

Verso un trattamento integrato dell' anoressia

a cura di *Anna Pintus. Roma*

Da circa un anno, una commissione nazionale di esperti, istituita presso il Ministero della Sanità, si occupa di mettere a punto strategie indirizzate alla prevenzione, diagnosi e cura dell'anoressia e della bulimia nervose. Analoga commissione, istituita presso la Regione Lazio, ha già avviato una ricognizione dei servizi sanitari impegnati nella cura di quelle sindromi. Presupposto di tali commissioni è che anoressia e bulimia (ma particolarmente l'anoressia) siano diventate patologie di interesse e rilevanza «sociale» in vistoso e allarmante aumento.

Che nei paesi occidentali e industrializzati l'anoressia fosse malattia rarissima prima degli anni '50 e che lo sia tuttora nei paesi poveri e in via di sviluppo, confermerebbe la sua correlazione con il benessere economico. Meno evidente invece, la sua connotazione «sociale», un attributo ambiguo che sembra riferirsi contemporaneamente: al numero elevato dei soggetti interessati; alla sua disfunzionalità sul piano della norma collettiva e dell'efficienza produttiva (peraltro non vero); alla responsabilità e colpa della società per la sua insorgenza e diffusione; al carattere culturale del fenomeno particolarmente legato a quel meccanismo di amplificazione-induzione dell'evento quando questo viene affidato e reso pubblico dai mezzi di comunicazione di massa.

Quello che pare evidente è che l'immagine dell'anoressia ha subito una trasformazione: da aristocratico, invisibile e

inquietante dolore della mente, si è fatta visibile e più domestica e la sua etereità, diventata paradossalmente ridondanza di narrazione, si è corporeizzata nei dibattiti e negli sceneggiati televisivi, nelle rubriche dei settimanali e nelle commissioni ministeriali. Probabilmente, a questa evoluzione dell'immagine corrisponde un'analogia trasformazione della sua natura psicopatologica (più sul versante nevrotico che psicotico?) e della risposta medica: la psichiatria, accettando la condivisione della cura con la medicina generale e specialistica, ha dovuto abbandonare parte della sua onnipotenza terapeutica; e la medicina generale, nell'incontro con la psichiatria, ha reso i propri interventi più sofisticati e consapevoli della complessità dell'intreccio psicosomatico.

Da queste riflessioni è nata l'idea di «mettere insieme», attraverso la formula dell'intervista, medici impegnati nel trattamento dell'anoressia, che lavorano in strutture pubbliche e che hanno, ciascuno per la propria specifica competenza, consuetudine alla collaborazione e alla condivisione dei progetti terapeutici. Ad esclusione della dottoressa Gambarara (che lavora comunque a stretto contatto con il servizio di Psichiatria e Psicoterapia nell'Ospedale Bambino Gesù), gli intervistati fanno anche parte della commissione nazionale o regionale cui si è fatto riferimento:

MASSIMO CUZZOLARO: Psichiatra I Università di Roma «La Sapienza», Cattedra di Igiene Mentale. MANUELA GAMBARARA: Divisione di Patologia Metabolica e di Gastroenterologia; Consulente Nutrizionistico dell'equipe per l'Anoressia Mentale della Neuropsichiatria; Ospedale Bambino Gesù, Roma. MARIO MAZZETTI DI PIETRALATA: Primario 1^a Divisione di Medicina, Ospedale S. Eugenio, Roma. FRANCESCO MONTECCHI: Psichiatra, Servizio di Psichiatria e Psicoterapia; Ospedale Bambino Gesù, Roma. GIANFRANCO PALMA: Primario Psichiatra Azienda USL RM E.

Secondo la vostra esperienza, l'aumento dei trattamenti per disturbi anoressia è dovuto ad un incremento della patologia o ad una accresciuta attenzione a segnali e

comportamenti prima sottostimati sia dai soggetti e dalle loro famiglie che dalle eventuali agenzie di riferimento?

CUZZOLARO: L'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) sono disturbi del comportamento alimentare il cui interesse è cresciuto negli ultimi trent'anni di pari passo con l'aumento dell'incidenza di queste forme, rare fino agli anni '50. Sono due sindromi che la sistematica clinica psichiatrica più recente tiene distinte: i criteri diagnostici sono tali che la diagnosi di stato (attuale) può essere solo o l'una o l'altra. Esse condividono però molti caratteri ed è frequente che la stessa persona passi, in momenti diversi della vita, dall'uno all'altro disturbo.

