

IL PRIMO APPROCCIO AL DISTURBO ALIMENTARE

Solo porre il sospetto clinico può fare la differenza tra un caso risolto e uno che evolve verso la cronicità. La vergogna del paziente a confessare al medico la stranezza dei propri comportamenti. L'importanza di comunicare con prudenza la gravità di pessime abitudini a proposito del cibo e del peso

Grandi simulatori. Così si possono definire, dal punto di vista clinico, i disturbi del comportamento alimentare (Dca). Proprio come si diceva nei vecchi trattati di clinica medica, a proposito della sifilide e della tubercolosi, i pazienti affetti da un Dca possono presentarsi alla visita lamentando anomalie in pressoché tutti gli organi e i sistemi.

Solo nel caso dell'anoressia nervosa è presente una qualche, precoce, evidenza di malattia. In tutti gli altri disturbi di questa famiglia patologica la semeiotica medica è spesso di ben poco aiuto fino al sopravvenire di complicanze mediche o chirurgiche. Sarà quindi cura del buon medico di

famiglia sospettare sempre e comunque un Dca in tutti quei pazienti con sintomatologia strana, non facilmente attribuibile a un disturbo noto, e/o con uno o più indici di rischio. Non lo ripeteremo mai abbastanza. Il solo fatto di porre il sospetto clinico della presenza di un Dca può talora fare la differenza tra un caso felicemente risolto e un caso che evolve invece verso una cronicità inguaribile o, talora, la morte.

L'anamnesi e l'esame fisico

Cercare di ottenere informazioni attendibili da un paziente che soffre di un disturbo alimentare è una cosa abbastanza difficile e un'esperienza piuttosto frustrante.

La difficoltà discende dalle caratteristiche ego-sintoniche dei sintomi dei disturbi alimentari.

Mi spiego meglio. I due sintomi caratteristici dei Dca, che sono la magrezza conseguita a ogni costo e l'estrema importanza conferita al peso e all'aspetto fisico, vengono vissuti per molto tempo dai pazienti come aspetti positivi e desiderabili, piuttosto che come sintomi di malattia.

I sintomi sono ego-sintonici, in sintonia cioè con l'Io dei pazienti i quali li ricercano e li perseguono attivamente, e per lungo tempo non li ritengono affatto questioni da risolvere o sintomi da curare.

Questo spiega anche la lunghezza del tempo medio che trascorre di solito tra l'inizio dei primi sintomi di un disturbo alimentare e la prima visita medica (da circa un anno nei casi di anoressia nervosa, sino a tre-cinque anni per la bulimia nervosa).

Bisogna poi considerare anche un altro fattore che, talora, si aggiunge all'ego-sintonia del sintomo, e contri-

I SINTOMI PIÙ FREQUENTI

Le manifestazioni più comunemente lamentate dai pazienti affetti da Dca sono:

- Fluttuazioni di peso
- Perdita di capelli
- Sensazioni di freddo persistente a mani e piedi
- Dolori muscolari crampiformi
- Debolezza e facile affaticabilità
- Capogiri e sensazioni di svenimento
- Diminuzione dell'interesse e della performance sessuale
- Stitichezza ostinata
- Irregolarità mestruali o amenorrea
- Gonfiore e infiammazioni delle ghiandole parotidi e sottomandibolari (guance da scoiattolo)
- Faringiti e laringiti persistenti di tipo acido
- Disturbi del sonno
- Carie dentali, danni allo smalto e problemi parodontali
- Sub-edemi degli arti inferiori

di **Fabio Piccini**

Psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Psicologia clinica e Psicoterapia, Casa di cura "Malatesta Novello", Rimini

buisce a ritardare l'ottenimento di informazioni sui disturbi alimentari dei pazienti, ovvero la vergogna che molti pazienti provano al pensiero di confessare al medico la stranezza dei propri comportamenti nei confronti del cibo e dell'alimentazione.

