

## di Sabba Orefice

*specialista in malattie nervose e mentali,  
socio fondatore Studio associato A.R.P., psicoanalista SPI*

Le raccomandazioni che seguono sono il tentativo di rendere espliciti alcuni passaggi determinanti nel maneggiamento **medico** di pazienti con disturbi del comportamento alimentare di una certa gravità, ma soprattutto con difficile alleanza terapeutica.

La premessa indispensabile è che il diverso percorso che si può instaurare e che riguarda la scelta iniziale, da parte di paziente e famiglia, di rivolgersi a un singolo professionista o a un Servizio che mette a disposizione competenze diverse, medici compresi, può avere implicazioni significative.

Coloro che si rivolgono direttamente solo allo psicoterapeuta sono frequenti e possono non incontrare poi particolari difficoltà. La condizione più difficile che può venirsi a creare, se l'utilizzo del medico non è stato inizialmente previsto, è solitamente una situazione molto critica per cui il clinico si può trovare in ostaggio, tra l'aggravamento delle condizioni fisiche e psichiche e il netto rifiuto dell'invio al medico, accompagnato dalla minaccia di rottura con i ben immaginabili timori correlati. Sono frequenti le reazioni della famiglia all'allarme indotto dall'aggravamento fisico e la relativa percezione che "la psicoterapia non serve a nulla".

Anche nei casi in cui il primo approccio è stato medico, sia di tipo psichiatrico sia "nutrizionista", possono non presentare difficoltà particolari. Può essere invece la prima via di accesso alle cure. In alcuni di questi casi può verificarsi la difficoltà di un successivo invio allo psicoterapeuta individuale o familiare con una successiva rottura e sfiducia nei trattamenti: "i farmaci aiutano momentaneamente ma non risolvono nulla", che però dilagano su qualunque trattamento.

La difficoltà è molto minore se già in fase di consultazione si pianifica il ricorso alle diverse funzioni professionali. È importante, quindi, che ci si basi sin dall'inizio un approccio che preveda, oltre che lo psicologo clinico / psicoterapeuta, il collega psicofarmacologo e anche il **medico**, in grado di seguire le pazienti dal punto di vista fisico.

Le funzioni del medico vanno ben oltre l'aspetto internistico e nutrizionale: come mi è stato possibile sperimentare con diversi colleghi, i più efficaci si muovono abilmente e pazientemente nella strettoia tra le necessità strettamente mediche e l'attenzione alla profonda difficoltà emotiva sperimentata dalle pazienti con DCA nell'accettare e seguire le cure.

È infatti importante che il medico abbia presente che tutto l'apparato rituale delle pazienti con DCA serve a esorcizzare il loro allarme e la loro paura. Più che di controllo del peso e del cibo, il collega consapevole – e per fortuna possiamo frequentemente contare su questa preziosa capacità – ha ben presente che si tratta di una necessità magica e "ingenua", derivante da una teoria naïf del corpo e della sua cura. Riprova ne è il fatto che queste pazienti rimangono sempre sconcertate e colpite quando si dice loro che il dimagrimento a cui ambiscono comporta una drastica riduzione anche di muscoli e cervello – ovvero anche neuroni e ipofisi – e quindi una conseguente diminuzione delle loro capacità fisiche e mentali che per altro verso, invece, tentano continuamente di rafforzare.

È quindi importante poter contare sul fatto che i colleghi medici e nutrizionisti siano in grado di far innanzitutto sentire alla paziente che riconoscono il suo diritto di non "ingrassare", come un riconosciuto diritto del cittadino, a patto di nutrire invece a sufficienza le sue parti vitali.

Inoltre è fondamentale che il medico trasmetta la percezione di sapere che le paure sperimentate dalla paziente sono quelle di una trasformazione mostruosa e che a esse si mostra interessato e attento, mentre si occupa del suo corpo.