L'AN è una malattia soprattutto femminile e nei Paesi Occidentali industrializzati, ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni), 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare: 1-2 nelle forme più serie e pericolose (AN, BN), le altre nelle forme più lievi, spesso transitorie, di disturbi parziali, subliminali.

L'età di esordio cade, per lo più, fra i 10 e i 30 anni, con un'età media di insorgenza di 17 anni. Le anoressie prepuberali e premenarcali sono associate a indici di psicopatologia più elevati e ad una prognosi psichiatrica generalmente più grave. Sembra in aumento il numero di casi che esordiscono dopo i 20 anni, mentre per le rarissime forme tardive e postmenopausali, la diagnosi differenziale deve prestare attenzione a disturbi depressivi mascherati.

Da qualche tempo l'AN è più conosciuta e quindi più facilmente riconosciuta: è diminuito il numero dei casi che non arrivano mai da un medico o per i quali sono formulate diagnosi errate. È classificata fra le malattie mentali: le ricerche epidemiologiche, condotte sui registri psichiatrici dei casi, possono misurare non tanto e non solo un aumento reale della frequenza, ma anche un aumento apparente dovuto allo «spostamento» delle pazienti dai servizi di endocrinologia, medicina interna, ginecologia, verso quelli di psichiatria.

MAZZETTI: La mia esperienza è quella di un primario di una divisione di medicina con spiccata competenza gastro-

enterologica. Per questo un incremento dei casi di disturbi alimentari psicogeni l'ho potuto registrare nell'esercizio della mia professione, dato che questo tipo di malati si rivolge in prima istanza al gastroenterologo, al dietologo, all'endocrinologo e non allo psichiatra.

Un incremento dei casi è stato rilevato attraverso le inchieste epidemiologiche di Cuzzolaro e Manara, mentre trasmissioni televisive di grande ascolto hanno fatto da cassa di risonanza per stimolare l'interesse dell'opinione pubblica su una patologia che non a caso ha dei risvolti spettacolari. C'è quindi certamente un'aumentata attenzione anche delle famiglie e dell'istituzione pubblica, tanto che abbiamo ricevuto e soddisfatto la richiesta formulata da alcune scuole romane e dallo stesso provveditorato, di conferenze informative rivolte agli studenti e ai docenti. E le commissioni di studio istituite sul tema dell'anoressia e bulimia dal Ministero della Sanità e dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, confermano questa tendenza.

GAMBARARA: Negli ultimi anni abbiamo sicuramente osservato una maggiore richiesta di intervento nutrizionale per tali pazienti. Ciò è probabilmente dovuto ad una maggior attenzione posta alla realizzazione di un trattamento multidisciplinare di una patologia che origina da un disturbo psichico, ma che finisce per coinvolgere, a volte gravemente, il «soma».

Si è più consapevoli dell'importanza di intervenire sul soma in maniera integrata perché si è verificato che meno tardivo è l'intervento nutrizionale più esso riesce ad essere efficace, anche perché a volte tale intervento sul soma rappresenta un «momento terapeutico» per la patologia psichica.

Mi sembra che si sia di fronte ad un reale aumento dell'incidenza dell'anoressia che sembra seguire l'evoluzione dello sviluppo e del progresso della nostra civiltà.

MONTECCHI: Negli ultimi anni la patologia anoressica è aumentata progressivamente divenendo un problema sanitario ma anche sociale negli Stati Uniti e nelle nazioni del Nord Europa. Queste dimensioni del problema stanno interessando anche l'Italia dove l'incremento di questa

patologia è da attribuire all'incremento della sua epidemiologia ma anche all'affinamento dell'attenzione diagnostica specie per quanto riguarda la diagnosi precoce.

PALMA: È difficile scindere i due versanti del quesito, ovvero l'accresciuta attenzione al fenomeno psicopatologico e l'aumento rilevante dell'incidenza di tale disturbo. Indubbiamente l'alto interesse mostrato dai mezzi di comunicazione di massa ha favorito non solo una più attenta osservazione dei sintomi prodromici ancora incerti ed ambigui nascosti in un alto livello di funzionalità sociale e di apparente integrazione, ma soprattutto ha fatto emergere il problema a livello epidemiologico travalicando i confini della singola situazione più o meno drammatica. Inoltre anche le industrie farmaceutiche impegnate nel mercato dei più recenti prodotti agenti in maniera selettiva sul sistema trasmettitoriale serotoninergico hanno contribuito a questa crescita di interesse e di attenzione al problema, con particolare riguardo soprattutto alle sindromi bulimiche. Forse proprio questo fattore di mercato è un determinante significativo nell'evidenziazione di questo tipo di disturbi che recentemente vengono segnalati con crescente frequenza.