Molti pazienti temono che, se si confideranno con il medico, dovranno probabilmente accettare di interrompere i comportamenti finalizzati al controllo del peso e ricominciare a nutrirsi normalmente, rischiando così di ritrovarsi con un corpo reso deforme dal tanto odiato grasso. Un fatto, questo, che suscita in loro un'angoscia genuina e spontanea.

È per questi motivi che, quando questi pazienti si decidono finalmente a consultare un medico, ciò avviene in genere a seguito dello sviluppo di qualche complicanza secondaria alla persistenza del disturbo alimentare di base.

Starà qui alla sensibilità e alla capacità umana e professionale del medico cominciare prudentemente a esplorare l'esistenza e la gravità di determinati comportamenti del paziente a proposito del cibo e del peso, per verificare la presenza o meno di quei criteri diagnostici che permettono di orientarsi nella diagnosi dei diversi Dca.

Partendo da prudenti domande di tipo più generale:

- È molto preoccupata per il suo peso?
- Sta facendo qualche dieta?
- Ha perso peso negli ultimi tempi?
- Le è capitato di mangiare un po' più del dovuto?

Verso una definizione del quadro

Muovendosi poi verso un'indagine maggiormente specifica e precisa volta a precisare la gravità del disturbo si potrà chiedere:

- Se potesse avere una bacchetta magica e modificare il suo peso a piacimento, quanto le piacerebbe pesare?
- Quanto è importante attualmente per lei il fatto di riuscire a raggiungere questo peso?
- Come crede che cambierebbe la sua vita una volta che riuscisse finalmente a raggiungere questo peso?
- Accetterebbe di aumentare di un paio

L'ANAMNESI DEL PESO

Ecco le domande da porre al paziente con sospetto Dca e/o sospette alterazioni del peso:

- A quale età sono iniziati i suoi problemi con il peso e il suo aspetto fisico?
- Qual è il suo peso attuale?
- Qual è il peso più alto che ha mai raggiunto, dopo l'avvento della pubertà?
- Qual è il peso più basso che ha mai raggiunto, dopo l'avvento della pubertà?
- Qual è il peso che ha mantenuto più a lungo, dopo l'avvento della pubertà?

- Quali sono le misure che ha adottato negli anni per controllare il peso?
- Qual è il massimo numero di kg che ha perso, come, quando?
- Quanto gli piacerebbe pesare?
- Quale pensa che sarebbe il suo peso se smettesse di cercare di controllarlo?
- Quali sono le sue attuali abitudini alimentari?
- Su cosa si basano le sue conoscenze in materia di peso e di alimentazione?

di kg soltanto per guarire dal suo disturbo alimentare (ammesso che il paziente sia consapevole di soffrire di un Dca)?

- Come cambia la sua autostima in rapporto alle modificazioni del suo peso?
- Che rapporto c'è, a suo modo di vedere, tra la valutazione che gli altri danno di lei come persona e le fluttuazioni del suo peso?
- Crede le sarebbe possibile smettere di pesarsi per una settimana?

Se la paziente ammette l'esistenza di un uso incongruo del cibo e di abbuffate allora l'anamnesi dovrà passare a esplorare pazientemente altre questioni:

- Le abbuffate costituiscono attualmente un problema per lei?
- A che età sono cominciate?
- A che età sono diventate una pratica abituale?
- Sono cominciate a seguito di un periodo di dieta rigida?
- Parlando degli ultimi tre mesi, qual è stata la frequenza e la durata degli episodi?
- Da quanto tempo le abbuffate sono diventate una pratica regolare? Qual è stato il periodo di tempo più lungo in cui è riuscita ad astenersi da tale pratica?
- Quanto e quale cibo viene consumato abitualmente nel corso di un'abbuffata-tipo?
- L'abbuffata si accompagna di solito alla sensazione di perdita di controllo, ovvero alla sensazione di non riuscire più a smettere di mangiare, una volta che l'abbuffata è iniziata? Se riuscisse a resistere all'impulso iniziale, crede

che riuscirebbe a evitare di abbuffarsi? Le capita mai di pianificare anticipatamente un'abbuffata?

