

Alimentazione forzata nei pazienti anoressici fra etica e scienza.

Valutazione di un caso clinico

Lorenza Marinozzi*, Silvano Troiani**, Gabriele Borsetti***,
Daniele Rodriguez****

IN QUEST'ARTICOLO ANALIZZIAMO LE PROBLEMATICHE ETICHE CHE SI VENGONO A CREARE,

fra diritto del paziente e dovere del medico, in una situazione di grave defedamento di una persona che, affetta da anoressia nervosa (AN), rifiuti il ricovero ospedaliero e per la quale sia indispensabile la rialimentazione.

Il trattamento dell'AN costituisce uno dei compiti più ardui e complessi per il medico. Si tratta infatti di pazienti che per l'assoluta mancanza di *insight* e per la rigida negazione di malattia, rifiutano ostinatamente ogni approccio medico o assumono atteggiamenti manipolativi o mostrano di collaborare solo apparentemente¹. D'altro lato, la gravità della malattia e l'elevata mortalità indicano l'esigenza di intervenire il più precocemente possibile.

I rischi vitali diventano elevati quando la perdita di peso si avvicina al 40% del peso normale. In condizioni di emaciazione molto gravi, gli effetti di qualunque psicoterapia possono essere annullati dagli stessi fenomeni di autoperpetuazione della sindrome legati alla denutrizione².

È opinione condivisa da molti Autori³ che, mentre i casi meno gravi possono essere trattati subito ambulatoriamente, quelli più gravi devono essere inizialmente ricoverati. L'ambiente ideale per il ricovero è, probabilmente, un piccolo reparto specializzato. In mancanza, si può utilizzare un servizio di Medicina o di Rianimazione o uno di Psichiatria, a seconda delle condizioni

* Perfezionata al Corso di Bioetica dell'Università Cattolica del "Sacro Cuore" Roma; Clinica Psichiatrica Università di Ancona

** Perfezionato in bioetica, A.F.D. Clinica Psichiatrica Università di Ancona

*** Direttore Clinica Psichiatrica Università di Ancona

**** Direttore Cattedra Medicina legale Università di Ancona

1. Macchi E., Cassano G.B., Santonastaso P., Pantano M., Disturbi della condotta alimentare. In: Pancheri P., Cassano G.B. (Eds.), Trattato Italiano di Psichiatria, Masson, Milano 1993, vol. 2°, pp. 2143-2185.
2. Macchi E., Borri C., Cassano G.B., I disturbi della condotta alimentare. In: Cassano G.B., Manuale di Psichiatria, Utet, Torino 1994, pp. 466-468.
3. Relazione della Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa (istituita con D.M. 18 novembre 1993).

cliniche: sempre però in un regime di stretta collaborazione⁴.

Le condizioni che, da sole o combinate, possono rendere indispensabile un ricovero d'urgenza sono le seguenti:

- perdita di peso 40% (più temibile se si è verificata in poco tempo) e rifiuto di alimentarsi;
- squilibri elettrolitici, in particolare ipopotassiemia;
- disturbi psichici gravi e rischio di suicidio;
- necessità di una separazione dalla famiglia per interazioni patologiche non controllabili.

Se è vero che, senza un certo recupero del peso, il trattamento psicoterapeutico di un'AN grave è spesso (ma non sempre) destinato al fallimento, è altrettanto vero che un ricovero e una rialimentazione adeguata possono essere accettati o almeno tollerati solo all'interno di una relazione psicologica di chiarezza e di fiducia⁵. Ciò è tanto più importante e difficile in quanto la maggior parte delle persone anoressiche nega la malattia o riconosce come patologici solo alcuni sintomi (per esempio le crisi bulimiche, ma non la ricerca della magrezza).

È obiettivo primario da perseguire un'alleanza terapeutica leale e rispettosa con la paziente. È inoltre importante stabilire un rapporto di collabo-

razione con la famiglia che non deve essere insensatamente accusata e giudicata.

Nel corso del ricovero, la rialimentazione deve essere effettuata, per quanto possibile, evitando metodi coercitivi e pericolose reintegrazioni massive^{6,7}.

L'informazione e semplici tecniche di tipo cognitivo-comportamentale possono essere di grande utilità.

È inoltre opportuno considerare l'eventualità di un trattamento residenziale e semiresidenziale (ospedale diurno) a medio termine (da un mese ad un anno) per i casi gravi e resistenti. In questi interventi, la rieducazione alimentare è obiettivo centrale, associata ad un trattamento psicoterapeutico sistematico da proseguire, dopo la dimissione, ambulatorialmente. Sono state utilizzate varie tecniche, individuali, familiari e di gruppo, da sole e associate fra loro^{8,9,10}.