Tutto ciò ha portato ad una maggiore attenzione a segnali e comportamenti, prima sottostimati, da parte soprattutto degli operatori dei servizi specialistici e spesso di alcuni familiari direttamente coinvolti, rimanendo abbastanza fuori da questo circuito informativo e di sensibilizzazione proprio alcuni interlocutori di primaria importanza, ovvero i medici ed i pediatri di base. D'altra parte i pazienti affetti da tale patologia hanno contribuito a questo fenomeno di mascheramento: il meccanismo di diniego è in loro così radicato da consentire la contemporanea e separata coesistenza della consapevolezza del problema e della sua negazione. Lo spazio ambiguo del corpo è l'oggetto di riferimento per una accettazione mediata.

Ma al di là di tutto quanto segnalato, l'aumento di trattamenti per disturbi alimentari è prevalentemente legato ad un reale e sostanziale incremento e diffusione di tale patologia. Non è un caso che a livello di classificazioni internazionali dei Disturbi Psichiatrici si è passati dall'in-

quadramento dell'anoressia nervosa in un sottogruppo minore dei disturbi nevrotici (ICD dell'OMS, IX ed.) alla sua collocazione come capitolo autonomo e di alta rilevanza sia nella X edizione dell'ICD dell'OMS che nella IV edizione del DSM. Quindi è in aumento questo tipo di espressione psicopatologica in tutto il mondo, con una demarcazione socio-antropologica netta tra i paesi sviluppati e ricchi e quelli poveri e in via di sviluppo.

Ma forse il problema più interessante è quello dei possibili nessi tra i due versanti del quesito posto, e cioè la ricerca di quei livelli di intermediazione tra il macrocontesto sociale ed il microcontesto familiare e personale, che fanno sì che, a seconda delle epoche storiche e delle prevalenti modalità condivise di manifestazione nella collettività del proprio particolare vissuto soggettivo, alcuni disturbi psicopatologici possano esplicitarsi attraverso configurazioni sindromiche differenti. Ovvero la stessa psicopatologia è legata anche a dinamiche storiche ed ambientali che sostanziano sia i suoi modi di manifestarsi che l'attenzione o la disattenzione alle sue rappresentazioni.

È vero che, sebbene vi sia una comune ammissione della necessità di un intervento multidisciplinare nel trattamento dell'anoressia, capita spesso di vedere specialisti diversi lavorare contemporaneamente ma non insieme?

MONTECCHI: L'AN pur essendo un disturbo psichico, si impone, talvolta in modo drammatico, per il disturbo del comportamento alimentare e il danneggiamento biologico tale che pur essendo una patologia di competenza psichiatrica coinvolge poi, in interventi di urgenza, il medico internista, l'endocrinologo, il nutrizionista, stimolando l'interesse di diverse aree specializzate della medicina e della psicologia.

Fino a dieci anni fa era una patologia o sottovalutata o trattata individualmente dal singolo professionista più in base alla propria specifica competenza e a ciò che sapeva fare, che non sulle obiettive necessità cliniche, cioè ogni area specialistica tendeva a «tradurre» il linguaggio dell'AN secondo il proprio linguaggio che andava poi ad

orientare le terapie che erano o dietologiche o endocrinologiche o internistiche o psichiatriche o/e psicoterapeutiche ecc.

Ne sono derivati interventi parcellari a volte dannosi a cui è da attribuire la cronicizzazione della malattia o l'evoluzione verso quadri psicopatologici più strutturati quando, all'uscita dall'adolescenza, la psicopatologia modifica il suo canale espressivo dal registro somatico al registro mentale.

L'osservazione retrospettiva di questi casi, la constatazione di casi mortali per la denutrizione o per suicidio, ha fatto constatare l'assenza di uniformità di criteri diagnostici e protocolli di intervento dove professionisti delle varie specialità potessero lavorare in modo integrato.

