

**L'approccio integrato
ai diversi tipi
di terapia nei vari
momenti della malattia
ha portato a risultati molto
positivi nel trattamento
dei disturbi
del comportamento
alimentare**

DI MASSIMILLA MANETTI RICCI
FARMACISTA

Anoressia e bulimia

È una donna agile, scattante, magra, sempre attiva tra lavoro e palestra, determinata a vivere la propria vita, ad affermarsi, a essere vincente. Il suo fisico è asciutto, senza una rotondità, snello fino alla magrezza. Si muove, tra snack, cibi light, contocalorie, in lotta perenne con la bilancia. Questo è il modello femminile proposto oggi dai media e dalla moda e perciò riferimento distorto per tante adolescenti che si affacciano alla vita. Una donna normopeso ha una percentuale di grasso corporeo del 22-25 per cento, ma nelle modelle si abbassa fino al 10-15 per cento. E dietro le quinte di questo ideale femminile si celano i disturbi del comportamento alimentare, in primis anoressia e bulimia.

Dalla modella Twiggy, icona degli anni Sessanta e Settanta, alla foto choc della modella anoressica di Oliviero Toscani del 2007, dall'esaltazione della magrezza alla denuncia di una malattia autodistruggente sono passati anni durante i quali l'anoressia ha assunto una sua autonomia patologica. Secondo un recente rapporto Eurispes, in Italia ci sono circa due milioni di giovani tra i 12 e i 25 anni che soffrono di un Disturbo del comportamento alimentare (Dca), la maggior parte sono donne (rapporto 10:1), ma la percentuale sta salendo anche fra le quarantenni e gli uomini. Comportamenti anoressici con finalità diverse sono individuabili già nella storia: le cosiddette "sante

anoressiche", come Santa Caterina da Siena o Giovanna D'Arco, vedevano nel digiuno prolungato una forma di espiiazione che portava a una condizione di maggiore spiritualità e ascetismo, quindi di vicinanza a Dio; oppure nel secolo scorso con Gandhi, che aveva fatto del digiuno una forma di protesta politica.

La scoperta dell'anoressia come malattia a sé stante risale solo al 1873 per merito di due medici, l'inglese Gull e il francese Lasegué che, separatamente, seguendo un certo numero di giovani donne, osservarono comportamenti anoressici con precisi sintomi

quali amenorrea, assenza di problemi fisici, irrequietezza. Oggi l'anoressia è una patologia che si riscontra prevalentemente nei Paesi industrializzati, mentre è rara in quelli emergenti; studi recenti evidenziano che le persone immigrate da Paesi poco sviluppati verso Paesi più ricchi hanno maggiore probabilità di sviluppare un Dca e maggiormente nelle classi sociali più elevate, cioè in quelle in cui di più si identifica la bellezza femminile con la magrezza. «Il comportamento anoressico è "egosintonico"», afferma, nell'ambito di un corso Ecm dedicato a questo argomento, Mariano Bassi, presidente della Società italiana di psichiatria, «ovvero è attuato volontariamente, con una rigida negazione della malattia, rifiuto di ogni approccio medico e collaborazione solo apparente. I soggetti che ne sono affetti sono ragazze di solito molto brave a scuola, leader del loro gruppo, molto attive e dinamiche».

PAURA DEL CIBO

Ci sono due tipi di anoressia:

- ◆ restrittiva: la persona riduce drasticamente l'assunzione di cibo;
- ◆ bulimica: la persona si abbuffa per poi ricorrere al vomito autoindotto o all'abuso di lassativi e diuretici.

I sintomi che devono allertare sono amenorrea da almeno tre cicli, ecces-

SINTOMI E COMPLICANZE

Anoressia	Amenorrea da almeno tre cicli Irrequietezza ed eccesso di dinamismo Paura di diventare grassi, anche quando si è sottopeso
Bulimia	Abbuffata Incapacità a controllare l'impulso della fame Condotta compensatoria come vomito autoindotto o digiuno o eccessivo sforzo fisico
Complicanze	Danni a carico dell'apparato cardiocircolatorio Lesioni ulcerative a stomaco ed esofago Diminuzione motilità intestinale Difficoltà digestive Diminuzione massa muscolare e ossea fino all'osteoporosi Amenorrea Insufficienza renale Ipertrofia ghiandole salivari Danno ai denti Perdita di memoria e concentrazione Perdita sensibilità agli arti



Timshel, chi si ama ci segua



È nato da pochissimo, a fine novembre, il progetto “Timshel, chi si ama ci segua”, una piazza virtuale (www.timshel.it) sui disturbi dell'alimentazione. Timshel - «tu puoi» in ebraico - si avvale di un fortissimo sostegno istituzionale, in particolare di due ministeri: Lavoro, salute e politiche sociali, e Gioventù. Il supporto scientifico è fornito dall'Ospedale Bambin Gesù di Roma. Il portale intende assicurare agli utenti un costante aggiornamento su patologie come anoressia e bulimia, purtroppo sempre più diffuse tra i giovani; non solo, ma sul web proliferano i siti nei quali vi si inneggia, come fossero motivi di distinzione. Ovviamente un grande ruolo lo rivestirà il contatto diretto con gli utenti, attraverso un forum di discussione e la possibilità di rivolgersi direttamente agli esperti del Bambin Gesù. Non rimane che aspettare qualche mese per fare un primo bilancio dell'iniziativa, che sembra nascere sotto i migliori auspici.

sivo dinamismo, assenza di problemi fisici: le pazienti riferiscono infatti di sentirsi benissimo.