Per la paziente con DCA diviene così più facilmente chiaro che ci si occupa non solo della sua mente ma anche del suo corpo, fornendole un'accuratezza e un sentimento di continuità delle sue cure ben presente nelle menti dei dottori: essi evitano il rischio che una parte così determinante non venga considerata a sufficienza, se ci si affida solo all'intervento psicologico.

La sequenza e il clima dell'intervento del medico nutrizionista si basano su un particolare, prudente e articolato "**consenso informato**" che può instaurarsi in sessioni successive e in modo personalizzato per quella particolare persona, quando si presenta la questione che la riguarda.

Raccomandazioni per interventi medici nei DCA

Utilizzo questo termine perché traduce quanto le pazienti, ingenua e quindi non ancora correttamente informate, non sanno e su cui è bene che il medico si soffermi pazientemente. Il meticoloso conto delle calorie, proprio nelle pazienti più indottrinate in proposito e che asseriscono di conoscere bene l'importanza dell'apporto proteico e dei carboidrati è, infatti, sempre impostato su un'iperefficienza della dieta, una gara con la fame e con il corpo, e contemporaneamente con il convincimento che non sia possibile altra via di cura che quella attuale, anche se comporta un danno e una sofferenza cronica del corpo.

È d'altra parte importante che l'approccio iniziale sia cauto e non conduca all'effetto "mani nel piatto", verso cui la paziente può essere ormai molto reattiva, perché la più comune risposta familiare al suo disturbo è un insieme di tentativi di correggerlo come insensato, come comprensibile reazione alla difficoltà di comprenderne l'aspetto rituale.

Inoltre l'insorgenza della sintomatologia colpisce sul sentiero obbligato del *tragico equivoco*, per cui in famiglia le difficoltà con il cibo sono inesorabilmente percepite come un attacco alla madre e una continuazione della polemica con lei, anche quando è presente la corretta percezione del fatto che ci si trova di fronte a un disturbo e a una sofferenza.

Traduco qui le diverse, semplici e spesso ovvie, linee di comportamento clinico che dovrebbero fare parte di questa particolare relazione medica e del suo consenso, una vera e propria mappa della possibile alleanza di lavoro, in parte ricavata dall'esperienza diretta e indiretta con colleghi diversi e di verificata efficacia.

- So che sei molto attenta e che cerchi di curarti meticolosamente, come medico posso darti informazioni e istruzioni per tutto ciò che serve per avere una migliore cura della tua mente e del tuo corpo.
- Se hai orientamenti alimentari particolari (vegetariani, vegani, ecc...) questi andranno rispettati.
- So che per te è importante non ingrassare ed è un tuo sacrosanto diritto mantenere la linea, per cui in nessun modo l'obiettivo sarà farti ingrassare.
- So che la paura di ingrassare in realtà è la paura di una trasformazione paurosa e mostruosa, quindi molto più forte di quanto normalmente avviene riguardo alla necessità di mantenere la linea, e quindi va oltre tale necessità, e il tuo peso lo dimostra.
- So anche che, e in questo sono io il dottore, che lo fai non tenendo conto di fondamentali parametri della salute di cui non sei a conoscenza, ma che in ogni caso vanno tenuti d'occhio e di cui è importante tu venga informata.
- La bilancia rischia di far ammattire per la paura: le variazioni non vanno mai considerate giorno per giorno ma a intervalli più lunghi, altrimenti ci si fa fuorviare dalle normali alternanze di peso dovute a fattori fisiologici.
- So che il riuscire a dimagrire dà una sensazione inebriante di padronanza del corpo, scoperta quando hai iniziato la dieta. Proprio per questo il tuo modo di curare la paura mostruosa può prenderti la mano, pensando a un'efficienza che ti impedisce di tenere conto, però, di quanto il corpo necessita, e dei valori minimi indispensabili.
- La sensazione della sazietà è fortemente influenzata dalla paura, per cui il minimo gonfiore dopo il pranzo può darti subito la sensazione di esserti deformata, come se non potesse passare più. Dobbiamo occuparcene, se è un disturbo che ti preoccupa, per riconoscerne le caratteristiche e il meccanismo, e assicurarci che non sia conseguente al tipo di cibo o al vomito ripetuto, oppure non vi sia una gastrite da curare.
- È importante sapere che la fame è istigata, ed enormemente aumentata, dai tentativi eccessivi di restrizione: sia per un preciso motivo biologico, che posso spiegarti, sia perché aumenta inevitabilmente la naturale paura di morire di fame o comunque di restare senza cibo. Inoltre avere continuamente in mente la fame da respingere la evoca continuamente e la sollecita, anche perché fa temere la perdita del sospirato sollievo di poter finalmente mangiare, dopo averci tanto pensato, tutto il giorno.
- Inoltre, la restrizione può fare ingrassare di più rispetto a un'alimentazione dosata, perché l'astinenza eccessiva fa immediatamente del cibo una risorsa per il grasso.
- È proprio questo insieme esplosivo di restrizione, risposta biologica, paura e desiderio che determina la necessità di rompere tutto e quindi il perdere la testa dinanzi al cibo che chiama.
- Può essere più opportuno "addomesticare" la fame che combatterla.
- Ed è perciò che io non prescriverei diete, che sono sempre nocive proprio per il loro criterio

