a un servizio pubblico di consultorio: si è ridotta l'età delle pazienti ma anche il tempo intercorso fra comparsa dei sintomi e accesso ai servizi, che da tempi molto lunghi (fino a 8-9 anni) si è accorciato fino a tre mesi (si apprezza il passaggio dai colori caldi a quelli acidi); la comparsa dei ricoveri (sia in regime ospedaliero che di day hospital) si può spiegare con la maggiore attenzione dei pediatri (apertura e pubblicizzazione del servizio), ma anche con la maggior attenzione da parte della società e delle famiglie, e con una maggior gravità e precocità della malattia.

Tabella VII

COME TRATTARE

I metodi di rialimentazione possono essere distinti in aggressivi e riabilitativi.

Metodi aggressivi di rialimentazione

Sono rappresentati, dalla nutrizione parenterale parziale o totale per via centrale e dalla nutrizione enterale, effettuata con sondino naso-gastrico e, recentemente, con gastrostomia percutanea

DATI NOSOLOGICI DI ADOLESCENTI ANORESSICHE RICOPERATE				
Età	Durata sintomi	Perdita ponderale	Ricovero	Follow up
M.C. 12 anni	3 mesi	- 4 kg	DH	In corso
C.K. 15 anni	3 mesi	- 15 kg	27 gg	In corso
S.S. 13 anni	6 mesi	- 6 kg	DH	mestruata timida
B.S. 15 anni	7 mesi	- 6.5 kg	11 gg	mestruata bulimica allegra
P.M. 14 anni	11 mesi	- 8 kg	9 gg	mestruata fragile
B.F. 15 anni	7 mesi	- 7 kg	9 gg	mestruata vegetariana insicura

Dati relativi alle ragazze ricoverate per anoressia, in reparto e in DH e la situazione attuale (intervista telefonica).

Tabella VIII

(PEG). Sono metodi certamente efficaci, ma comportano alcuni problemi:

□ la nutrizione enterale l'introduzione del sondino naso-gastrico viene vissuta come elemento di disturbo proprio nella sfera digestiva, come intrusione e aggressione nei propri confronti, e aumenta il senso di sfiducia nei confronti del curante;

□ la nutrizione parenterale, riduce il senso di fame e di sazietà, ma toglie la responsabilità personale nei confronti del cibo (raramente infatti le ragazze si oppongono a questo tipo di trattamento), ma il guadagno di peso ottenuto è destinato a non essere mantenuto dopo la sospensione, anche perché favorisce e asseconda un desiderio di regressione (tornare a forme di alimentazione esclusivamente passive). La nutrizione parenterale e le procedure di attivazione (cateri, soluzioni, preparazione ecc.) non sono esenti da gravi complicanze anche meccaniche, oltre che metaboliche, che possono portare fino alla morte.

È comunque consigliabile mantenere un'alimentazione orale, anche in minima quantità, durante questo tipo di trattamento, per facilitare il ritorno all'autonomia dopo la sospensione.

Pertanto allo stato attuale tali metodi di rialimentazione andrebbero utilizzati solo come sistemi "salvavita", quando cioè ci sia un rischio per la vita, e naturalmente in ambienti di sicura esperienza.

Metodi riabilitativi di rialimentazione

I metodi riabilitativi si basano invece su un coinvolgimento della ragazza che partecipa al programma consapevolmente.

Esistono diversi tipi di intervento:

□ *comportamentale*, basato sul condizionamento operante e sul rinforzo; un contratto iniziale definisce il permesso per varie attività o premi in caso di aumento ponderale, o restrizioni e punizioni nel caso di stabilità o calo⁵;

□ *antidieta*: si basa sull'eliminazione di qualsiasi regola dietetica e sulla opportunità di mangiare quando si ha fame, e di smettere quando si è sazi. Purtroppo, se questa può apparire una cosa banale per una qualunque persona, non si può dire altrettanto per un'anoressica, per la quale fame e sazietà sono sensazioni perse, che producono ansia e confusione⁶;

□ *alimentazione meccanica*; alcuni Autori¹ applicano il concetto di rialimentazione alla stregua della terapia farmacologica: viene prescritto un numero di pasti adeguato, e la ragazza rispetta tale prescrizione finché la percezione della fame e della sazietà non venga recuperata.

Fra le metodologie accennate, in corso di ricovero il nostro gruppo, al momento attuale, si ispira al modello comportamentale, integrato con suggerimenti dietetici piuttosto precisi. La scelta fra i modelli presenti in letteratura è stata motivata dalle risorse disponibili e dalle attitudini personali.