È in tempi recenti che si stanno stilando protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida di comportamento a cui si dovranno adeguare i vari professionisti che intendono trattare questa patologia.

È vero che si è ormai diffusa una cultura per un intervento multidisciplinare, ma la difficoltà è che questo intervento sia «integrato». Cioè la multidisciplinarietà significa che più specialisti trattano lo stesso caso contemporaneamente ma le strategie «splittanti» della ragazza e della sua famiglia rischiano di far agire la loro scissione psicosomatica anche nei professionisti. Questo avviene per esempio quando paziente e famiglia tendono a scindere l'intervento organico e nutrizionale da quello psichiatrico-psicoterapico triangolando, trascinando alla collusione i medici i quali, ad esempio, possono allearsi con i genitori «contro» la paziente, o, entrando in ansia essi stessi, favoriscono lo spostamento della competenza della gestione alimentare dalla paziente al genitore ipercontrolante: perlopiù la madre, che poi svaluterà l'intervento psicologico perché quello dietetico le dà la garanzia di mantenere il proprio ruolo di potere e di controllo; oppure, al contrario, possono allearsi con la paziente nella ossessività e nella rigidità delle prescrizioni dietetiche, che poi verranno sempre disattese, per disimpegnarsi dal lavoro psicologico. Il rischio è cioè che il gruppo terapeutico diventi un sistema che riproduce lo stesso modello del sistema familiare patologico: nel lavorare con questa pa-

tologia è necessario stare attenti a non restare troppo affascinati dal disturbo alimentare e a non vedere altro che questo perché significherebbe entrare nelle strategie difensive di queste pazienti: rispondere in termini alimentari, come i controlli, le inchieste sulle quantità di cibo, le incitazioni, le prescrizioni, verifiche del peso eccessivamente ripetute, andrebbero a colludere e a rinforzare l'ideazione ossessiva monotematica della paziente. Non bisogna dimenticare che il comportamento alimentare è un sintomo espresso in linguaggio simbolico e pertanto, rispondere al tema alimentare con altri temi alimentari significa anche non entrare nel vero linguaggio che sta dietro al cibo. Nel proporre l'intervento terapeutico è altresì necessario tenere presente che la patologia alimentare da garanzie di salvaguardia della loro identità e pertanto il nostro sforzo a volerla guarire viene sentito come una minaccia della loro identità: il trattamento è possibile quando ciò che noi offriamo non viene sentito come una minaccia.

CUZZOLARO: L'AN è una malattia grave, pericolosa, difficile da curare. Il primo intervento utile alla diagnosi e all'avvio di un trattamento può essere effettuato da uno psichiatra, da uno psicoanalista, da uno psicoterapeuta o da un dietologo, da un internista, da un ginecologo. D'altra parte, alcuni interventi medici possono favorire lo scatenamento, il mantenimento o l'aggravamento dell'AN. La prescrizione di diete più o meno drastiche in età adolescenziale, senza adeguata valutazione dei fattori di rischio, può avviare l'inizio della malattia. Il circolo vizioso restrizione-bulimia-restrizione, è un fattore importante per comprendere, sul piano sociale, il ruolo che l'abuso di diete ha giocato nella diffusione dei disturbi del comportamento alimentare.

La prescrizione di preparati ormonali che provocano artificialmente la comparsa delle mestruazioni deve essere di regola evitata: a parte considerazioni endocrinologiche, l'apparente ritorno di un funzionamento normale non può che rinforzare quel diniego della malattia che è un elemento strutturale dell'AN e una causa importante di resistenza alle terapie.

Le rialimentazioni forzate non sufficientemente contratta-

te con la paziente, non accompagnate da un efficace supporto psicoterapeutico e tali da provocare un aumento troppo rapido di peso, scatenano gravissime ansie, sono seguite facilmente da ricadute e, talora, provocano tentativi di suicidio. L'uso di rinforzi negativi umilianti per indurre una rieducazione alimentare può essere molto dannoso in persone che hanno già un livello tanto fragile e problematico di stima di sé.