Raccomandazioni per interventi medici nei DCA

impositivo. Prescrivo come nutrirsi meglio e solo se tu sei almeno in parte d'accordo: non si può mangiare una cosa o l'altra né per accontentare qualcun altro né per fargli la guerra.

- Tu che sei in sovrappeso non puoi metterti in castigo con una dieta ma ti aiuterebbe invece avere l'obiettivo di imparare a non trascurarti scegliendo i cibi in modo appropriato.
- Tu, invece, che sei sottopeso, ingenuamente non sai che una nutrizione non accorta ti può far perdere la padronanza del corpo perché vi sono conseguenze fisiche ma anche psichiche di cui non ti accorgi.
- Le conseguenze psichiche, infatti, sono una grave perdita della forza della mente. Solitamente di questo non ci si accorge e sfugge di mano, il che può oltretutto impedire l'utilizzo del trattamento psicologico qualora sia in atto, e inoltre può rendere molto più difficile seguire le attività scolastiche o lavorative.
- Anche il vomito necessita di attenzione per via dei danni che può procurare e che è importante prevenire e curare.
- Tenteremo quindi di occuparci della tua paura ma anche di fornirti i suggerimenti necessari a non perdere inavvertitamente, come ti accade, la padronanza del tuo corpo e della tua mente, cui ambisci. Ciò richiederà una cura attenta, con appuntamenti di controllo ed esami clinici quando necessario.
- L'importante è che tu possa apprendere progressivamente a valutare il corretto peso tenendo conto sia della tua paura sia della necessità di padronanza e cura del corpo.
- Quello che non so è quanto tempo ti ci vorrà per affrontare pazientemente la tua situazione fisica tenendo conto delle tue paure.
- È possibile che sia necessario, in certe situazioni, assumere posizioni più forti qualora la paura dovesse mettere troppo in pericolo la tua salute e la tua vita.
- Il ricovero per disambientazione e trattamento medico e riabilitativo va tenuto in mente come una possibilità sempre presente qualora la situazione rischi di sfuggire di mano o tu sia in crisi tale da non essere in grado di badare a te stessa.

Quanto detto sopra può essere esplicitato quando si rende necessario, a piccole dosi, passo dopo passo e, come sempre nella clinica, secondo i casi. Dovrebbe rappresentare una mappa orientativa per il medico, sempre riguardoso dei confini entro cui può muoversi per mantenere l'alleanza terapeutica, che comprende ovviamente la disposizione all'intervento deciso, fino al ricovero.

