

l'adolescenza

Il MDF ed il disagio giovanile:  
disturbi del  
comportamento alimentare

La frequenza sembra maggiore nei paesi industrializzati,

- nel sesso femminile (circa il 90%)
- e nella prima adolescenza (tra i 13 ed i 18 anni).

Seguendo il DSM-IV, la prevalenza

- per l'Anoressia Nervosa è dello 0,5-1%.
- per la Bulimia Nervosa si aggira tra l'1 ed il 3%.
- per il Disturbo da Alim. incontrollata tra lo 0,7 ed il 4%.

L'età di insorgenza media

- dell'Anoressia Nervosa è a 17 anni,
- quella della Bulimia e del Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) nella tarda adolescenza e nella prima età adulta.

Oltre il 10% dei soggetti ricoverati con una diagnosi di Anoressia Nervosa va incontro a mortalità per denutrizione, squilibri elettrolitici o suicidio.

Rispetto al passato, negli ultimi anni si vi è una **distribuzione più eterogenea** tra i diversi ceti sociali.

La prevalenza dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa è relativamente **bassa**; molto **più frequenti risultano singoli sintomi** di disturbi atipici o parziali.

Le (necessarie) categorie diagnostiche risultano rigide; **disturbi alimentari "minori", raccolgono la più alta percentuale** dei casi.

Un modello teorico suggerisce l'esistenza di un **continuum** che comprende una vasta gamma di disturbi parziali.

La classificazione in specifiche categorie risulterebbe quindi **riduttiva**.

## Prevalenza

L'età è quella dell'adolescenza (+/- fra i 13 e i 18 anni).

Il rapporto **femmina- maschio è 9:1**

La prevalenza complessiva, rimanendo nelle definizioni ufficiali, è relativamente **bassa** (fra 0.5 e 3).

Molto più frequenti risultano, nella maggioranza dei casi, **singoli sintomi di disturbi atipici o parziali.**

Un modello teorico suggerisce l'esistenza di un **continuum** che comprende una vasta gamma di disturbi parziali.

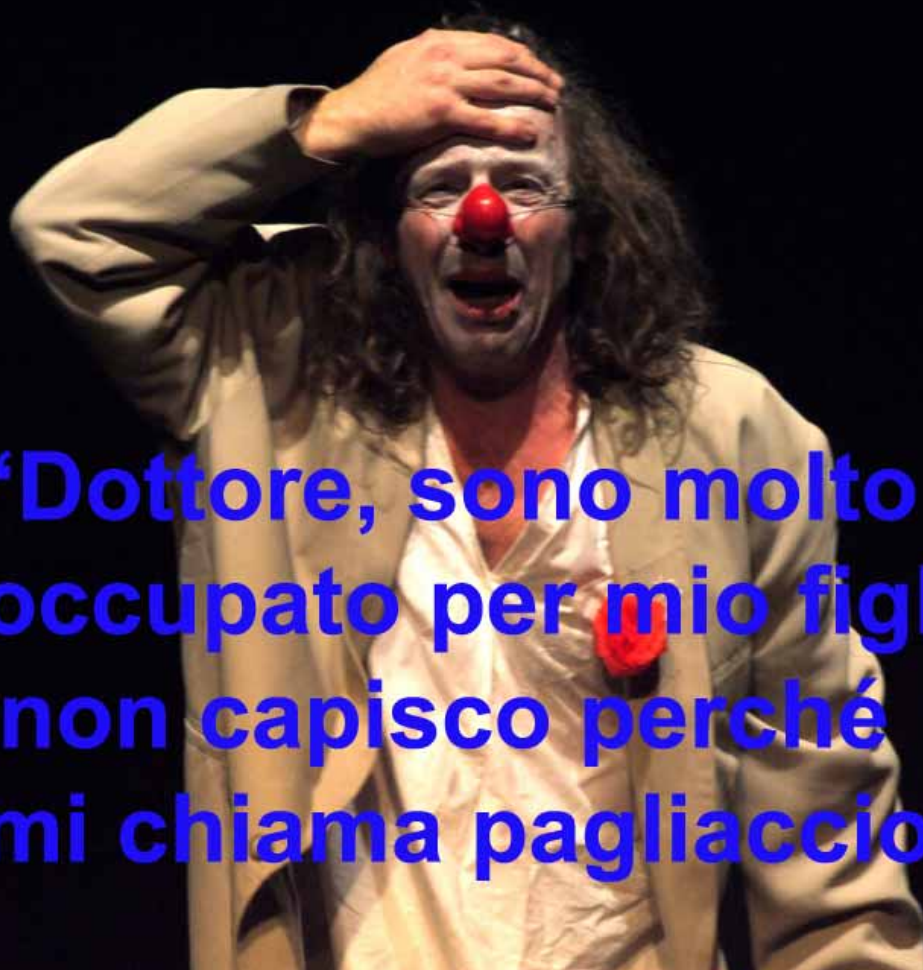
Negli ultimi anni si è riscontrata, rispetto al passato, una **distribuzione più eterogenea** tra i diversi ceti sociali.