Nella costruzione di una strategia efficace è necessario tener conto fra l'altro di tre problemi:

a) La funzione economica del sintomo. Chi tratta un'anoressia o una bulimia deve tener conto dei rischi biologici e delle emergenze somatiche create dai sintomi così come della funzione di quei sintomi stessi, costosa difesa di una certa integrità di funzionamento mentale.

b) Le interazioni familiari. Una terapia che non coinvolga in qualche forma e in qualche fase i genitori ha poche probabilità di successo, soprattutto se la paziente è giovanissima; una terapia che manchi di riconoscere profondamente l'identità individuale della paziente non ne ha nessuna.

e) Il transfert. L'investimento emotivo sul terapeuta è sospeso fra un eccesso divorante, insaziabile, e il rifiuto. L'uso mirato della frustrazione, la riparazione sistematica del setting, la gestione calda e ferma della distanza terapeutica sono presupposti indispensabili in ogni approccio e in ogni contesto di cura.

MAZZETTI: L'esperienza professionale di questi ultimi anni ci ha convinti sempre più della necessità di consolidare le competenze psicologico-psichiatriche del medico di base che rappresenta una carta vincente nella lotta a queste patologie, sia per coglierle nelle fasi iniziali sia perché il tipo di rapporto tra medico e paziente risulta essere quello più idoneo a progettare una terapia adeguata. Non è infatti pensabile fornire questa assistenza adeguata a pazienti con bulimia e anoressia in carenza di un personale preparato. L'Università dovrebbe farsi carico di formare professionisti che siano strutturati in modo da avere una visione integrata dei problemi, un dietologo che sia contestualmente psicologo ed

endocrinologo e uno psichiatra che sia contestualmente dietologo ed endocrinologo. Solo così si può pensare di mettere di fronte ad una paziente anoressica specialisti capaci di mantenersi sullo stesso piano di interventi senza prevaricare l'uno sull'altro, capaci di competenze sulla natura mentale dell'anoressia-bulimia e con la costante attenzione agli aspetti organici e nutrizionali.

PALMA: L'ipotesi di modello integrato nasce dalla necessità di accogliere entrambi i poli di questa complessa realtà psicopatologica, ovvero il corpo e la mente. La contraddizione di questo particolare disturbo sta proprio nella sua genesi squisitamente mentale e nella sua espressione prevalentemente corporea: questo doppio livello va assunto come base per favorire nuove possibili reciproche connessioni e rendere collegabile ciò che si presenta in maniera separata e contrapposta. D'altra parte la sempre maggiore specializzazione in ambito medico ha accentuato le negative tendenze alla settorializzazione, con scarsi riferimenti unificanti ed integrativi per l'utente dei servizi sanitari.

In questo caso specifico è necessario che specialisti diversi lavorino a stretto contatto e con un progetto comune condiviso. Occorre costruire delle specifiche unità operative - e non dei nuovi servizi - che aggregino operatori di diverse discipline. Il riferimento logistico dovrebbe essere rappresentato da ambiti connotati per la valenza medico-internistica, dal momento che l'approccio corporeo è più coerente con la modalità di presentazione del disturbo. L'organizzazione funzionale del gruppo integrato, che ha bisogno comunque di un responsabile istituzionale come elemento unitario di riferimento e attivatore dei livelli integrativi, varierà a seconda della gravità della patologia e quindi del bisogno emergente in quel momento. Differente infatti è la fase dell'eventuale necessaria degenza da quella di distacco-reinserimento attraverso l'utilizzazione di strutture comunitarie o da quella del trattamento psicoterapeutico ambulatoriale in collaborazione con internista e dietista.

Forse i medici e gli psicologi possono cominciare ad usare linguaggi reciprocamente più compatibili e stru-

menti operativi più inseriti in funzioni a rete e non lineari, per consentire ai pazienti di liberarsi da quella fatica impropria di coordinare in prima persona gli interventi che direttamente li riguardano.

L'anoressia viene classificata, fin dalle prime descrizioni di R. Morton, come una patologia mentale («consunzione nervosa») il cui trattamento è stato finora competenza univoca della psichiatria. La condivisione con le altre discipline del «corpo», può aver reso più accettabile la richiesta di aiuto favorendo, almeno inizialmente, attraverso la presentazione di un corpo malato, l'occultamento della mente malata?

