



QUADERNI DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE



Società Italiana di Psichiatria  
Sezione Marche

**DISTURBI DELLA**  
**CONDOTTA ALIMENTARE**  
**MODELLI**  
**DI INTERVENTO INTEGRATO**

ATTI DEL XVI CONVEGNO  
DELLA SOCIETA' ITALIANA  
DI PSICHIATRIA



QUADERNI DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE



Questa edizione dei “Quaderni del Consiglio regionale” è dedicata agli atti del XV Convegno della Società Italiana di Psichiatria, incentrato sui temi dei disturbi della condotta alimentare e sulla proposta di modelli di intervento integrato.

Si tratta di disturbi che colpiscono in particolare le fasce adolescenziali, connessi a complesse dinamiche psichiche. I loro effetti sono gravi, a volte gravissimi, per l’individuo e provocano una forte sofferenza a chi ne è affetto e a chi è vicino al malato.

L’insieme delle esperienze di cura e riabilitazione può essere di forte aiuto per estrapolare gli elementi essenziali da mettere in campo per una più forte capacità di prevenzione, una più chiara visione dei fattori di rischio, una migliore azione di riabilitazione.

Anche in questo senso il convegno, non solo è utile in sé, come momento di confronto e di approfondimento generale e di casi e tecniche di trattamento specifici, ma è utile anche a tutte le istituzioni e al Consiglio regionale, cui spetta l’impegno dei piani sanitari e dei piani dei servizi sociali.

La lotta contro il disagio diffuso, la sinergia delle diverse competenze e l’individuazione di moduli d’intervento multidisciplinari, la collaborazione con le risorse territoriali sono elementi rilevanti per integrare la prevenzione, la cura e la riabilitazione e in questa direzione occorre marcare i passi in avanti e le novità.

Tutto ciò è decisivo, e c’è da dire che in questo campo aumenta l’attenzione delle istituzioni, in rapporto anche all’allarme che gli specialisti del settore giustamente hanno lanciato.

Si tratta dunque di potenziare le campagne informative, di promuovere stili di vita diversi.

In ciò la scuola, le associazioni, la società civile e le istituzioni possono e devono intervenire di più e meglio.

***Silvana Amati***  
*Presidente del Consiglio regionale delle Marche*



## SOMMARIO

<i>Presentazione di Silvana Amati .....</i>	<i>pag. 5</i>
<i>Introduzione .....</i>	<i>pag. 9</i>
<i>Saluti .....</i>	<i>pag. 11</i>
<i>Centralità del D.S.M. nella gestione dei D.C.A. ....</i>	<i>pag. 25</i>
<i>Protocolli diagnostici e modelli terapeutici nei D.C.A.....</i>	<i>pag. 35</i>
<i>La storia di un caso clinico .....</i>	<i>pag. 47</i>
<i>Dibattito .....</i>	<i>pag. 61</i>
<i>Organizzazione e competenze all'interno di un approccio multidisciplinare .....</i>	<i>pag. 71</i>
<i>D.C.A: riflessioni preliminari sulla formazione specifica del personale .....</i>	<i>pag. 87</i>
<i>Assetto terapeutico dei D.C.A.: l'esperienza e le prospettive del servizio ambulatoriale della clinica psichiatrica dell'università di Ancona .....</i>	<i>pag. 97</i>
<i>Discussione .....</i>	<i>pag.107</i>



## PRESENTAZIONE

Il tema prescelto per il XVI Convegno della Sezione Regionale Marche della Società Italiana di Psichiatria è motivato dal fatto che i disturbi della condotta alimentare presentano quadri clinici d'interesse psichiatrico ed internistico in progressivo aumento nella fascia d'età adolescenziale e giovanile e dalla difficoltà di fornire risposte adeguate se non ben articolate attraverso l'apporto collaborativo di professionalità diverse e la definizione di processi operativi integrati.

Il Servizio pubblico non può esimersi dall'organizzare e coordinare una rete territoriale d'intervento che operi dal rilevamento dei fattori di rischio alla prevenzione secondaria, e sia in grado di fornire una risposta efficace attraverso modelli terapeutici condivisi e diffusi.

Abbiamo ritenuto quindi importante dare spazio sia al confronto scientifico, sia alla discussione sull'organizzazione strutturale di collaborazione interdisciplinare, onde valutare la possibilità di una realizzazione pratica in grado di rispondere con competenza e completezza alla domanda emergente di trattamento dei disturbi della condotta alimentare.

Ci auguriamo che il Convegno possa segnare, oltre che un punto di riflessione, un punto di partenza con qualche riflesso concreto anche nel nostro territorio.

Infine invio un particolare ringraziamento a Francesca Scicchitano che ha curato la redazione di questo volume con la collaborazione di Barbara Rastelletti e Lucia Iannucci.

*L'Organizzatore del Convegno  
Dr. Alberto Tornati*

**Componenti del Consiglio della Società Italiana  
di Psichiatria Sezione Marche**

Dr. Pierluigi Pianesi	Segretario
Dr. Giovanni Santone	Tesoriere
Prof. Gabriele Borsetti	Direttore Istituto Discipline Psichiatriche Università degli Studi di Ancona
Dr. Stefano Rossini	Consigliere per la Provincia di Ancona
Dr. Fabio Terribili	Consigliere per la Provincia di Ascoli Piceno
Dr. Marco Scali	Consigliere per la Provincia di Macerata
Dr. Alberto Tornati	Consigliere per la Provincia di Pesaro

*Segreteria Scientifica*

Dr. Alberto Tornati - Dr. Massimo Mazini - Dr. Piergiorgio Moretti  
D.S.M. A.U.S.L. n. 1, Via Lombroso, 37 61100 Pesaro - Tel. 0721/424766  
- Fax 424760

*Organizzatore*

Società Italiana di Psichiatria Sez. Marche: Dr. Alberto Tornati  
D.S.M. A.U.S.L. n. 1, Via Lombroso, 37 61100 Pesaro . Tel. 0721/424770  
- Fax 424760

# SALUTI



***Alberto Tornati***

*Direttore D.S.M. dell'A.U.S.L. n.1 - Pesaro*

Porgo un saluto di benvenuto a tutti gli intervenuti ed alle Autorità presenti.

Ringrazio a nome della S.I.P. Marche, per il Patrocinio concesso, il Presidente della Giunta Regionale e l'Assessorato della Sanità della Regione Marche, l'Amministrazione Provinciale di Pesaro e Urbino, l'Amministrazione Comunale di Pesaro e l'Ordine dei Medici della Provincia ed in particolare l'Azienda U.S.L. n.1 di Pesaro che ci ospita a titolo gratuito ed ha messo a disposizione l'attività del personale del Centro di Formazione.

Tale patrocinio era stato concesso con slancio dal Direttore Generale Dott. Francesco Tomasello, recentemente scomparso.

Nell'esprimere il cordoglio della nostra Società voglio ricordare l'impegno dimostrato dal Dott. Tomasello in ogni frangente ed in particolare l'attenzione e l'incitamento continuo rivolti alla soluzione dei problemi della Salute Mentale che hanno condotto alla realizzazione in tempi brevi di importanti trasformazioni strutturali.

Ringrazio quanti hanno collaborato alla realizzazione del Convegno.



***Roberto Drago***

*Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Pesaro*

Ringrazio il Dott. Tornati, sono veramente contento che la S.I.P. abbia scelto il tema dei D.C.A. perché mi sembra che gran parte della sofferenza e del disagio, soprattutto nel mondo adolescenziale si manifesta attraverso i D.C.A..

Mi sembra che sia uno dei problemi principali, nuovi, che ci troviamo ad affrontare. In questo momento, mi sembra che il D.S.M. abbia identificato due strategie.

Una che il D.S.M. si pone come punto di riferimento, quindi assume su di sé un ruolo di coordinamento importante.

L'altra, è quella dell'integrazione fra risorse sociali e sanitarie.

L'augurio è proprio che anche su questo tema, come in altri in cui il Dipartimento di Salute Mentale è chiamato in causa, si possa costruire un reale rapporto di collaborazione.



## ***Giancarlo Caporicci***

*Direttore Sanitario A.U.S.L. n. 1 - Pesaro*

I disturbi della condotta alimentare, da quasi sconosciuti alcuni decenni fa, sono in progressivo aumento, tanto da rivestire contorni epidemici.

Nella nostra Regione si calcolano circa 10.000 casi di cui 1.000 di anoressia.

Nella maggior parte adolescenti di sesso femminile.

Quali le ragioni? Quali le cure? Quali i comportamenti correttivi? Difficile a dirsi.

Massimo Recalcati nel suo libro “L’ultima cena - Anoressia e Bulimia” ha cercato di porre in evidenza la connessione tra l’attuale diffusione epidemica della malattia e la società industriale avanzata, dominata dal mito del consumo fine a se stesso e dal mito dell’immagine.

Bulimia ed Anoressia costituiscono a livello soggettivo la declinazione patologica di questi due miti tipici della società industriale.

L’impotenza della medicina nella cura dei disturbi della condotta alimentare è dovuta al fatto che il malato da curare non è l’appetito.

Dobbiamo riconoscere che finora spesso il trattamento medico-farmacologico come quello cognitivo-comportamentale ha confuso la causa con l’effetto.

Ci si è sforzati di normalizzare una funzione alterata, di riequilibrare il rapporto tra il soggetto, il senso di fame e di sazietà ed il cibo; fallendo il più delle volte perché la causa del disturbo alimentare non è di natura organica, né riducibile alla alterazione di una funzione.

Che fare?

Si pone urgentemente il problema di una diagnosi appropriata, della cura della malattia e della creazione di una rete di servizi socio-sanitari specifici (come per la droga, l’alcolismo, le malattie dismetaboliche etc..) e di equipe multidisciplinari in costante approfondimento scientifico (dietisti, nutrizionisti, internisti, psichiatri, psicologi, psicoanalisti) tenendo presente la centralità del D.S.M..

L’A.U.S.L. di Pesaro, essenzialmente territoriale, si trova in una situazione privilegiata nell’evidenziare queste condizioni socio-sanitarie.

Infatti i rapporti con i medici di base, gli specialisti con i servizi sociali comunali, hanno di fatto costretto l’A.U.S.L. stessa a trovare nuove

indicazioni e nuove metodologie per la comprensione e la valutazione delle nuove patologie.

Gli stessi rapporti con i cittadini definiti dal D.L. 502/517, hanno determinato un nuovo tipo di approccio con l'A.U.S.L. riconosciuta come non più erogatrice di Servizi, ma come organo in attento ascolto delle nuove emergenze sanitarie.

Di fatto l'A.U.S.L. diventa un osservatorio sperimentale.

Il cittadino però è incapace di capire la malattia ed i percorsi curativi proposti e spesso, non viene correttamente indirizzato e cede a suggerimenti non scientifici.

La carenza strutturale dei Servizi per il trattamento dei disturbi della condotta alimentare è così grave da imporre soluzioni transitorie e parziali.

Quando il Dott. Tornati, responsabile del nostro Dipartimento di Salute Mentale, ha comunicato che la Società Italiana di Psichiatria, Sez. Marche, voleva trattare, nel suo XVI° Convegno il tema "Disturbi della condotta alimentare", e voleva trattarlo a Pesaro, il Direttore Generale dell'A.U.S.L. Dott. Francesco Tomasello, ha accettato con entusiasmo di patrocinare, insieme ad altri Enti, l'iniziativa ritenendola di estremo valore scientifico e sociale.

Per una malattia improvvisa, il Dott. Tomasello è deceduto l'1.11.'98.

A Lui, in questo momento, va il nostro ricordo affettuoso ed il nostro profondo rimpianto.

Applicheremo nella continuità della sua strategia di politica sanitaria, le linee guida che emergeranno da questa giornata di studio, con convinzione e con determinazione.

I modelli di intervento terranno conto:

- Dei Servizi già esistenti;
- Dell'alta specificità del tema clinico;
- Dell'integrazione dei vari specialisti;
- Della differenziazione Aziendale (Az. Ospedale - Az. U.S.L.);
- Delle proposte che la Commissione Regionale ha elaborato;
- della capacità professionale e della nuova inventiva dei nostri operatori, chiamati ad organizzare e dirigere questa rete assistenziale.

Alle Autorità presenti, ai Relatori del Convegno, ai componenti il consiglio della Società Italiana Sezione Marche, a tutti i convenuti rivolgo un saluto di Benvenuto ed un augurio di Buon Lavoro.

**PIERLUIGI PIANESI**

*Direttore D.S.M. dell'A.U.S.L. n. 9 - Macerata*

## Introduzione ai lavori



Autorità, Gentili Colleghe e Colleghi, Cortesi Ospiti  
non posso anche io che ringraziare, a nome anche del Consiglio Direttivo, tutti i presenti per la numerosa partecipazione a questa giornata di studio e di lavoro, partecipazione che solo il tempo siberiano ha impedito che fosse ancora maggiore, dovendo, purtroppo, constatare l'assenza di colleghi delle regioni limitrofe che ci avevano annunciato la loro presenza.

Un ringraziamento subito ai nostri sponsors che ci hanno permesso di portare a termine questa iniziativa, ed un particolare plauso ritengo sia giusto indirizzare a chi, nella sua specifica veste imprenditoriale, ha, del tutto lodevolmente direi, da tempo deciso di sponsorizzare iniziative in campo sanitario piuttosto che in altri ormai ben noti e più futili settori.

Un doveroso ricordo, poi, che vuole essere anche un sentito ringraziamento, va allo scomparso Direttore dell'ASL di Pesaro, Dott. Tomasello, per il notevole sostegno che ha voluto fornire al Dott. Tornati nell'organizzare questa giornata, sostegno oggi anche testimoniato dalla presenza del Direttore Sanitario Dott. Caporicci e del Direttore Amministrativo Dott. Corrado.

Un particolare ringraziamento ancora penso sia doveroso fare al Sindaco di Pesaro per la cortese accoglienza che ha voluto riservare a tutti noi.

Ebbene, questo odierno è il XVI Convegno Regionale della Sezione Marchigiana della S.I.P. e ritengo subito di fare un plauso sentito e sincero agli organizzatori ed in particolare al Dott. Alberto Tornati per la capacità dimostrata e per la piacevole atmosfera che ha saputo creare in questa struttura di lavoro.

Il tema in oggetto, che verrà oggi trattato da esperti, che ringrazio di aver accettato il nostro invito a partecipare, era già stato individuato dal Consiglio Direttivo della nostra sezione precedentemente alla richiesta di dati da parte della Direzione Sanitaria Regionale ed alla istituzione di una apposita commissione.

Questo a testimonianza dell'interesse verso un argomento che vedevamo (ed ancora vediamo) trattato spesso in maniera troppo divulgativa e che invece ritenemmo (come ancora riteniamo) meritasse un particolare approfondimento sia sul piano clinico-scientifico che organizzativo, ovviamente all'interno dei nostri Dipartimenti di Salute Mentale.

Questa ultima considerazione va particolarmente sottolineata perchè ritengo che sia giunto il momento che noi Medici Psichiatri rivendichiamo il diritto-dovere di riappropriarci di problematiche psicopatologiche che

sono proprie in primis della nostra branca vuoi sul versante biologico vuoi sul versante psicologico, seppure, come nel caso della patologia oggi oggetto di approfondimento, in stretta collaborazione con altre figure professionali sia Mediche che non Mediche di pari rilevanza e dignità.

L'attenzione che il Consiglio Direttivo della SIP Marche ha da tempo rivolto, mediante l'organizzazione di appositi Convegni, a temi quali il DOC, la Psichiatria di Consultazione e di Collegamento ed, in particolare, quello odierno deriva dalla consapevolezza che il Dipartimento di Salute Mentale non può esaurire la sua competenza nei confronti di una, seppure rilevante, patologia (mi riferisco a quella schizofrenica), e dalla forte convinzione che debba allargare la sua sfera d'azione, in maniera organizzata e strutturata, a tutti i noti quadri psicopatologici nei diversi momenti evolutivi dell'individuo.

Mi riferisco alla psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dai ritardi mentali alle più tipiche e gravi manifestazioni psicopatologiche, quali, per esempio, la depressione ed il suicidio giovanile, i disturbi del comportamento alimentare, che sappiamo prevalentemente manifestarsi in questa particolare fase evolutiva; mi riferisco anche alla psichiatria della terza età, vedasi per esempio i diversi quadri patologici di tipo demenziale, le problematiche psicopatologiche disadattive degli anziani etc, nella consapevolezza che le problematiche sia adolescenziali che senili, in quanto afferenti ad altri Dipartimenti, trovano assai spesso risposte parziali e scarsamente strutturate.

Ritengo, inoltre, che il concetto di Dipartimento di Salute Mentale, se non vogliamo che si caratterizzi un pò troppo per il suo nome un pò pomposo e roboante, debba finalmente assumere concretamente altri rilevanti significati, quale per esempio la "Prevenzione", in modo particolare quella secondaria e terziaria.

Ed allora penso sia giunto il momento che le Autorità competenti diano una risposta di contenuto in tutte le direzioni a tutte quelle specifiche finalità presentate nei progetti obiettivi di salute mentale, nazionali e regionali, piuttosto che di accontentarsi di averle elencate!

Le Autorità preposte (mi dispiace veramente che oggi non sia presente l'Assessore alla Sanità od un Suo rappresentante vuoi del settore Sanitario che Amministrativo, nella sentita speranza che questa assenza sia solo dovuta al cattivo tempo e non ad altri e non auspicabili motivi) ci devono dire come e di che cosa dobbiamo riempire questo Dipartimento di Salute

Mentale, e non devono lasciare noi Medici Psichiatri in una specie di limbo in cui spesso le competenze medico-cliniche sono soverchiate da competenze sociali ed/od organizzative, che, seppure ovviamente non rifiutate, non possono nè debbono rappresentare la nostra principale modalità espressiva.

Chiediamo, insomma, noi Medici Psichiatri che ci si metta in grado di rispondere a tutte quelle esigenze che una società civile e matura può giustamente pretendere dalla Psichiatria, chiediamo, insomma, che ci si metta in condizioni di non essere più considerati i Medici del Non Ritorno, dell'Ineluttabile.del Controllo Sociale!

In attesa di una risposta che spero sollecita e non illusoria, invio a tutti voi un cordialissimo saluto ed un augurio di buon lavoro.



**ROSANNA CARASSAI**

*Psichiatra D.S.M. - A.U.S.L. n.9 - Macerata*

**ALBERTO TORNATI**

*Direttore D.S.M. - A.U.S.L. n.1 - Pesaro*

Centralità del D.S.M. nella gestione dei D.C.A.



Prima di addentrarci nel merito delle riflessioni sul tema del Convegno di oggi ci è sembrato opportuno fare qualche precisazione sul titolo scelto per la nostra comunicazione. Ci presentiamo infatti con un titolo senza dubbio assertivo e presupponente grandi certezze e lunga esperienza, ma in realtà questa scelta ha semplicemente un'origine molto arcaica perché attiene strettamente alla nostra sfera affettiva: uno scatto di orgoglio reattivo alla discussione sui risultati di un'analisi conoscitiva promossa dalla nostra Regione. In quell'occasione ci siamo accorti che molti colleghi appartenenti a vari Dipartimenti si occupavano dei D.C.A., naturalmente anche psichiatri, ma non in modo organico, programmato ed integrato. A questo punto ci siamo chiesti se non fosse stato il caso di attivarci in maniera concreta e determinata per dare una risposta alla crescente domanda di trattamento per i D.C.A.. Ci siamo anche chiesti se lo volevamo veramente fare. Quante storie, quanta letteratura ci stimola a pensare ed a riflettere sul come accedere ad un corretto trattamento di queste patologie fino a ieri oggetto di colte fantasie e oggi problema sanitario di grande portata. Eppure noi sembriamo ancora un po' distratti, talora addirittura disinteressati di fronte a questa nuova sfida che l'adolescenza ci lancia. Forse pensiamo che il dare risposta alla sofferenza di un corpo che non ha più peso sia un'utopia? Certamente non abbiamo ancora un'unica spiegazione ed un'unica risposta da dare, ma a questo noi psichiatri siamo abituati perché nel nostro settore non ci sono molte certezze, non vi sono modelli operativi assoluti all'interno dei quali rifugiarsi. Per questo non dobbiamo abituarci a pensare che tutto sia difficile o inutile, che in fondo è una battaglia tra forze sbilanciate e che potremmo rimanere schiacciati da quelle insostenibili leggerezze. Riuscire a trovare un linguaggio comune inteso come capacità di confrontarci nel tentativo di capire quello che ancora ci sembra oscuro, può essere la modalità di convincere non solo noi stessi ma anche chi vive in prima persona la sofferenza, che sarebbe sbagliato cedere alla tentazione di dichiararsi sconfitti senza averci neppure provato.

