

**Esperienza di trattamento con Auricoloterapia in
un gruppo di pazienti con Disturbo
del Comportamento Alimentare affetta da stipsi
ostinata**

TESI

SCUOLA DI AGOPUNTURA AURICOLARE

***GSATN- SIMI
MONTELUCO di SPOLETO***

2007-2010

RELATORE

Dott. Giancarlo Bazzoni

DIPLOMANDA

Dott. Simonetta Marucci

Esperienza di trattamento con Auricoloterapia in un gruppo di pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare affetta da stipsi ostinata

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono considerati una vera e propria epidemia sociale, che continua a crescere in maniera esponenziale¹. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre di manifestazioni cliniche transitorie e incomplete². I dati epidemiologici internazionali rivelano la prevalenza del sesso femminile rispetto al maschile in un rapporto di 9 a 1 ed un aumento di incidenza della patologia bulimica rispetto a quella anoressica.

Inoltre, i DCA hanno subito, in questi ultimi anni, profonde mutazioni e si manifestano in modi sempre più mutevoli, tanto che spesso è difficile far rientrare alcuni di essi in schemi nosologici condivisi. Si pensa addirittura che molti disturbi psichiatrici vengano inquadrati in situazioni descritte come Disturbi Alimentari.

Le sindromi più frequenti sono Anoressia Mentale, Bulimia Nervosa, Disturbo da Abbuffata Compulsiva. La BN riguarda ormai il 70% della patologia alimentare, ed è un disturbo più insidioso rispetto ad AN e BED (binge eating disorders), poiché la paziente resta a lungo normopeso e riesce a mascherare le abbuffate e a compensare l'introito calorico con vomito, uso smodato di diuretici e lassativi (fino a 6 scatole da 40 compresse!)

¹ S.Marucci, L.Dalla Ragione, *L'anima ha bisogno di un luogo*, Tecniche Nuove, Milano, 2007

² Ministero della Sanità: Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. *Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie)*, 1998; III;1,2,3:9-20.

Il Purging (vomito ed uso di diuretici e lassativi) viene utilizzato dalle pazienti per mantenere più facilmente il peso corporeo. Sia nella AN che nella BN sono descritti disturbi della funzione intestinale, quali ritardo di svuotamento gastrico e costipazione, anche in conseguenza dell'abuso di lassativi. Il transito ritardato può contribuire a perpetuare il disordine alimentare poiché la paziente si sente gonfia e più difficilmente aderisce al programma di rialimentazione. L'abuso surrettizio di purghe induce, inoltre, deplezione di sodio, potassio ed acqua. Gli effetti fisici sono la disidratazione e lo squilibrio elettrolitico; l'edema è un segno del loro uso discontinuo.

Alcuni studi effettuati con Auricoloterapia su casi di disturbi dovuti a disfunzioni intestinali, dimostrano buoni risultati sulla peristalsi e sul ripristino della regolarità dell'alvo.

Nella stipsi associata ai DCA si cerca di evitare l'uso terapeutico di lassativi, poiché questo riporta le pazienti, dal punto di vista emozionale, alla ritualità associata al disturbo e crea una situazione di ambiguità rispetto a farmaci che si prestano ad un uso disfunzionale.

Per questo motivo, si è ritenuto opportuno applicare l'Agopuntura Auricolare, per la quale risultano dati incoraggianti rispetto alla efficacia, in un gruppo di pazienti affette da DCA, ricoverate presso la Residenza Palazzo Francisci di Todi, struttura pubblica della ASL2 di Perugia, dedicata al trattamento dei Disturbi Alimentari gravi.

Si è trattato un gruppo di 15 pazienti, affette da AN e BN, con stipsi grave, sottoposte a trattamenti settimanali con Auricoloterapia, utilizzando stimolazione elettrica di un set di punti del padiglione auricolare, ed applicazione successiva di magneti.

Si sono monitorate, settimanalmente, per 5 settimane, il numero delle evacuazioni, la necessità eventuale di clisteri di pulizia, a cui spesso le pazienti devono essere sottoposte per evitare il rischio di blocchi intestinali, la sintomatologia soggettiva gastrointestinale percepita.

I risultati si sono dimostrati incoraggianti, anche se occorre estendere lo studio ad un numero maggiore di pazienti per avere dati di maggiore validità statistica.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNA EPIDEMIA SOCIALE

EPIDEMIOLOGIA

I numeri sconcertanti che sono sotto i nostri occhi ogni giorno,rispetto alla incidenza della patologia del comportamento alimentare,ci hanno costretto a rivedere molte delle idee sulla eziologia del disturbo e sulle sue trasformazioni.

In Italia si calcola che siano circa due milioni i ragazzi che soffrono di questi disturbi: per ogni 100 ragazze in età evolutiva,10 soffrono di qualche disturbo connesso con l'alimentazione e 2 di queste si ammalano delle forme più gravi mentre negli altri casi si possono avere forme transitorie ed incomplete³.

I dati epidemiologici che emergono da tutte le ricerche a livello internazionale confermano il prevalente interessamento del sesso femminile e del disturbo bulimico rispetto a quello anoressico, con elevazione anche della età di insorgenza⁴.

³ Ministero della Sanità: Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie), 1998; III;1,2,3:9-20.

⁴ Turbull S, Ward A, et al. The demand for eating disorder care, An epidemiological study using the general practice research database. British Journal of Psychiatry 1996;169:705-12.

Tabella 1 Distribuzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare .Adattato da Fairburn CG, Harrison PJ. Lancet. Eating Disorders. 2003;361:407-16.

| | Anoressia nervosa | Bulimia nervosa |
|---------------------------------------|--|--|
| Distribuzione nel mondo | Società occidentali in modo predominante | Società occidentali in modo predominante |
| Età | Adolescenza (alcuni giovani adulti) | Giovani adulti (alcuni adolescenti) |
| Sesso | 90% femminile | Femmine in modo predominante (incerta) |
| Ceto sociale | Possibile maggiore prevalenza nelle classi sociali elevate | Distribuita in tutte le classi |
| Prevalenza | 0.3% (nelle adolescenti) | 1% (nelle femmine tra 16-35 anni) |
| Incidenza (per 100.000 abitanti/anno) | 19 nelle femmine, 2 nei maschi | 29 nelle femmine, 1 nei maschi |
| Modificazioni secolari | Possibile incremento | Incremento |

DIFFUSIONE

L'eziologia dei DCA è multifattoriale, in quanto determinata da numerose variabili le quali devono concorrere per sviluppare la malattia o condizionarne l'evoluzione.

Occorre considerare fattori di carattere psicologico, biologico ed evolutivo, anche se non si sa ancora bene quanto possano influire una certa vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare ed eventuali traumi emotivi.

Alcune caratteristiche individuali, come il perfezionismo, la bassa autostima, la capacità di gestire le proprie emozioni, le paure legate alla maturità, possono essere correlate all'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali svolgono un ruolo facilitante nello sviluppo del Disturbo alimentare, soprattutto quelli che portano alla esaltazione della magrezza come modello di bellezza e di valore personale.

I Disturbi Alimentari sono strettamente connessi alla ossessione dell'apparire, all'enfasi della immagine corporea, ai cambiamenti di significato del cibo. Questi elementi non assumono, però, un valore *patogenetico*, inteso come "causa" dei DCA, ma hanno un valore *patoplastico*, avendo cioè la funzione di suggerire le modalità attraverso le quali elaborare un tentativo di risoluzione, attraverso un sintomo, di un malessere più profondo.