- Quanto malessere le provoca di solito un'abbuffata? E quanto piacere? Le è mai successo di trovarci qualcosa di piacevole?
- Ha mai notato che le abbuffate fossero in qualche modo collegate a particolari stati d'animo? Se sì, qual è quello predominante prima di un'abbuffata? E durante? E dopo?
- Ha notato qualche legame tra la frequenza delle abbuffate e il ciclo mestruale? Se sì, nel periodo pre-mestruale tendono a peggiorare o a migliorare?
- Ci sono cibi che abitualmente le scatenano un'abbuffata e/o che lei considera "proibiti" o "pericolosi" in quanto a rischio di scatenare un'abbuffata? Viceversa, quali sono i cibi che lei considera "sicuri"?
- Se smettesse di vomitare, crede che le abbuffate continuerebbero con la stessa frequenza di adesso?
- Vi sono particolari luoghi, momenti della giornata, situazioni sociali, che sono di solito associati alle abbuffate?
- Quali sono i sentimenti e i comportamenti che di solito fanno seguito alle abbuffate, per esempio, ansia, colpa, vergogna, stanchezza, evitamento sociale?

Attenzione alle complicanze

Una volta che la paziente abbia ammesso l'esistenza, anche parziale, del suo disturbo, l'anamnesi dovrà poi

estendersi a indagare pazientemente e serenamente la presenza o meno di condotte di eliminazione a rischio di ulteriori complicanze, quali vomito, iperattività fisica, abuso di lassativi, diuretici, ormoni tiroidei. Con domande del tipo:

- *Si è mai indotta volontariamente il vomito per cercare di controllare il suo peso?*
- *Se sì, a quale età ha cominciato a farlo? E in quali modi riusciva/riesce a indursi il vomito? Ha mai smesso di farlo? C'è qualche motivo per cui ha smesso?*
- *Qual è stata la massima frequenza con cui vomitava, nei momenti peggiori? E questo quando accadeva? Qual era il suo peso corporeo all'epoca: tendeva a crescere o a calare? E come andavano le cose nella sua vita in quel periodo?*
- *La frequenza degli episodi è/era costante o variabile? Se variabile, quali sono state la massima e la minima frequenza raggiunte? Ricorda a quali eventi della vita tali periodi furono associati?*
- *Qual è stata la frequenza media con cui lo ha fatto negli ultimi tre mesi?*
- *Qual è stato il periodo più lungo in cui è riuscita ad astenersi dal vomita-*

re dall'inizio della sua malattia? Ricorda cosa accadeva nella sua vita in quel periodo?

- *In che modo, ritiene che questa sua abitudine a vomitare influisca/abbia influito sui suoi rapporti interpersonali? E sui suoi rapporti di lavoro?*
- *Nella sua esperienza, provocarsi vomito è un fatto piacevole o spiacevole?*
- *C'è qualche particolare stato, o cambiamento di stato, emotivo che nella sua esperienza è di solito associato con gli episodi di vomito (per esempio rabbia, tristezza, noia)?*
- *Cosa pensa che succederebbe se smettesse di vomitare per una settimana?* (Ripetere la stessa indagine anche per l'uso di farmaci, l'iperattività fisica, l'eventuale auto-lesionismo di altro tipo).

Infine, sarà la volta dell'esame fisico. In questo senso, la maggior difficoltà, ma anche la maggior significatività, potrà spesso venire dalla misurazione del peso. Noterete che la maggior parte di questi pazienti è genuinamente terrorizzata anche solo dall'idea di questa procedura. Nei casi in cui non sia possibile, neppure assicurando loro di tenere segreto il risultato, negoziare la misurazione del peso, l'esame fisico dovrebbe comunque permettere

GLI ESAMI DA PRESCRIVERE

Le analisi bio-umorali da eseguirsi in pazienti con Dca sono:

- Emocromo con formula
- Ves
- Proteine totali con elettroforesi
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Ast, Alt
- Bilirubinemia totale e coniugata
- Elettroliti plasmatici
- Esame urine completo

una valutazione abbastanza accurata dello stato di nutrizione.

