

L'ANORESSIA NERVOSA

INTRODUZIONE

I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da una persistente alterazione della condotta alimentare e dalla presenza di comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo, che possono arrecare danni alla salute fisica e compromettere in misura significativa il funzionamento psicosociale. Essi comprendono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder, BED) e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

L'anoressia nervosa viene inquadrata come disturbo psicopatologico con una sua dignità nosografica solo negli ultimi decenni ed è caratterizzata dal **rifiuto di mantenere il peso corporeo entro i limiti inferiori del normale**, da un'**intensa paura di aumentare di peso** e da un'**interpretazione significativamente errata del proprio corpo e della propria forma fisica**.

EPIDEMIOLOGIA

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza lifetime per l'anoressia nervosa dello 0,9% tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati trovati essere dello 0,3%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni i tassi sono molto più elevati arrivando al 2,0% . Questo vale per i paesi occidentali, in quanto nei paesi in via di sviluppo la patologia è molto rara. Mentre negli anni sessanta la patologia coinvolgeva soprattutto le classi più agiate, attualmente è distribuita in modo omogeneo nelle varie classi sociali.

Il 90-95% dei soggetti colpiti appartiene al sesso femminile. Nei maschi le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo sono spesso influenzate dall'impegno in attività atletiche. L'attività fisica nel suo complesso è più intensa, mentre il ricorso all'uso improprio di lassativi è meno frequente. Talora si manifesta una vera e propria “dipendenza” dall'esercizio fisico estremo, che viene definita “anoressia atletica”. In alcuni pazienti si osserva, più che un'ossessione per la magrezza, una focalizzazione estrema sulla forma e sulle dimensioni della muscolatura. Una conseguenza di questa focalizzazione può essere l'uso improprio di

steroidi anabolizzanti per “modellare” la forma del corpo. L’uso a lungo termine di queste sostanze può indurre ipertrofia prostatica, aumento dei livelli di colesterolo nel sangue e depressione. L’ossessione per l’esercizio fisico e la preoccupazione estrema per le dimensioni della muscolatura sono state anche indicate con il termine di “vigoressia”.

L’età di esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 25 anni, con un doppio picco di maggior frequenza tra i 14 e i 18 anni. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento del numero di casi ad insorgenza tardiva, dopo i 25-30 anni.

EZIOPATOGENESI

Le cause dell’anoressia non sono ancora del tutto note. Sembra però che fattori di ordine individuale, familiare e culturale contribuiscano alla sua insorgenza.

Vari tipi di studi (sulle famiglie, sui gemelli, sul DNA) sono stati condotti per stabilire quanto sia importante la componente genetica nel determinare il rischio di sviluppare la malattia. Questi studi sembrano suggerire che circa il 50% del rischio sia dovuto a fattori genetici. Le ricerche sui geni implicati in questa vulnerabilità hanno dato finora risultati non conclusivi.

I **fattori ambientali** sono molteplici e possono essere suddivisi in precoci e tardivi. Per fattori ambientali precoci si intendono quei fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neurosviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress. Questi fattori includono le condizioni di vita intrauterina, le complicanze perinatali e le separazioni precoci dalle figure di accudimento. Per fattori di rischio ambientale tardivi, invece, si intendono gli abusi nell’infanzia, gli stress psicosociali e le relazioni familiari caratterizzate da una forte conflittualità tra i genitori e tra genitori e figli, l’abuso di sostanze psicoattive e l’esposizione a pressioni verso la magrezza da parte di membri del gruppo familiare o dell’area relazionale e affettiva in cui il soggetto vive.

Alcune **caratteristiche di personalità** possono associarsi a un’aumentata vulnerabilità ai disturbi dell’alimentazione. Tra queste il perfezionismo, la bassa autostima, il controllo delle emozioni, l’impulsività, la tendenza all’ansia anticipatoria e all’evitamento, il bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva e l’ossessività. Dati epidemiologici suggeriscono un nesso tra lo stare frequentemente “a dieta” e la comparsa di un disturbo dell’alimentazione.