Da quanto mi è capitato di osservare negli anni, questa mappa è almeno in parte adottata, naturalmente con stile e modi personali, dai medici più capaci di maneggiare le situazioni difficili. Sarebbe auspicabile che fosse utilizzabile da chiunque si occupi di questi casi e sarebbe importante immaginare un addestramento adeguato in proposito perché, di fatto, si tratta sempre di situazioni complesse che possono mettere in difficoltà anche il dottore più preciso.

Nei casi in cui il disturbo alimentare insorga in famiglie patofobiche, e può anche essere quindi sostanzialmente diverso rispetto ai DCA tipici, la diagnosi differenziale è talvolta già fatta intuitivamente dal clinico alimentarista o dallo psichiatra esperto e ritengo ci sia un motivo preciso per questo. Il contatto con le pazienti ma soprattutto con la famiglia, infatti, in questi casi è molto specifico, proprio per la qualità del prevalente allarme patofobico, e differente dal clima tormentoso e sottilmente o apertamente polemico e accusatorio presente nelle famiglie dei DCA. I medici hanno inevitabilmente una maggiore esperienza di pazienti patofobici rispetto agli psicologi e agli psicoterapeuti, e sono in grado di rilevare più rapidamente questo tipo di contatto proprio perché si tratta di una abituale guida all'approccio clinico, per esempio rispetto al paziente organico spaventato per la sua malattia.

Tornando al consenso informato, il comportamento del medico dovrebbe essere improntato a salvare capra e cavoli, cioè la salute minima e indispensabile della paziente, tenendo al contempo conto di avere a che fare con una grave fobia del Sé; sarà quindi importante non lasciare la paziente in balia di se stessa e della propria famiglia, così come la famiglia in preda alle sue paure, ma fornire le istruzioni per un'alimentazione che, tollerante della fobia, faccia riguadagnare salute nei limiti possibili e soprattutto il sentimento della cura appropriata.

L'alleanza è sostanzialmente sempre basata sul principio che la paziente può progressivamente apprendere a fare meglio ciò che, anche se in malo modo, fa già: *tentare di curare il suo mostro, il Sé corporeo oggetto della fobia*. È fondamentale tener conto che già questa attenzione ha **anche** un effetto psicologico, in quanto ha a che fare appunto con un'acquisizione più idonea del sentimento del curarsi.

Passando alla **psicofarmacologia**, l'esperienza insegna che in questo settore si possono osservare quattro tipi di indicazioni prevalenti e più accettabili dalle pazienti. Sono comunque necessari alcuni prerequisiti: è raccomandato che lo psichiatra sia molto cauto nella prescrizione, sia per l'età molto spesso adolescenziale delle pazienti, sia per le paure verso la prescrizione stessa. Può essere opportuno, soprattutto nei casi con difficoltà di alleanza, premettere che non avverrà alcuna indicazione prima che si siano esaminate le paure sottostanti.

Si tratta di paure presenti anche in altri pazienti, come quella di essere ridotti in assoggettamento con una medicina (ciò che chiamiamo "dipendenza") rispetto alla spasmodica necessità di essere in grado di padroneggiare se stesse tipica di questi casi.

Ma è opportuno essere pronti a cogliere un'altra paura, molto specifica dei DCA: nelle discussioni tra coetanee e nei blog dedicati, l'asserzione che "i dottori ti fregano", dandoti farmaci che fanno ingrassare, è all'ordine del giorno ed è importante che anche lo psichiatra sia e si dimostri, invece, sempre rispettoso del diritto di queste pazienti di non aumentare di peso. L'importanza di questa posizione è molto evidente soprattutto nei casi di famiglie in cui il tentativo di far ingrassare è all'ordine del giorno nella polemica contro il rituale.

Ha poi una notevole importanza il *come* l'indicazione viene fornita, anche perché può essere un momento di verità e di cautela: se c'è un'urgenza va rilevata e la prescrizione va innegabilmente presentata come necessaria.