Ove ci sia dato di conoscere il peso, potremo invece agevolmente calcolare l'indice di massa corporea, che ci servirà poi per giungere a ulteriori conclusioni.

Consiglio infine di ricercare sempre nel corso dell'esame fisico la presenza di segni di autolesionismo, i quali, se riscontrati, possono essere un indicatore terapeutico e prognostico molto importante.

BMI, ISTRUZIONI PER L'USO

Ecco come utilizzare l'indice di massa corporea (Bmi):

- un valore di Bmi inferiore a 17,5 è uno dei criteri diagnostici dell'anorexia nervosa;
- un valore di Bmi persistentemente inferiore a 15 rappresenta un'indicazione al ricovero ospedaliero per una paziente anoressica;
- un valore di Bmi superiore a 25 identifica un paziente in sovrappeso;
- un valore di Bmi uguale o superiore a 30 è un segno diagnostico di obesità;
- un valore di Bmi superiore a 35 è un segno di obesità morbigena ad alto indice di rischio.

Le indagini ulteriori

Una volta raccolta una buona anamnesi ed eseguito un esame fisico della paziente, possiamo dire che buona parte del lavoro sia già stato fatto.

Deve essere chiaro infatti che la diagnosi di un Dca è essenzialmente clinica.

Non esistono infatti indagini chimico-cliniche o tecniche di *imaging* diagnostico il cui risultato possa

dirsi patognomonico della presenza di un Dca.

È solo nelle fasi avanzate dei disturbi che vediamo apparire le classiche anomalie riferibili al deficit calorico-proteico, allo scompenso idro-elettrolitico, alle complicanze delle condotte di eliminazione messe in atto da questi pazienti.

Per completezza, come prescritto dai manuali, richiederemo però alcune indagini di laboratorio, pure senza aspettarci il riscontro di chissà quali alterazioni.

Indispensabile, a mio avviso, sarà anche l'esecuzione di un Ecg e di una radiografia del torace, per meglio precisare le dimensioni dell'area cardiaca e dei grandi vasi.

In tutti i casi dove sia evidenziabile un deficit calorico-proteico, malnutrizione e amenorrea da oltre un anno e mezzo sarà inoltre consigliata l'esecuzione di una densitometria ossea (*Dexa total body* ove disponibile) per valutare il grado di compromissione ossea e la composizione corporea generale. Il riscontro da parte del paziente di anomalie ossee dimostrate alla Dexa è sempre un elemento piuttosto convincente a favore dei danni a lungo termine dei Dca.

Nelle pazienti bulimiche, che ammettono di vomitare con regolarità settimanale da almeno due anni, è consigliata infine l'esecuzione di una visita specialistica odontoiatrica, anche questo altro elemento piuttosto convincente in merito alla potenzialità e gravità dei danni operati da un Dca di lunga durata.

Ogni altra indagine dovrebbe invece essere lasciata all'eventualità della valutazione di complicanze mediche del Dca, di un consulto specialistico, o di un ricovero ospedaliero. Con questi dati infatti abbiamo tutte le informazioni necessarie per una diagnosi di qualità, in grado cioè di stupire, per completezza e precisione, la maggior parte degli specialisti del settore.

L'uso "psicoterapeutico" delle informazioni cliniche

Una volta raccolti tutti i dati e precisato il quadro, si porrà la questione

di come procedere dal punto di vista dell'ulteriore gestione del caso. In parole povere, come motivare il paziente a un trattamento mirante alla correzione del suo disturbo.

Abbiamo già detto che, data la particolare ego-sintonicità dei sintomi, la maggior parte di questi pazienti, quand'anche si rivolga a un medico di famiglia, lo fa più spesso al solo scopo di ottenere sollievo per una qualche complicanza sopravvenuta, e quasi mai allo scopo di trattare la patologia sottostante.