Molti studi hanno trovato che la maggior parte degli individui con disturbi dell’alimentazione riferisce di avere iniziato una dieta prima di acquisire un comportamento alimentare “disturbato”. Una recente indagine promossa in Italia dal Ministero della Salute e dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell’ambito del programma “Guadagnare salute”, ha messo in luce il ruolo dei media nel potenziare gli effetti negativi dell’industria della dieta, che promuove il ricorso indiscriminato a diete

“fai da te”. Spesso le diete correlate alla successiva comparsa di disturbi dell'alimentazione sono squilibrate nella qualità e quantità dell'apporto di nutrienti e sono caratterizzate dall'esclusione di intere categorie di alimenti o dall'abolizione di pasti quali la prima colazione. L'eccessivo consumo di snack e dolci nei primi 12 anni di vita è un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, mentre il regolare consumo della prima colazione è stato associato a una minore vulnerabilità all'insorgenza sia dell'anoressia nervosa sia della bulimia nervosa.

La letteratura psicologica ha proposto numerose teorie per spiegare lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tra queste, particolarmente influenti sono le teorie cognitive comportamentali. Queste sostengono che i disturbi dell'alimentazione hanno origine da due esigenze fondamentali. La prima è la necessità di avere un controllo estremo su vari aspetti della vita (es. lavoro, scuola, sport, altri interessi), che può, in momenti particolari, focalizzarsi sul controllo dell'alimentazione. La seconda è l'eccessiva importanza attribuita al controllo del peso e della forma del corpo in individui che hanno interiorizzato l'ideale della magrezza. In entrambi i casi, il risultato è l'adozione di una restrizione dietetica estrema e rigida che, a sua volta, rinforza la necessità del controllo in generale e in particolare del controllo del peso e della forma del corpo. In seguito si realizzano altri processi che contribuiscono al mantenimento del disturbo tra i quali i vantaggi che l'individuo ottiene in conseguenza alla perdita di peso e al controllo alimentare. Questi includono rinforzi positivi quali sensazione di successo, incremento del senso di autocontrollo e attenzione degli altri e rinforzi negativi quali ad esempio l'evitamento del peso naturale e della maturità psicobiologica. Tali fattori fanno sì che il disturbo si automentenga e tenda a cronicizzarsi dando luogo a sintomi secondari alla denutrizione che favoriscono un progressivo peggioramento della qualità della vita e una profonda modificazione della personalità del soggetto.

CRITERI DIAGNOSTICI

Il DSM V riconosce i seguenti criteri diagnostici per l'anoressia:

- A.** Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso
- B.** Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C.** Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo

- A. **Tipo restrittivo:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo
- B. **Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

CARATTERISTICHE CLINICHE

L'**esordio** dell'anoressia nervosa è spesso graduale e insidioso, con una progressiva riduzione dell'introito alimentare. Nella maggior parte dei casi il disturbo si presenta a seguito di una dieta ipocalorica iniziata per modificare il peso e la forma del corpo; in altri casi a seguito di difficoltà digestive, malattie (depressione compresa), interventi chirurgici o traumi. Nel periodo precedente si osservano sovente eventi stressanti o cambiamenti di vita (es. perdite, separazioni, insuccessi). La diminuzione dell'apporto calorico è attuata dal soggetto con una riduzione delle porzioni o attraverso l'esclusione di alcuni cibi. La restrizione dietetica inizialmente è più spesso periodica; a volte si assiste ad un esordio di tipo ipocondriaco-cenestopatico con sfumati disturbi gastroenterici che presentano una limitazione riguardo alla qualità e alla quantità degli elementi assunti. Nel periodo iniziale si osserva una fase di benessere soggettivo, dovuto alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine e anche al sentimento di onnipotenza prodotto dalla capacità di controllare la fame, mentre la consapevolezza del problema è scarsa e manca una richiesta di aiuto (cosiddetta "luna di miele" con il disturbo). Un intervento terapeutico precoce in questa fase evita l'organizzarsi del sintomo in malattia e l'instaurarsi di meccanismi di rafforzamento del controllo del corpo attraverso il cibo.