Nei casi meno urgenti la prescrizione può essere prospettata innanzitutto attraverso un duplice riconoscimento: della capacità della paziente a badare a se stessa, ma anche della sua sofferenza; si tratta quindi di un atto medico importante, dotato di una sua solennità, ma che può essere fornito in modo "leggero" e alleato, non attribuendo cioè al farmaco un'importanza decisiva ma la funzione di un possibile ausilio, sempre per curarsi meglio e per alleviare la sofferenza sperimentata. Il trattamento va presentato come una cura da sperimentare coscienziosamente, valutandone attentamente l'efficacia e gli effetti collaterali e consultandosi al riguardo con il dottore. Il tutto, naturalmente, solo se la paziente è d'accordo e non se accetta per pressioni ambientali.

"Non si possono prendere farmaci per calmare il papà o la mamma: puoi prenderli solo dopo aver valutato se hai bisogno di un aiuto nel ridurre la tua sofferenza, o per poterla affrontare meglio": anche in questo caso, come affermato per il nutrizionista, si tratta di una decisiva alleanza sul rispetto dei confini.

Nelle situazioni meno urgenti, l'ipotesi di trattamento farmacologico può essere prospettata solo come un'opportunità da tenere presente, perché è importante che la paziente sappia che è possibile farvi ricorso in caso di necessità e di utilità, mantenendo così aperto il possibile ricorso all'aiuto dello psichiatra nei momenti più difficili.

Più che il tipo di molecola, sono importanti le possibili e diverse indicazioni della prescrizione o suggerimento riguardo al farmaco.

1. La prima indicazione riguarda proprio l'effetto dell'attesa del pasto con la sua preoccupazione tormentosa, costante, pervasiva e invasiva, che va data per scontata ma riconosciuta, facilitandone in questo modo il riconoscimento da parte della paziente. Solitamente, nell'esperienza di collaborazione con gli psichiatri più esperti, tale riconoscimento è accolto con sollievo quando la paziente si sente capita nella **dolorosità** del suo continuo tormento: con il mandato di ridurre il tormento, la prescrizione comunque cauta, per esempio di alcuni antidepressivi – ma anche di altri farmaci – è spesso accettata volentieri o, come si dice, con una buona *compliance*.
2. La seconda è importante per alcuni casi di difficile trattabilità, quando questa è connessa a un vero e proprio disturbo stabile dell'umore, con profondi sentimenti di indegnità, che molto spesso rappresenta l'esito della forma più emotivamente intricata del *ripudio conflittuale*. Si traduce, infatti, nel sentimento di non essere degna di essere al mondo, quasi sempre connesso alla cronica percezione da parte della paziente di una più o meno palese sofferenza materna o della famiglia nel suo insieme, di cui si sente la causa. In questi casi può essere di sollievo rendere comprensibile tutto ciò traducendolo con: "C'è una forte sofferenza depressiva sottostante" e offrire un trattamento con un mandato più francamente antidepressivo. Ciò è tanto più importante quando si assiste a un'accentuazione della vera anoressia e dell'incapacità di nutrirsi con qualità che più marcatamente sono il ricordo e la ripetizione sia della situazione anaclitica sia della qualità malinconica, di cui l'aspetto depressivo è l'epifenomeno.
3. La terza indicazione riguarda le situazioni di forte instabilità dell'umore con cambi repentini: questa

Raccomandazioni per interventi medici nei DCA

condizione è reperibile soprattutto nelle pazienti bulimiche (e nelle binge eaters) con comorbilità in seri disturbi della condotta e delle relazioni. Proprio in questi casi è importante prospettare l'ipotesi di trattamento e lasciare un certo spazio alla paziente per valutare ciò che le accade. Indipendentemente dall'effettivo utilizzo di un trattamento ad hoc, la sola considerazione del malessere derivante dall'instabilità è già di per sé un notevole aiuto per persone che sono abitualmente in balia di stati d'animo fortemente variabili e che non hanno mai considerato né la possibilità di vivere altrimenti, né di avere un aiuto in proposito.