Alla luce di queste considerazioni il senso del titolo della nostra relazione diventa forse più comprensibile: centralità del DSM non per rivendicare un diritto, ma per sancire un dovere. Non possiamo continuare a fingere che l'adolescenza ed i problemi ad essa collegati non ci riguardino da vicino. È vero l'adolescenza a tutt'oggi è territorio di frontiera, che però spesso rischia di diventare terra di nessuno; non è inserita di diritto nel Dipartimento Materno-Infantile, né nel DSM. L'adolescente non è più un fanciullo,

non è ancora un adulto, ma spesso diventa uomo marginale che arriva agli onori della cronaca o diventa argomento di colte discussioni scientifiche solo quando accadono eventi clamorosi (droga, omicidi, suicidi o malattie ad alto rischio per la vita). Se poi le statistiche intervengono a mostrare che solo una piccola percentuale di giovani ha a che fare con essi, ci sentiamo autorizzati a definire conclusioni non troppo allarmanti e pessimistiche. Ma in realtà l'adolescenza, considerata nella concreta situazione in cui assistendo confusi e disorientati alla spaventosa crescita dell'incidenza dei DCA sulla popolazione giovanile e restiamo impotenti di fronte ai vari settarismi e parcellizzazioni. Molti dei DSM sono fermi a quella che Bauleo chiama la fase di precompito, che corrisponde al momento delle resistenze dove ogni operatore appare più attento a diffondere la propria individualità, il proprio ruolo, il proprio sapere che ad affrontare il rischio dell'incontro con gli altri. Certamente molti ostacoli si frappongono spesso alla nostra operatività, ma non possiamo assolutamente uscire dalla dimensione del fare, per rifugiarsi in quella del pensare. È per questo che ci piace immaginare il lavoro di questa giornata come un percorso, una traccia, un filo di Arianna, alla ricerca di una verità o delle verità che ci consentono di portare, come psichiatri S.I.P., un efficace contributo al trattamento dei D.C.A..

Le prime descrizioni in tema di anoressia (dalla "consunzione nervosa" di Morton, 1689, alla "cachessia ipofisaria" di Simmonds, 1914, etc.) e le ricerche successive sull'argomento sono state e sono caratterizzate dal dilemma diagnostico, organico o psichico, con inevitabili risvolti sugli aspetti clinici e terapeutici.

Questa scissione mente-corpo caratteristica della psicopatologia anoressica sembra rigenerarsi negli interventi parcellizzati e non integrati tra loro dei diversi professionisti (nutrizionista, internista, medico di base, endocrinologo, ginecologo, psicologo, psicoterapeuta, psichiatra, etc.). Spetta dunque ad essi organizzare una risposta, non creando nuovi servizi, ma integrando i diversi interventi. Per fare ciò sarà necessario ovviare alla carenza drammatica dei collegamenti tra i Servizi ed ai problemi esistenti all'interno degli stessi (mancanza di figure professionali o di numero adeguato, carenza di formazione specifica, ecc.).

La complessità dei disturbi della condotta alimentare, e dell'anoressia in particolare, ci dà la misura della complessità stessa degli elementi da tenere in considerazione per qualsiasi intervento (preventivo, diagnostico,

terapeutico, sociale, divulgativo, di ricerca e così via) si ponga in campo, nonché della necessità di un coordinamento organizzativo e clinico dei singoli interventi, il solo che possa mantenere la visione d'insieme necessaria a dare l'adeguata taratura agli aspetti parcellizzati utili alla totale presa in carico di un paziente anoressico.

La centralità del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) potrebbe quindi essere individuata proprio nella presa in carico globale di tale patologia, in quanto al suo interno contiene le professionalità specifiche e le capacità organizzative per integrare e coordinare i vari interventi che concorrono al progetto terapeutico. In particolare spetta senz'altro al DSM la valutazione psicologico-psichiatrica necessaria per un'accurata diagnosi. Pur seguendo l'inquadramento nosografico unitario dei DCA proposto dalle categorie diagnostiche dell'ICD 10 e del DSM IV°, il momento diagnostico dovrà infatti valutare il disagio adolescenziale e la possibile evoluzione psicopatologica, le eventuali comorbidità (in particolare gli stati depressivi), i disturbi della personalità (disturbo dipendente, disturbo borderline, disturbi ossessivo-compulsivo, disturbo narcisistico), la forma clinica (fobico-ossessiva, somatoforme- istrionica, depressiva, psicotica) e così via.

Appare facilmente intuibile la complessità del problema diagnostico dei disturbi della condotta alimentare e al tempo stesso l'importanza di un inquadramento nosografico corretto e tempestivo al fine di un trattamento adeguato.

Già nel 1991 Brunn-Eberentz e Samuel Lajeunesse avevano osservato in una casistica costituita da anoressiche, sia restrittive che con condotte eliminatorie, e da bulimiche, che circa il 40 per cento presentava disturbi della personalità, il 25 per cento un quadro isterico, il 20 per cento sintomi psicotici ed il 15 per cento disturbi borderline.

Peraltro siamo ormai sicuri, come sostiene la Selvini Palazzoli, che non esiste una sola personalità di paziente con disturbi della condotta alimentare, come non esiste una tipologia specifica di famiglia con paziente affetta da disturbo della condotta alimentare.

Ci chiediamo anche, a proposito di prevenzione, quali siano i fattori di rischio e chi sia in grado di cogliere i segni per una diagnosi precoce. Siamo coscienti infatti che i disturbi della condotta alimentare, come già avvenuto per alcolismo, tossicodipendenza, Alzheimer, etc., per i risvolti sociali che riveste supera l'ambito della patologia per divenire tema di larga attualità

con modalità divulgative incontrollabili da parte degli “addetti ai lavori”.

Ma per tornare alla ricerca più strettamente specialistica in tema di prevenzione dei DCA nella letteratura scientifica vengono più comunemente menzionati i seguenti fattori di rischio individuali, familiari e socio-familiari:

*individuali*

- bassa autostima
- tendenza alla somatizzazione
- perfezionismo
- insoddisfazione per il proprio corpo
- desiderio di magrezza
- inizio di una dieta ipocalorica

*familiari*

- patologie psichiatriche dei genitori
- disunione familiare per separazione o morte di un genitore
- struttura familiare invischiata
- relazione genitori-figlia (madre centrale, padre periferico)
- problemi alimentari in un membro della famiglia, spesso lungo la linea

materna

*sociofamiliare*

- tensione familiare verso un miglioramento socioeconomico

Questi fattori non rivestono alcuna importanza se presi singolarmente, ma nel loro insieme possono essere presi come indicatori di rischio (almeno due dei fattori individuali insieme a due di quelli familiari); ma ci stanno anche ad indicare che la persona a rischio, specialmente se adolescente, proprio per la bassa autostima o la tendenza alla somatizzazione difficilmente chiederà aiuto e se dovesse mai rivolgersi a qualcuno, questi con maggior probabilità potrebbe essere il medico di famiglia o il dietologo, in grado di rispondere al desiderio di magrezza.

L'occasione di questo incontro riveste una grande importanza per un indagine più approfondita con invio per un più dettagliato accertamento diagnostico clinico-testistico. Questa circostanza può a sua volta fornire alla paziente ulteriore opportunità per esplicitare problemi ed angosce che non avevano trovato prima uno spazio per emergere, e può consentire di porre le basi della successiva fase di trattamento.

Protocolli diagnostici e modelli terapeutici ci saranno illustrati tra poco con la massima competenza dal Prof. Cuzzolaro, noi ci limitiamo a ribadire la necessità dell'integrazione dei diversi interventi, indispensabile perfino nei *follow up*, allorchè ci troviamo di fronte a pazienti "guarite" dai comportamenti alimentari disturbati (anoressia, vomito, abbuffate, dimagrimento), integrate socialmente, mentre è invariata la psicopatologia sottesa o associata.

Le nostre riflessioni si fermano qui; abbiamo soltanto voluto sottolineare che in tutte le fasi del processo diagnostico-terapeutico le professionalità inserite nel Dipartimento di Salute Mentale sono sempre, non solo coinvolte, ma strettamente necessarie. Quindi centralità del DSM ? Sì ! Non con la presunzione di essere il centro (al centro c'è e deve esserci la paziente), ma con la volontà di essere, insieme ad altri professionisti, al centro del progetto terapeutico, abbandonando le posizioni periferiche finora tenute ed entrando, come ha appena ricordato la Collega, nella fase del fare.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

APA.(1996). *DSM IV° - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson Editore, Milano.

Armando Bauleo (1981). *Due saggi sul gruppo*. In “Psicoterapia e Scienze Umane” n.1, pag. 82-84.

Brun-Ebernetz A., Samuel-Lajeunesse B. (1991). *Troubles des conduites alimentaires et examens psychometriques*. Relazione al simposio Internazionale “Les troubles des conduites alimentaires”. Parigi, 17-19 Aprile 1991.

Cirillo S., Selvini Palazzoli M., Selvini M., Sorrentino A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Cortina Editore, Milano.

Commissione tecnico- scientifica Regione Marche per l’anoressia e la bulimia nervosa (1998). *Documento finale sui disturbi del comportamento alimentare (DCA)*. Regione Marche, Servizio Sanità, 23.6.1998.

Garner D.M., Braet A. (1998). *Relazione alla III Conferenza Internazionale sui Disturbi del Comportamento Alimentare*. Londra, Aprile 1997. In “Neuronius I°”.

Ministero della Sanità - Servizio Studi e Documentazione (1996). *Relazione della Commissione di studio per l’assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa*. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.

Montecchi F. (1998). *Anoressia Mentale dell’adolescenza*. Franco Angeli, Milano.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. W.H.O., Ginevra.



**MASSIMO CUZZOLARO**

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche  
dell'età evolutiva. Università La Sapienza, Roma*

**Protocolli diagnostici e modelli terapeutici  
nei D.C.A.**



Ringrazio Alberto Tornati e Pianesi di avermi invitato, gli amici Curatola, Borsetti e tutti voi che mi ascoltate.

Mi è tornato in mente, mentre ascoltavo questi interventi preliminari sul ruolo della centralità del D.S.M., una conversazione con una ragazza che soffre di anoressia mentale e che vedo ambulatorialmente; lei, ragazza bravissima nello studio, iscritta alla facoltà di Scienze Politiche, mi raccontava in lacrime, di essere stata bocciata ad un esame di geografia dopo aver fatto benissimo lo scritto e gran parte dell'orale, per aver detto che la Turchia tende ad assumere una "posizione dominante" su un certo numero di paesi del Medio Oriente. Su questa frase il docente ha avuto un'esplosione d'ira perché la parola giusta non è dominatrice ma "leader", episodio che potrebbe sembrare completamente estraneo al discorso che trattiamo oggi, ma mi ha folgorato come ricordo perché credo sia questo uno dei grandi problemi nell'integrazione della cura di queste patologie, vale a dire di riuscire ad avere noi psichiatri, una posizione che senza avere la pretesa di essere dominante sia leader nel senso di punto di riferimento e di guida di fronte a problemi la cui natura fondamentale è psicopatologica, ma il cui quadro clinico, il cui decorso è molto complesso in una interazione continua di fenomeni mentali e di guasti fisici. Con questi punti fondamentali di premessa, comincio il mio intervento dalla fine vale a dire non dai protocolli diagnostici, ma dai modelli di trattamento.

Una delle maggiori studiose dei modelli di anoressia è stata Hilde Bruch e se noi leggiamo i suoi testi vediamo costantemente ricorrere diverse affermazioni, la prima è che la cura dell'anoressia è fondamentalmente psicologica, psicoterapeutica, psichiatrica, ma che cure psichiatriche o psicoterapeutiche hanno scarsissimo successo in presenza di gravissime perdite di peso senza che ci sia alcun recupero ponderale adeguato.

In altri punti, sempre la Bruch sottolinea che il problema fondamentale è la relazione con il corpo e non con il cibo, con l'immagine mentale del corpo, teatro a sua volta di tutti i problemi relazionali dell'individuo che è affetto da questa patologia e la bulimia ci ricorda che qualsiasi recupero di peso, ritorno del ciclo mestruale, ripristino di comportamento alimentare corretto, senza che ci sia una modificazione profonda del nucleo psicopatologico della malattia, è un recupero puramente sintomatico, esposto o a ricadute o recidive o a trasformazioni di sintomo.

Una ragazza che recuperi il peso, abbia il ritorno del ciclo, ma diventi una gravissima dismorfobica, una ossessiva dominata da rituali compulsivi,

quando non addirittura produttrice di sintomi psicotici, gravemente depressa, non è sicuramente un successo terapeutico.

Quindi l'intervento di cura di questi disturbi deve muoversi tra questi diversi dati, paradossali per certi aspetti perché l'uno è in conflitto con l'altro, ma non possiamo curare la mente senza curare il corpo e viceversa.

L'altro punto per cui l'integrazione delle cure, l'intervento di specialisti diversi è necessario, è la gravità dei guasti somatici che queste patologie comportano; tutti sappiamo che il rischio di morte nell'anoressia ma anche nella bulimia non è insignificante, anzi, e che i danni prodotti dal comportamento di queste persone sul piano fisico, sono in buona misura e dopo un certo periodo di tempo, irreversibili: i difetti di accrescimento, i danni di tipo osteoporotico nelle amenorre prolungate, (basta già più di sei mesi comunque meno di un anno per produrre perdite di tessuto osseo significative e non reversibili), le esofagite con trasformazioni anche neoplastiche nelle anoressie a vomito indotto, ecc., costituiscono motivo per cui l'integrazione delle cure è essenziale; una notevolissima quantità di anomalie delle relazioni con l'alimentazione caratterizzano soprattutto l'umanità di questa seconda metà del '900 perché l'essere umano, come altre specie animali, si è allenato a sviluppare attraverso centinaia di migliaia di anni meccanismi biologici e schemi comportamentali adatti a fronteggiare la mancanza di cibo, quali meccanismi di accumulo rapido e comportamenti voraci dopo periodi prolungati di restrizioni alimentari, ma non ha sviluppato né meccanismi biologici né attività comportamentali adatti a fronteggiare la sovrabbondanza di cibo.

Quindi c'è tutta un'area di patologie sommerse rispetto all'anoressia e bulimia conclamata; gli studiosi dell'obesità di questo fine '900, reclamano l'attenzione e la collaborazione di psichiatri e psicologi: l'obesità è uno dei territori dove saremo sicuramente chiamati a misurarci.

Sempre più credo che dobbiamo uscire da una visione corporativa delle nostre competenze per aprirci ad una visione scientificamente pluridisciplinare, dialettica, aperta allo scambio e all'arricchimento reciproco, mantenendo naturalmente ciascuno, in funzione delle proprie competenze, il ruolo leader rispetto ad alcune patologie.

Tuttavia lavorare insieme presenta delle difficoltà, c'è un detto che dice che la migliore delle società è quella che si fa con un numero dispari di partecipanti inferiore a tre; lavorare insieme con competenze e ruoli diversi è un lavoro complicato perché bisogna che le competenze siano distinte e

non confuse; bisogna che il ginecologo non s'improvvisi psicoterapeuta o lo psichiatra diventi nutrizionista.

Occorre che le teorie di riferimento che ciascuno ha come faro che illuminano il suo operare siano professate in modo dialettico e aperto al cambiamento e non in modo fanatico come la "verità"; occorre che gli interventi non capitino casualmente, ma siano coordinati, per es. la decisione di un ricovero di una ragazza anoressica grave in una fase critica non sia presa dal consulente nutrizionista sulla sola base dei dati fisici senza interpellare chi la segue sul piano psichiatrico o psicoterapeutico e magari può ritenere che quella fase pericolosa sia un momento necessario da attraversare perché la traiettoria complessiva che si sta percorrendo è di tipo e di segno evolutivo positivo.

Quindi competenze distinte e non confuse, interventi coordinati non casuali, dialetticamente aperti e non fanaticamente chiusi.

In questa direzione si può pensare siano utili quelle che oggi con un termine sempre più utilizzato in medicina si chiamano linee guida per il trattamento; non intese come "un protocollo terapeutico", né uno standard, ossia delle regole rigide, ma come indicazioni di massima dei principi che ispirano un intervento terapeutico fondati sulla evidenze fino al momento disponibili; infatti se voi leggete un qualsiasi lavoro che s'intitoli linee guida trovate una serie di raccomandazioni in fondo a ciascuna raccomandazione c'è evidenza di categorie A, di categorie B, di categorie C, che vuol dire che quella affermazione è sostenuta da studi considerati che danno una prova più consistente a sostegno della minore evidenza A, oppure studi retrospettivi su una casistica sufficientemente numerosa ma senza fattori di un controllo delle suggestioni interessanti ma meno pesanti sul piano delle prove della categoria B, oppure studiare per es. dodici casi illuminati ma che hanno ancora bisogno di prove più consistenti, ecc..

Esistono linee guida americane per i D.C.A. che sono ormai un po' vecchie perché risalgono al 1993, pubblicate dall'*American Journal of Psychiatry* che pubblica periodicamente dei fascicoli di supplemento di linee guida delle varie patologie mentali.

Noi non possiamo adattarlo semplicemente all'Italia per diverse ragioni, intanto è vecchio di un po' di anni, secondo è completamente orientato sulla cultura psichiatrica americana che ha anch'essa i suoi limiti.

Comunque in materia di linee guida e di indicazioni generali per il trattamento vorrei riassumervi il discorso sui seguenti punti, per chi volesse

ulteriori approfondimenti il discorso è stato pubblicato sulla rivista Sperimentale di Freniatria: innanzitutto vorrei richiamare l'attenzione sulle agenzie terapeutiche chiamate in causa in questi disturbi nominandole una per una, la prima è l'Ospedale Generale con i suoi diversi servizi per le insorgenze che possono esservi di tipo somatico o psicopatologico.

Si può rendere necessario un ricovero di emergenza per un calo ponderale gravissimo che fa temere uno shock acuto d'organo da un momento all'altro, bisogna ricordare che il calo ponderale superiore al 4/5 è un'indicazione importante per il ricovero d'urgenza.

Molto importante è il tempo attraverso il quale questo peso è stato perduto, quanto più rapido è il tempo tanto più grave è il sintomo.

Raccontano i colleghi dell'Istituto Nazionale della Nutrizione con i quali collaboriamo e che fanno studi sulla fame nei vari paesi in via di sviluppo che vediamo ragazze anoressiche con indici di massa corporea incompatibili con la vita se trasferiti nella realtà per esempio di una popolazione africana colpita dalla carestia.

Un'ipopotassemia acuta può essere una condizione così grave da richiedere un ricovero.

Capita di vedere ragazze con ipopotassemia molto al di sotto di valori pericolosamente bassi, ma anche un sovrappeso psicopatologico può essere ragione di un ricovero in un Servizio di Diagnosi e Cura.

Oggi che sono migliorati i metodi di trattamento fisici, è il suicidio la prima causa di morte nell'anoressia e bulimia e pertanto anche un tentativo o una minaccia di suicidio possono essere validi motivi per un ricovero.

Anche uno scompenso del sistema familiare può qualche volta imporre un ricovero.

La convivenza con una ragazza che soffre di queste patologie è un carico emotivo molto importante per le famiglie e infatti un altro dato da tenere presente nei trattamenti di queste patologie in adolescenza e per adolescenti, categoria che oggi arriva ben al di là dei 18-20 anni come categoria psicosociale e non semplicemente biologica, è che il trattamento di queste patologie quasi sempre richiede un trattamento sulla famiglia d'origine e sulla famiglia acquisita nei casi ormai non eccezionali di persone anoressiche o bulimiche che si sposano e mettono al mondo dei figli; quindi l'ospedale generale con i suoi vari Servizi, il Servizio di Diagnosi e Cura come prima agenzia terapeutica per la gestione delle emergenze sui termini di trattamento rapidi ecc.

Secondo tipo di agenzia di cura sono i Centri residenziali o Semi Residenziali specializzati nella riabilitazione e in programmi di rieducazione di persone con anoressia e bulimia croniche molto resistenti alle cure ambulatoriali; in Italia ne abbiamo pochissimi, a livello pubblico abbiamo qualche Servizio di Day-Hospital a Brescia, Bari e Torino con numeri di posti letto limitati; ci sono anche alcune Case di cura convenzionate specializzate in questo tipo di trattamenti con letti per i casi più gravi di Day-Hospital per quei casi o quelle fasi che consentono una gestione semi-residenziale.

La durata media di questi trattamenti è di tre-sei mesi, i programmi tendono ad essere di tipo fondamentalmente psicoterapeutico e, anche per ragioni tecniche, di gruppo; gli obiettivi sono una rieducazione del comportamento alimentare e un trattamento dei disturbi che rimane solo sul corpo, per consentire una sopravvivenza biologica ed una vita lavorativa.