In seguito le preoccupazioni riguardo alla forma del corpo e al peso diventano marcate e la paura di ingrassare non diminuisce con la perdita di peso. Sono comuni il ricorso a un esercizio fisico eccessivo, la misurazione frequente del peso e il confronto continuo con lo specchio, con la taglia dei vestiti, con la bilancia e con il corpo delle altre persone. Il pensiero del cibo è persistente e ossessivo. In questa **fase di stato** il comportamento anoressico diventa una modalità esistenziale, tutto sembra ruotare attorno all'idea prevalente del controllo del peso e delle misure corporee ottenuto attraverso, la dieta, l'attività motoria frenetica e intesa, uso di anoressizzanti, lassativi, diuretici e la negazione della fame. Questa fase può durare per anni e porta gradualmente a una severa restrizione dietetica fino all'esclusione dell'introito proteico e all'insorgenza di amenorrea. La sintomatologia nel periodo di stato si accompagna ad un aumento progressivo della disabilità con compromissione delle performance lavorative, sociali e familiari.

Nella fase in cui il **disturbo è organizzato** l'aspetto del paziente è solitamente emaciato, dissimulato però dall'abbigliamento e dall'atteggiamento. Il modo di nutrirsi è tipico: viene ridotto l'introito alimentare in maniera progressiva in ordine di grassi, carboidrati, proteine oppure a fronte di un'alimentazione ridotta, ma nutritiva, si accompagna una attività fisica smodata. Il modo di mangiare è sempre particolare: il cibo viene consumato di nascosto, sminuzzato, leccato, ruminato. L'uso di lassativi e diuretici diventa importante. L'impulso iperfagico determina abbuffate seguite da vomito autoindotto.

I sintomi psichiatrici più frequenti sono: alterazioni dell'umore con irritabilità e disforia, sintomi ossessivi compulsivi, rituali che riguardano il cibo, scarso controllo degli impulsi e condotte autolesive.

La malattia può presentare un ulteriore peggioramento con compromissione metabolica e riduzione del peso fino a livelli critici

La storia naturale della malattia ha un esito infausto; nonostante ciò la mortalità per anoressia nervosa si è notevolmente ridotta e in molti casi la malattia si esaurisce mentre in altri si slatentizzano disturbi psichiatrici diversi. La malattia può ricomparire anche a distanza di molti anni in seguito ad eventi particolarmente stressanti.

Le forme croniche sono considerate tali quando la malattia ha una durata uguale o superiore ai 15 anni.

DECORSO E ESITI

Si parla di remissione quando la persona non soddisfa più i criteri diagnostici per un disturbo dell'alimentazione, non ha avuto episodi di digiuno, di abbuffate o purgativi negli ultimi 3 mesi e ha un indice di massa corporea di almeno 18,5 kg/m².

Nell'anoressia nervosa, il tasso di remissione è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio e del 70-80% dopo 8 o più anni. Nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita, danneggiando

gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Fattori prognostici favorevoli sono la giovane età e la breve durata del disturbo, mentre fattori prognostici sfavorevoli sono la presenza di problematiche mediche o psichiatriche coesistenti. Circa il 30% dei pazienti presenta un viraggio verso la bulimia nervosa o un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, di solito entro i primi 5 anni dall'esordio della malattia.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei soggetti sani della stessa età e sesso. Il suicidio costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte, mentre le complicanze mediche acute e croniche (soprattutto le infezioni, la deplezione di proteine e le alterazioni elettrolitiche) sono le cause più frequenti. Una maggiore età al momento della diagnosi sembra essere uno dei principali predittori di mortalità, assieme a un peso estremamente basso e alla presenza di problemi di alcolismo o diabete. La diagnosi di anoressia nervosa risulta maggiormente associata al rischio di suicidio rispetto alla diagnosi di bulimia nervosa o di un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato.

DIAGNOSI CLINICA

La diminuzione del peso corporeo viene valutata tramite il BMI.

Nelle pazienti con condotte di eliminazione è spesso presente il segno dei denti sul dorso delle mani.

Nella forma cachettica si ha la scomparsa del pannicolo adiposo sottocutaneo e della bolla di Bichat, i muscoli sono ipotrofici e ipotonici, la cute è assottigliata e ipotrofica. Le mammelle non presentano ipotrofia come nelle cachessie ipofisarie, persistono i peli pubici e ascellari, compare lanugo al volto e agli arti.

L'amenorrea secondaria è il segno più precoce della iponutrizione.

Altri segni caratteristici sono: ipotermia, ipotensione con tachicardia, ptosi viscerale, stipsi ostinata, lesioni dentarie multiple, mani e piedi bluastri, unghie e capelli fragili.

Gli edemi malleolari e palpebrali sono presenti in caso di malnutrizione avanzata.