Il ricovero, se proposto perché ritenuto opportuno, di solito è accettato male dalle ragazze. Poiché, ai fini del risultato della terapia, è necessaria l'alleanza terapeutica fra le parti, il colloquio di proposta di ricovero si deve concludere con la disponibilità al tentativo terapeutico. Alla ragazza vengono presentati il reparto, la caposala o le infermiere che si occuperanno di lei, e si progetta un programma

che verrà concordato e applicato con coerenza e fermezza. Il programma viene contrattato con la ragazza a seconda delle abitudini, dell'età, delle attività e delle preferenze, ma una volta stipulato va rispettato. Il peso guadagnato (che dovrebbe essere di 150-200 g/die) viene assimilato al conto in banca: più soldi hai (energia), più ne puoi spendere (in attività). In questo modo la ragazza, che ha già dimostrato il suo enorme potere con i genitori e con l'ambiente familiare, viene indirizzata a esercitarlo su se stessa.

Nel nostro reparto è possibile ricoverare queste ragazze in una camera singola con bagno; durante la degenza i genitori non restano in ospedale, ma vengono invitati a recarsi in visita secondo gli orari concordati: in particolare al di fuori dell'orario dei pasti. Al momento del pranzo l'infermiera addetta lascia scegliere dal carrello secondo le preferenze, badando solo che vengano rispettati i principi già illustrati dalla dietista riguardo ai volumi e alla varietà (per esempio, non prendere tre piatti di insalata e nient'altro, o quattrocento grammi di risotto più secondo e contorno); la ragazza viene lasciata sola nella stanza; la dietista capita "occasionalmente" in quell'orario e valuta le modalità di alimentazione mentre svolge una visita di cortesia. Dopo 45 minuti viene ritirato il piatto senza commentare l'esito: quello che conta non è quanto la ragazza ha mangiato, ma quanto è cresciuta di peso, poiché è questo il dato che viene utilizzato per rivalutare il contratto.

Al momento del ricovero il programma concordato viene scritto in cartella, e il personale è tenuto a seguirne rigorosamente le indicazioni. Dopo la visita quotidiana e il colloquio con la ragazza viene steso nuovamente il programma e, di concerto con la caposala. In generale vale la regola di mantenere un numero minimo di personaggi referenti, per dare punti di riferimento e di rapporto precisi, e per ridurre al minimo l'abilità manipolatoria sullo staff che di solito queste ragazze esercitano con maestria.

Il personale del nostro reparto fin dall'inizio si è dimostrato sensibile e attento al problema dell'anoressia. Le infermiere hanno richiesto un momento di formazione sulla malattia e sulle strategie da adottare; le indicazioni sono sempre seguite con attenzione.

In sintesi, il ricovero deve rispettare un atteggiamento non aggressivo verso i sintomi, e diventare una tappa riabilitativa del lungo processo terapeutico⁷.

Il peso finale costituisce un punto cru-

CONSIGLI PER LA FAMIGLIA

- Migliorare la comunicazione
- Uscire da quella logica di comportamento che ha innescato nei figli la "sindrome da brava/o ragazza/o"
- Entrare nell'ordine di idee che l'autocolpevolizzazione non porta a nulla
- È molto meglio valutare come sia possibile diventare una risorsa per contribuire alla cura del figlio
- Ricordarsi che il problema non si esaurisce nel disturbo del comportamento alimentare (DCA) ma esprime problematiche psicologiche e di sofferenza
- A tavola non insistere
- Non chiedere un riscontro giornaliero su quello che ha mangiato, lasciate che sia lui/lei a scegliere che cosa mangiare
- Non assumersi la responsabilità del controllo del suo peso
- Cercate di non fare la spesa pensando al problema alimentare
- Evitare commenti, consigli, offerte o richieste di rinuncia verso il cibo
- Se si è abituati a mangiare stando tutti insieme a tavola, invitare il figlio/a a stare a tavola assieme. Se non lo fa non rinunciare a riprovarci nei pasti successivi
- Se mangia con gli altri preavvisare su cosa sdi ha intenzione di cucinare. Potrebbe desiderare qualcosa di diverso e dovrebbe avere la possibilità di averlo. Non deve comunque essere la persona che soffre di DCA ad imporre il menu a tutta la famiglia
- Evitate espressioni colpevolizzanti del tipo "mi farai morire" o svalutanti "non sei in grado di affrontare il problema"
- Non polarizzare tutta l'attenzione sul figlio/a con DCA, soprattutto se ne avete altri. Non rinunciate a tutto (hobby, amici,...) perché qualcuno in famiglia ha questo problema. Date loro, però, la certezza che siete sempre a disposizione quando occorre.