Quindi nella seconda agenzia terapeutica sono compresi Centri residenziali o semi-residenziali con trattamento riabilitativo della durata di tre-sei mesi.

Poi c'è il capitolo delle cure ambulatoriali che comprendono trattamenti di tipo medico, psicofarmacologico e soprattutto di tipo psicoterapeutico. Questo tipo di interventi cominciando dagli psicofarmaci deve essere naturalmente gestito da psichiatri competenti in questi disturbi e, senza entrare nel dettaglio, diverse indicazioni generali possono essere sufficienti: per l'anoressia nervosa, non c'è nessun trattamento farmacologico specifico, possono tuttavia essere utili psicofarmaci come trattamenti sintomatici di base, tenendo ben conto della compatibilità con le condizioni somatiche e soprattutto del tipo di risposta, a volte paradossale perché gravi deterioramenti organici alterano anche i sistemi neurotrasmettitoriali e le risposte agli psicofarmaci.

I farmaci più usati nelle anoressie nervose con questi vincoli d'impiego sono prima di tutto gli antidepressivi, sia per il loro effetto antidepressivo che per il loro effetto anti-ossessivo; varie segnalazioni sottolineano l'utilità dei modelli serotoninergici rispetto ai più vecchi triciclici; l'impiego dei neurolettici è attualmente molto meno diffuso nel trattamento dell'anoressia, salvo situazioni di emergenza contingenti individuali; per quello che riguarda la bulimia nervosa invece, il trattamento psicofarmacologico ha una sua utilità specifica dimostrata con poche eccezioni, soprattutto la Fluoxetina e tutti gli anti depressivi.

Questo non significa che questi farmaci curino la bulimia nervosa, ma possono essere un prezioso sussidio di emergenza in una paziente, che per esempio si trovi in una fase acutissima del suo disturbo e trascorra gran parte della sua giornata fra la cucina e il bagno, per mangiare e vomitare con tutte le conseguenze fisiche, relazionali e sociali che questo comporta.

Allora alleggerire la morsa del sintomo, senza pretendere con questo di guarire la malattia, può essere prezioso.

Tuttavia la cura fondamentale per i disturbi alimentari è la psicoterapia.

Psicoterapia è la parola chiave in cui entrano come sappiamo modelli teorici e tecniche molto diverse tra di loro. Teorie psicanalitiche, teorie cognitivo-comportamentali e teorie sistemico-relazionali che si sono tutte misurate con queste patologie, e tutte hanno dato e danno preziosissimi contributi di conoscenza e di cambiamenti terapeutici spesso lenti ma importantissimi.

Come scegliere di inviare una persona ad un trattamento piuttosto che ad un altro?

Quali criteri esistono?

Sono le domande che si pongono nelle linee guida.

Non abbiamo in sostanza risposte, è difficilissimo confrontare la psicoterapie e misurarne gli esiti, specialmente di trattamenti che durano anni.

Tuttavia qualche indicazione di massima l'abbiamo, per esempio al di sotto dei sedici anni di età, probabilmente gli interventi di tipo sistemico relazionale sono una prima scelta.

Nelle età successive sembrano invece più efficaci gli interventi individuali o di gruppo senza la famiglia, e tuttavia un supporto a qualche livello alla famiglia di origine o acquisita, va sempre previsto.

Un capitolo a parte sono le tecniche di auto-aiuto, che stanno cominciando a diffondersi anche da noi, sono diffusissime nei paesi di cultura anglosassone, anche perché molto coerenti con lo spirito calvinista di quelle culture e con la prescrizione del fare tutto da soli.

In più in paesi in cui il sistema sanitario nazionale è diventato, ancora prima che da noi, molto attento ai rapporto costi-benefici, le tecniche di auto aiuto hanno avuto una loro importante diffusione.

Per esempio la Società Inglese di Psichiatria consiglia come primo gradino la partecipazione ad un gruppo di auto-aiuto o un manuale di auto-aiuto guidati, in cui la persona fa una serie di esercizi di tipo comportamentale per recuperare il controllo sulla sua limitazione e periodicamente discute

successi, insuccessi e punti critici con un operatore, da solo o in gruppo, con attenzione all'economia.

Nelle forme meno gravi di disturbi bulimici, soprattutto in forme recenti e transitorie, passeggiare nell'adolescenza o nella giovinezza, o in certe forme bulimiche associate ad obesità che si chiamano *Binge Eating Disorders* non particolarmente gravi, tecniche di auto-aiuto possono essere di una certa utilità.

Anche da noi si vanno diffondendo gruppi di questo tipo che vanno sotto il nome di mangiatori compulsivi anonimi (*Group of Eaters Anonymous*).

Allora sul piano degli interventi ambulatoriali abbiamo nominato:

1. gli interventi farmacologici,
2. le tecniche di auto-aiuto,
3. le psicoterapie qualche volta brevi ma più spesso molto lunghe, con i vari indirizzi fra i quali orientarsi.

Naturalmente nella scelta delle tecniche è molto importante l'analisi della domanda della persona che abbiamo di fronte, e spesso in questa patologia un primo intervento è l'aiuto a costruire la domanda. Quante volte una ragazza anoressica arriva da noi portata dai genitori, senza nessuna domanda di aiuto, quindi la costruzione della domanda è fondamentale.

L'ultima agenzia che voglio nominare e che da noi non esiste, è l'ambulatorio medico dedicato, è un ambulatorio medico in cui colleghi con varie competenze, medici soprattutto del soma, ma esperti in queste patologie, vedono sistematicamente quelle persone affette da anoressia e bulimia grave, cronica, assolutamente resistente alle cure e reduci da tentativi terapeutici decennali.

È un modo per non abbandonare il campo, per mantenere un filo di collegamento, garantire il controllo delle emergenze fisiche più pericolose e rilanciare appena possibile un intervento di cura se mai si riaprisse uno spiraglio per farlo.

William Gull che è stato, come sapete, uno dei due principali studiosi che all'inizio dell'Ottocento ha descritto diversi casi di anoressia nervosa e che ha fondato l'uso di questo termine, già rilevava la difficoltà nella cura di queste patologie, ma diceva che per quanti anni siano passati dall'inizio di questa malattia, nessun caso è senza speranza.

E se vediamo uno studio fatto da un gruppo inglese del Bosley Hospital che ha seguito per una trentina d'anni un gruppo di ragazze anoressiche, si è visto che quanto più lunga è la cronicizzazione, tanto meno probabile è

il recupero, e tuttavia qualche singolo caso ha avuto i primi miglioramenti anche dopo vent'anni di malattia.

Allora l'ambulatorio medico dedicato è una struttura molto importante, questo tipo di servizio può avere una funzione preziosa da tenere presente di fronte a patologie non sempre guaribili dal punto di vista psicologico e con una grande tendenza alla cronicità.

Questo apre un nuovo capitolo nell'integrazione fra cure diverse e approcci diversi.

Il nucleo di partenza è un disturbo psico-patologico che inizialmente porta al rifiuto del proprio peso, da qui discendono poi a cascata gli altri eventi di tipo comportamentale che compongono il complesso quadro clinico di questa patologia, rispetto alle quali l'intervento di interazione di competenze diverse, diventa indispensabile perché sul piano della patogenesi, questi modelli funzionano secondo un piano di interazione circolare.

Il disturbo mentale provoca i guasti somatici, ma i guasti somatici contribuiscono a mantenere il disturbo mentale .

Una ragazza che ho visto in un ospedale degli Stati Uniti aveva scritto sulla testa del suo letto:” il cibo è ben più che qualcosa da mangiare”.

Questo per sottolineare che tutta la questione dei disturbi del comportamento alimentare deve continuamente tenere presente tutto quello che c'è dietro, in particolare il problema dell'immagine del corpo. Questa ragazza che per esempio ha dovuto fare un ricovero d'emergenza per una situazione fisica gravissima, (l'indice di massa corporea era di 12,1) commentava dopo aver recuperato peso, (con indice di massa corporea di 15,3) ancora nell'area di grave malnutrizione e non della magrezza, commentava “prima meno c'ero, più c'ero. Adesso dico: oddio! chi è quella palla?” Dove scompare anche il soggetto, non c'è più “Io”. Meno più c'ero - chi è quella palla: Il corpo aumentato di peso ha come perso il contatto con il soggetto della mente.

Un punto importante della questione di come si generano i D.C.A. è, per esempio la relazione onnipotente dimostrata, fra la restrizione dell'apporto calorico, la dieta e la perdita di controllo sul comportamento alimentare. Le diete sono uno dei fattori di rischio per i DCA di tipo anoressico e bulimico, ma anche nell'obesità. Si è visto, è una acquisizione importante degli ultimi 20 ann, che tra il 20 ed il 30 per cento dei soggetti obesi rientra nella categoria dei *Binge Eating Disorders*, disturbo da alimentazione non

controllato, cioè sono quelle persone che alternano continuamente sforzi di controllo e perdite totali di gestione del loro regime alimentare .

L'altra relazione importante per la comprensione della patogenesi di questi disturbi è la relazione con la stima di sé, che è un concetto molto complesso che comprende come hanno distinto di recente molti ricercatori, quello che si chiama il *Self Liking*, il piacersi, sia quello che si chiama *Self Competens*: mi piaccio, sono capace. Sono due aspetti importanti della stima di sé ed entrambe possono riflettersi in momenti critici della vita, ma in particolare in adolescenza, in un vissuto di insofferenza del corpo.

L'insoddisfazione del corpo diventa teatro della insoddisfazione di sé, con un meccanismo di restringimento del campo di tipo ossessivo e si può, nell'immaginario, fantasticare, che modificando certe caratteristiche del corpo si può alleviare l'insoddisfazione profonda di sé.

Questo aspetto dell'uso del corpo come teatro del disagio mentale è un punto fondamentale, presente in tutte e due le forme di anoressia nervosa, quella restrittiva e quella bulimica, ed in tutte e due le forme di bulimia nervosa, quella con condotte di svuotamento (vomito, lassativi, diuretici) e quella senza condotte di svuotamento (digiuno, esercizio fisico coatto) e che fino ad un po' di tempo fa c'era un punto interrogativo per il *Binge Eating Disorders*, associato ad obesità.

Ora vari studi di questi ultimi mesi sostengono l'importanza del disturbo dell'immagine del corpo anche in quel sottogruppo vasto ed importante di soggetti obesi.

Un altro aspetto della questione dell'ampio universo dei D.C.A. a cui prestare attenzione è l'aspetto tossicomane delle crisi di *Binge Eating*, che è l'abbuffata compulsiva o la crisi di alimentazione non controllata, è quell'eccesso per cui una persona consuma una grande quantità di cibo in poco tempo, divorandolo, con un sentimento, questo è l'aspetto più importante, di perdita di controllo. Non è l'iperfagia del buongustaio o il piacere di mangiare, è al contrario il bisogno di riempirsi voracemente, furiosamente, fino a stare male. Sono descritti ormai anche in Italia, un paio di casi di morte per rottura meccanica dello stomaco. Ho visto personalmente ragazze e qualche maschio che raccontano che nel momento in cui non hanno di meglio, arrivano a cercare gli avanzati nella pattumiera, o divorano filetti *Findus* crudi. Questa è la crisi bulimica, ed in questo tipo di comportamento di grande interesse, l'aspetto importante non è solo la quantità di cibo ingerito, ma è anche e soprattutto l'aspetto soggettivo di

perdita di controllo. Questo comportamento alimentare è stato descritto per la prima volta non da uno studioso ma da un paziente che diceva “per me è in quel momento si oscura tutto, c’è un black out, non esiste niente altro ci sono solo io e quello che devo mangiare. Ucciderei chi si mettesse in mezzo”.

Questo tipo di comportamento: si trova per definizione in tutti i casi di anoressia nervosa, si ritrova nella forma bulimica nervosa, dove l’aspetto di perdita di controllo prevale su quello dell’eccesso. Una ragazza anoressica può vivere con lo stesso strazio di una bulimica e l’aver mangiato tre biscotti, con la stessa lotta “lo faccio o non lo faccio” e lo stesso sentimento di cedimento.

Questo tipo di comportamento alimentare si trova come dicono le stime epidemiologiche più recenti, nel 20-30 per cento dei soggetti sovrappeso, e in una serie di soggetti normopeso che non rispondono ai criteri diagnostici convenzionali della bulimia nervosa, che tuttavia hanno periodicamente delle crisi di tipo bulimico e l’aspetto della relazione tossicomane con il cibo è un altro dei punti importanti aperti alla ricerca.

Grazie dell’attenzione.

**MASSIMO MAZINI**

*Psichiatra D.S.M. - A.U.S.L. n.1 - Pesaro*

La storia di un caso clinico



*“Non datevi pensiero per la vostra vita, di quello che mangerete; come lo vestirete. La vita vale più del cibo ed il corpo più del vestito”.*  
(Luca 12,22 - 23)

*“La mamma pensa che io sia uno stomaco”*  
(La paziente di questo caso clinico durante il ricovero al Diagnosi e Cura)

Prima di entrare nel resoconto storico del caso clinico causa di questo lavoro pensiamo sia importante un breve cenno alla storia dell’Anoressia Nervosa.

La descrizione medica dell’anoressia nervosa della giovane è molto recente (poco più di un secolo), ma il numero complessivo dei lavori dedicati a questo argomento sta alla pari di quello che onora la fama di personaggi mitici come Don Giovanni o Amleto.

Anche se già nel 1686 Richard Morton, nella *Phthisiologia or a Treatise of Consumptions* descrive per primo una “consunzione nervosa “di una giovane di 20 anni “...nel mese di luglio ella ebbe una totale scomparsa del ciclo mestruale a causa di una quantità di preoccupazioni e passioni che erano nella sua mente, ma senza che vi fosse alcun sintomo di clorosi. Da quel momento il suo appetito incominciò a diminuire, e la sua digestione divenne via via più difficile. La sua carne divenne sempre più flaccida e cadente, l’aspetto sempre più pallido...” prosegue il suo macabro racconto e afferma che la paziente rifiutava ogni medicina che le veniva offerta (composti di sali, acque e tinture) e che tre mesi più tardi la ragazza peggiorò e morì.

Prima ancora i Catari (dal greco *Katharòs* = puro) fra il XI ed il XIII secolo, specialmente nella Francia Meridionale, avevano abitudini alimentari molto particolari. Si dividevano in perfetti e semplici credenti... I perfetti praticavano rigorosamente la morale catara, astenendosi dal matrimonio e dall’uso della carne, latte, uova e ricevevano il consolamentum, cioè il battesimo spirituale mediante l’imposizione delle mani, che i semplici credenti ricevevano in punto di morte.

L’ascetismo dei perfetti ed il loro rifiuto del mondo materiale giungeva fino all’endura: alla morte per fame.

Nel 1209 il papato organizza la crociata che provocò il massacro e la quasi totale estinzione del movimento.

Per alcuni studiosi la letteratura d'amore dell'Occidente, nasce dalla poetica dei trovatori, la ricerca di un amore impossibile, tipico della letteratura cortese e quasi sempre si conclude con la morte dei protagonisti non sarebbe altro che una metafora della concezione della vita dei Catari.

Ancora nel XIII sec. Il fenomeno descritto da Bell "La santa anoressia" che si sarebbe trasformato e sostanzialmente concluso con la Riforma cattolica nel XVI secolo. Il saggio dello studioso esamina 261 donne riconosciute come Sante, Beate. Venerabili o Serve di Dio dalla Chiesa Cattolica vissute fra il 1200 ed i giorni nostri nella penisola italiana.

Per un terzo delle donne la documentazione storica è insufficiente, delle rimanenti 170, più di una metà dimostrano chiari segni di anoressia nervosa.

Non è scopo di questo lavoro approfondire queste questioni, si desidera solo mettere in evidenza elementi storici e sociali che gettano qualche luce sull'enigma di questo disturbo, così legato alla singolarità di homo Sapiens nel regno animale.

A questo proposito con profondo rispetto per chi ha convinzioni religiose, a titolo di esempio paradigmatico, riporto un brano sul comportamento alimentare attribuito a Santa Caterina da Siena: "Per non dare scandalo, prendeva talvolta un poco d'insalata e un po' d'altri legumi crudi o di frutta e li masticava, poi si voltava per sputarli. E se per caso ne inghiottiva anche un solo minuzzolo, lo stomaco non le dava requie finchè non l'avesse rigettato; e quei vomiti le davano tanta pena che le facevano gonfiare tutto il volto. In tal caso si appartava con una delle amiche e si stuzzicava la gola con uno stelo di finocchio o con una penna d'oca, fino a quanto si fosse sbarazzata di quanto aveva inghiottito. E questo chiamava "fare giustizia" "andiamo a fare giustizia di questa miserrima peccatrice" soleva dire.

Dopo Morton, fra gli altri, Baglivi propone di curare la disaffezione al cibo con l'aiuto "di un medico che abbia la lingua sciolta e sia maestro nell'arte della persuasione".

Ma la vera e propria identificazione della malattia è frutto dello sforzo classificatorio del XIX secolo. I Francesi, con Laseguè, la descrivono nel 1873, gli Inglesi con Gull nel 1874; le descrizioni sono precise ma Laseguè nella sua monografia sull'anoressia isterica non si accontenta di descrivere i sintomi ma mette se stesso in scena come terapeuta.

Sarà Huchard, nel 1883, a sostituire il termine "anoressia isterica" con quello "di anoressia mentale".

Già Charcot, descrivendo l'isteria, si costringe a tenere conto di ciò che dicono le isteriche. A quest'ultimo va attribuita l'idea della pratica dell'isolamento delle anoressiche, che probabilmente deriva dalle tre istanze su cui si basava il Medico del manicomio (l'Ordine, l'Autorità e il Castigo), mai consigliato da Laseguè nonostante quello che è scritto nel Manuale di Psichiatria di Henry Ey e nel recente Trattato Italiano di Psichiatria del Prof. Cassano ed altri.

La passione di comprendere di Laseguè viene sviluppata da Sigmund Freud, anche se bisogna riconoscere che non ha risolto l'enigma dell'anoressia. Già nel 1892 con "Un caso di guarigione ipnotica" descrive e cura l'anoressia con l'ipnosi.

Successivamente l'anoressia nervosa viene contesa tra psicoanalisti e medicina:

1) Karl Abraham oscilla fra una iscrizione della anoressia nell'isteria o un suo accostamento alla melanconia.

2) Melanie Klein interpreta un indebolimento dei desideri orali quale risultato degli attacchi sadici all'oggetto che è causa di angosce paranoide nei confronti dello stesso oggetto quando viene incorporato.

3) Anna Freud situa l'anoressia mentale fra le condotte ascetiche dell'adolescenza, quale rifiuto totale di tutte le pulsioni.

4) Nel 1914 Simmonds scopre la cachessia ipofisaria (dimagrimento con insufficienza endocrina) e l'origine psichica della anoressia viene dimenticata. La magrezza è solo un epifenomeno del deficit globale delle funzioni ipofisarie. Ne segue una cura endocrinologica senza risultati.

5) La confusione è al massimo quando Sheenan, nel 1937, scopre la necrosi ipofisaria successiva ad un parto, riaprendo la contesa fra l'origine psichica o endocrina del disturbo.