Nel caso della bulimia nervosa, o dell'anoressia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione, spesso la richiesta inespressa dalle pazienti è quella di essere liberate dall'impulso ad abbuffarsi e a vomitare, pur mantenendo un peso corporeo ai limiti inferiori della norma.

Impossibile dunque, anche per il medico più volenteroso, poter accontentare una simile richiesta.

Un atto possibile è invece quello di utilizzare le informazioni acquisite nel corso dell'indagine clinica, unitamente alle informazioni di cui il medico già dispone in merito alla storia naturale del Dca, alle sue complicanze, alla sua prognosi e ai suoi costi economici e sociali per cercare di indurre il paziente a considerare l'ipotesi di un cambiamento del suo atteggiamento nei confronti del peso e dell'aspetto fisico.

Questo è ciò che viene di solito definito un "intervento di tipo psicoeducazionale": esistono in letteratura molteplici dimostrazioni sull'efficacia di questo tipo di approccio al trattamento delle dipendenze in genere e il campo dei Dca non fa eccezione.

Un intervento cioè ben lontano dai più tradizionali approcci di tipo paternalistico, minaccioso, moraleggiante o neutral-scientifico.

Un intervento che, facendo uso delle risorse empatiche del clinico, comunichi le informazioni rilevanti emerse dall'indagine clinica con il preciso scopo di indurre nel paziente dubbi, clinicamente fondati, sull'efficacia e sulla sicurezza della sua malattia come strategia di *coping* nei confronti della realtà.

Lo scopo è quello di minare le sue pretese sicurezze in se stesso, dimostrargli i rischi potenziali e reali insiti nella sua "scelta di vita", come viene spesso definita da alcuni pazienti, mettendo così in crisi la sua determinazione a resistere al cambiamento trincerandosi dietro i suoi sintomi.

In ogni caso bisogna sempre esprimere al paziente empatia e rispetto per le sue opinioni ed evitare di entrare in aperto conflitto sui diversi punti di vista limitandosi piuttosto a prenderne atto per poi magari tornare a riaffrontare il problema da un piano differente.

Cerchiamo di tenere sempre presente il fatto che il paziente ha comunque una percezione che la soluzione sintomatica adottata, inconsciamente, per tentare di risolvere i propri problemi è, in qualche modo, deficitaria e dannosa ma che a causa della sua rigidità/fragilità ha un timore ben più grande di esplorare l'ipotesi di un cambiamento di cui non veda, immediatamente, un qualche vantaggio evidente.

La motivazione al cambiamento esiste, ma deve essere coltivata e rinforzata usando una strategia di abile e prudente negoziazione, in cui bisogna far sì che sia il paziente, e non il medico, a evidenziare i costi e i vantaggi che potrebbero derivare dal cambiamento.

Un atteggiamento dottorale o cattedratico porta quasi sempre questo tipo di pazienti a chiudersi sulla difensiva e a sviluppare gradi variabili di resistenza al trattamento, mentre un atteggiamento di aperta collaborazione e di sostegno empatico possono realmente facilitare il processo del cambiamento.

Questo intervento psicoeducazionale va necessariamente eseguito "prima" di qualsiasi intervento terapeutico. Ed è in ogni caso necessario per evitare che le risorse terapeutiche disponibili, spesso limitate e di difficile accesso, vengano sprecate perché offerte a un paziente "resistente" che non ha cioè ancora alcuna intenzione di intraprendere un cambiamento comportamentale.

I Dca nel maschio

Vi è un diffuso pregiudizio sociale a proposito del fatto che i Dca siano una malattia esclusiva del sesso femminile.

Il problema nasce quando tale pregiudizio viene consapevolmente o inconsapevolmente condiviso dai colleghi che, trovandosi di fronte a casi anche evidenti di Dca in soggetti maschili, sembrano colpiti da una sorta di cecità percettiva rispetto all'ipotesi di diagnosticare un Dca in un maschio.