In differenti periodi storici le malattie hanno spesso assunto forme diverse, esprimendo forme di disagio che si plasmano in forme determinate da modelli e condizionamenti che, in individui più vulnerabili, finiscono con il rappresentare una forma di adattamento elaborata in conseguenza di un disagio psichico.

Nella Anoressia alcuni fattori facilitanti, come la vulnerabilità individuale, vengono rinforzati da influenze socio-culturali che condizionano la forma della malattia ed i contenuti ossessivi riguardanti l'immagine del corpo. L'associare, ad esempio, l'idea del successo sociale e lavorativo, con l'immagine della donna magra e scattante, contribuisce a determinare l'ossessione del corpo in soggetti vulnerabili e con disagio psico-sociale.

I DCA sono malattie gravi, ed hanno finito col costituire la prima causa di morte tra le malattie psichiatriche: da sottolineare che, oltre alle complicanze fisiche connesse con la denutrizione malnutrizione, una delle cause di decesso più frequenti è il suicidio.

COME CAMBIANO I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Nessuna patologia, come i DCA, ha mai subito, negli anni, una tale quantità e qualità di trasformazioni tanto da rivelare delle oggettive difficoltà di classificazione e di rientrare nelle categorie nosografiche classicamente condivise. I quadri classici descritti di Anoressia Mentale, Bulimia Nervosa e Disturbo da Abbuffata Compulsiva sono sempre più difficili da osservare nella forma “pura”, e si ritiene che molti disturbi psichiatrici vengano ormai inglobati nei DCA.

La Bulimia Nervosa, che riguarda ormai il 70% dei DCA, è un disturbo molto più insidioso rispetto ad Anoressia Mentale o Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI o BED= binge eating disorder nella terminologia anglo-sassone), poiché è di diagnosi più difficile e tardiva. La paziente è infatti normopeso e può nascondere per anni le abbuffate ed i comportamenti di compenso come il vomito, l'uso di diuretici e lassativi, arrivando ad una cronicizzazione del sintomo e dei comportamenti disfunzionali.

Si verifica spesso una multicomulsività, dove la mancanza di controllo degli impulsi si realizza non solo attraverso le abbuffate, ma anche con abuso di alcol e di sostanze, cleptomania, compulsività sessuale, shopping compulsivo, autolesionismo, rappresentando alla fine degli elementi di trasformazione della personalità della paziente, con maggiore difficoltà di trattamento e con prognosi peggiore. Si ha una continua ideazione sul cibo e le forme corporee, che esprime l'incertezza della identità e della struttura dell'Io. Il cibo, l'alcol, le sostanze finiscono con l'essere gli elementi che vengono ricercati per colmare un vuoto interiore che diventa sempre più insopportabile.

Le modalità della bulimia sono molto affini a quelle della tossicodipendenza, ma sotto la attuale diagnosi sono raggruppate una serie di costellazioni patologiche in trasformazione continua, fino alla situazione attuale dove il disturbo compulsivo si associa spesso con altre forme più esplicite di autolesionismo. Le abbuffate si susseguono, seguite dal vomito, legate a numerose situazioni affettivo-emotive.

Rispetto ai cambiamenti della prevalenza dei vari Disturbi Alimentari, si assiste ad una trasformazione della patologia anche nelle singole pazienti in quanto si osserva una migrazione da un sintomo all'altro, nell'arco della storia della stessa paziente. Il 50% delle pazienti Anoressiche presenta anche sintomi bulimici e, viceversa, nella storia di pazienti con bulimia si ha anamnesticamente anche Anoressia.

Le stesse forme del disturbo variano, tanto è vero che non esistono più forme pure di Anoressia, ma si innestano, fin dall'inizio, comportamenti di tipo *purging*, caratterizzati da vomito e uso di diuretici e lassativi.

Nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, è stata inserita un'altra categoria, che è quella dei Disturbi del Comportamento

Alimentari non Altrimenti Specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali, subcliniche, nelle quali sono presenti non tutti i sintomi caratteristici della diagnosi di Anoressia e Bulimia.

Tratta da DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. American Psychiatric Association. Milano: Masson, 1995;603.

La categoria "Disturbi della Alimentazione Non Altrimenti Specificati" comprende quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri dell' Anoressia della Bulimia e del BED. Gli esempi includono:

A. Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare.

B. Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma.

C. Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi.

D. Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (esempio induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti).

E. Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutirle, grandi quantità di cibo.

F. Disturbo da Alimentazione Incontrollata, ricorrenti episodi di abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia Nervosa.

Tra l'Anoressia e la Bulimia trovano posto una serie di disordini intermedi, ibridi, intrecciati con altri disturbi anche della sfera psichica, lungo una scala di gravità dal punto di vista clinico, al punto che le forme "pure", nosologicamente definite, sono sempre più una rarità.

IL DISTURBO DA ABBUFFATA COMPULSIVA

Il Disturbo da Abbuffata Compulsiva trova posto, come entità nosografica a sé, nel DSM-IV. Esso rappresenta una modalità di abbuffata con totale perdita di controllo dell'impulso, i cui presupposti sono creati dalla esasperata offerta di cibo associata alla esasperata attenzione per le forme corporee e la magrezza.

Tabella 1 - Criteri di Ricerca per il Disturbo di Alimentazione Incontrollata. Tratta da DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, Copyright American Psychiatric Association, Washington, 1994. Edizione Italiana Masson, Milano 1995, p. 602.

- A) Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
- mangiare, in un periodo definito di tempo (ad es. entro due ore), un quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio.
- B) Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
- mangiare molto più rapidamente del normale;
 - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 - mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - sentirsi disgustato verso se stesso, depresso o molto in colpa dopo le abbuffate.
- C) È presente marcato disagio riguardo al mangiare incontrollato.
- D) Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.
- E) L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti inappropriati (es. digiuno, vomito, esercizio fisico prolungato, purganti).

La prevalenza del DAI raggiunge il 30% nei soggetti in trattamento per obesità, e la relazione tra Obesità e DAI è molto stretto, al punto che l'obesità costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di un DAI⁵

Le fasce di età colpite vanno dall'età pre-adolescenziale all'età adulta, anche in persone che non avevano mai sofferto prima di DCA, ed il disturbo spesso si associa

⁵ **Guss JL, Kissileff HL, Devlin MJ, Zimmerli E, Walsh BT. Binge size increase with body mass index in women with binge-eating disorder. Obesity research, 2002;10:1021-29.**

a problematiche del comportamento e dell'umore, fino ad una vera e propria depressione.

Il DAI si distingue dalla Bulimia Nervosa, poiché l'abbuffata non è seguita da pratiche compensatorie quali il vomito, l'uso di lassativi o l'iperattività. Non è solo l'obesità che differenzia queste due tipologie di pazienti, ma soprattutto il fatto che nella BN la compromissione psichica è molto più grave, e più alterata è l'immagine corporea, anche se identica è l'insoddisfazione per le forme corporee, la bassa autostima e l'ideazione sul cibo.

Fairburn, nel 1993 descrive le caratteristiche dell'abbuffata compulsiva⁶, tra i quali i più significativi sono la velocità nel mangiare grandi quantitativi di cibo, in assenza di fame, il disgusto verso se stessi, sensazione di pienezza e stato alterato di coscienza, al punto che le pazienti riferiscono di percepire uno stato di sdoppiamento come se fosse qualcun altro a mangiare al loro posto. Le calorie introdotte, in una singola abbuffata possono raggiungere le oltre 5000 e, al di fuori degli episodi di perdita di controllo, le pazienti evitano di mangiare, esponendosi in tal modo, ancora di più alla fame ed alla compulsione.