Successivamente la contesa del corpo anoressico continua fra medicina e psicoanalisi come si evince dalla seguente lista, non esaustiva, dei sintomi di anoressia nervosa (dal 1937 al 1960):

- 6) Aubrimont: anoressia psicopatica
- 2) Babinski: parto-anoressia
- 3) Bansi: magrezza giovanile
- 4) Von Bergmann: cachessia psicogena
- 5) Carrier: schizosi
- 6) Decourt: cachessia psicoendocrina della maturazione

- 7) Delay: endocrino-nevrosi giovanile
  - 8) Dubois: compulsione nevrotica con cachessia
  - 9) Falta: anoressia primaria, magrezza endogena
  - 10) Heni: magrezza primaria psicogena
  - 11) Korbosch: magrezza successiva ad atrofia gastromucocutanea acuta dei giovani
  - 12) Kretschemer: distrofia puberale
  - 18) Kunstadler: magrezza ipofisaria, malattia di Von Bergmann
  - 19) Kylin: magrezza della pubertà femminile tardiva
  - 20) Lafora: anoressia psicogena
  - 21) Leichentritt: nevrosi puberale
  - 22) Nicolle: anoressia prepsicotica
  - 23) Pardee: cachessia nervosa
  - 24) Schottry: atti istintivi inabituali nella perturbazione dello sviluppo
  - 25) Sollir: sitiergia
  - 26) Soltman: anoressia cerebrale e nevrosi di nutrizione centrale.
- 27) Negli anni 50 gli psicoanalisti iniziano a porre l'attenzione al ruolo della madre e alla interazione fra la madre ed il bambino, impasse che riemerge nella pubertà quando la separazione torna all'ordine del giorno ed il soggetto non è in grado di affrontare l'Edipo.
- 28) Nel 1965 al simposio di Gottinga muta la concezione psicopatologica dell'anoressia mentale, Hilde Bruch è la principale artefice di questo cambiamento che vede il conflitto essenziale a livello del corpo e non a livello delle funzioni alimentari sessualmente investite: essa esprime una incapacità di assumere le trasformazioni caratteristiche della pubertà. Il disturbo della immagine del corpo è subordinato a perturbazioni della percezione interocettiva e dell'autonomia, caratterizzata da un pregnante sentimento di impotenza e d'impossibilità di esprimere un desiderio proprio. È critica della psicoanalisi ortodossa e propone una terapia essenzialmente comportamentista.
- 29) Nonostante la stereotipia dei sintomi che rafforza la tesi degli organici e l'opinione di Hilde Bruch che considera l'anoressia mentale una controindicazione alla psicoanalisi, numerosi psicoanalisti, la Tustin in Inghilterra, Stephen Risen e Harold Boris negli stati Uniti, Thomae in Germania e numerosi altri hanno tentato di curare pazienti con questa malattia e più che le teorie esposte, sono interessanti le appassionante descrizioni della relazione fra il terapeuta e la paziente.

30) Lacan, come Freud, non risolve la questione anche se la affronta con originalità proponendo che il paziente anoressico non sopporti che la sua domanda sia totalmente ridotta al bisogno fisiologico.

31) Mara Selvini, dopo aver operato come analista Kleiniana, ha proposto una concezione sistemica dell'anoressia mentale.

32) Nel 1981 al Congresso di Toronto si propone una concezione bio-psico-sociale, anche se poi il determinismo complesso non viene studiato nelle sue singole componenti, ammesso e non concesso che i singoli pezzi possano spiegare l'intero.

Questa lunga lista è conclusa con due breve e sintetiche citazioni da due recentissime pubblicazioni su questo tema. "Le Scienze", pubblicazione italiana di Scientific American del Luglio '98 e una recente pubblicazione dei colleghi del san Raffaele di Milano del '97.

L'articolo di "Le Scienze" descrive l'anoressia e la bulimia, come due nuove e gravi patologie, legate ai modelli culturali ed al ruolo della donna nella società.

La disponibilità di cibo e l'esaltazione della magrezza sono la cornice dalla quale emergono i disturbi alimentari. Ci sono altri fattori, quali la struttura di personalità e quella della famiglia.

Viene citato Freud, la Mara Selvini Palazzoli, e viene aspramente criticata la messa in dieta dei giovani senza un adeguata prudenza e valutazione dei fattori di rischio.

Un consiglio prezioso è quello di non proporre l'educazione alimentare, ai giovani con la mania delle diete, ma gruppi per imparare a comunicare, proporsi ed affermarsi in modo non aggressivo.

Utili anche gli indirizzi di alcuni centri di Aiuto presenti in Italia.

In "Competenze Psichiatriche nella Formazione Medica" (edito nel Maggio '97) si afferma che nell'anoressia nervosa, in quanto disturbo della condotta alimentare, è presente un basso livello di serotonina da trattare con un S.S.R.I. e consigliano anche "l'applicazione di una serie di norme del comportamento adeguate a recuperare progressivamente peso fino ad un obiettivo ponderale stabilito con la paziente, e con colloqui che hanno lo scopo di far riconoscere e correggere alla paziente convinzioni ed interpretazioni inappropriate circa il cibo ed il peso, cosicché possono essere abbandonate e sostituite con pensieri più realistici e idonei".

Queste brevi note hanno lo scopo di fornire la cornice nella quale nasce la storia della cura della paziente A.

Nella seconda quindicina del Febbraio 1987 un Medico di Famiglia chiama il servizio di Psichiatria richiedendo cosa si possa fare per una signora di 35 anni rinchiusa nella sua casa che si sta lasciando morire di fame. Comunica con l'esterno solo con dei bigliettini nei quali richiede piccole quantità di cibo macrobiotico.

Uno psichiatra si reca a casa della giovane paziente che gli apre la porta. Ci si trova dinanzi una giovane scheletrica, in una casa fredda, con un odore di gas perché la bombola aveva piccole perdite. Il vissuto del collega è quello di trovarsi catapultato in un campo di sterminio nazista o in un gulag. La giovane donna non ha bisogno di nulla, sta bene.

L'angoscia di morte aveva coinvolto tanto profondamente il Sindaco, il Medico e molti cittadini della piccola località, tanto che era già stato proposto un T.S.O. e solo lo scrupolo dello psichiatra fa sì che ci sia una consultazione a domicilio prima del ricovero coatto. Con la consultazione si riesce a stabilire un minimo di programma con la paziente e il medico di famiglia tanto da ritirare il T.S.O.. Nei giorni successivi l'angoscia di morte coinvolge così profondamente la piccola comunità dove abita la paziente tanto che viene effettuato il T.S.O. anche con la presenza di un collega anestesista.

La paziente A. viene ricoverata con il T.S.O. in Diagnosi e Cura con la diagnosi generica di Alterazioni Psiciche nelle carte del T.S.O. e di Sindrome Maniacale al Pronto soccorso

Verrà dimessa dopo 80 giorni con la diagnosi di anoressia Mentale, dopo 6 giorni cessa il T.S.O. e prosegue il ricovero Volontariamente.

Entra con un peso di 29 Kg. Per un'altezza di m. 1,70, amenorrea, ha un'evidente alterazione dello schema corporeo, non si vede né si sente magra, pensa di assumere una dieta più che razionale e dopo pochi giorni propone di cambiare la dieta dell'ospedale.

### *Gli psicofarmaci*

Rifiuta le cure con psicofarmaci e si pone in terapia all'ingresso una fiala im. di Diazepam, che non viene mai eseguita durante il suo ricovero.

### *Le visite specialistiche*

Viene visitata più volte da un collega endocrinologo con il quale collaboriamo per la diagnosi differenziale con altri disturbi medici e per un ciclo di fleboclisi reidratanti e nutritive.

Viene anche visitata da un collega cardiologo e più avanti da un odontoiatra. Con l'endocrinologo stabilisce una buona relazione che non le impedisce di promuovere una continua contrattazione delle fleboclisi che vengono vissute come una minaccia al proprio sé.

#### *Le fleboclisi proposte e solo in parte assunte*

1 FLEBO DI Laevosan da 250 cc. all'ingresso e 2 flebo di Glucosata al 33 per cento da 250 cc. + 1 fiala di Eparmefolin ed una flebo di Isopuramin da 500 cc. per 6 giorni, poi per tre giorni non pratica terapia endovenosa, anche perché si sono verificati edemi periferici che avevano allarmato la paziente. Poi si passa a Glucosate al 5 per cento e 3 unità di insulina Actrapid, un flebo di Isopuramin da 250 cc. e una di Intralipid da 500cc. per venti giorni. Dopo qualche giorno senza flebo torna alla glucosata al 5 per cento senza l'Insulina che viene sospesa dopo una settimana, quando inizia una compressa di Lederfolin al dì.

#### *Altre terapie mediche*

Le viene consigliato dall'endocrinologo un cucchiaino per due volte al dì Calcio-ostenin al momento della dimissione e di proseguire la cp. di Lederfolin anche a domicilio.

#### *La psicoterapia in ospedale*

viene affidata ad uno psichiatra il compito di fare un colloquio di 50 minuti circa al dì con la paziente nella sua stanza. Si è trattato di una psicoterapia, con un setting non strutturato, che aveva lo scopo di favorire la comunicazione delle sue emozioni e la storia della paziente ignorando il problema alimentare e quello del peso.

La buona relazione stabilita in ospedale proseguì anche dopo la dimissione con appuntamenti settimanali gratuiti, data anche l'indigenza della giovane, per circa due anni fino al ritorno della giovane alla sua città di adozione dove aveva un lavoro prima di ammalarsi. Dopo mesi di lavoro psicoterapeutico raccontò fra le altre preziose comunicazioni, che quando era sola in casa, prima del T.S.O. si sentiva sull'orlo di un abisso.

#### *Trattamento ospedaliero*

le viene data la possibilità di avere una stanza singola e di poter cucinare da sola il suo cibo, un riso integrale, dato che rifiutava il cibo dell'ospedale,

come detto avrebbe voluto cambiare la dieta di tutto l'ospedale. Il riso ed altri cibi macrobiotici le erano procurati dall'Assistente Sociale, era stata coinvolta anche la madre, m aveva molte difficoltà oggettive e portava biscotti dolci non graditi e che suscitavano la rabbia della paziente.

### *La relazione con gli infermieri*

Vivevano con ansia le libertà della paziente, comunque la collaborazione era piena anche perché si discuteva in modo informale ogni giorno dei problemi suscitati dalla paziente difficile, accettata fino a quando si temeva per il pericolo della sua vita e sentita come privilegiata poco prima della dimissione. Forse anche questo vissuto dell'insieme degli operatori ha causato la dimissione perché la pz. faticava a separarsi dalle relazioni stabilite in ospedale e avrebbe preferito un ricovero più lungo.

### *Le condizioni familiari*

Il padre era deceduto anni prima per una neoplasia maligna, la madre veniva a trovarla, ma aveva enormi difficoltà ad affrontare il complesso dramma della figlia. Tanto che il figlio (minorenne) era in affidamento presso una famiglia del luogo. Il suo bambino veniva a trovarla in ospedale e cercava di alimentare la madre con il suo panino con la mortadella. Da tempo era separata dal marito che aveva una sua nuova famiglia; quest'ultimo si è comunque interessato della ex moglie e del figlio.

### *Il peso corporeo*

Entra che pesa 29 Kg., il 4/04 pesa 32 Kg., poi si decide di non controllare più il suo peso per non enfatizzare il suo problema e per ragioni teoriche che diremo poi.

### *Il lavoro*

Aveva interrotto gli studi universitari e aveva lasciato un lavoro impiegatizio in una città lontana, era disoccupata, senza soldi. Dopo la dimissione prima riuscì a riprendersi il figlio, poi con l'inventiva e la forza propria delle anoressiche, quando le Assistenti Sociali non riuscivano a trovarle un qualsiasi posto di lavoro, da sola si è fatta assumere dal Comune che l'aveva licenziata:

Lo stile dell'insieme delle cure partiva da un'ipotesi freudiana relativa alla mente di *Homo sapiens*.

La psicoanalisi tra i tanti paradigmi ne propone uno molto interessante per leggere la condizione dell'uomo in generale e dell'anoressia nervosa in particolare.

Da un punto di vista antropologico Homo Sapiens può essere pensato su tre assi:

1.L'asse del bisogno: se un diabetico è in ipoglicemia è indispensabile il banale zucchero, cioè una cosa, il bisogno mira alla cosa e se ne soddisfa.

2.L'asse del DESIDERIO: dipende sicuramente dal sesso e dalla sessualità e la psicoanalisi chiamandola libido ha tentato di fare un'operazione di pulizia, perché non fa scandalo che la libido (desiderio) sia orientata verso un soggetto di sesso opposto, ma verso un soggetto dello stesso sesso o verso uno stivaletto di bottoni? In breve il caso limite della perversione sessuale illumina, almeno in parte, l'intima natura del desiderio.

3.L'asse della DOMANDA: la domanda si articola in un linguaggio e nella sua essenza non ha di mira un oggetto o un pezzo del corpo dell'altro, ma è prima di tutto ricorso all'altro in quanto tale, che bisogno soddisfa il bambino che chiede una caramella alla mamma o il fedele che prega il suo Dio? Con il dono della caramella la madre si manifesta come un essere capace di amare, cioè di donare.

In questa cornice antropologica l'anoressica sul piano del bisogno di cibo fu quasi sempre tanto e così ben rimpinzata dalla madre sollecita, che tutta la domanda di amore è rimasta misconosciuta.

Quindi per reiterare la sua domanda, il soggetto non ha altra via che quella di rifiutare il nutrimento attraverso cui il suo bisogno fu così pienamente colmato e la sua domanda così perfettamente soffocata.

La domanda è invocazione all'altro in quanto soggetto capace di parlare, di rispondere sì, non lo so, di fare riferimento ad una legge, a una regola, di riconoscerlo come soggetto e non come "uno stomaco".

Per questo, con ingenuità e con un po' di fortuna abbiamo, almeno in parte, ignorato il cibo e il peso e puntato la nostra attenzione alla paziente quale soggetto dotato della facoltà di parlare.

Dopo la sospensione del trattamento psicoterapeutico la paziente ha scritto una interessante lettera che non viene riportata per rispetto della sua privacy.

Per concludere si pone un ultimo interrogativo:

Il caso clinico descritto ha un valore storico?

Sì, se si pensa che la mente sia isomorfica al cervello e si nega che la mente sia una funzione non misurabile, che si autocostruisce attraverso processi relazionali.

No, se si pensa che il cervello è una funzione misurabile e studiabile con i metodi delle neuroscienze mentre la mente, pur prodotta dal cervello, è il risultato della storia personale, familiare e sociale di quel singolo soggetto e spetta dunque alla psicologia e alla psicoanalisi compiere le indagini sulla mente attraverso le loro specifiche modalità operative.

## **OPERE E RIVISTE CONSULTATE:**

AAVV (a cura di ENRICO SMERALDI), *Competenze Psichiatriche nella Formazione*

*Medica*, Castello D'Argile (Bologna), 1997.

ARIETI SILVANO, *Trattato di Psichiatria*, Boringhieri (Torino) 1967.

BAULEO ARMANDO, *Due saggi sul gruppo*, *Psicoterapia e Scienze umane n.1* (Milano) 1981 pg. 82-84.

BELL RUDOLPH M., *La Santa anoressia, digiuno e misticismo dal medioevo a oggi*, Laterza (Roma - Bari) 1987.

CASSANO GIOVANNI B., PANCHERI PAOLO, *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson (Milano) 1982.

ENCICLOPEDIA GARZANTI DI FILOSOFIA E..., Garzanti (Milano), 1982

EY HENRI, *Manuale di Psichiatria*, Masson (Milano), 1986.

FREUD SIGMUND, *Opere* (1886-1895) vol.1, Boringhieri (Torino), 1967.

LECLAIRE SERGE, *L'ossessivo e il suo desiderio*, in *Freudiana* vol. 1, Shakespeare & Company. 1982.

VANGELO E ATTI DEGLI APOSTOLI, *Luca*, Edizioni Paoline (Milano) 1993.

MANCIA MAURO, *Coscienza, sogno, memoria*, Borla (Roma) 1998.

MANNUCCI ANNA, *Una malattia al femminile*, in *Scienze ed. Italiana di Scientific American* n.359, Luglio 1998.

RAIMBAULT GINETTE ELIACHEFF CAROLINE, *Le indomabili*, Leonardo (Milano) 1981  
REUGEMONT DENIS, *L'amore e l'occidente*, Rizzoli (Milano) 1997.



# DIBATTITO



*(Ferruccio Tiberi - Psichiatra): non solo per rompere il ghiaccio, vorrei si potessero specificare le indicazioni per la terapia causale o fondamentale, cioè la psicoterapia.*

(Prof. Massimo Cuzzolaro): credo che la domanda sia come suggerire, in base a quale criteri, alla persona che abbiamo di fronte, di rivolgersi ad un certo tipo di intervento psicoterapeutico piuttosto che ad un altro. Possiamo affrontare questo quesito su due assi :il primo asse di risposta possibile: non esistono studi che dimostrano, attraverso confronti statistici, la indicazione di un certo tipo di intervento psicoterapeutico in una certa categoria diagnostica.

L'unico tipo di dimostrazione, in questo senso di una certa consistenza, è quella di una maggiore efficacia probabile di terapia relazionale- sistemica, cioè della famiglia, nelle fasce di età più basse, in particolare sotto i 16 anni.

Poi, ma questo è un problema che va al di là dell'anorressia e della bulimia, ed interessa tutta la psicopatologia, non abbiamo prove di fatto schiaccianti della superiorità di un modello su un altro in determinate categorie diagnostiche.

Ci sono due ottimi libri usciti in questi ultimi anni, uno s'intitola "Treatment outcomes" che studia i disturbi di esito delle psicoterapie e l'altro si chiama "What Works for Whom" ("Che cosa funziona per chi", questo è di due autori: Loke e Folen ed è uscito un paio di anni fa e la conclusione analizzando questi testi, è che non disponiamo ancora di studi controllati che permettano di rispondere a questo tipo di domande neanche per l'anorressia e la bulimia.

Ci sono sicuramente, nel campo della bulimia, più studi di tipo cognitivo - comportamentale, che di altri modelli teorici e di tecniche operative, tuttavia questo non dimostra, ed in questo volume è ampiamente chiarito, la superiorità di questo modello sugli altri per la cura della bulimia nervosa.

Ci sono più dati disponibili, anche perché il modello cognitivista si presta più degli altri a quel tipo di valutazioni psicopatologiche a cui anche il collega poco fa faceva riferimento, cioè sulla difficile questione della misurabilità dei sintomi e delle loro variazioni, dei loro nuclei patologici. Però non abbiamo ancora dati che costituiscano un'evidenza, per cui il modo, mi pare clinicamente più corretto di affrontare il problema è intanto riconoscere che nell'efficacia di una psicoterapia giocano una parte ancora larghissima e poco conosciuta di fattori specifici .

E so che la scelta di un percorso esistenziale, deve soprattutto fondarsi sull'analisi della domanda e della ricerca, del tipo di percorso che in quel momento meglio sembra adeguarsi alle caratteristiche della situazione.

Io non mi sentirei, sulla base dei dati che oggi disponiamo, di affermare la superiorità di una psicoterapia su un'altra.

*(Ferruccio Tiberi):*

*C'è chi ha paragonato il tossicodipendente all'anoressico o bulimico, allora io mi sono chiesto se accadeva la stessa cosa nel rapporto terapeutico.*

*Noi sappiamo che nel rapporto paziente alcolista e il paziente tossicodipendente ed il terapeuta, c'è una barriera invalicabile rappresentata, nel primo caso della bottiglia, e nel secondo della siringa, quindi mi sto chiedendo se accade lo stesso nel rapporto con l'anoressico-bulimico ed il cibo. Allora visto e considerato che è difficile stabilire il rapporto diretto, si ricade un po' in quello che accade nel caso della psicoterapia delle psicosi, dove la terapia fondamentale è la psicoterapia, ed in particolare la psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, per quanto ne so io, però non dobbiamo dimenticare che occorre tutto un corteo di psicoterapie istituzionali, se ce n'è bisogno, vuoi di assistenza in ambulatorio, vuoi al minimo di farmacoterapia, fatta da un altro che non sia lo psicoterapeuta, e quindi in questo caso mi sto chiedendo, soprattutto nel caso della bulimia, come accade in alcuni casi di tossicodipendenza, se la psicoterapia della famiglia è un dato fondamentale di tutto il trattamento.*

*Quindi mi viene da chiedere se i disturbi di cui stiamo parlando abbiano bisogno di un atteggiamento eclettico, senza trascurare nulla.*

*(Prof. Massimo Cuzzolaro):* Sono assolutamente d'accordo con lei.

Il discorso della famiglia l'avevo infatti precedentemente sottolineato, non nel senso che la terapia della famiglia sia la prima scelta in questi casi, ma nel senso che nei casi al di sotto dei 16 anni è probabilmente la scelta da tenere in mente per prima, e in tutti i casi, siccome queste sono patologie particolarmente legate al processo di sviluppo dell'adolescente rispetto alla famiglia di appartenenza, un intervento di qualche tipo anche sui familiari, indipendentemente da una terapia della famiglia formalizzata, anche nel caso in cui ci sia un percorso individuale efficace e produttivo, va in genere tenuto presente.

Poi restando sul tema dell'aspetto para-tossicomane, che la relazione col cibo in alcuni casi non in tutto l'aspetto di questa psicopatologia assume, è in questa prospettiva, che alcune delle agenzie di cura che ho nominato prima, alcuni comprendono le Comunità Terapeutiche, in particolare per quei casi di bulimia multi-impulsiva in cui fra l'altro i sintomi di tipo bulimico si associano ad altri campi di abuso di sostanze di tipo impulsivo.