I disturbi alimentari sono manifestazioni a forte componente comunicativa, l'esibizione di una protesta.

comunicare **la difficoltà** di comunicare  
**è comunicazione.**

Il MMG ha un ruolo primario nei processi di comunicazione all'interno del contesto familiare.

Quando un familiare ci venga a parlare, del figlio/a ritenuta anoressica, il nostro primo interesse si rivolga ai **problemi di chi ci consulta.**



**“Dottore, sono molto preoccupato per mio figlio: non capisco perché mi chiama pagliaccio**

Quando un familiare ci venga a parlare, del figlio/a ritenuta anoressica, il nostro primo interesse si rivolga ai **problemi di chi ci consulta.**



dottore, sono estremamente preoccupato: mio figlio mi chiama pagliaccio...

Per andare dallo specialista  
bisogna essere malati,  
per venire da noi è sufficiente  
**non stare bene.**

**Il MMG battezza il disturbo,**  
definisce la sofferenza, ne afferma il valore.

Il terapeuta, psic o mmg  
**deve essere solo un tramite,**  
l'anoressico/a cerca una comunicazione  
**con la sua famiglia, con i "suoi".**

Raramente o mai una paziente ci dirà:  
**sono anoressica, bulimica.**

Ci porterà segni e sintomi  
da cui potremo sospettarlo.

**Non si tratta di una patologia  
ad eziologia univoca e semplice.**

E' epifenomeno di squilibri diversi,  
assumendo nel tempo le connotazioni  
di malattia "primaria".

Ecco l'importanza  
dell'attenzione del MMG.

Nell'ambiente familiare si rileva spesso:

- un padre assente dal rapporto con la figlia,
- un legame intenso di dipendenza da una madre possessiva

(di cui però la figlia rifiuta il modello fisico, come rifiuta le evidenze della propria femminilità, evidenze spesso improvvise, talora violente, legate all'età).

è difficile intervenire su una malattia  
nel modo e nel tempo giusto  
se non hai capito

**la funzione di quella malattia  
in quella persona, in quel tempo,  
in quel contesto.**

E' un meccanismo  
cui ogni medico esperto  
ha dedicato da tempo l'attenzione

spesso il problema si intreccia  
con gli altri problemi

di **un'età difficile**: di una tappa importante  
nello **sviluppo dell'autonomia**.

rendersi autonomi da una famiglia, dai suoi  
modelli

**è un processo che implica**

**il funzionale e il disfunzionale  
dell'intero nucleo familiare.**

E' una malattia a "tempo pieno"  
che occupa l'intera giornata, coinvolge  
l'intera personalità  
ed ha **spesso radici lontane** nel tempo.

talora il mmg  
ne è testimone prezioso

### Ia fase:

L'attenzione al corpo, alla dieta, alle attività fisiche incoraggiate dal contesto; **temporaneo senso di benessere**, buonumore, euforia (endorfine): può ritardare la diagnosi.

### Ia fase:

Il cibo vissuto come pericolo.

**Rituali ossessivi** e regole rigide.

### Ia fase:

emozioni negative;

**compromesse le attività mentali** superiori (concentrazione, memoria...);

iperattività incrementata, **disturbi del sonno**.

Se si associa  
la scomparsa dell'ossessione  
per il cibo,

**non è rassicurante:**

al contrario può divenire

**necessario un TSO:**

Non abbiamo saputo intervenire  
in un fase più utile!

E' importante il periodo di "**incubazione**":  
un **esasperato perfezionismo**,  
alla ricerca di autostima.

Il malessere può emergere  
al primo confronto con il lavoro.

Interventi psicoterapici o nutrizionali inappropriati  
possono aver approfondito il problema.

"**egosintonia**" iniziale: attraverso la malattia la  
paziente **ha dato una risposta** ai suoi problemi.

I **modi e i tempi** in cui si inizia un intervento sono  
importanti quanto la terapia stessa.

La BULIMIA è una variante:  
mangiare senza fame.

Unica motivazione: **placare uno stato di ansia.**

Il bulimico/a ha **un'immagine negativa** di sé,  
vive la sua condizione con un **senso di colpa.**

Sempre indeciso/a.

Il suo aspetto fisico è **normale.**

Più dell'anoressica, non ammette la propria malattia.

La bulimica ha un' **apparente ipersessualità**,  
promiscuità, cambio frequente del partner;  
ma c'entra poco con un **vero appetito sessuale**  
(come per il cibo).

(Nell'anoressica disinteresse spinto al sesso, grandi  
amori platonici, idealizzati).

