

Trattamento dell'anoressia nervosa di lunga durata: un caso clinico



Angela Favaro, Paolo Santonastaso
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Padova

Anoressia nervosa e cronicità

- Gli studi di follow-up a lungo termine hanno stimato che circa il 20% dei soggetti con AN cronicizza e un terzo migliora solo parzialmente.
- Gli stessi studi sostengono che una lunga durata di malattia va considerato come un fattore prognostico negativo

Anoressia nervosa e cronicità

Fattori prognostici negativi nel decorso dei DCA

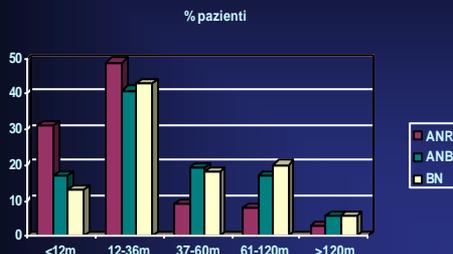
- lunga durata di malattia
- età di esordio avanzata
- difficoltà di rapporto in famiglia
- IMC inferiore a 13
- comportamenti di eliminazione
- età elevata alla presentazione
- compromissione funzionalità renale

Anoressia nervosa e cronicità

- Quale definizione di cronicità si può dare nell'AN?
- Negli studi di follow-up, la cronicità viene intesa come l'assenza di miglioramento al termine del periodo di osservazione
- Gli studi a lungo termine dimostrano che la guarigione è possibile anche dopo una lunghissima durata di malattia
- In alcuni paesi viene definito cronico il paziente che non ha risposto a più tentativi terapeutici (inclusi ricoveri di tipo specialistico)

Anoressia nervosa e cronicità

Durata di malattia in 1008 pazienti afferiti al nostro Servizio



Anoressia nervosa e cronicità

Tappe fondamentali del trattamento (APA, 2000)

- diagnosticare e trattare le complicanze mediche
- - motivazione e collaborazione al trattamento
- - peso corporeo
- ristabilire un'alimentazione adeguata per quantità, qualità e regolarità (psicoeducazione alimentare)
- correggere cognizioni e atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso
- curare i disturbi psichiatrici associati
- cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- - autostima
- prevenire le ricadute.

Anoressia nervosa e cronicità

Quali approcci terapeutici per i pazienti con lunga durata di malattia?

- Approccio simile a quello nell'AN acuta?
- Terapia di "mantenimento"? Prevenzione terziaria?
- Approccio simile a quello usato per altri disturbi psichiatrici cronici?

Caso clinico: Sonia, 27aa

Arriva alla mia osservazione nel settembre 1997, dopo ricovero in casa di cura.

Peso alla visita: 40kg (IMC=15.2)

Peso minimo: 33kg (IMC=12.6)

Esordio della malattia: 17aa, pesava 57kg (IMC=21.7)

Caso clinico: Sonia, 27aa

Numero di pregressi trattamenti: molto alto (tra cui 2 anni di psicoterapia psicoanalitica)

Numero di ricoveri: molti (casa di cura e ospedale)

Terapia alla dimissione: clozapina 150mg/die
BDZ

Terapie farmacologiche pregresse: carbamazepina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, neurolettici

Caso clinico: Sonia, 27aa

Sintomatologia clinica:

AN di tipo restrittivo, con periodi di comportamenti di eliminazione (vomito autoindotto dopo crisi bulimiche soggettive dopo i 25aa, abuso di lassativi, abuso di diuretici)

Spiccata iperattività (compulsione delle scale)

Comportamenti autoaggressivi di tipo compulsivo (unghie, capelli, grattamenti gambe e piedi)

Tentato suicidio a maggio 1997, episodi depressivi, ossessione per la pulizia e per l'ordine (oltre che per cibo e peso)

Caso clinico: Sonia, 27aa

Famiglia: madre 61aa, padre 63aa, fratello 33aa

Impresa familiare, famiglia patriarcale con nonno 'padrone'

Fratello problematico

Madre ipercoinvolta, mangia poco

Rifiuto familiare della malattia (vergogna, condanna)

Storia clinica:

Epilessia nella prima infanzia

Allergia atopica e asma bronchiale

Mito dello sport (bisogno di emergere, del successo)

Caso clinico: Sonia, 27aa

Storia clinica:

A 17aa inizio restrizione alimentare, calo acuto di peso con ricovero in una medicina e primo contatto con il Servizio per i DCA

Non segue la terapia ambulatoriale, continua il peggioramento, viene ricoverata per la prima volta in casa di cura

Esce ristabilita, pesa 45kg (IMC=17.5), si accetta al peso attuale, fa un viaggio con i genitori

Incidente d'auto con trauma cranico

Caso clinico: Sonia, 27aa

Storia clinica:

Comincia un lungo periodo con vari peggioramenti, interruzioni di trattamento o 'finte' terapie

Fino ad arrivare al 1997: tentato suicidio, iniziano le complicanze fisiche (broncopolmoniti, enuresi, varici), situazione di grave conflitto familiare

Quando la vedo, racconta di aver voluto essere dimessa dall'ospedale per paura di aumentare ancora di peso (40kg). Si trova male con clozapina. Fa le scale tutto il giorno. Depressa.

Caso clinico: Sonia, 27aa

Storia trattamento:

Propongo un trattamento mirato alla stabilizzazione dei sintomi, cambiamento nella terapia farmacologica (tolta clozapina, inserita sertralina, diminuzione graduale BDZ), collaborazione attiva attraverso diario alimentare

Va subito un poco meglio con i sintomi psichici, ma il peso tende a scendere (38kg a novembre)

Inizio dicembre ricovero ospedaliero per lipotimia, viene riscontrata ipopotassiemia (lassativi). Ricontrato anche screzio pancreatico, con aumento amilasi, lipasi e dolore.

Caso clinico: Sonia, 27aa

Storia trattamento:

Quando viene dimessa depressione e iperattività vanno meglio, ma riprende il calo di peso arrivando a 34kg a febbraio (salta alcuni appuntamenti per influenza, poi complicata in broncopolmonite). Un poco spaventata, promette di impegnarsi di + e di prendere un appuntamento per un ricovero a Villa Garda.

A marzo nuovo ricovero in medicina per lipotimia e deperimento organico (33kg). Vado a trovare la paziente in ospedale e prospetto un ricovero obbligatorio.

La paziente dice alla madre di non voler proseguire con la terapia con me. Alla dimissione invece viene regolarmente agli appuntamenti e accetta un ricovero a Villa Garda.

Caso clinico: Sonia, 27aa

Storia trattamento:

I genitori dicono di aver perso le speranze.

Oscillazioni nell'iperattività, nel peso (1-2kg), nell'umore e nella preoccupazione/ambivalenza verso il ricovero. "Tutti si aspettano un altro fallimento."

Ultime settimane prima del ricovero: netto peggioramento con peso e alimentazione.

Ricovero a giugno. Si autodimette dopo 5 giorni.