Se da una parte è vero che per quanto riguarda l'anoressia nervosa il rapporto di incidenza della malattia tra maschi e femmine è di circa 1/100, nel caso della bulimia nervosa siamo già a 10/100, e nel caso di disturbi come il Bed arriva a un rapporto quasi paritario di 2,5/3. E possiamo dire che l'incidenza dei Dca nel sesso maschile va sistematicamente crescendo anno dopo anno. Vi sono pertanto alcune nozioni importanti che il medico deve conoscere per meglio comprendere le problematiche inerenti i Dca nel sesso maschile.

I maschi tendono a percepirsi "grassi" a una soglia di peso decisamente superiore a quella delle femmine e la loro preoccupazione sembra maggiormente incentrata sulle forme che non sul peso del corpo. Inoltre la parte del corpo che più spesso attira la loro attenzione è quella situata al di sopra del bacino, laddove per le femmine è invece quella posta al di sotto.

Gli stessi medici, soprattutto maschi, tendono a condividere gli stessi pregiudizi e spesso sottostimano la gravità e le possibili motivazioni del sovrappeso maschile.

I maschi sono spesso a dieta, ma di solito intraprendono diete più per motivi razionali, personali, e specifici che non per conformarsi a un modello culturale imperante.

Il fatto di essere omosessuale è per un maschio un fattore di rischio specifico per lo sviluppo di Dca, ma anche questa non è certo una regola fissa.

I maschi tendono a usare l'ipersviluppo muscolare con le stesse modalità, e le stesse finalità, con cui le femmine usano la riduzione del peso; secondo alcuni autori la maggior parte dei culturisti altro non sarebbero se non anoressiche al contrario.

Infine, cosa molto importante ai fini prognostici, i maschi che soffrono di Dca hanno spesso un più alto tasso di comorbilità psichiatrica rispetto alle loro controparti di sesso femminile.

Prevenire gli errori più comuni

Far diagnosi di un Dca non è quindi un compito difficile, a patto di tener presenti alcune regole di buona pratica clinica e di aver sempre in mente, di fronte alle categorie di pazienti più a rischio, il sospetto diagnostico di questo gruppo di patologie oggi sempre più diffuse.

Una volta posto il sospetto diagnostico, averne la conferma è solo questione di pazienza e, una volta confermata la diagnosi, si può ricorrere allo specialista, con la certezza di aver comunque già fatto un buon lavoro.

Ciò nonostante è il caso di ricordarsi degli errori più comuni:

- lasciarsi coinvolgere emotivamente dal paziente e dai suoi familiari dimenticando il proprio ruolo professionale;

- tentare di gestire ambulatorialmente un paziente critico;
- prescrivere una dieta a un paziente con Dca non riconosciuto;
- prescrivere una terapia estrogenica sostitutiva a una paziente con amenorrea con la speranza di risparmiare la sua massa minerale;
- prescrivere psicofarmaci al di fuori di un piano di trattamento definito e senza supporto specialistico;
- reagire alla frustrazione derivante dal rapporto con questo tipo di pazienti arrabbiandosi, o viceversa assumendo un atteggiamento eccessivamente distaccato o prescrittivo;
- ricattare un paziente denutrito costringendolo a mangiare ed esponendolo così al rischio di sviluppare una sindrome da rialimentazione.

Come si vede, la maggior parte di questi errori nascono fondamentalmente da ignoranza, e da incapacità a tollerare l'alto livello di frustrazione imposto da questo tipo di pazienti; questo spiega come siano talora, paradossalmente, commessi anche da medici specialisti in materia.

Situazioni, ci auguriamo, che la lettura di questo Master vi aiuterà a combattere efficacemente.

BIBLIOGRAFIA

- Piccini F (2000). *Anoressia, bulimia, Binge eating disorder. Un manuale per il medico non specialista*. Centro scientifico. Torino.
- Bauer B (1996). *Oltre la dieta*. Centro scientifico. Torino. ■