PALMA: Indubbiamente il ritardo di una cultura psicologica nella classe medica italiana ha impedito l'approfondimento degli aspetti mentali sempre presenti anche nella pur rigida presentazione corporea. Inoltre l'eccessiva influenza di posizioni ideologiche circa l'eziologia ed il trattamento dei disturbi mentali ha contrapposto la visione biologica a quella psicologica e sociale, amplificando separazioni poco realistiche. Per questo il corpo è poco collegato alla mente, e viceversa, anche nella quotidiana pratica dei servizi sanitari, con conseguenze negative sul piano della globale tutela della salute dell'individuo e con ripercussioni ancor più gravi nel trattamento di quelle patologie a confine che richiedono proprio intrinseci livelli integrativi tra le due aree di approccio.

Comunque, il fatto che la richiesta di aiuto sia resa più accettabile, anche se attraverso la presentazione di un corpo malato e spesso la pervicace negazione di una mente malata, è un elemento estremamente positivo ed utile, se l'interlocutore medico non ripropone chiavi di lettura antinomiche e, pur accogliendo il linguaggio corporeo, lascia intravedere sullo sfondo il livello relazionale ed affettivo che lo sostanzia. L'importante è non rompere il filo di un incontro anche metaforico ed accettare entrambi i registri che vengono cripticamente proposti. Il messaggio concreto totalizzante cerca un interlocutore che lo prenda in considerazione come tale e che, al tempo stesso, ne comprenda l'implicito valore parziale. Per questo l'equipe

medica di primo contatto deve poter contare su un'equipe psicologica di costante riferimento operativo.

Dalla vostra specifica competenza, qual è il tipo di trattamento che proponete, o che vi viene richiesto, o che viene concordato con gli altri colleghi? Avete una proposta di modello integrato di intervento?

GAMBARARA: L'intervento nutrizionale richiesto nell'anorexia nervosa è inizialmente quello di una verifica dello stato di nutrizione attuale del paziente (grado o entità della malnutrizione, entità di eventuali rischi immediati, necessità di ricovero ospedaliero).

Tale intervento viene realizzato secondo una linea di assistenza-terapia nella quale intervento psichiatrico e dietetico-nutrizionale sono affiancati, ma non necessariamente, o per lo meno solo a volte, paralleli. Ciò nel senso che a volte può essere più grave la condizione psichica rispetto a quella organica o viceversa, per cui di volta in volta può essere più intensivo l'uno o l'altro degli aspetti terapeutici.

La proposta più razionale sembra essere quella di un'osservazione multidisciplinare del soggetto nella sede di primaria accettazione che è quasi sempre il centro di neuropsichiatria. Dopo la fase valutativa iniziale ed il primo tentativo gestionale, se richiesto un intervento di renutrizione particolarmente intensivo (nutrizione parenterale) ciò può avvenire in specifiche sedi (come anche i reparti di gastroenterologia), presso le quali proseguirà la consulenza psichiatrica. In caso contrario verrà proseguita una consulenza di sorveglianza nutrizionale del paziente presso il Centro di Neuropsichiatria.

Si precisa che nei casi in cui è necessario ricorrere ad una renutrizione artificiale, il nostro protocollo non prevede l'utilizzo dell'alimentazione enterale per sonda a causa dei possibili effetti negativi di tale metodica sulla psiche del soggetto. Negli ultimi anni abbiamo ottenuto ottimi risultati con la renutrizione per via parenterale in tali soggetti.

MAZZETTI: Il nostro modello di intervento si articola in diverse fasi. Alla richiesta di consulenza si risponde con

un primo colloquio telefonico approfondito che ci consenta di avere un indirizzo diagnostico che rappresenti una griglia ad interventi che potrebbero poi rivelarsi devianti o inutili. Noi proponiamo alcuni test psicodiagnostici (MMPI, EAT-40, BITE, SCL 90, EDI) e analisi ematologiche in grado di offrirci dei riscontri obiettivi. I pazienti si presentano di fronte ad un'equipe rappresentata da tre specialisti di estrazione diversa i quali concordano per un intervento psicoterapeutico e nutrizionale che prevede un preliminare contratto terapeutico.

Proponiamo un intervento a livello ambulatoriale che inizi con la riabilitazione nutrizionale, tale da permettere il recupero di un peso minimo compatibile con la sopravvivenza e compatibile con un impegno psicoterapeutico. La psicoterapia può essere individuale o familiare, ma affidata ad operatori qualificati in quanto interessati al trattamento di questa patologia e che abbiano frequentato degli stages informativi.