*(Dr. Gabriele Borsetti):*

*Volevo innanzitutto congratularmi con il Prof. Cuzzolaro con la chiarezza espositiva della sua relazione e volevo sottoporre al professore, ed a questa assemblea, il mio parere su una sessione che avrei dovuto affrontare nel pomeriggio, ma visto che per problemi di tempo, non ne potremo discutere nel pomeriggio con il Prof. Cuzzolaro, cercheremo di affrontarla ora. La mia domanda riguarda un'asserzione pericolosa, l'asserzione è questa: che la terapia fondamentale è la psicoterapia.*

*Dicevo a mio avviso è un'asserzione pericolosa. Se questo significa, attenzione, non ci sono psicofarmaci, non è una terapia somatica quella che risolve il problema, credo siamo tutti d'accordo.*

*Però tu hai detto anche che la psicoterapia è un punto d'arrivo e non un punto di partenza e, secondo me, il rischio di questa asserzione è che si crei una sorta di delega di gestione della paziente anoressica ad un tecnico che si troverà a doverla gestire con una tecnica che dovrà essere in qualche modo non solo eclettica ma anche poco rigida rispetto al setting, perché sappiamo quali possono essere i vari incidenti di percorso, dal ricovero ad una visita medica necessaria, a tutta una serie di elementi che non potrà essere lo psicoterapeuta a gestire.*

*Per cui io volevo sottoporre la mia visione in questo senso: secondo me, la figura centrale non è lo psicoterapeuta, ma lo psichiatra che si fa carico di una domanda che deve essere trasformata, portata pian piano ad una domanda di psicoterapia, è ovvio che dovrà essere uno psichiatra con una preparazione adeguata che potremmo definire come una competenza interpersonale, cioè come una capacità di gestire il rapporto al di là del sapere far diagnosi di anoressia mentale, etc. e ovviamente con quelle competenze psicoterapiche che gli permette poi il giusto indirizzo ad un determinato operatore di una certa scuola o di un'altra scuola.*

*Quindi secondo me la figura terapeutica chiave, il leader dovrebbe essere appunto lo psichiatra, piuttosto che lo psicoterapeuta.*

*E ti chiedevo, oltre al tuo parere la possibilità di approfondire, se ci sono già elementi in letteratura, su questo argomento, perchè secondo me è proprio di questo ruolo che viene investito lo psichiatra dal momento dal momento della rilevazione del problema alla consegna parziale, a mio avviso nelle mani dello psicoterapeuta, che cosa avviene, quali sono le sue competenze necessarie?*

*(Prof. Massimo Cuzzolaro):* Ringrazio l'amico Borsetti delle parole cortesi e anche delle domande che offrono la possibilità di qualche chiarimento.

Non credo che ci sia un conflitto, perché io dicevo che la cura fondamentale è al momento di tipo psicoterapeutica, il che non implica che la figura professionale che funziona da coordinatore della strategia psicoterapeutica sia lo psicoterapeuta, anzi, sappiamo che è fondamentale che le forme di trattamento non siano mescolate es.: prescrizione di farmaci, analisi di laboratorio, etc..

Perciò è sicuramente utile che la figura coordinatrice dei vari interventi, sia preferibilmente lo psichiatra che riunisce nella sua preparazione le competenze che in qualche modo consentano un più facile dialogo con gli interlocutori delle altre specialità.

Però mi diceva qualche mese fa Garfinkel, che negli stati Uniti sono abituati diversamente da noi, ossia che le cose devono farle quelli sanno farle, non importa quale sia la qualifica professionale, quanto la competenza attuale.

Questo per dire che sul piano delle competenze lo psichiatra è quello che riunisce in sé la competenza ed i linguaggi più adeguati a questa funzione, questo non basta, anche un internista che abbia lavorato in questo campo da 20 anni, che avesse acquisito una grande competenza e che avesse costruito una rete di raccordi, di consulenze, può funzionare in questa pratica medica:

Quindi mi pare che sia utile mantenere nell'insieme il discorso delle tre componenti di base con la premessa che rispetto a queste lo psichiatra è quello che riunisce più e meglio teoricamente, ma anche quello delle competenze effettive acquisite è un fattore da tenere bene a mente.

*(Dr. Giovanna Curatola):*

*Vorrei spostare l'ambito di cui stiamo discutendo sulla prevenzione.*

*Nella tua esperienza quale potrebbe essere un approccio preventivo, perché in questo ambito stiamo assistendo ad interventi molto, molto*

*causali e molto poco pensati ed ho l'impressione che si stia rischiando di creare una patologia piuttosto che prevenirla.*

*Cosa ci può dire su questo argomento?*

*(Prof. Massimo Cuzzolaro):* Intanto vi vorrei segnalare un libro uscito qualche mese fa che s'intitola "Prevention of eating disorders" i curatori sono Vandereyken che è un collega belga, mio amico, che è uno dei maggiori specialisti del problema in campo da molti anni, e Norder Bowles che è una ricercatrice inglese, è un libro molto attuale sul problema della prevenzione.

Se lo sfogliamo vediamo che, eccettuato i tre livelli di prevenzione classica, secondo Caplan e cominciando dal fondo; prevenzione terziaria nella riabilitazione delle comunità, è chiaramente un capitolo molto importante in queste patologie croniche, spesso trascurato.

Ne parlavamo nelle linee guida del trattamento, a proposito sia del laboratorio medico per la gestione minimale della cronicità, sia delle strutture residenziali o semiresidenziali per la riabilitazione dei casi cronici resistenti al trattamento ambulatoriale:

La prevenzione è il capitolo probabilmente più accessibile al momento attuale perché basato sulla diagnosi precoce e sulla istituzione di trattamenti immediati, questo richiede di fare un lavoro di screening,

Ormai abbiamo gli strumenti psicometrici che accelerano e facilitano questo lavoro, sulle popolazioni a rischio, quindi fasce di età più esposte, sappiamo che gli atleti, i diabetici in un altro campo, sono sottogruppi più esposti allo sviluppo dei D.C.A..

Naturalmente la prevenzione espone a rischi iatrogeni, che per far meglio facciamo peggio. I comportamenti anoressici-bulimici non sono solo quei comportamenti, a volte gravissimi, che conosciamo nei nostri Ospedali, ma le indagini sulle popolazioni generali, sulle popolazioni scolastiche, ci insegnano che ci sono anche delle situazioni brevi, delle situazioni di passaggio, che sviluppano per alcuni mesi, qualche volta per un anno, terminano più o meno spontaneamente.

Quindi dobbiamo stare molto attenti affinché i nostri interventi precoci invece di accentuare o promuovere questa evoluzione benigna, favoriscono una cristallizzazione nella scelta del sintomo.

La prevenzione primaria è il capitolo più difficile, perché interviene prima che la malattia si manifesti in chi ancora non ha manifestato sintomi.

In una patologia multidimensionale, molto complessa come l'A e la B. la prevenzione è difficilissima. Le tecniche di informazione nelle scuole hanno dimostrato scarsi benefici a fronte dei costi ed in più i benefici sono difficilmente misurabili. Pur essendo diventate patologie frequenti sono comunque patologie relativamente rare: un caso di anoressia ogni 200 ragazzi che è la prevalenza media, significa che un caso di trattamento previene la patologia A., che bisognerebbe applicarlo ad un gruppo e non applicarlo ad un altro, e seguirlo nel tempo per avere una significatività statistica, cosa che nessuno fino ad ora ha fatto, quindi non ne sappiamo nulla.

Quindi la prevenzione primaria rimane un capitolo nebuloso, si può forse cercare di fare meno domani, sapendo una serie di cose che favoriscono lo sviluppo di queste patologie, per es. le diete, le idee sulla magrezza, però non è detto che questi che sono solo alcuni fattori, giochino una parte così rilevante, e che intervenire solo su quelli modificherà davvero l'incidenza.

*(Dr. Terribili):*

*Vorrei sentire il Dr. Mazini e il Prof. Cuzzolaro per alcune mie perplessità circa il ricovero in T.S.O. per tre mesi (riguardo alla paziente del caso del Dr. Mazini)*

*(Dr. Massimo Mazini):* La paziente è stata ricoverata in T.S.O. per una settimana, ma poi è rimasta come volontaria per tre mesi.

In un primo tempo era stato fatto il T.S.O. da parte del medico di famiglia e del sindaco, noi siamo intervenuti a domicilio, tra l'altro in una situazione drammatica, perché questa ragazza era veramente scheletrica.

Tra l'altro era una giornata invernale ed aveva anche la stufa che perdeva gas ed io ho avuto il vissuto emotivo di essere entrato in un campo di sterminio o di tortura, a seconda del contesto in cui ci vogliamo collocare.

Comunque con la pz. era stato possibile stabilire un minimo di contatto su degli esami, su delle visite a casa, ma poi l'angoscia di morte è stata così profonda, una cosa che non mi sono ricordato di dire prima e che poi la paziente ha raccontato un anno dopo, è che lei si sentiva sull'orlo di un baratro, quindi paradossalmente hanno fatto bene i colleghi che l'hanno ricoverata e non noi che ci stavamo attardando a tenerla a casa, però questo l'abbiamo saputo un anno dopo, perché durante il ricovero non era emerso, nonostante i colloqui giornalieri che non erano strutturati, perché non si riusciva a tenere un setting.

*(Dr. Passanisi):*

*Vorrei chiedere una cosa al Prof. Cuzzolaro.*

*Ha parlato prima di terapia farmacologica ed ha citato la Fluoxetina ma anche di Fluvoxamina, addirittura di 600 mg.al giorno.*

*Che cosa ne pensa, è bene applicare questi dosaggi e quando è opportuno sospendere il trattamento?*

*(Prof. Cuzzolaro):* Per i farmaci la Fluoxetina come antibulimico ha una indicazione ormai confermata, ad un dosaggio di 60 mg. cioè tre volte una dose media come anti-depressivo.

La Fluvoxamina non ha una indicazione riconosciuta come antibulimico; ognuno di noi acquista maggiore familiarità con alcune molecole che non con altre, e nella mia esperienza il territorio d'azione della Fluvoxamina è più come anti-ossessivo che come antibulimico anche a dosaggi elevati, e 600 mg. sono tanti.

Per quanto tempo è bene usare questo trattamento?

I limiti di questi trial farmacologici è spesso la durata, di solito le prove che verificano l'efficacia di un farmaco e di un placebo durano in media otto settimane.

Chi ha fatto degli studi per periodi più lunghi, ha visto che tutti questi farmaci immancabilmente perdono di efficacia, forse la Fluoxetina ha una resistenza nel tempo un po' maggiore, almeno 6 mesi, sempre solo sul sintomo.

Sul discorso, del caso molto interessante, presentato anche in modo suggestivo dal collega, con tanti punti di richiamo, io non posso che sentirmi d'accordo con lui nella valutazione delle cose, in linea di massima i T.S.O. nelle A. non sono utili e spesso non sono neanche necessari.

Scrivo Chrisp, che ha diretto per anni il St. George Hospital di Londra, uno dei più antichi centri per le A., dove ha visto più di mille casi negli ultimi anni che neanche in uno era stato fatto un trattamento obbligatorio, che la persuasione, il contatto con l'equipe, con un ambiente specializzato, in genere riesce a conquistare quel tanto di alleanza terapeutica che permette di portare avanti una terapia.

Però ogni regola ha le sue eccezioni, probabilmente in questo caso i dati hanno dimostrato in quel momento il T.S.O. è stato, in quel momento, un salvavita.

*(Dr. Mazini):* Vorrei puntualizzare che il T.S.O. non è stato fatto da noi.

Và dato merito anche al medico di famiglia ed all'ambiente microsociale che l'ha fatto, perché se fosse stato per noi avremmo continuato a seguirla a domicilio, solamente che l'angoscia di morte che aveva colpito questo piccolo centro era così grande che come avevo detto prima, hanno chiamato addirittura l'anestesista a casa perché avevano paura che prendesse un collasso e che morisse.

Un anno dopo abbiamo parlato con lei, di come si sentiva in questa condizione e lei mi ha detto "io ero sull'orlo del baratro, e non avevo la possibilità di dirlo a nessuno, né riuscivo a dirlo".

Questo lo ha detto un anno dopo, infatti se potessi farvi leggere questa lettera, ma purtroppo credo che la Privacy mi imponga di non leggerla, lei ora ha finito l'Università ed è riuscita nonostante che le assistenti sociali cercassero di trovarle un lavoro senza riuscirvi, perché oggi è molto difficile.

Lei proprio come le Sante anoressiche oppure l'imperatrice Sissi, è riuscita con le sue forze a farsi riammettere al suo vecchio posto di lavoro che aveva perso, in una importante regione del nord.

Comunque rimane il vecchio nucleo psicopatologico, perché lei nella lettera mi dice "Comunque mi ritornano dei momenti in cui io non so cominciare con nessuno, del resto lei è troppo lontano".

Ultima cosa curiosa è che la mamma di questa paziente che adesso abita in una città del nord, tiene come punto di riferimento uno psichiatra della zona per curare una forma depressiva che ha.

**G. CURATOLA**

*Unità per lo Studio dei Disturbi dell'Alimentazione  
Scuola di Specializzazione  
in Scienza dell'Alimentazione - Scuola di Specializzazione  
in Endocrinologia*

**M. Buccetti**

*Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi  
di Ancona D.C.A.*

**Organizzazione e competenze all'interno  
di un approccio multidisciplinare**



I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono una sfida molto complessa alla elaborazione e predisposizione di un progetto terapeutico che voglia farsi carico, quantomeno da un punto di vista teorico, di una lettura globale dei diversi fattori che concorrono a definire il disturbo, l'evoluzione clinica e le sue radici socio-culturali. Dal punto di vista attuativo, per essere efficace, un tale modello dovrebbe operare sull'ambito nazionale, oltre che locale, essere diffuso, e condiviso dagli operatori e dovrebbe affiancarsi ad un ampio programma di prevenzione secondaria.

Nonostante il notevole impegno della ricerca clinica, documentato dalla letteratura, non esiste ad oggi un modello di riferimento unico e condiviso su cui fondare tale lettura globale e quindi le diverse opzioni ed articolazioni terapeutiche come pure una ottimale organizzazione di servizi coinvolti nel trattamento di DCA. Un primo documento elaborato dalla Commissione di studio del Ministero della Sanità e pubblicato nel 1996 costituisce un utile strumento di riferimento che traccia un orientamento teorico e fornisce alcune indicazioni organizzative e a cui ci si augura possano seguire delle linee-guida.

Numerose evidenze cliniche indicano l'opportunità di un approccio multidisciplinare ai DCA in considerazione sia delle gravi complicanze internistiche che spesso danno origine a situazioni di emergenza sia delle differenti modalità terapeutiche che nell'ambito psicologico-psichiatrico possono essere adottate contemporaneamente o in successione a seconda delle differenti necessità espresse dalla evoluzione psicopatologica del disturbo.

Approccio multidisciplinare non significa una pluralità di interventi specialistici ognuno dei quali affronta la sfera di una competenza specifica quanto integrazione delle differenti aree in un trattamento che si faccia carico delle componenti scisse dalla patologia e favorisca una armonizzazione e sviluppo delle dinamiche intrapsichiche e relazionali ed ancora di una condizione di salute intesa come benessere fisico e psichico. Una integrazione fra aree implica il riconoscimento delle diverse professionalità come pure la condivisione degli obiettivi da perseguire e di necessità comporta l'abbandono di una adesione rigida a modelli teorico-clinici che siano unilaterali pretendendo di leggere il disturbo e i suoi sintomi da un unico vertice etiologico ed etiopatogenetico.

L'obiettivo di una integrazione che si fondi sulla consapevolezza della complessità della problematica da affrontare è irta di difficoltà che, se sono riconosciute, rischiano di agire al livello del gruppo dei curanti le dinamiche patologiche del paziente e dei suoi familiari.

In mancanza di riferimenti teorici forti, poiché la patologia rimanda a forti investimenti emotivi e alla necessità di contenerli, la convergenza di operatori diversi può mettere in atto dinamiche "controtransferali" che vanno dalla fusionalità e dall'ipercontrollo ad un'estrema conflittualità e scissione. Gli strumenti principali per favorire una integrazione in una organizzazione multidisciplinare, appaiono nella nostra esperienza almeno due. Dal punto di vista teorico l'adozione di una posizione epistemologica in cui ogni teoria delimiti i suoi stessi confini conoscitivi senza pretendere di esaurire in sé la conoscibilità dell'oggetto, conoscibilità che non sia reificante piuttosto vicina a un "come se" implicito nella relatività e storicità dei mezzi di osservazione. A questa posizione sembrano avvicinarsi anche alcune discipline delle stesse scienze sperimentali di fronte a fenomeni caratterizzati da una "organizzazione complessa".

Dal punto di vista organizzativo e clinico il fare della integrazione una esperienza vissuta dal gruppo a livello di coscienza come un continuo assestamento ed aggiustamento di un equilibrio instabile. La coesione del gruppo ed il mantenimento dell'equilibrio interno può, sempre nella esperienza che ne abbiamo fatto come unità operativa, essere riferita ad un lavoro di network come "rete di comunicazione" che di volta in volta a seconda delle necessità si fa carico di accogliere, di esplicitare e di porre in discussione le emergenze problematiche e rifocalizzare le differenti scelte e modalità terapeutiche in una presa in carico condivisa e contrattata da tutto il gruppo.

Pertanto i nodi della rete non sono costituiti dalle singole professionalità presenti nel gruppo quanto dalle problematiche che emergono dal momento dell'accoglimento della richiesta fino all'esplicitarsi del percorso terapeutico e prima ancora nella ricerca comune di un protocollo condivisibile.

La definizione di network può estendersi dalla fitta rete di interconnessioni che caratterizza il livello neurofunzionale, fino alla modalità operativa scelta per la formazione di un bagaglio culturale specifico, nel nostro caso fra gruppi diversi all'interno di una società scientifica (SIS.DCA Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare), nella quale i differenti operatori si riconoscono.

Inoltre nel network non viene privilegiata in linea di principio nessuna posizione quanto piuttosto è il mantenimento dell'organizzazione globale l'obiettivo prioritario da perseguire, secondario soltanto al raggiungimento di un efficace risultato terapeutico.

In un assetto che preveda l'instabilità e contemporaneamente l'apporto coordinato per ricontrattare l'equilibrio, possono essere più facilmente accolti gli attacchi al setting apportati dal paziente e dai suoi familiari, la realtà con cui la storia del paziente fa i conti, le ristrettezze e le difficoltà del contesto istituzionale in cui si opera, al contempo possono trasformarsi in elementi utili gli apporti di curanti esterni al gruppo che si fanno carico di aspetti particolari del percorso terapeutico che il gruppo non è in grado di affrontare infine è la specificità del singolo caso clinico a determinare la strutturazione dell'intervento.

Fra gli aspetti della integrazione a cui è stata prestata particolare attenzione da parte di molti ricercatori emerge il rapporto fra la componente internistica/dietologica e la componente psicologica/psichiatrica; rapporto che appare riflettere la necessità di riparare la scissione tra somatico e psichico che la patologia manifesta.

I sintomi somatici, derivanti da una alterazione dell'omeostasi calorica e dell'assetto nutrizionale si radicano profondamente nella matrice neurofunzionale e psicobiologica; nel corso del tempo alla originaria patologia del comportamento alimentare vanno a sovrapporsi i sintomi psicologici dipendenti dal disturbato assetto somatico. Preoccupazione continua per il cibo, perdita di interesse e piacere nelle attività usuali, instabilità dell'umore, ansietà, disturbi del sonno sono stati osservati quando il peso corporeo scende al di sotto dei valori fisiologici di Body Mass Index pur in assenza di una patologia psichica primaria.

Misconoscere nell'evoluzione della patologia il ruolo della componente organica implica interventi di urgenza di non facile attuazione soprattutto dal punto di vista delle loro ricadute sul piano psicopatologico oltre che una cronicizzazione del disturbo che si ancora fortemente nel soma.

Il corpo nelle due definizioni di corpo biologico e corpo vissuto, entrambe danneggiate, può divenire il fulcro unico dell'accoglienza e del progetto imprimendo fin dall'inizio un atteggiamento terapeutico. Ciò è consonante con l'osservazione che il sintomo il quale accomuna le varianti cliniche e diagnostiche dei DCA è la fobia di aumentare di peso, chiamando in causa un disturbo dell'immagine corporea.

Anche nutrire e riparare possono venire declinate nel doppio registro dell'organico e del simbolico togliendo alla dieta la sua prescrittività e all'apporto internistico una valenza puramente meccanicistica.

Siamo sostenuti in questa visione da un diverso e più nuovo approccio al rapporto corpo-mente che sembra uscito dall'ambito delle dispute filosofiche ed ideologiche per approdare a una visione più articolata ed empiricamente fondata. Più che in antitesi corpo e mente appaiono l'uno all'altra complementari non solo lungo la linea dello sviluppo filogenetico ed ontogenetico, ma anche nelle modalità di organizzazione delle attività mentali superiori.