4. La quarta riguarda le situazioni di crollo, che vengono descritte come crisi acute di "perdita di controllo", caratterizzate da una fame divenuta incontenibile oppure dall'improvviso fallimento, spesso per estenuazione, della capacità di mantenere il rituale con un'acuta impennata del tormento, che diventa insostenibile. In questi casi è decisivo aver presente anche la necessità o la possibilità del ricovero, che può essere di sollievo proprio perché può esonerare da una lotta sfibrante e spesso impossibile.
5. La quinta e ultima indicazione riguarda le situazioni, più frequenti di quanto si pensi, in cui il disturbo emotivo persistente è in realtà il risultato della *memoria fisica* di un disturbo – altrettanto somatico – realmente sperimentato in epoca precoce, che con il tempo si è strutturato in modo stabile nella percezione della paziente, finendo per apparirle imm modificabile e inattaccabile. Spesso in questi casi un intervento farmacologico, per esempio antidepressivo, può aiutare la paziente a comprendere che si tratta di un suo modo di sentire, certamente pervasivo e disturbante, e non di uno stato ontologico come sembra, e che quindi modificarlo e stare finalmente meglio è possibile.

È da notare che il tema "disturbo dell'umore" è spesso presente nei DCA, perché il lavoro del Sé tenta di attingere proprio al cambiamento di umore come trasformazione del sentimento di base del Sé, ed è spesso l'elemento prevalente. La comune prudenza nel trattamento farmacologico dei disturbi dell'umore negli adolescenti è necessaria ovviamente anche nei DCA.

In alcuni casi può essere importante che lo psichiatra e il team curante sovvertano la visione del quadro clinico agli occhi della paziente, mettendo in primo piano proprio il cambiamento di umore e sottolineando quanto l'umore di fondo è in grado di influenzare l'attività ritualistica e ad essa correlato. Il possibile utilizzo di farmaci diversi da quelli di uso ormai più consolidato va preso in considerazione con interesse e verificato nella pratica clinica, come accade oggi per alcuni antipsicotici.

Gli interventi di carattere medico – siano essi psicofarmacologici o nutrizionali – sono già notevoli, quindi, nello stabilire un'iniziale alleanza riguardo al curarsi e al cosa curare, ed è verosimile che siano da prescrivere molto più spesso di quanto comunemente accade per non lasciare senza soccorso persone in notevole difficoltà in ogni momento della loro giornata.

È da tenere presente, però, che da parte di alcune pazienti viene inizialmente, e spesso anche in seguito, rifiutata proprio la medicalizzazione del disturbo, in nome di un proprio diritto a considerare la propria condizione come determinata da modi di essere e di esistere e non da una "malattia". In questi casi è importante che lo psicologo clinico / psicoterapeuta abbia bene in mente le indicazioni che il medico nutrizionista esperto potrebbe fornire, per poter offrire lui stesso qualche prima informazione–indicazione alla paziente, se per esempio la vede più debole e affaticata, per poi tentare di aprire alla consultazione con il medico, non come alternativa ma come ausilio al lavoro psicoterapeutico. Dovrà naturalmente avere ben presente anche la possibilità di un intervento psicofarmacologico dinanzi a situazioni troppo sofferenti.

È infine importante che criteri clinici dell'approccio medico e di quello psicofarmacologico siano condivisi dai diversi colleghi – e quasi sempre anche dai familiari – nel lavoro congiunto, nel caso a mio avviso sempre auspicabile di lavoro di squadra.

Già queste informazioni, infatti, opportunamente dosate, possono rivelarsi in grado di "somministrare" un cauto e progressivo spostamento di attenzione dalla "gara" contro il mostro e contro la fame verso una cura più attenta della propria condizione.