L'abbuffata è scatenata, spesso, dal bisogno di placare uno stato d'ansia insopportabile, e si accompagna ad una immediata sensazione di sollievo, seguita però, subito dopo, da sensazioni negative quali depressione, disgusto, vergogna e senso di colpa.

Tutto questo si svolge, di solito, in segreto, e si accompagna a meccanismi di negazione di fronte alla famiglia e anche di fronte a se stessi.

Il DAI sta sempre più suscitando interesse a causa dei suoi legami con l'obesità e le sue relazioni con i meccanismi delle dipendenze.

Il meccanismo Neuroendocrino sotteso a queste modalità di comportamento, è rappresentato dal Brain Reward System, sistema cerebrale che coincide con il circuito Mesolimbico-Dopaminergico, e che è alla base delle dinamiche cerebrali di Desiderio-Gratificazione. Questo sistema di neuroni viene stimolato nella stessa maniera, sia che si mangi cioccolata, sia che si faccia intensa attività fisica, sia nella attività sessuale, nell'ascolto di musica, ma anche dall'uso di droghe, alcol, e persino dal gioco d'azzardo e dallo shopping compulsivo⁷.

ORTORESSIA: L'OSSESSIONE DEL MANGIARE SANO

L'ossessione per il cibo assume forme diverse, alcune ancora poco conosciute, come l'*ortoressia*, (“orthòs= sano “orexis”= appetito) caratterizzata da eccessiva

⁶ Fairburn C, Wilson T. Binge Eating Nature, Assessment and Treatment, New York: Guilford Press, 1993.

⁷ S. Marucci, L. Dalla Ragione, *L'Anima ha bisogno di un luogo*, Tecniche Nuove, Milano, 2007

diffidenza sul cibo, una esagerata attenzione agli alimenti, alla loro preparazione, al punto che il “mangiare sano” può trasformarsi in una vera e propria patologia mentale, spingendo a diete sempre più rigide fino alla eliminazione di intere categorie di cibi.

Mangiare sano fa bene, ma quando questo diventa una ossessione, qui inizia la malattia. Così, come Anoressici e Bulimici sono ossessionati dalla quantità di cibo ingerito, gli Ortoressici lo sono dalla qualità.

Si arriva all'eccesso di considerare veleno qualsiasi cibo, fino a consumare solo estratti liquidi di frutta. Mangiare cibi diversi e con modalità diverse da quelle che si era precedentemente imposta, porta il paziente a vere e proprie fobie, alla paura di malattie mortali legate al consumo di alimenti non perfettamente puri, ad una esaltazione mistica dell'atto del mangiare, legandolo all'idea di purezza e sentendosi in condizione di “peccato” se trasgredisce le regole che si è imposto. Il conseguente senso di colpa porta ad ulteriore irrigidimento nell'evitamento dei cibi “incriminati” e può portare a mettere in atto pratiche di “purificazione” e di eliminazione.

Nella preparazione dei pasti, che diventa accuratissima e maniacale, non conta il gusto, né il modo di servire gli alimenti. Tutto questo passa in secondo piano di fronte alla preoccupazione che quel determinato cibo non debba procurare malattie.

Alcuni hanno interpretato questo disturbo come una forma di ipocondria, ed esso comporta, a lungo andare, un assoluto ritiro sociale. Quello che caratterizza l'Ortoressia è il pensiero invasivo del cibo, per più di tre ore al giorno, di pianificare dettagliatamente i menù anche dei giorni successivi, di fare scelte alimentari indipendenti dal sapore dei cibi, ma legate essenzialmente al fatto che un cibo possa “fare bene”, di giudicare se stessi e gli altri in base alle rispettive scelte alimentari.

Gli allarmi alimentari che si sono susseguiti negli ultimi anni, legati alla mucca pazza, alla influenza aviaria, alla polemica sugli OGM, enfatizzati dai mass media, la maggiore diffidenza dei consumatori rispetto all'industria alimentare, le regolamentazioni riguardanti l'obbligo di etichette sempre più precise, hanno influito sicuramente sullo sviluppo di questa nuova ossessione, alla quale hanno dato un contributo rilevante anche le numerose diete esistenti sul mercato, tutte accomunate da una pericolosa selezione degli alimenti.

La differenza sostanziale tra Ortoressia e DCA più comuni è, come abbiamo detto, lo spostamento della attenzione dalla quantità alla qualità del cibo ingerito, fino a vere proprie fobie di avvelenamento.

L'insidiosità di questa patologia sta nel fatto che alcuni atteggiamenti sopra esposti, possono essere del tutto sani, ed è quindi difficile tracciare la linea di demarcazione tra normalità e patologia: l'elemento discriminante è quanto l'attenzione si trasformi in ossessione, compromettendo il rapporto con se stessi e con il mondo esterno.

L'Ortoressia non è ancora inserita, come entità nosologica, nel DSM-IV, per cui, per il momento, si considera un fattore di rischio per lo sviluppo di un vero e proprio DCA.

COMPLICANZE CLINICO-INTERNISTICHE NEI DISTURBI del COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Oltre alle gravi condizioni psichiche, nei DCA si osservano, soprattutto nei casi di più lunga durata, delle compromissioni dell'equilibrio organico che spesso determinano conseguenze gravi ed irreversibili.

I problemi più spesso riscontrati riguardano l'apparato Cardio-Vascolare, dove possiamo trovare anche versamenti pericardici di entità rilevante, legati anche ai disordini idroelettrolitici conseguenti al vomito ed all'uso di diuretici e lassativi; problematiche Endocrino-Metaboliche quali la sindrome da bassa T3, legata a riduzione adattativa della funzione tiroidea, l'amenorrea, determinata dalla denutrizione e finalizzata a sospendere l'attività riproduttiva fino al recupero di un peso naturale; problematiche Gastro-Intestinali, legate al rallentamento del transito e dell'assorbimento, e spesso responsabili di gravi disturbi che possono rallentare la ripresa di un regime alimentare corretto.

Il vomito indotto e l'abuso di diuretici provoca alcalosi ipokaliemica ed ipocloremia, con iponatremia aggravata dalla frequente eccessiva introduzione di liquidi.

Il deficit estrogenico, insieme agli squilibri elettrolitici e le carenze nutrizionali contribuisce ad aggravare la demineralizzazione ossea, fino ad un rischio rilevante di fratture spontanee.

Tutte le alterazioni endocrino-metaboliche dei DCA si possono riscontrare in altre forme di denutrizione e sono, in parte, reversibili con la ripresa del peso fisiologico. Fa eccezione il caso del disturbo Anoressico insorto nella adolescenza, quando viene normalmente raggiunto il picco di massa ossea, nel quale la perdita di mineralizzazione non può essere recuperata.

In questo lavoro saranno affrontate, in particolare, le problematiche Gastro-Intestinali legate anche all'abuso di lassativi e gli squilibri Idro-Elettrolitici connessi.

| | Anoressia Nervosa | Bulimia Nervosa |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Ipopotassiemia | +++ | ++++ |
| Iposodiemia | ++ | + |
| Alcalosi | ++ | +++ |
| Ipovolemia | ++++ | +++ |
| Ipocalcemia | ++ | + |
| Ipofosforemia | ++ | + |
| Ipomagnesiemia | ++ | + |
| Edemi | ++ | + |

DISTURBI GASTROINTESTINALI NELLA ANORESSIA E BULIMIA

Sia nella AN che nella BN sono stati descritti disturbi della funzione Gastro-Intestinale caratterizzati da ritardo dello svuotamento gastrico e costipazione.