Nella più recente ricerca e teorizzazione neurobiologica il cervello, materia della mente, è visto come un substrato plastico, capace di rimodellare la sua stessa microstruttura in una continua operazione di ricategorizzazione degli elementi percettivi, affettivi e concettuali che costituiscono l'esperienza soggettiva.

Nella tematica che stiamo affrontando di particolare interesse è la delucidazione funzionale del complesso "network psicosomatico" che sostenendo i meccanismi della fame e sazietà costituisce la base biologica del comportamento alimentare.

Coinvolti nella regolazione del comportamento alimentare sono il sistema catecolaminergico e serotoninergico. I segnali ipotalamici relativi al controllo del metabolismo energetico, vengono integrati con: segnali provenienti dai sistemi sensoriali (gustativi, visivi e olfattivi), con informazioni derivanti dall'esperienza precedente codificate nella memoria, con altre informazioni provenienti dal sistema limbico e da zone corticali e subcorticali deputate alla regolazione della vita emozionale.

Sarebbe forse possibile, su questa base, fondare un uso più razionale dei farmaci, comprendendo meglio il loro effetto sulla regolazione della fame e sazietà come segnale biologico e sulle relative esperienze emozionali.

Osservazioni piuttosto recenti riconoscono nella corteccia orbitofrontale una zona di convergenza neuro-funzionale con un compito altamente adattativo deputato al controllo del comportamento emozionale e sociale accoppiato a quello della regolazione omeostatica dell'ambiente interno viscerale.

L'informazione proveniente dall'ambiente viene associata allo stato emozionale e motivazionale creando una sintesi fra oggetto, l'emozione ad esso correlata e la risposta comportamentale.

È stato proposto pertanto che in tale zona della corteccia venga “incorporata” la relazione d’oggetto così come viene definita da Kernberg, vale a dire una rappresentazione del sé, una rappresentazione dell’oggetto e un correlato stato affettivo.

Teorie derivanti da osservazioni nel campo della etologia e da osservazioni cliniche sul bambino mettono in rilievo l’importanza della figura di attaccamento e di accudimento più che della soddisfazione orale. In una riuscita regolazione reciproca fra madre e bambino, derivante dalla combinazione di una percezione interna di fame/sazietà e di una conferma di questa percezione attraverso un riconoscimento empatico, si delinea la capacità di riconoscere la fame come una parte del proprio sé; si verrebbe a costituire pertanto, a partire dalla percezione fame/sazietà, la capacità di dare fondamento ad una motivazione psicologica del bisogno biologico.

In ambito psicoanalitico il concetto di “Oggetto Originario Concreto” proposto da A.B. Ferrari viene utilizzato per proporre all’interno dell’intervento clinico una centralità del rapporto mente-corpo dove “IL CORPO È L’OGGETTO, per eccellenza, DELLA MENTE, ed è la SUA REALTÀ PRIMA” e “...c’è una percezione che non è una semplice visione, ma è, al contrario, uno stare dentro a qualcosa, un viverlo; insomma la *simbolicità* è *fisicità*.”, (in evidenza nel testo).

Questa lettura, a partire dalla clinica psicoanalitica, appare essere fortemente parallela alle osservazioni e teorizzazioni della stessa neurobiologia e restringe fortemente il divario interteorico, pur nelle necessarie differenziazioni epistemologiche.

L’aggiornamento negli ambiti disciplinari che abbiamo brevemente indicato implica un impegno notevole e al contempo apre ampi spazi di ricerca per la comprensione dei diversi meccanismi etiopatogenetici e psicopatologici dei DCA. La relazione mente-corpo nell’essere al contempo “relazione” e “differenziazione” fra due diverse entità, pensiamo possa costituire una base comune di discussione fra specialisti diversi su cui radicare un’esperienza di ricerca e una ipotesi di integrazione. L’articolazione di una linea di ricerca comune, sebbene in una forma preliminare rappresenta il percorso seguito dalla nostra Unità per lo Studio dei Disturbi dell’Alimentazione che da qualche anno si è costituita presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Ancona.

L’Unità composta da: endocrinologi, nutrizionisti, dietologi, psichiatri, psicoterapeuti, facenti parte delle Scuole di Specializzazione in Scienza

dell'Alimentazione ed in Endocrinologia, mossa da fini di ricerca clinica, ha cercato di individuare in questi anni dei validi e agibili modelli di "protocollo clinico operativo" non solo multidisciplinari, ma anche e soprattutto strutturati su di una vera integrazione tra differenze competenze; modelli, peraltro, che potessero essere condivisi dai differenti professionisti che si occupano dei disturbi alimentari nella loro globalità di aspetti somato-psichici.

Tale difficile percorso presuppone, innanzitutto, per i singoli professionisti (e noi in particolare):

1. L'accettazione di una messa in discussione e di una eventuale modifica della propria visione teorica;

2. L'accettazione di una continua revisione del protocollo, in relazione alla specificità del caso clinico, revisione condivisa da tutti gli operatori;

3. L'accettazione della condivisione del campo di operatività pur mantenendo ottiche differenziate;

4. L'accettazione della inevitabile interazione tra le competenze dei vari operatori, come il necessario strumento di verifica continua dei risultati;

5. L'accettazione della condivisione operativa "dell'oggetto-soggetto" su cui si agisce.

Queste sono a nostro avviso le premesse operative essenziali per attuare un effettivo lavoro di "rete" tra più professionalità.

Alla luce di tali motivazioni, condivise peraltro a livello nazionale da più gruppi di ricerca, è sorta pertanto l'esigenza di costituire punti di incontro e verifica delle esperienze operative condotte in diverse realtà nazionali; detti momenti di incontro, ai quali anche la nostra unità di studio ha preso parte in maniera attiva, sono stati avviati dalla "SIS.DCA" sotto la definizione di "Networking Team Group".

L'organizzazione operativa deve innanzitutto tenere conto della "Richiesta di aiuto"; essa infatti si presenta in maniera differente a seconda dei casi (dalla richiesta di una dieta dimagrante, o dalla sola richiesta di aiuto dei genitori preoccupati, sino alla richiesta di intervento ormonale per l'amenorrea) e, nella maggior parte delle situazioni, è fortemente legata più al corpo che alla mente con il coinvolgimento quindi di medici internisti di differenti discipline. Tale diversificazione della domanda, pone pertanto il problema di come poter fornire una adeguata risposta nel rispetto sia della

giusta integrazione “mente-corpo”, sia della centralità diagnostica dei criteri del DSM IV; infatti, assai spesso il richiedente non ha maturato in sé l’azione “somatica” della propria mente e non accetta pertanto una visita psichiatrica quale risposta ad una richiesta di aiuto per il proprio disturbo “somatico”.

Occorre quindi organizzare una risposta che pur non trascurando l’origine psichica del disturbo, “accolga” anche “il corpo danneggiato” (oggetto di elezione della mente) e che, indirizzi il percorso diagnostico/terapeutico verso la risoluzione.

La nostra équipe di lavoro, dopo un periodo di ricerca teorica, ha quindi individuato un primo modello pratico operativo (fig.1), quale iniziale proposta che integrasse le molteplici competenze professionali, da modificare dopo il necessario impatto pratico.

Il lavoro avviato aveva fin dall’inizio previsto periodiche verifiche collegiali degli operatori, attraverso le quali sono state via via definite le modifiche da apportare al primo protocollo. Una qualsiasi modifica veniva peraltro attuata laddove si percepiva indispensabile da tutti gli operatori, in relazione a singoli casi clinici e distinguendo il momento della presa in carico diagnostica dal momento terapeutico. Inoltre, sono stati assicurati anche momenti di istruzione-discussione con il personale paramedico.

Con la presentazione del caso clinico di “Elsa” mostriamo la pratica attuazione di questo modello e la metodica con cui sono state attuate le graduali modifiche del protocollo, nonché alcune delle motivazioni che hanno guidato il percorso di modifica del protocollo stesso.

### *1° Caso Clinico*

**Elsa** ragazza di 22 anni studentessa universitaria presso la facoltà di Ingegneria; BMI 12,34; da circa 4 anni presenta disturbi del comportamento alimentare con calo ponderale da “restrizione” dell’introito alimentare (perdita di 20 Kg in 4 anni) e amenorrea secondaria. Una sorella (Emanuela) più piccola di circa tre anni, in apparenti buone condizioni di salute, studentessa universitaria presso la facoltà di Economia e Commercio nella stessa sede di Elsa (abita però in un’altra abitazione). I genitori (Maurizio e Clara) sono commercianti e lavorano entrambi nella stessa azienda di famiglia. La paziente viene inviata dal proprio medico di base dopo diversi tentativi infruttuosi in altre strutture.

### *Caso di Elsa*

La prenotazione di visita endocrinologica viene effettuata telefonicamente; Elsa giunge alla visita accompagnata da entrambi i genitori. Da subito emerge la necessità di una presa in carico “globale”, anche e soprattutto per il profilo psicopatologico. Viene quindi effettuata nella stessa giornata oltre alla visita internistica una visita psichiatrica ove emerge un evidente stato depressivo-ansioso con forti componenti ossessivo-compulsive; la paziente è già seguita da alcuni anni da una psicoterapeuta con colloqui settimanali, negli ultimi tempi però tale rapporto si era concluso bruscamente. Il disturbo di Elsa sembra essere insorto sin dall’età di 18 anni con il desiderio di dimagrire per “ritrovare il proprio peso ideale”; a ciò è seguito un maggior interessamento e una particolare preoccupazione verso di lei dapprima da parte della madre e solo successivamente da parte del padre (figura verso la quale la paziente si sente più affettivamente legata), la sorella Emanuela ha invece mantenuto un atteggiamento distaccato nei confronti del problema. Allo stato attuale Elsa dice di non accettarsi “così magra”, ma di non riuscire ad alimentarsi per mancanza di appetito (“...anche se mi sforzo a mangiare non ci riesco...”). Si provvede pertanto ad instaurare terapia farmacologica con Clorimipramina, Aloperidolo e Bromazepam. Dalla visita internistica emerge un eccessivo calo ponderale associato ad amenorrea e si provvede ad avviare il protocollo diagnostico. Dal Day Hospital eseguito a breve distanza di tempo non si rilevano alterazioni tali da necessitare un intervento correttivo immediato, che comunque la paziente dichiara di non voler accettare, pertanto si stabiliscono solo periodici controlli. Nella visita internistica successiva viene comunicata la diagnosi di “Anoressia Nervosa, con restrizioni (cod. DSM IV: F50.0 (307.1), con grave perdita ponderale e amenorrea secondaria” e la proposta terapeutica caratterizzata da periodiche visite specialistiche sia psichiatriche che endocrinologiche.

Dopo circa un mese si rende comunque necessario un ricovero ospedaliero urgente per il rilievo di evidenti alterazioni ematochimiche a carico degli elettroliti, dopo il ricovero della durata di circa sette giorni, convocano i familiari per proporre un intervento multidisciplinare. Quindi si provvede all’avvio di un supporto psicoterapico individuale e alla strutturazione di indicazioni alimentari adeguate (senza alcuna “alimentazione forzata” né per via enterale, né per via parenterale). La paziente accetta l’idea di nutrirsi se questo vuol dire raggiungere “un equilibrio” senza aumentare di peso.

Inoltre si rileva la necessità di avviare colloqui con tutta la famiglia al fine di comprendere meglio le dinamiche emotive presenti nel nucleo familiare; tali colloqui, dapprima con frequenza quindicinale e successivamente almeno mensile, vengono effettuati dallo psichiatra assieme ad un internista dell'équipe. Dopo aver riportato alla norma i valori ematochimici alterati si provvede ad un nuovo ricovero ospedaliero programmato con finalità anche psicoterapiche (tutela delle angosce della paziente, allontanamento dalla famiglia) della durata di 15 giorni. Dopo pochi giorni dalla dimissione la madre, comunque, procede di propria iniziativa a far ricoverare Elsa presso un'altra struttura dove viene eseguita una "alimentazione forzata" seguita da un notevole aumento ponderale. Ciononostante, a distanza di alcuni mesi Elsa con i genitori richiede un nuovo incontro con la nostra unità, per la comparsa di gravi problemi bulimici insorti dopo il ricovero avvenuto nell'altra struttura; la presa in carico di Elsa per il nuovo problema non viene però attuata poiché i familiari rifiutano la nuova proposta terapeutica che non intendeva, come la precedente, focalizzare l'attenzione sui problemi alimentari.

Alla luce degli accadimenti intercorsi in questo caso è emersa l'opportunità di far fronte anche alle angosce dei familiari (in questo caso in particolare della madre) che se non debitamente accolte possono vanificare l'azione terapeutica.

In particolare si è cercato di strutturare un secondo protocollo (fig.2) ponendo una particolare attenzione su:

a) **la necessità di rendere più frequenti gli incontri interdisciplinari tra gli operatori** (una cadenza almeno settimanale può infatti aiutare a cogliere all'origine le nuove problematiche e ad agire in maniera coordinata su di esse. Al di fuori dello schema stabilito l'incontro può essere richiesto da ogni operatore se ne ravvisa la necessità);

b) **le metodiche dell'accoglienza** (la prima visita deve accogliere la richiesta avanzata; non deve pertanto forzare la volontà del paziente, né essere associata ad affrettate proposte terapeutiche; le ulteriori visite e il protocollo diagnostico devono essere proposti e non imposti; quindi, tali interventi non devono essere attuati nella medesima giornata e devono essere coordinati con il paziente. Nel complesso si tende a favorire la motivazione alla terapia. Fin dalla prima visita viene specificamente indicato che si tratta di una modalità integrata di intervento);

c) **gli interventi sulla famiglia** (laddove se ne ravvisi la necessità è importante sollecitare l'avvio di una vera e propria terapia familiare, ciò compatibilmente alla fattiva collaborazione dei soggetti interessati, comunque un sostegno alla famiglia deve essere previsto);

d) **l'importanza di fornire un concreto e costante supporto nutrizionistico** (il dietologo deve essere inteso come figura di collegamento tra l'intervento medico-internistico e quello psicologico-psichiatrico, e quindi, quale utile strumento di integrazione);

e) **la necessità di esplicitare in équipe le conclusioni diagnostiche e la proposta terapeutica** (tale punto fulcro dell'intervento va attuato da almeno tre membri dell'équipe e formalizzato mediante certificazione scritta; la presa in carico totale o parziale viene pertanto concordata con il paziente nella medesima sede; con la stessa metodica devono essere apportati eventuali cambiamenti del protocollo terapeutico);

f) **la considerazione che non tutti gli interventi terapeutici potranno o dovranno essere forniti direttamente équipe** (nella presa in carico solo parziale devono però essere avviati costanti contatti con gli eventuali operatori esterni, nei limiti della disponibilità di questi ultimi).

In tal modo una semplice “collaborazione tra più professionisti” può essere trasformata in un più complesso e completo modello di intervento in cui i singoli operatori agiscono come parti fondamentali di un unico “puzzle clinico dinamico e plastico”.

Anche questo 2° modello operativo sarà esemplificato da un caso clinico: quello di “Anna”.

### *2° Caso Clinico*

**Anna** ragazza di 16 anni, studentessa al 2° anno di liceo classico; BMI 21,86; da circa 2 anni presenta “abbuffate compulsive seguite da vomito spontaneo” senza significative alterazioni ponderali. La sorella, (Angela) più piccola di tredici mesi, alcuni mesi prima della visita di Anna ha presentato problemi di tipo “psicotico” con turbe comportamentali (la paziente è seguita da un psicoterapeuta e da un neuropsichiatra esterni équipe), studentessa al primo anno di liceo classico. Il padre (Claudio) è avvocato e spesso è assente da casa per impegni di lavoro, la madre (Gianna), laureata, è impiegata di concetto. La paziente viene inviata su suggerimento del neuropsichiatra che ha in trattamento la sorella Angela.

### *Caso di Anna*

La coordinatrice della nostra “Unità di Studio” riceve la telefonata di Gianna che chiede una prima visita per la figlia. Anna presenta “abbuffate compulsive seguite da vomito spontaneo”; la paziente è stata inviata su suggerimento del neuropsichiatra che ha in trattamento farmacologico la sorella Angela che ha presentato nella estate precedente problemi di tipo “psicotico” con turbe comportamentali. L’appuntamento per la prima visita medico-internistica viene fissato dopo dieci giorni; dopo un solo giorno la madre ritelefona allarmata dopo una ennesima abbuffata di Anna. Viene pertanto concordata una visita (nel privato) con lo specialista Psichiatra che collabora con la nostra Unità. A tale visita Anna si presenta accompagnata dalla madre; dal colloquio (a cui in un momento preliminare partecipano entrambe) emergono forti componenti d’ansia sia nella madre che nella figlia. Il disturbo di Anna sembra insorto da diverso tempo focalizzando l’attenzione di tutta la famiglia, ad esso sarebbe seguito anche il disturbo di Angela (caratterizzato in un primo momento da vaghe turbe del comportamento alimentare e successivamente “esploso” in un episodio di agitazione psicomotoria durante le vacanze estive con la famiglia). Dopo la crisi di Angela, i genitori si sono preoccupati per la secondogenita (hanno immediatamente provveduto ad assicurare sia il sostegno psichiatrico, sia il sostegno psicoterapico), a ciò è seguito un peggioramento della sintomatologia bulimica di Anna. La visita specialistica psichiatrica si è quindi conclusa con un sostegno psicofarmacologico con Paroxetina e Clotiazepam. La visita medico-internistica viene eseguita, nella data stabilita, da due operatori (lo specialista in Endocrinologia e lo specialista in Scienza dell’Alimentazione), anche in questo caso Anna si presenta accompagnata dalla madre; la paziente viene quindi inviata ad ulteriori accertamenti clinico-diagnostici da eseguire in “Day Hospital” dopo pochi giorni (i dati emersi non *rilevano modificazioni di rilievo*). Successivamente nella riunione dei vari operatori della nostra équipe si arriva alla definizione del programma terapeutico. Non appena completato l’iter diagnostico, Anna, assieme a tutti i familiari, viene convocata ad una visita collegiale a cui partecipano i diversi operatori équipe (Endocrinologo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Nutrizionista); in tale sede viene comunicata la diagnosi di “Bulimia Nervosa, con condotte di Eliminazione (cod. DSM)V: F50.2(307.51), con moderata perdita ponderale” e la proposta terapeutica “integrata e multidisciplinare”. Dopo l’accettazione da parte sia della

paziente che dei familiari vengono programmati i singoli incontri coordinando gli accessi presso la nostra Unità; inoltre, l'équipe monitorizza i singoli interventi confrontandosi nei previsti incontri a cadenza settimanale, con la necessità di proseguire con la terapia farmacologica in atto e di avviare in maniera parallela anche: un supporto nutrizionistico/dietologico; un supporto psicologico individuale e familiare. Nel corso dell'intervento psicoterapico emerge che Anna si sente molto legata e dipendente dalla sorella, viceversa la sorella confida lo stesso legame alla sua terapeuta. Le due identità appaiono a volta confuse. Inoltre la terapia familiare evidenzia una situazione di invischiamento, con una netta confusione dei ruoli. Emerge l'utilità di chiedere un contatto di collaborazione con la psicoterapeuta della sorella Angela. La collaborazione si rivela fruttuosa.

A distanza di circa due anni si è ritenuta necessaria una riunione di équipe allargata anche alla terapeuta esterna, in tale sede si evidenzia il rilevante cambiamento effettuato dalle due ragazze e il discreto miglioramento delle dinamiche familiari. Si propone, pertanto, la chiusura del protocollo terapeutico concordando una linea di comune intervento di tutti gli operatori (compresa la terapeuta esterna). Quindi, essendo terminato anche l'iter terapeutico, Anna, assieme a tutti i familiari, viene convocata ad una conclusiva visita collegiale a cui partecipano i diversi operatori équipe (Endocrinologo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Nutrizionista).

Per concludere intendiamo, comunque, precisare che il modello di intervento illustrato è stato esteso nel territorio anche tramite l'avvio di stretti e costanti collegamenti operativi con altri professionisti coinvolti direttamente o indirettamente con i casi trattati; si spera infatti di strutturare nel tempo un'azione di rete che coinvolga un vasto numero di professionisti (medici di medicina generale, specialisti, psicoterapeuti, ecc.) di organismi istituzionali e privati, che si sentano coinvolti in una appropriata cooperazione multidisciplinare integrata del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Si vuole sottolineare comunque che a causa della complessità della patologia ogni modello presenta inevitabili lacune che tuttavia possono essere evidenziate e corrette nel tempo; il fine che si propone la nostra "Unità per lo Studio dei Disturbi dell'Alimentazione" è quello di individuare, attraverso una attività di ricerca teorica e clinica, modelli operativi integrati e multidisciplinari sempre più adeguati a scopo terapeutico e preventivo.