Conseguenza somatica dell'AN è una condizione di malnutrizione proteico-calorica. Le caratteristiche di questa malnutrizione sono quelle del marasma (carenza prevalentemente calorica), ma il quadro clinico e quello biochimico differiscono in parte da quelli della vera malnutrizione primaria da carenza e ciò probabilmente perché nella AN¹¹:

- l'istaurarsi della malnutrizione è generalmente più graduale;

4. Montecchi F., Anoressia mentale dell'adolescenza. Intervento medico-psicologico integrato, Franco Angeli, Milano 1994.

5. Cuzzolaro M., Disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. In: Pissacroia M. (a cura di), Trattato di Psicopatologia dell'adolescenza, Franco Angeli, Milano 1996, vol. 2°, pp. 863-888.

6. Pops M.A., Nutritional aspects of anorexia nervosa, In: Schwabe A.D.(ed.), Anorexia nervosa, Ann. Int. Med. 94, 377-382, 1981.

7. Foster D. W., Anorexia nervosa and bulimia, In: Wilson J.D., Braunwald E., Isselbacher K.J. et al. (eds.), Harrison's Principles of Internal Medicine, Mc Graw-Hill Inc., New York 1991, p.419.

8. Caruso R., Manara F., I disturbi del comportamento alimentare. Proposte attuali per la pratica clinica, Franco Angeli, Milano 1997.

9. Cuzzolaro M., Aut nimis aut nihil. Bulimia, anoressia e altri disturbi del comportamento alimentare. *Qoun* 2, 13-28, 1994.

10. Dalle Grave R., Alle mie pazienti dico..., Informazioni e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari, Positive Press, Verona 1998.

11. Macchi et Al. cit. in nota 2.

- le condizioni generali fisiche e nutrizionali del soggetto all'inizio della restrizione volontaria sono più che discrete (spesso si tratta di soggetti sovrappeso);
- il difetto dell'apporto è quasi sempre selettivo, venendo particolarmente limitati gli alimenti ad alto contenuto calorico (carboidrati e lipidi) rispetto a cibi proteici o comunque "salutari" perché ricchi di vitamine, come frutta e verdure.

Per quanto riguarda l'intervento nutrizionale nell'AN, uno dei primi aspetti da affrontare è quello che riguarda il "quando" prendere in carico, dal punto di vista nutrizionale, questi malati. La valutazione dell'entità della compromissione nutrizionale viene condotta in maniera discreta, riservando, specie in fase iniziale, un posto predominante all'intervento psichiatrico.

La scelta della via enterale o parenterale è molto delicata e va valutata volta per volta a seconda delle specifiche problematiche psichiatriche o cliniche. Altrettanto delicata è la scelta quantitativa, in quanto il soggetto malnutrito è in una condizione di equilibrio instabile, che l'introduzione di calorie può pericolosamente "alterare", stimolando in maniera eccessiva la ripresa delle attività metaboliche. La re-nutrizione va quindi iniziata somministrando con particolare attenzione soprattutto glucosio e acqua verso i quali la tolleranza del soggetto malnutrito è particolarmente ridotta.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta all'ipoglicemia. Un ipoinsulinismo indotto dalla malnutrizione cronica può esporre i pazienti al rischio di ipoglicemia così come ad una ritenzione idrica per inappropriata secrezione di ormone antidiuretico e riduzione di flusso e filtrato renale. Ne consegue il rischio di sovraccarico idrico con gravi

quadri di insufficienza cardio-circolatoria e disfunzione neuromuscolare (per la deplezione di fosforo, potassio e magnesio) potenzialmente letali. Altrettanto graduali dovranno essere gli incrementi nell'apporto dei vari sali e delle vitamine. Anche l'apporto idrico sarà contratto fino al 50% del fabbisogno teorico. Un monitoraggio completo ed assiduo è indispensabile quando si propone un'alimentazione artificiale anche a verifica dei comportamenti del paziente.

CASO CLINICO

Si tratta di una donna di 33 anni, che chiamiamo convenzionalmente S., affetta da AN di tipo restrittivo, con grave deperimento organico (peso 35 kg, altezza 160 cm).

Secondo i dati anamnestici forniti dalla sorella, S. ha manifestato a circa 25 anni i primi disturbi alimentari rappresentati da digiuni protratti, senza atteggiamenti bulimici, vomito autoindotto o abuso di lassativi. In quel periodo inizia l'amenorrea che è tuttora persistente.