A livello di comportamento sociale tendono a isolarsi, a non consumare i pasti con gli altri familiari, a effettuare pratiche compensatorie quali il vomito autoindotto quando sono costrette a pranzare con altri.

A volte ingannano per distogliere l'attenzione dal problema, proponendosi come brave cuoche e allestendo piatti molto gradevoli che riservano a familiari o ad amici.

Una caratteristica da sottolineare è che queste persone non smettono di avere fame, ma hanno paura del cibo e ingannano lo stimolo dell'appetito, per esempio bevendo notevoli quantità di acqua, per poi rigettarla, cosa che comporta un forte squilibrio elettrolitico, oppure mangiando esclusivamente verdure o frutta. Hanno un'immagine di sé distorta, vedendosi grasse allo specchio anche quando il loro corpo è scheletrico.

UNA TERAPIA INTEGRATA

«Il piano terapeutico», continua Bassi, «deve prevedere tappe diverse con obiettivi e approcci differenziati. Con il trattamento a breve termine, dopo un'accurata valutazione internistica, si devono fronteggiare prima di tutto gli squilibri elettrolitici che sono la causa più frequente di complicanze irreversi-

bili e si deve combattere il grave dimagrimento per ripristinare un equilibrio nutrizionale accettabile».

Perciò internisti e nutrizionisti sono i due specialisti di primo intervento. «Il problema principale che si presenta», sottolinea il relatore, «è quello di superare la mancanza di “insight”, cioè la capacità di rendersi conto della malattia da parte delle pazienti. Dal punto di vista psicoterapeutico è l'approccio integrato con i diversi tipi di terapia nei diversi momenti della malattia il sistema che ha portato a maggiori risultati positivi».

Sotto il profilo farmacologico, sono gli antipsicotici e gli antidepressivi le categorie di farmaci più usate. Sembra che gli antipsicotici determinino un miglioramento della compliance ai trattamenti e una diminuzione delle tematiche dimorfiche, dell'ansia e dei sintomi ossessivi. I più usati sono clorpromazina e pimozide. Fra quelli di nuova generazione sono utilizzati il risperidone e l'olanzapina. L'impiego di questi farmaci è però controverso, perché inducono aumento dell'appetito e di peso, elementi delicati in questo tipo di pazienti. L'uso di antidepressivi come l'amitriptilina e gli Imao è invece legato al riscontro di una correlazione tra disturbi dell'umore e anoressia; sembrano anche incrementare l'appetito attraverso l'induzione di una più intensa ricerca di carboidrati.

RAVIOLI NELLA NOTTE

Mentre le prime descrizioni dei sintomi dell'anoressia risalgono al secolo scorso, altrettanto non si può dire per la bulimia nervosa, che ha assunto una sua autonomia nosografica solo nel 1979, in seguito alla pubblicazione di un articolo di Gerald Russell.

Come l'anoressia, anche questa è una patologia prevalentemente femminile, anche se i maschi colpiti sono il 10-15 per cento.

Le caratteristiche sono:

- ◆ mangiare in un tempo definito una quantità significativamente maggiore di quella che una persona mangerebbe nello stesso lasso di tempo;
- ◆ incapacità di controllare questo impulso;

- ◆ condotte compensatorie inadeguate per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi, digiuno o eccessivo esercizio fisico.

Tutto questo per almeno due volte a settimana, per tre mesi. A differenza dell'anoressia, Mariano Bassi definisce la bulimia malattia “egodistonica”, ossia il paziente si sente a disagio, prova vergogna, non vorrebbe soffrirne, è spesso un soggetto normopeso, ma sempre preoccupato per il cibo e il peso corporeo: «La vita che il malato conduce è apparentemente normale, senza che né i familiari né gli amici se ne possano accorgere. Spesso è la notte il momento in cui si scatena il comportamento compulsivo: una paziente aveva mangiato una confezione intera di ravioli crudi e surgelati».

Sono gli Ssri, in particolare fluoxetina e citalopram per il loro effetto anoressizzante, i farmaci di elezione almeno nella terapia a breve termine; mentre sono in corso studi sull'efficacia della sibutramina, inibitore delle reuptake di serotonina e noradrenalina, nella forma di bulimia con tendenza all'obesità. Di fondamentale importanza, anche in questa patologia, è che il paziente sia circondato da specialisti che lo possano guidare a una regolare assunzione di cibo e a una giusta motivazione per aumentare l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità, accorciando in tal modo i tempi della cura.