## TESTI DI RIFERIMENTO

- R. Caruso e F. Manara (1997). *I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica*. Franco Angeli, Milano
- M. Ceruti e G. Lo Verso (1998). *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- M. Cuzzolaro, G. Caputo, V. Guidetti, G. Ripa di Meana (eds.) (1994) In *Advancements in Diagnosis and Treatment of Anorexia Bulimia and Obesity*. Proceedings Book, Firenze, Promo Leader Service
- D.B. Ferrari (1992). *L'eclissi del corpo. Un'ipotesi psicoanalitica*. Borla
- J.D. Lichtenberg (1995). *Psicoanalisi dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- F. Montecchi (1998). *Anoressia mentale dell'adolescenza. Modelli, teorici, diagnostici e terapeutici*. Franco Angeli, Milano
- Schore A.H. (1997) Journal American Psychoanalytical Association, pag. 807



**GABRIELE BORSETTI**

D.C.A: riflessioni preliminari sulla  
formazione specifica del personale



Il tema della formazione del personale non può prescindere dai soggetti-oggetti della formazione, dall'obiettivo clinico del loro operare, dalla metodologia di intervento.

Certamente il presupposto è che esista un consenso sull'inquadramento eziopatogenetico e terapeutico, ivi compresa l'organizzazione funzionale delle diverse strutture e competenze coinvolte.

Nella necessità di avere a fondamento del mio lavoro una base dotata di un certo consenso, sono partito dal documento conclusivo della Commissione regionale che non è certamente esaustivo, ma rappresenta un elemento definito e da me condiviso nelle sue parti essenziali.

Ciò che mi accingo a presentare è comunque un'estrapolazione del tutto personale.

Non propongo delle soluzioni definitive al problema della formazione, ma vi propongo alcune riflessioni preliminari.

I D.C.A. sono affrontati da diverse figure professionali intese sia come molteplicità di medici specialisti, sia come figure non strettamente mediche. Ma il soggetto è uno e l'intervento deve essere unitario.

C'è il rischio che i D.C.A. diventino un terreno di conquista da parte di più competenze, invece è più che mai necessario avere un'idea comune di come affrontare il D.C.A., un atteggiamento univoco sul cosa fare e come farlo.

D'altronde, a differenza di altre situazioni cliniche, non è possibile avere un referente unico con la consulenza degli altri specialisti per la molteplicità e specificità dei momenti operativi.

Ma c'è necessità di una univocità referenziale.

Non è possibile l'integrazione della competenza di un'unica persona, anche se sarà utile ridurre al minimo il numero dei referenti in ogni determinato momento.

Ne consegue che la soluzione non può che essere un lavoro di équipe e ben sappiamo quanto questo termine, per quanto abusato, sia una realtà abbastanza rara e sicuramente difficile da costruire.

In un approccio complesso, multicontestuale e multimodale, vorremmo sottolineare l'importanza del lavoro di équipe nella sua dimensione di produzione di una lettura ermeneutica che informi globalmente il suo agire e che si proponga come verità epistemica (episteme è etimologicamente la conoscenza che si impone su tutto ciò che vuole confutarla e negarla) da dimostrare continuamente e da riformulare ogni qualvolta congruenti correzioni si impongono nell'intervento clinico.

Tale lavoro di équipe è difficile e complesso, e richiede il passaggio personale da uno schema di riferimento primario (gruppo familiare interno) ad uno schema di riferimento secondario, prodotto dalla trasformazione dello schema primario confrontato con i saperi professionali individuali, quelli di discipline afferenti come l'antropologia, la semeiotica, la fenomenologia (etc.) e le costellazioni gruppali che si vanno definendo nell'itinerario di formazione di équipe.

In tale percorso le identità professionali lasciano spazio alle competenze, alle funzioni ed ai ruoli che la équipe assegna sulla base di questo sapere, appreso dalla esperienza, e condiviso nel suo eventuarsì nel setting.

Bion e Anzieu sottolineano la presenza di un inconscio grupppale distinto da quello individuale che rende il gruppo qualcosa di più e di differente rispetto alla semplice somma degli individui.

Ciascun membro dell'équipe deve avere una conoscenza specifica (cioè nel proprio ambito specialistico), definite ma con referenze teoriche ermeneuticamente aperte, una competenza comune per permettere sia un'integrazione delle competenze, sia una modalità di approccio unificante che tenga conto, soprattutto in considerazione della essenziale matrice mentale dei D.C.A., della valenza psicologica di ogni atto terapeutico.

E' la presenza di un linguaggio e di un intendimento comune che permette l'integrazione e non solo l'interazione. Questa competenza comune consta di una conoscenza clinica condivisa, quindi di un "sapere" comune, ma soprattutto di una competenza interpersonale che presuppone un "saper essere". Ecco perché parliamo di formazione e non di informazione.

La competenza interpersonale è la conoscenza dei fattori e dei meccanismi che regolano le relazioni interpersonali, nonché la possibilità di utilizzarli proficuamente nella gestione del paziente.

Questa competenza deve essere strutturata, cioè fondata su principi espliciti e condivisi e realizzata attraverso uno specifico processo formativo.

Deve permettere una comprensione empatica, attraverso cioè un processo di identificazione, dei meccanismi che sottendono l'espressione sintomatologica e la dinamica interpersonale (che porta alla compliance) nei diversi momenti di approccio al soggetto con D.C.A.

Ciò permette di essere ricettivi alla comunicazione emotivo-affettiva sotterranea che può così essere accolta, compresa, elaborata ed infine utilizzata a scopo terapeutico per ottenere modificazioni il più stabili possibile.

La competenza interpersonale, così intesa, si esprime in una “modalità di essere” che ha alla sua base:

una certa permeabilità ai propri contenuti profondi

una limitata conflittualità interiore che permetta un sufficiente equilibrio ed una buona plasticità una capacità di dialogare con linguaggi metaverbali e non verbali.

In riferimento alla competenza interpersonale possiamo raggruppare i soggetti-oggetti della formazione in quattro gruppi con diversi livelli di approfondimento: quello degli psicoterapeuti, degli psichiatri, degli altri specialisti e dei medici di base e infine del personale diplomato.

Tralascio volontariamente il problema formativo dello psicoterapeuta, per il quale si rimanda alla specifica scuola di appartenenza, e affronteremo insieme quello delle altre figure.

Diamo per scontato che lo psichiatra, uscito, da una buona Scuola di Specializzazione, abbia già le giuste competenze tecniche in merito ai D.C.A., ma credo che qui convenga ricordarle perché dovrà condividerle con gli altri specialisti e, con i contributi di questi, dovrà integrare le proprie conoscenze.

Medicina basata sull'evidenza.

Anche la competenza interpersonale dello psichiatra dovrebbe essere data per acquisita. Tuttavia si ritiene utile un processo formativo, da condividere con gli altri specialisti e le ulteriori figure professionali, sullo specifico dei D.C.A. Non entro nel merito dei contenuti informativi, ma vorrei focalizzare alcuni target che definirei come l'acquisizione della capacità di confrontarsi con:

- i differenti livelli di coscienza della malattia
- la tendenza all'*acting out*
- gli alti livelli di angoscia di intrusione e/o di abbandono
- la preoccupazioni narcisistiche
- lo scarso coinvolgimento transferale o le facili reazioni controtransferali negative
- la limitata alleanza terapeutica
- la complessità di gestione delle figure genitoriali.

È possibile prevedere una gradualità di formazione e di informazione specifica per ogni figura professionale coinvolta.

Pensare ad una formazione che coinvolga tutti indifferentemente è pura utopia.

Le immagini illustrano i diversi livelli di formazione e informazione necessari in considerazione dei ruoli giocati nell'iter terapeutico dei soggetti con D.C.A. Se l'acquisizione di contenuti scientifici si diversifica quantitativamente in progressione lineare in funzione della gravidanza delle differenti figure professionali nella gestione dei D.C.A., non altrettanto si può dire per la competenza interpersonale, che deve essere massima nello psichiatra e nello specialista in scienze della nutrizione, sufficientemente sviluppata nel medico di base e quel che basta ai differenti specialisti per gestire correttamente il momento del loro contributo.

Anche rispetto alla metodologia possiamo prevedere alcuni differenti strumenti:

corsi di aggiornamento per i medici di base, gestiti dall'Ordine dei Medici su input di alcuni specialisti, con un meccanismo a cascata, già collaudato, che permette un'efficace e rapida diffusione delle informazioni.

Corsi di perfezionamento post-laurea e post-specializzazione, gestiti dall'Università, mirati alla gestione specifica dei D.C.A.

Questo per quanto attiene all'informazione scientifica, ma rimane il problema della formazione intesa come acquisizione della competenza interpersonale.

Il percorso formativo può essere realizzato con due moduli diversi per approfondimento e durata, di cui uno destinato a medici di base e specialisti nelle diverse branche mediche, l'altro per specialisti in Psichiatria e Scienze dell'alimentazione.

Per il primo la metodologia è quella della formazione grupppale che si avvale di strumenti quali:

- addestramento pratico alla comunicazione
- uso di videotape didattici
- discussione in setting di gruppo di colloqui clinici videoregistrati
- supervisione di esperienze cliniche dirette.

Per il secondo modulo dovremmo avvalerci di strumenti un po' più sofisticati. Sarebbe auspicabile una certa uniformità in ambito regionale e le richieste alla regione dovrebbero andare in questa direzione. Tuttavia dovremo fare i conti con le realtà locali e le soluzioni potrebbero essere differenti, ma - sottolineo - dovremmo ricercare la massima uniformità possibile.

Come ben sapete esistono diverse modalità formative grupppali e non vorrei far torto a nessuno.

Esprimo comunque il mio parere. Per il nostro obiettivo specifico, in relazione ai tempi, al livello di approfondimento richiesto, alla necessità di coinvolgere specialisti non psichiatri, alla eterogeneità di formazione degli psichiatri stessi, ritengo che l'organizzazione più duttile ed efficace possa essere quella del Gruppo operativo.

La tecnica di Gruppo operativo nasce dall'approfondimento e dalla contaminazione di aree di conoscenza diverse come la psicoanalisi kleiniana, la semiologia, la sociologia e l'antropologia, che Pichon Riviere ha embricato con l'esito di una modalità di conduzione gruppale.

Il gruppo si ritrova per discutere di un compito (un caso clinico o una situazione di lavoro) e la interazione di gruppo sarà oggetto di approfondimento emozionale e conoscitivo rispetto agli elementi latenti inconsciamente evocati.

Il Gruppo operativo si relaziona a due livelli, uno manifesto, a livello del compito, ed uno latente, che include gli aspetti emotivi, concordanti o discordanti con il compito manifesto, attivati dal gruppo che nella elaborazione confligherà, si frammenterà o si difenderà, con modalità che andranno rese consapevoli e opportunamente gestite perché interferiscono con lo svolgimento del compito e del lavoro del gruppo.

Pichon Rivière individua nella presenza di una unità referenziale la differenza tra un gruppo ed un gruppo di lavoro: la presenza di un linguaggio comune rende possibile l'integrazione (anziché la semplice interazione).

Complessivamente si possono riassumere gli aspetti fondamentali dell'esperienza di Gruppo operativo:

- il metodo comporta un coinvolgimento emotivo personale, e per questo è più volte attaccato e messo in discussione.

- la storia delle osservazioni e degli osservatori si articola e si intreccia con la storia del gruppo, fino a non esserne distinguibile.

- nel gruppo è possibile osservare e discutere sui carichi di angosce, difese e sui tipi di rapporto sperimentati nel lavoro dai componenti del gruppo, proprio attraverso l'esperienza emotiva diretta.

- i fondamentali tipi di angosce che in genere sono rilevati sono quello paranoide (scissione dell'oggetto in oggetto buono/oggetto persecutorio), quello confusionale (incompleta discriminazione tra oggetti parziali), quello depressivo (tristezza per il rapporto ambivalente verso lo stesso oggetto).

in rapporto alle angosce manifestate e alle difese innescate, verificano modalità di funzionamento del gruppo di tipo fobico (elusione del compito), controfobico (si attacca il compito), ossessivo (si cerca di immobilizzare il compito) e paranoide (ostilità e diffidenza verso il compito).

Attraverso il Gruppo operativo ogni professionista attua dei cambiamenti in sé stesso e nella relazione con gli utenti.

Punto focale di questo cambiamento è la diagnosi, che qui diamo già per scontata, visto che ci occupiamo di D.C.A.

Nel Gruppo operativo la diagnosi diventa allora come la rete di Bertoldo: ci rende né privi di punti di riferimento (nudi) né difesi dall'uso della diagnosi per coprire (vestiti).

Bion, a proposito della diagnosi, dice che “il nome è impiegato per impedire la dispersione dei fenomeni”.

La diagnosi cioè rende possibile parlare di una cosa prima di conoscerla; prima di essere utile per programmare un trattamento o definire la prognosi, la diagnosi serve a percepire i fenomeni stessi, e a pensarci sopra.

In ottica psicodinamica lo strumento per effettuare una diagnosi è il colloquio che da modo di valutare la relazione fra operatore ed utente (dove l'operatore è osservante e osservato).

Il procedimento diagnostico ha già in sé una valenza terapeutica, poiché da modo al terapeuta di conoscere il paziente, ed al paziente di conoscere sé stesso.

“Diagnosi significa conoscenza attraverso, è il nome che indica una serie di fenomeni clinici, osservati, correlati tra loro” (Bion).

I fenomeni legati alla diagnosi (che dobbiamo cercare di conoscere, senza usare la diagnosi come etichetta) non sono nella persona, ma nel rapporto/contesto dell'osservare sé stessi col paziente in quel rapporto.

L'obiettivo è la costituzione dell'équipe.

Quaglino sostiene che “L'appartenenza è il sentimento comune dei membri di un gruppo, che si riconoscono, come unità, in norme, valori e cultura che essi stessi hanno generato con i processi di comunicazione e le funzioni di leadership”. L'appartenenza fonda sia l'identità grupppale che quella del singolo. L'identità del gruppo si struttura su due livelli:

- tendenza all'integrazione
- tendenza alla socializzazione senza regole e limiti specifici

Perché un gruppo di lavoro in un servizio possa funzionare occorrono delle condizioni organizzative di base:

stabilità nel tempo del personale;  
spazi adeguati a disposizione per incontrare il paziente in tranquillità;  
un tempo-spazio definito per la riunione d'équipe;  
un coordinatore non solo burocraticamente definito.

Merini a sua volta precisa che il gruppo elabora una memoria affettiva (non neutrale) sulla base delle reazioni emozionali del gruppo davanti ai pazienti; questa apre nuove possibilità di lavoro.

L'équipe deve sapere utilizzare sé stessa integrando i propri strumenti terapeutici con le risorse presenti nel paziente, nella famiglia, nell'ambiente.



**SIMONCINI, P. IACOPINI, G. SANTONE,  
L. MARIANI, G. BORSETTI**

Assetto terapeutico dei D.C.A.: l'esperienza  
e le prospettive del servizio ambulatoriale della  
clinica psichiatrica dell'università di Ancona



L'esperienza clinica e l'ormai vasta letteratura ci hanno insegnato che le modificazioni somatiche che caratterizzano i D.C.A. e in particolare l'Anoressia rappresentano solo la punta di un iceberg e si legano a complessi fenomeni psicopatologici che hanno come nucleo centrale l'alterata percezione della body image (oscillando tra la dismorfofobia ed il delirio corporeo) e si arricchiscono di problematiche che vanno dal disturbo dell'identità sessuale al narcisismo, dal disturbo di personalità ossessivo-compulsivo all'incompleto processo di separazione/individuazione.

Pertanto, senza sottovalutare l'ipotesi di un'alterazione primaria organica, presumibilmente ipotalamica e sovraipotalamica, e nonostante il corpo sofferente richieda talvolta interventi diretti ed indilazionabili, riteniamo che un trattamento focalizzato esclusivamente sul recupero del peso corporeo - fosse anche inteso secondo il BMI - offra poche possibilità di successo.

C'è unanime consenso nella letteratura sulla maggiore efficacia della terapia quanto più precocemente venga instaurata, così come è diffusamente riconosciuto che una proficua psicoterapia possa essere attivata solo dopo che si è ricostituita una condizione fisica di compenso.

È nostra opinione comunque che un intervento psicodinamicamente orientato sia necessario fin dalla prima presa di contatto e/o nella eventuale fase di ricovero.

Anche durante la degenza la paziente e la sua famiglia possono essere inserite in un programma di informazione e sensibilizzazione che agevolerà il trattamento somatico e l'intervento farmacologico e psicosociale. Il riequilibrio dei parametri biologici, all'inizio non necessariamente attraverso la modificazione delle condotte alimentari, può essere considerato non solo il punto di partenza per una psicoterapia, ma anche il punto di arrivo dell'intervento psicologico, o meglio di un intervento integrato orientato in senso psicoterapico, un intervento cioè in cui gli specialisti che vi partecipano condividono una comune visione dinamica dei D.C.A..

È proprio questo che permette alla paziente una maggiore compliance nei confronti della terapia, il superamento delle resistenze - eminentemente psicologiche - di fronte ai programmi di rialimentazione.

Da questa premessa nasce il nostro contributo al Convegno.

Esso vuole offrire alla riflessione degli operatori l'organizzazione di un Servizio e la logica che lo sottende, quali espressioni della concezione

dinamica dei D.C.A. alla cui base si riconosce una patologia eminentemente psichica, senza scotomizzare peraltro la grossa componente somatica, tanto nell'espressione sintomatologica quanto nei meccanismi etiopatogenetici.

Nell'organizzazione del Servizio nel suo complesso, il primo obiettivo è stato quello di creare un'adeguata accoglienza, o meglio una corretta risposta iniziale, poichè la presa di contatto rappresenta secondo noi il momento più delicato affinchè si stabilisca una relazione che non subisca troppo facilmente la rottura o un disinvestimento. Un'enfatizzazione del problema ponderale ad esempio rischia di aggravare i meccanismi ideativi ossessivi, abbassare ulteriormente il tono dell'umore o enfatizzare i fattori disgregativi della personalità.

Infatti queste ammalate, oltre a difendersi genericamente dal rapporto interpersonale vissuto come sopraffacente, temono di venire costrette dal terapeuta ad abbandonare il loro sintomo, soprattutto se hanno già avuto uno o più ricoveri.

Esse pensano che per il terapeuta guarire significhi solo prendere peso, in quanto sono in gran parte inconsapevoli delle gravi disarmonie e distorsioni della loro personalità.

È importante quindi rassicurarle sul fatto che il problema del corpo sia per l'équipe solo l'epifenomeno di un disagio più intimo e che quest'ultimo rappresenti l'interesse primario del rapporto terapeutico; siamo peraltro consapevoli dell'ambivalenza con cui tale comunicazione può essere recepita, spesso strumentalmente distorta in senso collusivo nel tentativo di cambiar tutto affinchè tutto rimanga come prima: per queste pazienti infatti la malattia costituisce una soluzione, un pseudoequilibrio, e non un problema da eliminare. È in questa fase che si predispongono gli elementi indispensabili alla compliance, sia che si ricorra all'ospedalizzazione, sia che si prosegua all'interno del nostro protocollo ambulatoriale.

Grazie alla équipe di specialisti, tra cui il nutrizionista e l'endocrinologo, si può contare tanto su consulenze occasionali e/o continuative, quanto sulla possibilità di ricovero in day hospital o in reparto clinico di degenza.

La decisione di un eventuale ricovero o di un day hospital può dipendere sia dall'obiettivo stato fisico della paziente (intendendo per questo non tanto o non solo la caduta del peso al di sotto di parametri predefiniti, quanto l'urgenza della compensazione dei valori biochimici alterati), sia da fattori non somatici quali il livello motivazionale al trattamento della stessa

paziente, il grado di collaborazione psicologica e pragmatica della famiglia, la gravità e la durata della patologia.

In ultima analisi, in verità, l'elemento determinante della scelta si è dimostrato essere la percezione da parte dell'équipe di poter gestire la situazione, in quel preciso momento, con o senza un setting contenitivo come l'ospedalizzazione, tenendo presente comunque che un ricovero affrettato può essere utilizzato dall'équipe per sedare le proprie ansie o quelle della famiglia, ma può essere vissuto dalla paziente come una sopraffazione, per cui pur potendo portare ad un transitorio miglioramento fisico, rischia di rovinare un rapporto di alleanza terapeutica indispensabile per risultati ben più radicali.

Fin dal primo approccio viene infatti concordata con la paziente la necessità di sottoporsi ad accertamenti clinici periodici, che riguardano più specificatamente l'area medico-internistica, e ad un approfondimento psicodiagnostico.