Nella BN si ha una aumentata capacità gastrica, un diminuito rilassamento gastrico con rallentato svuotamento, associato a ridotto release della Colecistokinina ed anormalità della funzione autonoma enterica.

Questi problemi possono portare a complicanze mediche significative ed aumentare le difficoltà relative alla rialimentazione ed al recupero del peso⁸.

Le pazienti riferiscono costantemente sintomi caratterizzati da dolore, gonfiore addominale, suggestivi di transito intestinale anormale e, in effetti, da studi effettuati con mezzo di contrasto radio-opaco, sul transito intestinale di pazienti anoressiche e bulimiche, paragonate con controlli sani, esso è risultato più lungo, anche se non sempre queste differenze erano statisticamente significative.

La sensazione di gonfiore percepita, può però contribuire a perpetuare il disordine alimentare poiché la paziente, sentendosi gonfia, tende ad esacerbare la paura di ingrassare e la distensione rettale può, di riflesso, inibire lo svuotamento gastrico⁹.

Non è chiaro se il programma di rialimentazione modifichi il transito colico in queste pazienti, tuttavia si è visto che il transito intestinale tende a migliorare una volta che esse siano tornate ad un peso normale.

I disturbi gastrointestinali legati ai DCA sono legati, in buona parte, anche all'uso disfunzionale di lassativi. La prevalenza di tale abuso, in questo gruppo di pazienti, va dal 10 al 60%.

La normale funzione intestinale consiste nell'assorbimento di nutrienti, elettroliti ed acqua attraverso l'intestino. La maggior parte dei nutrienti è assorbita nel Tenue, mentre il Grosso Intestino assorbe principalmente acqua.

Sul mercato sono disponibili molti tipi di lassativi, che vanno da agenti stimolanti, prodotti salini ed osmotici, agenti che formano massa e surfactanti. I lassativi più

⁸ Hadley SJ, Walsh BT. Gastrointestinal disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. [Curr Drug Targets CNS Neurol Disord](#). 2003 Feb;2(1):1-9.

⁹ Kamal N, Chami T, Andersen A, Rosell FA, Schuster MM, Whitehead WE. Delayed gastrointestinal transit times in anorexia nervosa and bulimia nervosa. [Gastroenterology](#). 1991 Nov;101(5):1320-4.

frequentemente abusati sono gli stimolanti, forse per la loro azione veloce, per cui gli individui affetti da DCA tendono a credere, erroneamente, di poter evitare l'assorbimento di calorie attraverso la diarrea.

I problemi medici associati all'abuso di lassativi includono cambiamenti degli elettroliti e dell'equilibrio acido-base, che possono secondariamente coinvolgere il sistema Cardiovascolare ed il Rene, compromettendoli irreversibilmente.

Il sistema Renina-Aldosterone si attiva a causa della perdita di fluidi, portando a edema ed aumento acuto di peso quando i lassativi vengono sospesi. Da qui può dipendere un rinforzo nell'abuso di lassativi legato proprio alla ripresa del peso.

Il sospetto viene quando il soggetto alterna diarrea e costipazione ed altri disturbi gastrointestinali. La ricerca degli elettroliti sierici e lo stato acido-base può identificare gli individui che possono avere bisogno di stabilizzare la situazione clinica e confermare la gravità dell'abuso¹⁰.

La sindrome da abuso di lassativi è un tipo della Sindrome di Munchausen, caratterizzata da un abuso surrettizio di purghe.

I riscontri clinici sono spesso ambigui e simulano una malattia infiammatoria intestinale o una sindrome da malassorbimento. I pazienti hanno spesso diarrea alternata a costipazione e possono avere nausea, vomito e perdita di peso.

Si hanno altre possibili complicazioni, come la melanosi del colon, disturbi acido-base (di solito alcalosi metabolica), deplezione di sodio, potassio e acqua, iperuricemia, iperaldosteronismo ed alterazioni anche riguardanti gli altri elettroliti.

Il trattamento è spesso frustrante perché la paziente raramente ammette l'abuso di lassativi e non collabora per interrompere l'assunzione. E' importante evitare questa situazione che spesso porta a dover adottare procedure invasive, anche di tipo chirurgico¹¹.

I sintomi del tratto Gastrointestinale superiore ed inferiore, descritti sia nella AN che nella BN, se considerati nel loro decorso generale e nella comorbilità medica, manifestano un andamento peggiorativo nel sottotipo BED/purging piuttosto che nel sottotipo restrittivo. In entrambi i sottotipi si ha ritardo dello svuotamento gastrico e costipazione e questi sintomi possono giocare un ruolo negativo nella ripresa della alimentazione e nel recupero del peso. Pazienti con BN hanno una aumentata capacità gastrica con ritardo di svuotamento, oltre ad un ridotto release della Colecistokinina ed anormalità della funzione autonoma enterica, tutti elementi che possono giocare un ruolo determinante nel mantenimento della malattia¹².

¹⁰ [Roerig JL](#), [Steffen KJ](#), [Mitchell JE](#), [Zunker C](#). Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. [Drugs](#). 2010 Aug 20;70(12):1487-503. doi: 10.2165/11898640-000000000-00000.

¹¹ [Roerig JL](#), [Steffen KJ](#), [Mitchell JE](#), [Zunker C](#). Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. [Drugs](#). 2010 Aug 20;70(12):1487-503. doi: 10.2165/11898640-000000000-00000.

¹² [Zipfel S](#), [Sammet I](#), [Rapps N](#), [Herzog W](#), [Herpertz S](#), [Martens U](#). Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. [Auton Neurosci](#). 2006 Oct 30;129(1-2):99-106. Epub 2006 Sep 7.

Pazienti con DCA possono cercare di compensare l'aumento di peso non solo attraverso lassativi, ma anche attraverso diuretici, pillole dietetiche di vario tipo, o il vomito autoindotto. Tutti questi meccanismi di compenso del Binge Eating, vanno sotto il nome di "purging". Il purging può ridurre il peso corporeo attraverso una riduzione di volume, ma non ha alcun effetto sul food intake. Il vomito frequente è rivelato da un aumento di volume della ghiandola sottomandibolare e della parotide e da un aumento delle amilasi sieriche. Abbiamo già analizzato le conseguenze idro-elettrolitiche dell'uso prolungato di lassativi e diuretici che, a lungo andare possono provocare disordini della conduzione cardiaca, causata dalla ipokaliemia, disfunzioni neurologiche centrali e periferiche, legate alla iponatremia.

In queste pazienti, si pone spesso un problema di gestione della stipsi cronica, in considerazione del fatto che spesso esse possono avere dei veri e propri blocchi intestinali, con necessità di interventi per sbloccare la coprostasi ma, nello stesso tempo, non si può riproporre, come soluzione, il lassativo che era oggetto del loro utilizzo disfunzionale.

L'utilizzo di microorganismi probiotici e carboidrati prebiotici si rivela utile per migliorare la flora batterica intestinale e favorisce, a lungo andare, insieme al recupero del peso naturale, una ripresa della regolarità dell'alvo, oltre ad un miglioramento dell'assorbimento dei nutrienti¹³, ma spesso i tempi sono abbastanza lunghi e non scongiurano episodi sub occlusivi.