Nel mio reparto la modalità di intervento terapeutico è quella di tipo cognitivo-comportamentale: questo modello di psicoterapia è oggi riconosciuto valido anche per i disturbi alimentari psicogeni ed è adeguato ad una patologia che si instaura durante un percorso cognitivo. Inoltre, l'approccio cognitivo ci pare particolarmente idoneo per il livello pubblico, sia per il minor tempo di durata del trattamento, che per la sua fruibilità da parte di pazienti che provengono da ambienti socio-culturali diversi.

Dobbiamo purtroppo registrare che, al momento attuale, non esiste un'organizzazione per day-hospital e centri residenziali quali sono invece presenti negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei come Gran Bretagna, Francia e Germania. Al momento attuale i ricoveri vanno orientati verso i reparti di psichiatria o di medicina interna, dove gli operatori sanitari, ausiliari, infermieri, paramedici e medici sono nella grande generalità dei casi assolutamente impreparati al confronto con queste patologie.

CUZZOLARO: In merito al problema della collaborazione di diversi specialisti, dobbiamo tenere presente che i disturbi del comportamento alimentare sono le malattie mentali che coinvolgono e sconvolgono più profondamente il

corpo e la sua biologia. Nel corso del tempo, processi psichici e somatici interagiscono fra loro e contribuiscono a determinare, mantenere e complicare i quadri clinici. A chi spetta il compito della cura? Il disturbo di base è psicopatologico. Quindi, la cura a lungo termine compete a psichiatri, psicoanalisti, psicoterapeuti. Ma in varie circostanze, a volte d'emergenza, è necessario l'intervento breve di altri specialisti: nutrizionisti, internisti, ginecologi, endocrinologi, odontoiatri. A volte, anzi, sono loro i primi ad essere consultati. Le loro ricerche hanno dato e danno contributi importanti alla conoscenza dell'anoressia e delle sue complicanze organiche.

MONTECCHI: Le modalità attraverso cui singole terapie si possono combinare ed integrare tra loro, sono da adattare in modo flessibile alle caratteristiche specifiche dei singoli casi. Questa variabilità rispetto alle diverse configurazioni psicopatologiche rende estremamente complessa una standardizzazione dell'intervento terapeutico.

Nell'intraprendere il trattamento dell'anoressica, per evitare inutili e dannosi insuccessi, è necessario ricordare che queste pazienti fanno il contrario di quello che avrebbero voglia di fare e che gli si dice di fare; ed è proprio per questo atteggiamento che i disturbi del comportamento alimentare hanno una posizione paradigmatica della problematica adolescenziale. Malgrado questa difficoltà, dall'esperienza clinica è derivato un modello di comportamento secondo il quale qualsiasi tipo di intervento terapeutico dovrebbe attenersi ai due seguenti principi:

1. *L'intervento medico deve solo accertare e correggere il danno biologico.*
2. *L'intervento psicologico non deve essere incentrato sull'alimentazione.*

Nell'offrire aiuto, si sottolinea il rispetto delle scelte alimentari e si definisce che il campo di lavoro sarà so/o il disagio psicologico, il disagio di rapporto con la famiglia, la correzione del danno biologico. Fatta salva questa filosofia di fondo, l'esperienza clinica ha confermato il dato, non frequentemente presente in letteratura, della maggiore efficacia di un trattamento

combinato, in cui confluiscono diverse forme di terapia. L'intervento medico non deve avere come obiettivo il far mangiare o il fare aumentare di peso, ma deve essere diretto solo alla correzione dei danni biologici più seri e deve procedere in modo integrato con l'intervento psicologico-psichiatrico; non è indicato nessun intervento endocrinologico per la correzione dell'amenorrea o dell'assetto ormonale alterato.

Nell'ambito dell'intervento psicologico-psichiatrico, si è riscontrata una maggiore efficacia nell'associazione di una psicoterapia individuale, una terapia familiare ed un trattamento psicofarmacologico.

Il trattamento combinato proposto è possibile all'interno del lavoro di un gruppo in cui siano ben definiti i ruoli tra le varie figure terapeutiche tra cui vengano tenute aperte le possibilità di scambio, sufficienti ad evitare che la scissione psicosomatica portata dall'anoressica si realizzi anche a livello del gruppo terapeutico; in particolare è determinante, ai fini del successo terapeutico, l'integrazione fra i Servizi di Medicina e di Psichiatria.