Le **complicanze** in corso di malattia sono piuttosto frequenti:

- Cute e annessi : cute secca e distrofica di colorito giallo-arancione (soprattutto sulla superficie palmare delle mani e plantare dei piedi), peluria diffusa soprattutto al dorso, capelli fragili e cadenti, "segno di Russell"
- Cavo orale : erosione dello smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari

- Apparato gastroenterico : reflusso gastroesofageo, esofagiti, ritardo dello svuotamento gastrico, ernia iatale, erosioni e ulcere esofagee, epatomegalia, steatosi epatica, stipsi, emorroidi, prolasso rettale
- Apparato cardiovascolare : bradicardia, ipotensione arteriosa, prolasso mitralico e tricuspide, aritmie secondarie ad alterazioni elettrolitiche, alterazioni elettrocardiografiche (riduzioni di voltaggio, allungamento del QRS e del QT, depressione dell'onda T e del tratto ST, inversione dell'onda T), riduzione del volume cardiaco (cuore a goccia)
- Apparato scheletrico : osteopenia, osteoporosi, ipotrofia muscolare, deformazioni ossee e fratture
- Alterazioni metaboliche : ipoglicemia, ipotermia, disidratazione, dislipidemia, chetosi, chetonuria, iperazotemia e iperuricemia, ipoprotidemia, alcalosi metabolica
- Alterazioni elettrolitiche : ipocloremia, ipopotassiemia, iponatremia, ipomagnesemia, ipofosfatemia
- Alterazioni ematologiche : anemia da carenza di vitamina B12 e/o ferro
- Apparato endocrino : amenorrea, ipotiroidismo, ipercortisolemia, aumento dell'ormone della crescita, riduzione della leptina, aumento della grelina.

TRATTAMENTO

La patologia richiede un trattamento multidisciplinare integrato. Con poche eccezioni, le linee guida disponibili si basano soprattutto sul parere di esperti del settore, i quali raccomandano un approccio multidisciplinare che includa gli aspetti psichiatrici, psicosociali, medici e nutrizionali. Tutte le linee guida, inoltre, raccomandano una buona integrazione dei trattamenti, da ottenere attraverso adeguati livelli di comunicazione tra gli specialisti e una specifica esperienza/formazione nel settore. La valutazione iniziale consente di stabilire se la terapia possa essere effettuata in regime ambulatoriale, di day hospital o ospedaliero.. L'ospedalizzazione viene riservata ai casi in cui esiste una compromissione severa del comportamento alimentare accompagnata da un sottopeso grave con un BMI inferiore a 17 e da alterazioni ematochimiche importanti.

PSICOTERAPIA

Le evidenze riguardanti il trattamento psicoterapeutico dell'anoressia nervosa sono scarse. Questo è principalmente dovuto alla difficoltà (pratica ed etica) di effettuare studi clinici controllati in pazienti non stabilizzati, poco collaboranti e con alti tassi di abbandono della terapia. psicoterapia viene in ogni modo considerata un passaggio essenziale nel trattamento dell'anoressia nervosa e può essere effettuata sia individualmente che a livello familiare.

Gli esperti sembrano indicare la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) come la forma di terapia più adatta, poiché affronta i principali comportamenti (sottopeso, restrizione alimentare,

episodi bulimici, esercizio fisico eccessivo, controllo del corpo) e processi cognitivi (eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) che caratterizzano i disturbi dell'alimentazione. La CBT, inoltre, può essere utilizzata per la prevenzione delle ricadute e per trattare eventuali sintomi ansiosi e depressivi, che spesso persistono dopo il miglioramento del quadro di anoressia nervosa.

INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

Indipendentemente dall'attuazione di un intervento terapeutico specifico con la famiglia, il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere un'attenzione particolare al rapporto con i genitori o il partner dei pazienti. Escludere i genitori o il partner dal trattamento può determinare sfiducia e aggressività nei confronti dei terapeuti e aumentare il rischio di un abbandono del trattamento. L'approccio più utilizzato è quello psicoeducativo, il cui scopo principale è fornire ai familiari le informazioni più importanti sulla malattia, sui suoi sintomi, sulle caratteristiche dell'evoluzione a breve e lungo termine, sulle indicazioni e sui livelli più o meno intensivi del trattamento. I programmi psicoeducativi per i familiari sembrano in grado di diminuire il carico familiare e, con esso, l'eccessivo coinvolgimento emotivo e gli atteggiamenti critici nei confronti del paziente.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Nessun farmaco presenta un'alta efficacia clinica nel trattamento dell'anoressia nervosa. Tuttavia gli psicofarmaci sono largamente utilizzati, spesso con effetti modesti e incerte basi razionali, con la funzione di trattare i sintomi addizionali.