Nella Residenza Palazzo Francisci di Todi, struttura pubblica residenziale dedicata al trattamento dei DCA, si pratica, da anni, un approccio integrato al Disturbo Alimentare, utilizzando pratiche terapeutiche della Medicina Non Convenzionale, quali Auricoloterapia, Omeopatia, Omotossicologia, Floriterapia, Tecniche Mindfulness.

Prendendo in considerazione la letteratura scientifica disponibile sull'argomento, si è deciso di utilizzare, oltre alla integrazione con probiotici, un trattamento con Auricoloterapia.

¹³ [de Vrese M.](#) Health benefits of probiotics and prebiotics in women. [Menopause Int.](#) 2009 Mar;15(1):35-40.

AURICOLOTERAPIA NELLA STIPSI CRONICA

Nella stipsi, o costipazione, intesa come difficoltà o disagio nell'atto della defecazione, caratterizzata non solo da una bassa frequenza di evacuazioni, ma anche ogni difficoltà nella defecazione o la sensazione di evacuazione incompleta, con sensazione di ripienezza e gonfiore addominale.

I sintomi gastrointestinali delle pazienti affette da DCA sono molto condizionati da variabili psicologiche quali stato d'ansia, somatizzazione, neuroticismo, misurabili attraverso dei test specifici e che si rivelano degli importanti predittori dell'esito dei vari trattamenti che si possono mettere in atto¹⁴.

I disturbi alimentari, inoltre, soprattutto nei loro aspetti compulsivi, condividono alcuni elementi con le dipendenze da sostanze.

Esistono numerose esperienze incoraggianti dell'uso della Agopuntura nel trattamento di soggetti tossicodipendenti. L'agopuntura risulta migliorare i sintomi di astinenza, previene il craving per le sostanze ed aumenta la percentuale di partecipazione dei pazienti in programmi di trattamento a lungo termine. I risultati migliori si sono ottenuti in setting di gruppo, utilizzando la Auricoloterapia, con aghi senza stimolazione elettrica. E' noto il programma NADA (National Acupuncture Detoxification Association) che tratta tossicodipendenti oltre a persone con elevati livelli di stress che potrebbero essere un fattore di rischio per abuso di sostanze¹⁵.

L'Auricoloterapia, associata ad agopuntura, è stata anche utilizzata con successo per alleviare la distensione addominale ed altri disturbi dovuti a disfunzioni intestinali dopo operazioni all'addome¹⁶.

Un interessante studio, presentato al Congresso Mondiale di Agopuntura Auricolare (2009), riporta buoni risultati con Auricoloterapia nella stipsi cronica in pazienti anziani ospiti di una Residenza Sanitaria Assistita¹⁷.

Romoli ha dimostrato, in un gruppo di 50 pazienti con disturbi psicosomatici coinvolgenti il sistema digerente, oltre a quello cardiovascolare e respiratorio, trattati con Auricoloterapia, che le variazioni dei livelli di somatizzazione e di ansia erano

¹⁴ [Boyd C, Abraham S, Kellow J](#). Psychological features are important predictors of functional gastrointestinal disorders in patients with eating disorders. [Scand J Gastroenterol](#). 2005 Aug;40(8):929-35.

¹⁵ [Smith MO, Khan I](#). An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons. [Bull Narc](#). 1988;40(1):35-41.

¹⁶ [Wan Q](#). Auricular-plaster therapy plus acupuncture at zusanli for postoperative recovery of intestinal function. [J Tradit Chin Med](#). 2000 Jun;20(2):134-5.

¹⁷ [Roffi L.](#), Treatment of chronic constipation using auricular magnetotherapy in elderly patients living in a Health Assistance Residence (HAR), in Atti Congresso Mondiale Auricoloterapia , Bologna, 2009

più pronunciate in soggetti stressati e che l'orecchio esterno risultava sensibilizzato, nella risposta allo stress, soprattutto nell'area corrispondente alla conca¹⁸.

La zona della conca è innervata dal nervo vago, ed esso, attraverso l'Auricoloterapia, può essere un utile bersaglio terapeutico.

Molti studi relativi alla Agopuntura riportano effetti benefici sulla attività del Vago, soprattutto quando si va ad agire nella zona della Conca, dove esiste evidenza anatomica di afferenze vagali. I risultati di questi studi sottolineano il ruolo della stimolazione elettrica auricolare nell'indurre un aumento della attività vagale¹⁹.

Secondo Noigier, l'intestino tenue si congiunge con il duodeno verso la radice dell'elice, mentre la proiezione del colon è più avanti, nascosta dietro la radice dell'elice, ed è spesso positiva alla detezione elettrica, anche perché è spesso sede di alterazioni cutanee, soprattutto nelle forme croniche di colite.

Con la ricerca dei punti sensibili alla pressione, a seconda del lato interessato, ci si può orientare verso una colite spastica, se è maggiormente sensibile l'area nell'orecchio sinistro, oppure un colon irritabile se la sensibilità alla pressione è maggiore a dx.

L'Agopuntura Auricolare sull'area corrispondente al colon, a sinistra, rivela un buon effetto sulla stipsi, ma per mantenere l'effetto nel tempo, occorre correggere il comportamento e le abitudini alimentari²⁰.

Nella Conca Inferiore, subito sotto la radice dell'Elice, si trovano alcuni punti relativi all'apparato digerente superiore, proiezioni del cardias, esofago e bocca, la quale corrisponde alla incisura elico-tragica.

Secondo la China Academy, in questa zona troviamo anche la sindrome da astinenza, soprattutto le forme compulsive legate a DCA. (Romoli)

Nel reflusso gastro-esofageo è spesso evidente una iperemia sotto la radice dell'elice, ed in questa zona possono essere trattati anche il vomito nervoso ed il globo isterico, oltre ad altre situazioni prettamente psicologiche, come fobie.

Sul pavimento della conca inferiore si trova un'area di discrete dimensioni, dove è stata individuata la zona del Triplice Riscaldatore, che ha un ruolo funzionale di regolazione delle funzioni cardiache (TR superiore), le funzioni digestive superiori (TR medio), e le funzioni digestive inferiori ed urinarie (TR inferiore). I Cinesi riferiscono a questa area indicazioni per situazioni quali gonfiore addominale e stipsi. Romoli ha trovato una correlazione tra questa area e la funzione ipotalamo-ipofisaria e, se sensibile, va trattata in ogni tipo di situazione patologica.

¹⁸ [Romoli M, Giommi A](#). Ear acupuncture in psychosomatic medicine: the importance of the Sanjiao (triple heater) area. [Acupunct Electrother Res](#). 1993 Jul-Dec;18(3-4):185-94.

¹⁹ [La Marca R, Nedeljkovic M, Yuan L, Maercker A, Ehlert U](#). Effects of auricular electrical stimulation on vagal activity in healthy men: Evidence from a three-armed randomized trial. [Clin Sci \(Lond\)](#). 2009 Nov 9. [Epub ahead of print]

²⁰ Romoli M., Agopuntura Auricolare, UTET, Torino, 2003

La stipsi cronica ed il colon irritabile costituiscono indicazioni per l'Agopuntura Auricolare, e la stimolazione dell'ago sul punto del colon a livello del padiglione sinistro, tende a migliorare la frequenza delle evacuazioni nella stipsi. E' stato descritto, inoltre, l'effetto antispastico sulla muscolatura liscia dell'apparato gastroenterico e genitourinario.