Tabella IX

ziale. Esistono opinioni diverse, che vanno da un peso minimo (quasi "magico") che Hilde Bruck identifica con 41-42 chili, e altri che si prefiggono un BMI di 19. In realtà è difficile oggi ragionare in termini di peso assoluto, poiché l'età di esordio si è abbassata e spesso le preadolescenti non hanno ancora raggiunto un peso corporeo di 40 kg. Per la stessa ragione è altrettanto difficile stabilire un BMI minimo, poiché il 3° centile varia in relazione all'età. Nella nostra attività cerchiamo di ottenere un peso che porti al 3° centile oppure al 90% del massimo raggiunto se questo era nella norma. Il peso finale non coincide necessariamente con il termine del trattamento ospedaliero, che può avere obiettivi di peso intermedi e proseguire in ambiente ambulatoriale, in collaborazione con la famiglia (Tabella IX) quando la collaborazione con la paziente è soddisfacente.

Raggiunto il peso concordato, che in generale consente di uscire da una situazione critica, la ragazza viene dimessa dal reparto e seguita ambulatoriamente.

Dalla costituzione del gruppo a oggi sono state seguiti 34 pazienti (2 maschi), di cui 29 ambulatoriamente e 5 ricoverate in reparto.

La durata media del ricovero è di circa 2 settimane; a questo si aggiungono circa 6 mesi di controlli presso il Day Hospital. Il trattamento prosegue con la psicoterapia, benché spesso risulti diffi-

cile proseguire il trattamento oltre i due anni; un follow up telefonico a distanza di ulteriori due anni circa non mostra ricadute; tutte le ragazze sono mestruate, anche se permangono disturbi della sfera alimentare (es. diete vegetariane) e la libertà dell'umore.

TERAPIA FARMACOLOGIA

I tentativi di trattamento farmacologico hanno preso in considerazione terapie con antidepressivi, antipsicotici, inibitori del reuptake della serotonina. Nessuno di questi si è rivelato efficace nel controllo della malattia, benché le varie categorie possano essere utilizzate in situazioni particolari per il controllo di sintomi (depressione grave, tentativi di suicidio ecc.) e in particolari momenti della malattia. Questi farmaci non sono liberi da effetti collaterali, né sul tono dell'umore (es. disforie, depressioni) né sulle capacità alimentari (es. nausea, dolori addominali). Il loro uso va pertanto limitato e gestito da professionisti esperti⁸.

È opportuno sottolineare come siano da evitare terapie con benzodiazepine (che possono precipitare in grave scompenso psichico) e terapie sostitutive ormonali per l'amenorrea, senza prima aver indagato sulla presenza di sintomi che possano indirizzare verso un'anoressia nervosa.

Poiché non sono completamente noti i meccanismi biochimici coinvolti nel disturbo comportamentale dell'anoressia, non è stato ancora possibile identificare un farmaco adeguato al trattamento. A tutt'oggi quindi si può concludere che l'anoressia nervosa è una malattia «orfana di terapia farmacologica»⁹.

CONCLUSIONI

L'anoressia nervosa è una malattia grave, molto complessa, in buona parte sconosciuta nei suoi meccanismi e fortemente impegnativa per chi se ne fa cura. I modelli di terapia e di assistenza che si sono sviluppati sono diversi e ognuno è ispirato a teorie diverse.

Le attitudini, le capacità e la filosofia dello staff sono riconosciute come requisiti fondamentali; l'osservazione, condivisibile, è che l'esperienza del terapeuta e alcune caratteristiche quali calore, spontaneità, accettazione, flessibilità, apertura e onestà siano più importanti dell'orientamento teorico scelto¹.

Bibliografia

1. Caruso R, Manara F. I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica in Psicologia clinica. Il pensiero scientifico Ed. 1999.
2. Manara F. Un programma strutturato in Day Hospital per la cura dei disturbi del comportamento alimentare. Atti del Convegno "Strategie nel trattamento nutrizionale dei disturbi del comportamento alimentare". Brescia 1999, pp 15-22.
3. Ventura M. Trattamento ambulatoriale o ospedalizzazione: il processo decisionale e l'invio. Atti del Convegno "Strategie nel trattamento nutrizionale dei disturbi del comportamento alimentare". Brescia 1999, pp 11-13.
4. Cuzzolaro M. Inquadramento: aspetti diagnostici, epidemiologici ed eziopatogenetici. In: Anoressia nervosa. Dalle origini alla terapia. ITEMS. I Temi Della Nutrizione. Istituto Danone Ed. 2000, pp 7-27.
5. Minuchin S. Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare. Casa editrice Astrolabio, p111.
6. Ostuzzi R. Anoressia nervosa: approccio nutrizionale riabilitativo in fase di ospedalizzazione. Atti del Convegno "Strategie nel trattamento nutrizionale dei disturbi del comportamento alimentare". Brescia 1999, pp 23-35.
7. Caputo G. Le strutture di ricovero e cura. In: Anoressia nervosa. Dalle origini alla terapia. ITEMS. I Temi Della Nutrizione. Istituto Danone Ed. 2000, pp 153-169.
8. Beaumont PJV. Il trattamento dell'anoressia nervosa. Lancet 1993;341(26):1635-40.
9. Nisoli E. Psicologia dell'anoressia nervosa: un rationale per l'intervento farmacologico? In: Anoressia nervosa. Dalle origini alla terapia. ITEMS. I Temi Della Nutrizione. Istituto Danone Ed. 2000, pp 87-102.