Per la valutazione psicologica riteniamo utile la somministrazione di specifiche rating scales e la ripetizione di alcune di esse, dopo sei mesi di trattamento psicoterapico e/o psicofarmacologico, associato a controlli nutrizionali periodici.

L'Eating Disorder Inventory (E.D.I.), è una scala di autovalutazione, introdotta nel 1983, allo scopo di delineare e misurare alcuni tratti psicologici o gruppi di sintomi per la comprensione ed il trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Tale strumento comprende alcune sottoscale di cui otto esplorano aree specifiche come l'impulso alla magrezza, la bulimia, l'insoddisfazione per il proprio corpo, l'inadeguatezza, il perfezionismo, la sfiducia interpersonale, la consapevolezza enterocettiva, la paura della maturità. Proprio queste sottoscale, forniscono utili informazioni per la comprensione della paziente, per il trattamento e la valutazione del decorso della condizione psicopatologica.

La Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), è una scala di eterovalutazione del disturbo ossessivo-compulsivo, messa a punto nel 1990 da Goodman et al., che rapidamente è diventata il punto di riferimento per la valutazione della gravità di tale disturbo. Parecchi autori hanno riportato un'elevata prevalenza del disturbo ossessivo-compulsivo durante la vita di pazienti con anoressia o bulimia nervosa (15-33 per cento). Inoltre alcuni studi comparativi hanno evidenziato la presenza sia di marcate analogie che di differenze nella personalità e nelle caratteristiche psi-

copatologiche di pazienti con disturbi alimentari rispetto a quelli con disturbo ossessivo-compulsivo. Pertanto è stata formulata l'ipotesi che l'anoressia e la bulimia nervosa appartengano alla famiglia dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo. La Y-BOCS, valutando la severità, piuttosto che il tipo o la frequenza dei sintomi, fornisce una buona misura del cambiamento, consentendo di verificare lo sforzo messo in atto per resistere ai pensieri ossessivi o alle spinte compulsive o la ridotta pressione di queste ultime. Questi dati possono essere confermati e verificati in maniera più dettagliata con la Yale-Brown-Cornell per i disordini alimentari. Quest'ultima, anch'essa una scala di eterovalutazione, è composta di due parti: una riguarda le preoccupazioni sul cibo, sull'alimentazione, sul peso, sulla forma e aspetto, sull'abbigliamento, ecc., mentre l'altra interessa i rituali centrati sull'alimentazione, sul cibo, sulle abbuffate, sul purgarsi, sul peso, sugli esercizi fisici, ecc.

Infine attraverso la Bulimic Investigation Test Edimburgh (B.I.T.E.), di Henderson M. e Freeman C.P.L., che è un questionario autosomministrato, vengono valutate specifiche dimensioni psicopatologiche correlate al comportamento di tipo bulimico.

Ulteriori approfondimenti psicodiagnostici, effettuati in collaborazione con il Modulo di psicologia, consistono nella somministrazione di reattivi aspecifici che, oltre a fornire informazioni utili all'impostazione e gestione dell'iter terapeutico, permettono di raccogliere dati utili alla ricerca clinica applicata. Queste operazioni impegnano l'operatore fin dalle prime fasi non solo in una valutazione, ma già in un intervento quantomeno con finalità esplicative ed interpretative superficiali che inizia al momento del primo incontro con la paziente ed eventualmente con i familiari e prosegue per altri tre - cinque incontri fornendo ipotesi sempre più specifiche e dettagliate.

Tali valutazioni, ferme restando le necessarie risposte alle urgenze, per certi versi sembrano anticipare il trattamento, ma in realtà ne sono parte integrante, quantomeno in un'ottica cognitiva. Molto spesso infatti sono necessari tempi lunghi per raccogliere le informazioni che dapprima possono essere negate per negligenza, inconsapevolezza, superficialità o reticenza da parte della paziente e della sua famiglia. Particolare attenzione va dedicata a quest'ultima e soprattutto nell'intento di contenerne le ansie. Spesso si tratta di sistemi familiari "invischiati" in cui i confini tra gli individui risultano piuttosto deboli e le intrusioni avvengono di frequente, sia all'interno degli spazi fisici che psicoemotivi. Vi è la tendenza a evitare

i conflitti, i disaccordi, a negare qualsiasi altro problema che non sia il sintomo della paziente. La malattia e la gestione della stessa, diventa allora da una parte il focus su cui si scaricano tutte le tensioni familiari, dall'altra l'elemento mediatore di incontro della coppia genitoriale affetta da una sorta di blocco comunicativo. È comprensibile quanto queste famiglie possano vivere come pericoloso ogni processo di autonomia da parte del singolo individuo, quanto possano temere un cammino psicoterapeutico della paziente verso il completamento del processo di separazione/ individuazione. Sarà importante quindi avviare un rapporto comprensivo e supportivo all'incontro col "fantasma" della separazione e che permetta l'elaborazione delle aspettative magiche e onnipotenti, della delega totale e dell'urgenza angosciata.

Anche la costruzione dell'alleanza terapeutica con la paziente non deve essere considerata un dato scontato su cui appoggiare ed iniziare automaticamente la terapia, quanto piuttosto il risultato di un complesso lavoro che vede soprattutto nell'empatia lo strumento principale, ma che non disdegna un atteggiamento psicoterapico "reality oriented". La condivisione degli obiettivi del trattamento è in sostanza tanto un punto di partenza quanto quello di arrivo di un processo di costruzione di un rapporto terapeutico. Alla fine di questo percorso gli scopi concordati, pur nell'accettazione di una inevitabile parziale ambivalenza, consisteranno nel recupero di un peso adeguato, nell'acquisizione di un pattern alimentare normale, nel recupero di sane modalità di pensiero ed emozionali, nella costruzione di adeguati rapporti relazionali. Per raggiungere tali obiettivi si è rivelata essenziale la rete di specialisti che si è costruita attorno ai diversi bisogni della paziente. Ma è necessario che tutti gli specialisti condividano una visione del D.C.A. e concordino sulle "regole del gioco", cioè siano consapevoli che ogni atto medico ha uno specifico rilevante significato sul piano psicologico che deve essere preventivamente colto ed opportunamente utilizzato.

Ci sembra pertanto importante proporre la figura dello psichiatra come coordinatore e punto di riferimento della rete terapeutica, per evitare che la separazione dei compiti, alcuni centrati sul corpo ed altri sullo psichismo, tenda a ricalcare la separazione tra "oggetto buono" e "oggetto cattivo", che la paziente ha già realizzato tra il sé ed il suo corpo. La possibilità di lavorare in équipe permette inoltre la condivisione dei vissuti controtransferali e la loro elaborazione al fine di ridurre le ansie del terapeuta e fornire un riscontro clinico positivo. L'avvio di una psicoterapia in senso stretto

rappresenta solo l'ultimo atto di questa presa in carico, perché la psicoterapia, le cui possibilità sono troppo spesso ingigantite o negate, è un punto di arrivo e non di partenza. In ogni caso, solo alcuni programmi sono un'applicazione ortodossa del modello teorico di riferimento. L'importante è da un lato che non si scoto-mizzi la corporeità da parte di un terapeuta sedotto dalle suggestioni narcisistiche della paziente, dall'altro che il corpo non venga utilizzato come terreno di battaglia tra la distruttività della paziente e l'istanza riparativa del medico. In ogni caso la centralità ed il "peso", enfaticizzato o negato, della corporalità sintomatologica esigono approcci adeguati. Possono essere utilizzate diverse tecniche terapeutiche e, concordemente con la letteratura, nessun approccio può essere definito ottimale; tutti gli autori sono peraltro d'accordo nell'attribuire alla psicoterapia un ruolo decisivo nel trattamento dei disturbi della condotta alimentare. Rispetto alle tecniche finora utilizzate, riteniamo prezioso poter contare nell'ambito della Clinica Psichiatrica di competenze ad ampio raggio. Alcuni operatori hanno infatti una formazione psicoanalitica, altri di tipo cognitivista, altri ancora sistemico relazionale o gruppo-analitica. La peculiarità della patologia impone di modulare la psicoterapia sulle necessità, capacità e sul livello di gravità psicopatologica della paziente, adeguando di volta in volta il setting ed il livello di intervento. Per la difficoltà di instaurare con queste pazienti un rapporto sufficientemente stabile il terapeuta dovrebbe avere un ruolo particolarmente impegnativo, attivo senza essere direttivo, non deve essere onnisciente, ma piuttosto guidare all'autocoscienza la paziente stessa. In tali soggetti, in cui la capacità di insight è spesso debole e i conflitti essenzialmente agiti o somatizzati, una risposta terapeutica attiva diviene più comprensibile ed efficace. Lo stesso setting dovrebbe fungere da spazio transizionale, ovvero da luogo dove il rapporto terapeutico serve da strumento finalizzato alla ristrutturazione delle relazioni con l'esterno, ottenendo una riunificazione degli oggetti buoni e cattivi. Segnaliamo che in molti casi si è rivelato utile l'utilizzo del modello di "split management" anglosassone, opportunamente rivisitato, consistente nell'utilizzo di due coterapeuti in sedute individuali in modo da favorire, con la loro differente personalità, modalità relazionale, investimenti, identificazioni e proiezioni diverse. L'approfondimento teorico esula dalla presente trattazione. Si vuole qui solo sottolineare come sia necessario adeguare la risposta del Servizio alle esigenze della paziente, mantenendo per contro una visione e gestione organica e unitaria di tutte le risorse.

## BIBLIOGRAFIA

- Bruch H. *Eating Disorders*. New York, Basic Books, 1973.
- Bruch H. *Anoressia mentale: casi clinici*. Milano, Cortina, 1988.
- Gatti B. *L'anoressia mentale*. In: Semi A. (a cura di): *Trattato di Psicoanalisi*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Halmi K. Et coll. *Prognosis in anorexia nervosa*. *Ann. Internat. Med.* 78, 907, 1973.
- Halmi K.A. *Treatment of Anorexia Nervosa*. *Journal of Adolescent Health Care*, 47, 47-59, 1983.
- Harper-Giuffrè H., Mackenzie K.R. (eds.) *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. Amer. Psychiat. Press, 1992.
- Macchi E., Cassano G.B., Santonastaso P., Pantano M. *Disturbi della Condotta Alimentare*. In: *Trattato Italiano di Psichiatria*, II, Masson, Milano, 1993.
- Montecchi F. *Anoressia mentale dell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*, F. Angeli, Milano, 1994.
- Palazzoli Selvini M. *L'anoressia mentale*. Milano, Feltrinelli, 1963.
- Palazzoli Selvini M. *Contributo alla psicopatologia del vissuto corporeo*. *Arch. Psicol. Neur. Psych.* 26, 344, 1965.
- Powers P.S. *Psychotherapy of Anorexia Nervosa*. In: Powers P.S., Fernandez R.C. (Eds.): *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Karger, Basel, 1984.
- Thoma H. *Anorexia Nervosa*. International Universities Press, New York, 1967.
- Van der Linden J., Van der Eycken W. *A practical Guide to the Treatment of Bulimia Nervosa*. New York, Brunner & Mazel, 1992.



# DISCUSSIONE



*(Dr. Stefano Santone):*

*Vorrei porre una domanda sul particolare problema della famiglia.*

*Questa mattina il Prof Cuzzolaro ha posto questo limite di 16 anni per il trattamento con la famiglia.*

*Però dalle relazioni ascoltate, questo pomeriggio è emerso il tema della famiglia come problema che dobbiamo porci .*

*Allora vorrei chiedere se nella letteratura, in quello che vi è capitato di osservare, nei modelli che si vanno formando e definendo, anche nel caso in cui non ci sia una vera e propria terapia strutturata della famiglia, possano essere utili degli interventi con la famiglia, per es. dei gruppi che somigliano a quelli psico-educazionali tanto applicati nella terapia della psicosi, oppure possono esserci dei gruppi di auto- aiuto.*

*Vorrei sapere da voi se avevate qualche esperienza o qualche dato in proposito.*

*(Dr. Curatola):* Che una attenzione alla famiglia sia essenziale, sia importante indipendentemente dal limite dell'età .

Se non altro al di là di quelle che sono le dinamiche relazionali all'interno della famiglia, la famiglia poi della A. , della B., vive delle grosse angosce, al di là degli aspetti più direttamente coinvolti nella psicopatologia e quindi, l'idea di poter affiancare in qualsiasi terapia sul soggetto, tenendo anche conto di quelle che sono le problematiche e le angosce della famiglia, mi sembra importantissimo, questo come primo punto. In fondo poi riguardo la prima paziente che abbiamo presentato, può essere aggiunto il fatto che se la madre ha portato via la figlia, che peraltro dopo diverso tempo iniziava, una certa alleanza con il gruppo di terapeuti, è stato perché non ci eravamo fatti carico, in sostanza, dell'angoscia della madre.

Poi sappiamo bene che nei D.C.A., la famiglia è profondamente coinvolta, proprio come base nella matrice psicogenetica, quindi sarebbe auspicabile riuscire a strutturare una serie di interventi per poter anche lavorare sulla famiglia.

*Dr. Gabriele Borsetti:* Condivido il parere del Prof. Cuzzolaro di questa mattina, anche se non saprei definire un limite di 16 o 15 o 17 anni.

Secondo me il discorso non è tanto in termini di età quanto di invischamento nella dinamica familiare. Ci può essere un diciottenne completamente

immerso in una dinamica familiare, o magari una ventenne o un 22 enne, così come ci può essere già una 16 enne che ha già innescato dei meccanismi di separazione, e quindi può essere agevolata in una richiesta di trattamento individuale.

Per cui non ne farei tanto un problema di età, perché se chiaramente è un'indicazione di massima, va valutato il grado di invischiamento con la famiglia.

Questo significa giungere ad orientare la paziente ad una terapia familiare di tipo sistemico-relazionale.

Ciò non significa che la paziente accetti questa terapia. Noi pensiamo che questa sia la cosa più idonea, più importante, ma non sempre troviamo una compliance che ci permette di portare avanti quel progetto che riteniamo più opportuno, per cui ritorno a quel ruolo determinante nella gestione delle fasi iniziali, per poter poi indicare i momenti operativi più tecnicamente incisivi.

Però accanto ad una terapia sistemico-relazionale familiare, che gestisce in termini di relazioni la famiglia, credo che comunque l'ambito familiare vada preso in relazione, anche qui con un criterio di valutazione molto individuale, nel senso che dobbiamo vedere quanto pesi realmente la famiglia in termini, non tanto oggettivi, quanto di famiglia fantasmatica, in quanto, quando parliamo di D.C.A., parliamo comunque di fantasmi, di ruoli genitoriali, soprattutto materno che costellano la mente della nostra paziente.

Quindi dovremmo limitare anche questo rischio di concretizzazione del problema, perché a volte è un problema più fantasmatico che reale, mentre a volte è un problema tanto fantasmatico quanto concreto, con figure realmente incidenti nella vita mentale della pz., da dover intervenire in maniera diretta.

In linea di massima, per quella che è l'esperienza della nostre cliniche, direi che noi offriamo comunque una sorta di counseling familiare.

Se c'è indicazione per una terapia, quello è l'obiettivo verso cui cerchiamo di camminare.

In tutte le altre situazioni pensiamo di offrire qualcosa che non è necessariamente una terapia relazionale in senso stretto, ma che serve da contenimento di quelle angosce che cerchiamo di mettere in atto con la paziente. e che inevitabilmente si riflettono poi sul nucleo familiare. Può essere un nucleo che riesce a gestire sufficientemente bene questi cambia-

menti, può essere un nucleo che invece si attiva con angosce o situazioni depressive e quindi va in qualche modo sostenuto, in maniera non particolarmente strutturato, ma sicuramente con un'azione di contenimento.

*Dr. Marco Buccetti:* Vorrei aggiungere una cosa riguardo ai gruppi self-help. Esiste a Firenze una forma un po' particolare di gruppo di auto-aiuto, in quanto all'interno del gruppo c'è la presenza di un operatore della loro equipe.

È una struttura un po' particolare perché è utile come porta aperta verso le richieste della paziente, verso l'accoglienza di quelle angosce che la paziente non riesce molte volte ad esplicitare.

In quella sede sono stati istituiti gruppi di auto-aiuto che sono specifici di quel disturbo, ma tendono ad integrare sia soggetti obesi, che bulimici, che anoressici e c'è la presenza di un operatore che può avere la chiave per entrare nell'ambito di una richiesta più specifica.

Come esperienza sembra positiva, dobbiamo poi vedere quali saranno i risultati in seguito.

*(Dr. Marco Floriani):*

*Ho apprezzato moltissimo l'esposizione del Prof. Curatola e del Prof. Borsetti, però senza trascurare la qualità dei servizi, mi chiedo quanto può venire a costare un protocollo come quello del Prof. Curatola.*

*Non si può in qualche modo limitare la spesa?*

*(Prof. Curatola):* Indubbiamente io credo che un approccio integrato, anche se si vuole contenere la spesa, comunque è un approccio costoso, e comunque quando arrivano alla nostra osservazione, si tratta già di patologie piuttosto strutturate.

Il danno biologico c'è e va curato, ma il punto costoso non è la parte internistica, il punto costoso è indubbiamente organizzare una risposta in termini psicoterapeutici.

La patologia D.C.A. indubbiamente pesca su un fondo psicopatologico, molto complesso, che non possiamo pensare di curare con poche sedute.

L'atteggiamento del nostro gruppo è quello di valorizzare l'appoggio esterno di altri terapeuti che non siano all'interno delle istituzioni, ma in senso generale i costi non cambiano, questo è inevitabile.

*Dr. Gabriele Borsetti:* Vorrei aggiungere una cosa importante.

Abbiamo l'esperienza in Lombardia con Manara.

Esiste un centro con 20 posti letto per D.C.A. ed i ricoveri per D.C.A. non sono intesi tanto per casi estremi di anoressia, ma quanto invece, per un discorso terapeutico, e quindi va visto in un'ottica più globale.

Logico che i costi sono elevati, ma il discorso è quanto costano i D.C.A. alla nostra società? Quanto costa un obeso che comincia miriadi di diete che poi puntualmente falliscono?

Di qui nasce la necessità di affrontare in modo tempestivo e completo il problema.

*(Dr. Colapinto):*

*Vorrei fare una considerazione anche per rispondere alla questione dei costi, ad un congresso a Bologna, si è ipotizzato di far durare il trattamento psico-educazionale come trattamento di regime riabilitativo, quindi il costo viene molto abbassato.*

*La domanda provocatoria riguarda il protocollo terapeutico, cioè quando arriva un'anoressica con basso indice di massa corporea che viene da altre esperienze terapeutiche, si era posto il problema se questa era una paziente da curare per forza oppure no, quindi se era opportuno fare il T.S.O..*

*A Torino non fanno il T.S.O., fanno i T.S.:O. in reparto e tengono sempre dei letti a disposizione per questi casi.*

*Un'altra osservazione che volevo fare è questa: nella pratica clinica noi vediamo il fanatismo degli psicoterapeuti che dicono: "Io ho la teoria giusta e le altre non sono vere.*

*Spero che questo sia un atteggiamento non della Scuola ma dei singoli terapeuti ed è una cosa che va affrontata.*

*Dr. Giovanna Curatola:* Speriamo che gli scienziati muoiano.

*Dr. Massimo Mazini:* No, speriamo che cambino idea.

*Dr. Ferruccio Tiberi:* Questa mattina abbiamo nominato tre malattie che una volta noi non curavamo: D.C.A., alcolismo, Tossicodipendenza, e bisogna tenere presente che queste patologie, in fondo in fondo hanno tutte

una stesso nucleo e che la gravità è superiore a quello che ci presenta in campo psichiatrico la Schizofrenia, eccettuato alcuni tipi di Schizofrenia acuta ed alcune depressioni gravissime che sembrano oggi quasi scomparse.

I D.C.A., la tossicodipendenza e l'alcolismo sono tre patologie gravissime che gravano moltissimo sulla nostra società, quindi a mio avviso è bene mobilitare tutte le nostre energie affinché queste vengano curate più tempestivamente e nel miglior modo possibile, indipendentemente dal costo, che diventa appunto un problema di secondaria importanza se confrontato alla gravità del problema.

Se c'è stata una proposta di terapia integrata o di equipe terapeutica multiprofessionale è bene tenere presente che ci saranno delle grosse difficoltà, ma noi dobbiamo tenere presente qual'è la domanda della paziente, e noi sappiamo che certi di terapia familiare, oltre quelle sistemico-relazionali anche quelle analitico, danno non solo un aiuto alle famiglie, ma riescono anche a tirar fuori le motivazioni del soggetto.