Intervenire sul punto del colon a sinistra contribuisce ad incrementare la frequenza delle evacuazioni, ottenendo il risultato di eliminare la dipendenza dai lassativi.

Spesso, nei disturbi della motilità intestinale, ed in particolare nella stipsi cronica, si possono rilevare rispettivamente comedoni nell'area del colon e intestino tenue, o di teleangestasi ed iperemia sull'elice in corrispondenza dell'area emorroidaria (settori 22-24 di Romoli).

Facendo sanguinare questa zona si può intervenire sul dolore rettale ed emorroidario, oltre che sul prurito anale.

Nelle situazioni di colon irritabile i punti si trovano più spesso bilateralmente.

Coesistono spesso punti psichici dell'ansia e della depressione, che vanno associati nello schema terapeutico.

STUDIO OSSERVAZIONALE SU UN GRUPPO DI PAZIENTI AFFETTE DA DCA, CON STIPSI CRONICA, TRATTATE CON AGOPUNTURA AURICOLARE

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo Studio Osservazionale, è quello di valutare quanto incida sull'esito della terapia della stipsi cronica, in un gruppo di pazienti affette da DCA, ricoverate presso la struttura residenziale Palazzo Francisci, di Todi, un trattamento con Auricoloterapia.

Si è già sottolineata l'importanza di trovare una soluzione a questa problematica, che permetta di non utilizzare lassativi, dato l'uso disfunzionale che le pazienti spesso fanno di questi farmaci.

MATERIALI E METODI

Sono state studiate 15 pazienti, di età compresa tra i 13 e i 35 anni, ricoverate presso il Centro per i DCA, Palazzo Francisci di Todi, tra Gennaio e Luglio del 2010.

Le pazienti, tutte di sesso femminile, risultavano affette da Anoressia Nervosa (8) e Bulimia Nervosa (7), diagnosi effettuata secondo i criteri del DSM-IV.

Le pazienti erano tutte affette da Stipsi Cronica, in quanto avevano tutte un numero di evacuazioni inferiore alle 3 alla settimana, e presentavano una serie di altri sintomi gastrointestinali, quali distensione, dolore, rallentato svuotamento gastrico, reflusso gastro-esofageo.

Alcune delle pazienti trattate utilizzava metodi di compenso quali vomito, lassativi, diuretici, iperattività e di ciò è stata presa nota, riportandolo poi all'esito del trattamento con Auricoloterapia.

Le pazienti sono state valutate, per la valutazione dei sintomi, attraverso una intervista, prima di ogni trattamento, registrando 1) numero di evacuazioni nella settimana; 2) concomitanza di sintomatologia gastrointestinale; 3) necessità di ricorrere a clisteri di pulizia.

Si è valutato, inoltre, la variazione del BMI (Body Mass Index), valutando la sua influenza sull'esito del trattamento con Auricoloterapia.

Ciascuna delle pazienti è stata sottoposta a 5 sedute di Auricoloterapia, con frequenza settimanale.

Si sono scelti i seguenti punti, procedendo alla detezione elettrica con Apparecchio Pointoselect digital DT:

- 1) SHEN MEN , per la sua azione ansiolitica e per rinforzare l'azione degli altri punti
- 2) SYMPATHETIC POINT, per la regolazione Neuro-Vegetativa
- 3) CONSTIPATION POINT, poiché sembra agire sulla frequenza delle evacuazioni
- 4) PUNTO a Minore Resistenza Elettrica della Conca Superiore, relativo alla regione del Colon.

Ciascuna seduta inizia con la stimolazione del Punto 0, seguito dalla stimolazione in sequenza dei punti indicati, con Frequenza 2Hz, con intensità secondo la percezione della paziente; ciascun punto viene stimolato per 60", poi si "chiude" con il Punto 0.

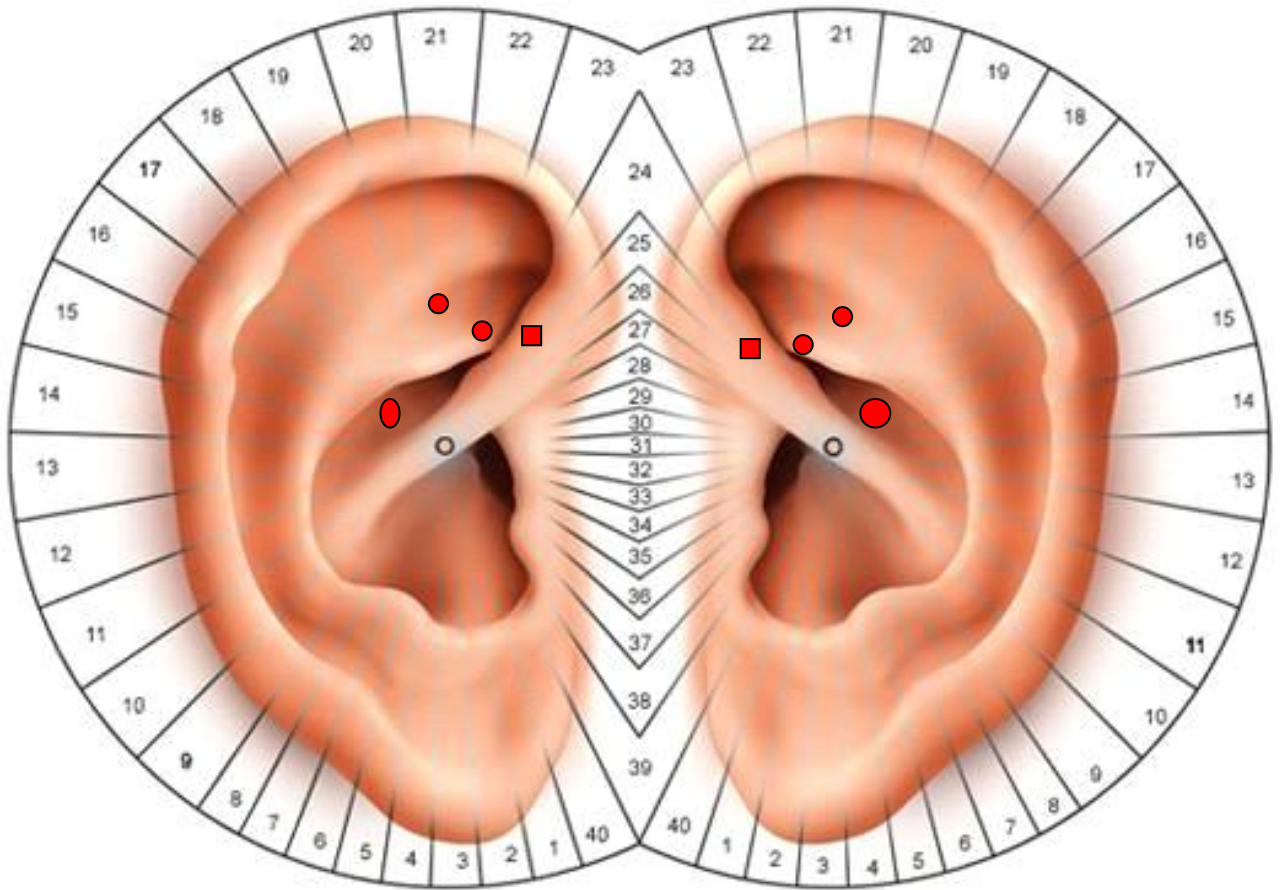
La stimolazione del Punto 0 permette il controllo della sensibilità del padiglione auricolare, il re settaggio del sistema riflesso, potenzia l'azione terapeutica, permettendo la stabilizzazione dei risultati, ed ha, inoltre, una azione psichica²¹.