Negli ultimi anni vari studi open label hanno saggiato la capacità degli SSRI con risultati moderatamente favorevoli.

Citalopram e Paroxetina hanno mostrato una certa efficacia anche in assenza di comorbidità depressiva.

Il trattamento con Fluoxetina protratto per un paio di anni, ha dimostrato di mantenere nel tempo l'aumento ponderale ottenuto durante la fase acuta e quindi di prevenire le ricadute.

Gli antipsicotici sia di vecchia che di nuova generazione non sono in grado di incidere sul disturbo del pensiero riguardo al corpo, tuttavia il Risperidone e l'Olanzapina migliorano l'angoscia e l'agitazione psicomotoria particolarmente gravi nella fase acuta e i sintomi legati all'impulsività. I neurolettici, inoltre, modificano favorevolmente il rifiuto alle cure, migliorando la compliance generale del paziente.

Naturalmente il trattamento farmacologico va instaurato dopo aver affrontato le complicanze mediche più gravi.

INTERVENTI NUTRIZIONALI

Gli interventi nutrizionali possono essere attuati mediante diverse procedure, impiegate singolarmente o variamente combinate tra loro. È importante che l'intervento, qualunque sia la procedura adottata, sia iniziato quanto prima. Purtroppo la malnutrizione, sia essa per difetto o per eccesso, presenta un "punto di non ritorno" oltre il quale il recupero clinico-funzionale e soprattutto la restitutio ad integrum diventano problematici a prescindere dall'intensità dell'intervento.

Il pasto assistito rientra in un programma di riabilitazione psiconutrizionale che prevede che il paziente sia assistito durante i pasti da un operatore (in genere lo psicologo o il dietista) per superare gli ostacoli che gli impediscono un'assunzione integrata di nutrienti. Il paziente è incoraggiato a non farsi condizionare dalle emozioni, dalle preoccupazioni e dalle sensazioni fisiche (es. sensazione precoce di pienezza) associate all'assunzione del pasto. In alcuni pazienti vanno anche affrontati alcuni rituali alimentari (es. mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi), spesso secondari al sottopeso, ma che possono essere utilizzati per limitare l'assunzione di cibo. L'assistenza non deve diventare di tipo "poliziesco" e delatorio, ma essere finalizzata al dialogo e a creare un riferimento fiduciario per il paziente.

I supplementi nutrizionali orali hanno il compito di supplire a un'alimentazione carente in toto o per specifici nutrienti. Le linee guida concordano nel giudicare tali prodotti un importante strumento per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione per difetto, ma anche sulla necessità di arrivare alla loro prescrizione dopo un percorso che passi attraverso la valutazione dello stato di nutrizione.

La nutrizione artificiale viene attuata somministrando miscele nutrizionali, preferibilmente per via enterale (tramite sonda nasogastrica). Si tratta di un intervento medico (non quindi di una misura ordinaria di assistenza) che prevede il consenso informato del paziente o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico. La nutrizione artificiale è indicata in pazienti gravemente malnutriti, avendo come obiettivi: il ripristino della massa magra; la preservazione o il ripristino di un'adeguata immunocompetenza; il contrasto o la prevenzione delle complicanze metaboliche; l'attenuazione del danno cellulare e una migliore modulazione della risposta metabolica allo stress e alla fame; la prevenzione dell'insufficienza cardiaca e/o respiratoria.

Anche il ricorso alla nutrizione artificiale in situazione di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) va valutato con le opportune attenzioni: se è vero che può rappresentare un intervento salvavita, è anche vero che modifica e rende probabilmente più complicato il rapporto del paziente con l'equipe curante.

BIBLIOGRAFIA

Ministero della salute. *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. 2013.

Giberti F., Rossi R. *Manuale di psichiatria*. Piccin Editore, 2009, 231-240.