## SINTOMI RILEVABILI IN UN AMBULATORIO DI MG

- perdita di peso corporeo
- assenza di mestruazioni
- vomito
- abuso di lassativi e diuretici (più o meno esplicita confessione)
- ipotensione, rallentamento del ritmo cardiaco
- freddolosità
- alterazioni alla base dei denti
- frequenti recidive di fenomeni flogistico infettivi,
- fragilità ossea e delle unghie (talora già osteoporosi)

(segue)

## SINTOMI RILEVABILI IN UN AMBULATORIO DI MMG

(segue)

- colorazione gialla (part. al palmo delle mani)
- petecchie
- aumento della peluria
- perdita di capelli, capelli secchi
- occhi cerchiati e arrossati
- gonfiori addominali
- ipotonia dell'apparato digerente
- paziente iperattiva, sovreccitata
- aumento attività fisiche (corsa, ginnastica...)

## 1 – INFORMARE CORRETTAMENTE...

...genitori e paziente.

Elimina convinzioni false e superficiali.

**Ogni notizia modifica** le conoscenze, e suscita reazioni diverse:

L'informazione sulla terapia specifica può essere compito del MMG.

## 2 - SCEGLIERE IL CURANTE

Difficilmente la paziente ammette l'anorexia, (più probabilmente un problema complessivo): si può fissare il primo incontro con il terapeuta.

Spesso **i genitori** devono fare la prima mossa.

Il MDF **può indirizzare** ai centri specializzati.

È importante informarsi se psicoterapeuta e nutrizionista in équipe sono **competenti dello specifico**.

Di norma, il primo incontro avviene con un medico:

**raramente le pazienti riconoscono** inizialmente problemi di ordine psicologico.

### 3 - INIZIARE UN TRATTAMENTO

Spesso all'inizio **non c'è una reale motivazione** al cambiamento;

la partecipazione è dettata dalle **spinte dei genitori**.

A volte necessita **uno o più ricoveri** d'urgenza prima che la ragazza si convinca ad affrontare il problema.

È una realtà cruda, con alti e bassi che **durano anni**.

### 4 - RIFLETTERE SULLA MOTIVAZIONE

La via della guarigione è **più lineare** se si è posta molta attenzione alla **motivazione**.

Senza un lavoro iniziale per motivare la paziente, l'insuccesso terapeutico è praticamente assicurato.

Il MMG (in rete con lo specialista) mantiene e fa sviluppare la **motivazione della paziente e del suo contesto**..

## 5 - RINFORZARE LA MOTIVAZIONE

Mettere le proprie motivazioni **per iscritto**.

È un compito della **prima fase**, ma che è bene tenere in uso anche **in seguito**.

La ragazza potrà **organizzare in temi i propri pensieri**.  
(vantaggi e svantaggi dell'anoressia; costi e vantaggi del cambiamento...)

Ne emergono la **reale volontà di cambiare** e le motivazioni.

## 6 - STABILIRE UN CONTRATTO TERAPEUTICO

(durata della terapia,... numero di incontri;... le tappe intermedie...).

Un **contratto chiaro e corretto** evita inutili oscillazioni nei rapporti, che prolungano la terapia a danno del risultato.

Dopo che il/la paziente abbia attivato un **contratto terapeutico** con la struttura specifica, è opportuno che **il MMG** tenga un **rapporto parallelo** con la stessa struttura.

L'ansia dei genitori e parenti, esclusi da parte del processo terapeutico, può spingerli ad **interventi "a latere"**, cercando il consenso o il consiglio del MMG.

Se consultati cerchiamo

- di portare le famiglie alla **minor interferenza** possibile con **l'alimentazione** del paziente,
- e di **guidarle ad una comunicazione**

## COSE DA FARE

- Dare **fiducia** alla ragazza;
- essere **franchi**;
- **non nascondere** nemmeno le comunicazioni con il terapeuta;
- favorire una corretta **espressione delle emozioni**;
- favorire la sua **autonomia**:  
deve decidere della sua vita  
(lavoro, fidanzati, tempo libero...)

## Un genitore

- Non dovrebbe sottolineare l'importanza della **linea**
- può notare le troppe ore passate in **palestra**
- può notare se una ragazza sale sulla **bilancia** più volte in un giorno
- ritenga un importante campanello d'allarme il fatto che la ragazza consideri le sue **gambe troppo grasse**.
- non sottovaluti il **rifiuto** sistematico di alcuni alimenti e le **bugie** su quanto mangia.
- osservi la ragazza passa ore davanti allo **specchio** senza trovare un abito che le piaccia
- possono apparire preoccupanti anche lo **studio eccessivo** e l'impegno in mille attività intellettuali.
- osservi **gli atteggiamenti provocatori** che la ragazza assume: il rifiuto del cibo può palesare una forma di **protesta contro una dipendenza** (avvertita come eccessiva) dai familiari.

se così si può dire...

fine