²¹ Bazzoni G., Conoscere l'Auricoloterapia, Menin, Schio, 2009

Al termine della seduta, effettuata stimolando entrambi i padiglioni auricolari, si applicano Sferette Magnetiche Adesive (800 Gauss), per ottenere una stimolazione continua nel tempo.

A tutte le pazienti si è somministrato lo stesso protocollo terapeutico, e i dati relativi al numero delle evacuazioni, alle variazioni della sintomatologia Gastrointestinale, all'incremento del BMI, sono stati raccolti in una tabella, differenziando le pazienti in cui prevale il disturbo AN tipo restrittivo, da quelle prevalentemente BN/ purging.

I risultati vengono valutati paragonando il numero di evacuazioni nel periodo precedente al trattamento.

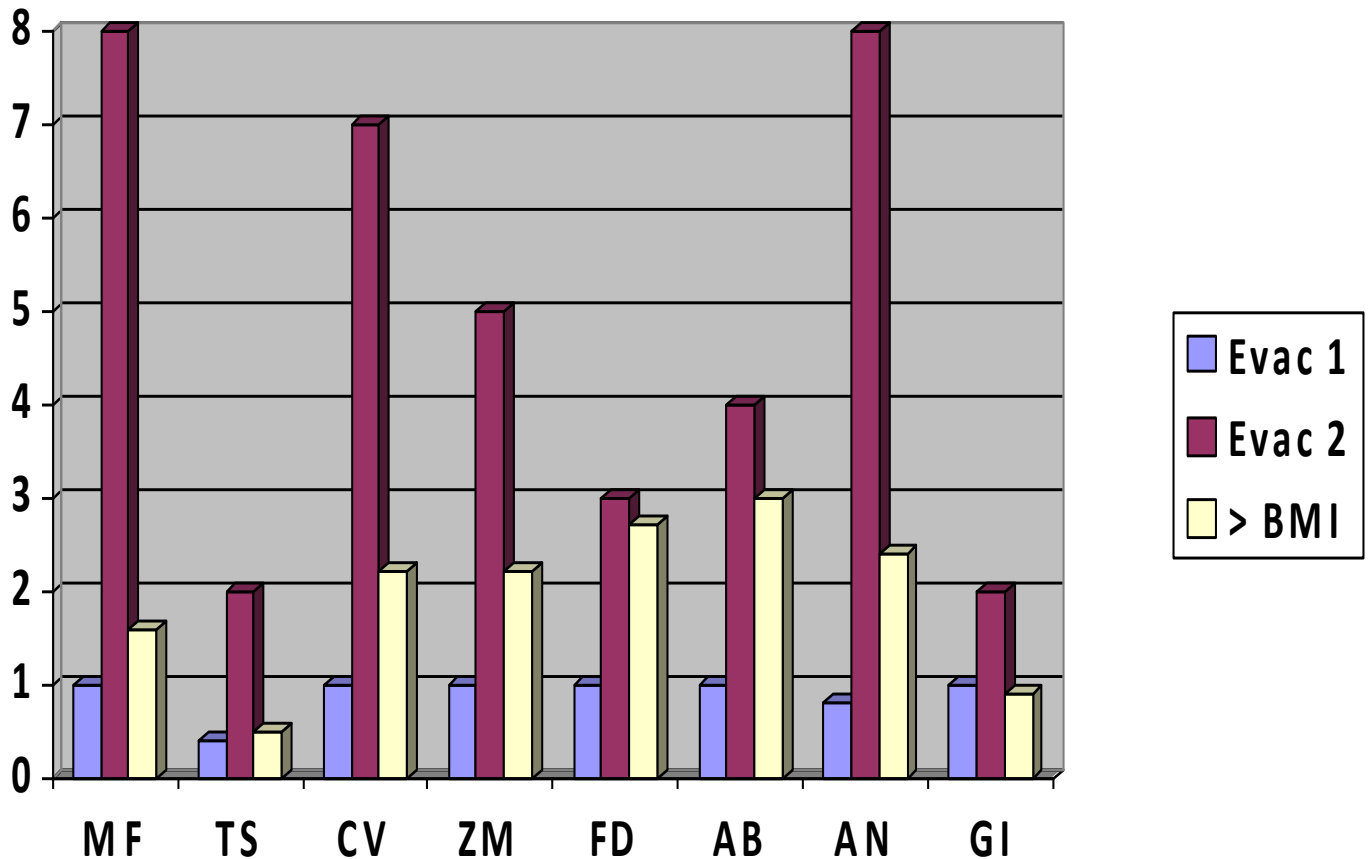


- 1 SHEN MEN: ansiolitico***
- 2 SYMPATHETIC: regolazione NV***
- 3 COSTIPATION: agisce sulla frequenza
delle evacuazioni***
- 4 ADDOME INFERIORE: si trova il punto
con minore resistenza elettrica***

ANORESSIA NERVOSA tipo RESTRITTIVO

| | paz | età | Durata DCA | BMI 1 | BMI 2 | Sintomi GI 1 | Sintomi GI 2 |
|---|-----|-----|-------------------------|-------|-------|---|---|
| 1 | MF | 13 | 1 anno | 14 | 15,61 | +++ Dispepsia, gonfiore, distensione Evacuazione 1v/ 8gg | --- Efficace svuotamento intestinale Evacuazione quotidiana. |
| 2 | TS | 18 | 1 anno | 12,34 | 12,86 | ++++ Blocchi intestinali fino ad 1 mese. Clismi in ospedale. Emorroidi Evacuazione 1v/15-20 gg | ++ Evacuazione 1v/sett |
| 3 | CV | 22 | 2 anni | 14,30 | 16,52 | +++ Gonfiore. Dispepsia Evacuazione 1v/8gg | --- Evacuazione quotidiana |
| 4 | ZM | 26 | 7 anni | 12,8 | 15 | +++ Distensione addominale. Dolorabilità diffusa Evacuazione 1v/sett | + + Evacuazione 5gg/sett |
| 5 | FD | 19 | 2 anni | 14,59 | 17,28 | ++++ Prolasso rettale, programmato intervento. Stipsi ostinata. Assume vaselina. Evacuazione solo con clistere | ++ Evacuazione 3 gg/sett |
| 6 | AB | 15 | 2 anni | 14,2 | 17,06 | +++ Gonfiore, distensione, dolore Evacuazione 1v/sett | + Evacuazione 4v/sett |
| 7 | AM | 16 | 2 anni purging | 13,1 | 15,41 | ++++ Gonfiore, stipsi ostinata, tenesmo. Evacuazione 1v/10gg | --- Evacuazione quotidiana |
| 8 | GI | 20 | 4 anni purging iperatt. | 15,04 | 15,97 | ++++ Gonfiore, distensione, dolorabilità. Evacuazione 1v/sett | +++ Evacuazione 2v/sett Persiste distensione |