Capita di osservare che, a fronte dell'impossibilità a tollerare i propri conflitti e tensioni interne, molte pazienti anoressiche mostrano una particolare inclinazione a inserirsi (con finalità mediate e manipolative) nei conflitti altrui. Credete che questa possa essere una difficoltà aggiuntiva in un trattamento multidisciplinare per il quale, comunque, è facile veder nascere tensioni e conflitti fra gli operatori coinvolti?

CUZZOLARO: È necessario imparare a collaborare riconoscendo e rispettando le diverse aree di competenza. Non è raro che conflitti di natura teorica, competizioni e rivalità, problemi organizzativi e fragilità dei protocolli di trattamento finiscano per colludere con le resistenze al cambiamento della paziente e della sua famiglia. Le terapie «integrate» devono evitare conflitti e frammentazioni e perseguire, piuttosto, obiettivi di integrazione e collaborazione. In caso contrario, lo scenario della cura riprodurrà quella scissione corporea che sottende questi disturbi.

PALMA: Indubbiamente, un intervento integrato richiede alti livelli di coerenza nell'equipe capace di accettare e fronteggiare le modalità di frammentazione e contrapposizione indotte inevitabilmente dalle pazienti affette da disturbi alimentari.

È sempre utile comunque che nell'equipe esista un coordinatore per ogni singolo caso trattato, che rappresenta sia il riferimento centrale per il paziente che la garanzia di unitarietà per il gruppo curante.

Il servizio di salute mentale che Lei dirige, fornisce sia un classico servizio ambulatoriale, sia uno di consulenza -secondo il modello della psichiatria di «liaison» - in un centro specialistico per i disturbi dismetabolici. Come si caratterizzano i due diversi interventi che partono uno dichiaratamente dalla mente e l'altro dal corpo?

PALMA: L'attività ambulatoriale di un servizio psichiatrico territoriale si rivolge in linea di massima a due categorie di utenti: i pazienti autoreferenziali e quelli non autoreferenziali. I primi, in rapido aumento presso i servizi pubblici, esprimono bisogni molto differenziati e richiedono strategie d'intervento nuove ed articolate; i secondi rappresentano il compito istituzionale più impegnativo, in quanto alti utilizzatori del servizio, e comportano la messa in atto di progetti terapeutici multidisciplinari complessi, spesso con significative valenze nel campo della riabilitazione sociale. Pur essendo importante che ogni operatore possa effettuare entrambe le esperienze, come opportunità formativa che favorisce l'approfondimento di ipotesi sulla «teoria della mente» che riescano ad includere le due configurazioni fenomeniche, resta comunque chiara la demarcazione tra i due approcci.

Ma nel caso di consulenze sistematiche presso un istituto di ricovero per disturbi dismetabolici, queste elementari categorie mentali dell'operatore vengono messe in discussione sia per la particolarità del contesto e la modalità di richiesta di consulenza specialistica, che per l'originalità nell'espressione del disagio. È l'esplicitazione di un paradosso: un paziente autoreferenziale chiede aiuto attraverso modalità tipiche di un paziente non autorefe-

renziale e con la difficoltà ulteriore dell'apparente alta coerenza logica, buona aderenza alla realtà e conservata funzionalità sociale, se si esclude il campo circoscritto dell'immagine di sé e del comportamento alimentare.

Questo particolare intervento di «psichiatria di liaison» apre lo spazio a due concetti nuovi per l'operatore del servizio ambulatoriale: l'accettazione profonda della dimensione *ambigua* ed il senso compiuto dell'approccio di consulenza-valutazione.

L'ambiguità dell'accoglimento di modalità difensive centrate sulla negazione e sul prevalere del bisogno di concretezza fisica è indispensabile per lasciare aperta la possibilità di un passaggio lungo e tortuoso dall'espressione corporea al registro mentale del disagio soggettivo. È indispensabile costruire un'area intermedia condivisa in cui consapevolmente guidare l'incerta navigazione dal mare della non definizione tra corpo e mente, agli iniziali approdi dell'eclisse dell'oggetto concreto.

La consulenza-valutazione è centrata su un metodo di approccio che privilegia il senso compiuto anche di un unico colloquio, che non ha tanto la funzione propedeutica per la relazione terapeutica di lungo termine, ma che esplica la sua efficacia nella possibilità di relazioni circoscritte, utili, proprio per la loro esplicita parzialità, a promuovere livelli di consapevolezza ricchi di potenzialità trasformative.