PROTOCOLLO DI INTERVENTO DIETETICO NEL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Emanuela Ravaioli

Servizio dietetico, Ospedale Bufalini, Cesena

PRIMO COLLOQUIO INDIVIDUALE DIETISTA/PAZIENTE

Definizione del programma diete-terapeutico da impostare durante il ricovero valutato caso per caso, con l'obiettivo di coinvolgere il/la paziente nel riconoscimento dei propri bisogni.

Nel primo incontro la dietista valuta il/la paziente anche attraverso l'inchiesta alimentare (raccolta di dati sulle abitudini alimentari del soggetto) senza preoccuparsi della possibilità che comunque non le vengano riferite le abitudini reali ma preoccupandosi invece di dimostrare fiducia al paziente ed entrare in EMPATIA con lui/lei: ASCOLTO ATTIVO.

USO DI TECNICHE SPECIFICHE DI MODIFICAZIONE COMPORTAMENTALE

Sede ambulatoriale:

□ previa richiesta di intervento proveniente da pediatra, psicologo, neuropsichiatra infantile che ha in carico il/la paziente. La dietista incontra il/la paziente e viene definito un programma diete-terapeutico concordato insieme e che richiede da parte del soggetto la compilazione di un diario alimentare giornaliero. Il controllo del peso viene concordato con lo psicologo e può essere settimanale e quindicinale.

Durante il ricovero:

□ definizione dei pasti da consumare nella giornata (definire gli orari, che cosa consumare), rispettare inizialmente le richieste avanzate dal/la paziente. La dietista è presente durante l'assunzione dei primi pasti cercando però di non apparire come il supervisore che mette in discussione la fiducia accordata al/la paziente; ciò è necessario per verificare come viene consumato il pasto (la masticazione, il tempo in cui viene consumato, l'atteggiamento passivo o aggressivo, ecc.). I dati rilevati permettono al dietista di avvalorare o meno l'anamnesi alimentare precedentemente fatta al/la paziente e soprattutto il grado di fiducia che può accordargli.

□ Da questo dipende la possibilità di lasciare libero il/la paziente di scegliere i cibi dal carrello del vitto (decidendo la quantità e la qualità) o se è necessario fare confezionare a parte (nella cucina dietetica dell'Ospedale) razioni pesate, pasti a consistenza definita (es. alimenti facilmente masticabili o in forma frullata, ecc.). La necessità di usare integratori calorici o proteici viene valutata caso per caso. A volte è necessario integrare subito l'alimentazione con questi prodotti in funzione del BMI: se, dopo 4-5 giorni di ricovero, il peso del soggetto non aumenta, anzi tende a diminuire, vengono proposti integratori alimentari; ciò non si verifica invece se il peso del paziente aumenta con la sola assunzione di alimenti senza integratori.

□ Uso del diario alimentare: utile anche durante il ricovero per i/le pazienti che scelgono il pasto dal carrello del vitto comune, decidendo sulla razione e la qualità del cibo. La compilazione del diario viene richiesta dalla dietista anche dopo la dimissione ospedaliera, durante gli incontri ambulatoriali programmati, dove si procede anche alla verifica del peso. La lettura del diario permette alla dietista di fornire un rinforzo positivo evidenziando le scelte corrette e proponendo di mantenerle e invece di rivedere quelle "negative".

La struttura del diario deve mettere in evidenza anche l'ora in cui i pasti vengono consumati, come vengono consumati, con chi vengono consumati.

La dietista deve dare suggerimenti per inserire nuove proposte alimentari al fine di rompere gradualmente gli schemi rigidi con i quali il/la paziente è abituato/a a convivere.

Controlli del peso settimanali o quindicinali: se il peso ha subito delle variazioni in positivo, la relazione dietista/paziente continuerà con l'atteggiamento di valorizzazione delle scelte alimentari che hanno portato a questo risultato; se il risultato è negativo (calo ponderale), vanno comunque evidenziati gli aspetti positivi rilevati nel diario, proponendo di mantenerli, mentre si cercherà di "rinegoziare" lo schema alimentare precedentemente concordato.