RISPOSTA ALLA AURICOLOTERAPIA e RELAZIONE CON VARIAZIONE del BMI



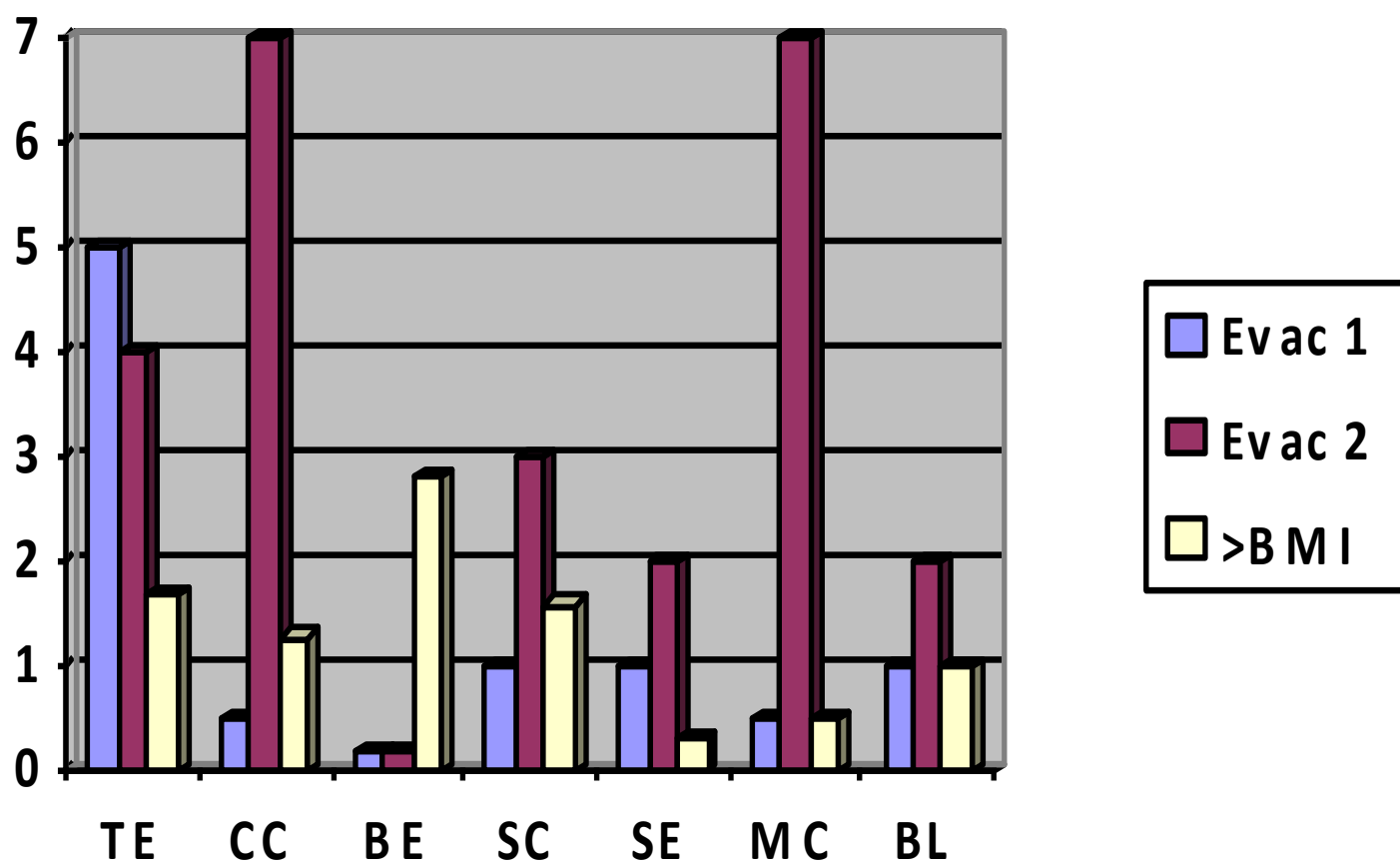
RISULTATI

Nel gruppo di pazienti con AN tipo prevalentemente Restrittivo, si osserva una buona risposta al trattamento con Auricoloterapia, correlato, nella maggior parte dei casi, con un incremento del BMI, indice di una buona compliance rispetto alla terapia nutrizionale. La buona risposta ed il miglioramento dei sintomi gastrointestinali, influisce positivamente sulla ripresa di una alimentazione adeguata e sul recupero del peso naturale.

BULIMIA NERVOSA tipo PURGING

| | Paz | Età | Durata DCA | BMI 1 | BMI 2 | Sintomi GI 1 | Sintomi GI 2 |
|---|-----|-----|---|-------|-------|--|---|
| 1 | TE | 20 | 2 anni purging | 16,2 | 17,97 | ++++ coliche. Evacuazione 1v/6gg | ++ Evacuazione 1v/4gg |
| 2 | CC | 22 | 2 anni purging (8 dulcolax) | 16,7 | 18 | +++ Evacuazione 1v/2 settimane | ++ Evacuazione tutti i giorni |
| 3 | BE | 29 | 5 anni purging (60 dulcolax) + supposte glicerina | 17,21 | 20,15 | ++++ Evacuazione 1v/sett con microclisma | ++++ Nessuna evacuazione s Solo con microclisma |
| 4 | SC | 35 | 17 anni Dolicolon. Intervento x blocco intest. | 19,86 | 21,09 | ++++ Evacuazione 1v/sett con microclisma | ++ Evacuazione 3v/sett |
| 5 | SE | 26 | 5 anni | 22,4 | 22,7 | +++ Evacuazione 1v/sett con microclisma | +++ Evacuazione 1v/sett. |
| 6 | MC | 18 | 3 anni purging – ricovero x coprostasi | 23,06 | 22,57 | ++++ Evacuazione 1v/10gg | ++ Evacuazione tutti i giorni |
| 7 | BL | 21 | 5 anni purging | 23,1 | 22,8 | +++ Evacuazione 1v/sett | ++ Evacuazione 3v/sett |

***RISPOSTA ALLA AURICOLOTERAPIA e RELAZIONE con
VARIAZIONE del BMI***



RISULTATI

Nel gruppo di pazienti con BN tipo Purging, si ha un risultato meno soddisfacente rispetto a quello ottenuto nelle pazienti anoressiche restrittive e, nella maggior parte dei casi non sembra esservi correlazione con la variazione del BMI, considerando anche che, mediamente, il BMI delle pazienti bulimiche, può essere normale o discostarsi di poco dalla norma.

La risposta sembra, invece, essere maggiormente in relazione al minore o maggiore utilizzo improprio di lassativi ed alla cronicità del disturbo alimentare.

CONCLUSIONI

I dati emersi da questo studio, seppure preliminari e non sufficienti a trarre conclusioni, dato il numero non elevato del campione esaminato, portano, comunque, a fare delle considerazioni:

- 1) I risultati sono più soddisfacenti nelle pazienti con Anoressia Nervosa Restrittiva, con scarso e sporadico uso di lassativi, ed il miglioramento delle funzioni intestinali appare correlato al recupero del peso;
- 2) Nelle pazienti con Bulimia Nervosa, i risultati meno soddisfacenti sembrano essere in relazione alla cronicità del disturbo ed all'uso protratto di quantità elevate di lassativi, diuretici, ed allo squilibrio idro-elettrolitico legato anche al vomito;
- 3) Anche se il numero non elevato di pazienti non permette di trarre conclusioni definitive, possiamo però affermare che l'Auricoloterapia si è rivelato un ottimo strumento, nel trattamento della stipsi cronica in pazienti con DCA, poiché permette di non ricorrere a metodi chimici o meccanici per facilitare la evacuazione.