Durante un ricovero in una clinica privata, all'età di 32 anni, S. è vittima di un'emorragia cerebrale con esiti di emiparesi sinistra. Ciò viene addebitato ad ipertensione da adenoma surrenale ed è necessario applicare una terapia antipertensiva.

La paziente giunge alla nostra osservazione nell'agosto 1995, circa sei mesi dopo il ricovero, e viene adottata psicoterapia d'appoggio a domicilio, nonostante le forti resistenze di S., che alterna momenti di aggressività a momenti di depressione.

Considerate le importanti problematiche familiari, è stata proposta una terapia sistemico-relazionale, accettata, almeno in apparenza, dai componenti della famiglia, ma rifiutata nettamente dalla paziente.

In seguito a ciò, durante una drammatica seduta, S. oppone il suo netto rifiuto a continuare la psicoterapia, mostra atteggiamenti aggressivi e, nei giorni successivi, restringe ancor più l'alimentazione.

Dopo una settimana da quell'ultima seduta, nel giorno in cui ricorre un anno esatto dall'episodio ictale, perde conoscenza per un collasso e viene ricoverata in ospedale perché possa essere sottoposta alle cure del caso.

In ospedale, S. rifiuta di sottoporsi alle terapie e di alimentarsi e, pur consapevole del suo stato, chiede ai medici curanti che, essendo maggiorenne, le venga riconosciuto il diritto di decidere sulla propria vita, dichiarandosi disposta a firmare la cartella per essere dimessa.

Dal punto di vista clinico, i medici non hanno dubbi che sia necessario intervenire in qualche modo, ma, d'altra parte, si trovano di fronte ad una decisa opposizione della ragazza che nega il suo consenso al trattamento.

Durante un successivo episodio di perdita di coscienza, i medici decidono di iniziare anche l'alimentazione enterale con sondino naso-gastrico.

Appena ripresasi, però, S. mostra con fermezza il suo dissenso; lamentandosi e urlando, afferma che sono stati lesi i suoi diritti di persona libera, si accanisce verbalmente con i familiari ed il personale medico ed infermieristico.

In seguito a complicazioni polmonari, viene trasferita in un reparto di terapia intensiva per grave deperimento organico: il suo peso non arriva a 30 kg.

Successivamente a questo periodo in cui si è temuto per la sua vita, la paziente ha subito un viraggio di atteggiamento, o meglio ha mostrato una maggiore disponibilità al colloquio e alla prospettiva di essere ricoverata in un centro specializzato, dove attual-

mente si trova. Il suo peso è salito del 20%, l'umore è migliorato, riesce ad essere autonoma nelle incombenze quotidiane per le quali doveva chiedere aiuto costantemente alla sorella, mostra il desiderio di sottoporsi ad un intervento di "Laser ad eccimeri" per correggere la grave miopia di cui è affetta ed aspetta di essere dimessa.

DISCUSSIONE

Il caso clinico è stato punto di partenza per rispondere alle perplessità sorte nel personale medico ed infermieristico sul comportamento da adottare, non soltanto sul piano giuridico, ma anche dai punti di vista etico e deontologico, di fronte al netto rifiuto opposto dal soggetto alla terapia.

Gli interrogativi etici, deontologici e giuridici sollevati da questo caso e da casi simili sono molteplici e controversi nella prassi medica:

1. di fronte al rischio della propria vita, la paziente ha diritto a non accettare le cure?
2. quale rispetto è dovuto alla volontà di una paziente affetta da AN?
3. il personale curante può lecitamente prendere la decisione di sottoporre la paziente ad alimentazione forzata pur in presenza di un suo esplicito rifiuto?

Le istanze bioetiche, giuridiche e deontologiche riguardano, da una parte, la possibilità di riconoscere o meno alla paziente anoressica il diritto di decidere della propria salute e della propria vita; dall'altra, il dovere del medico di intervenire sulla paziente in assenza di consenso o in presenza di un'esplicita opposizione.

Un presupposto essenziale per un giudizio di eticità dell'atto medico in genere è che vi sia la richiesta del paziente di intervenire sulla sua persona a scopo diagnostico o terapeutico. La

ragione di tale orientamento è la necessità di evitare di incorrere nel grave pericolo di esporre la salute e la vita del paziente all'intervento arbitrario di un estraneo, anche se trattasi di un medico liberamente scelto, "il quale potrebbe sostituire la propria volontà a quella dell'avente diritto in materia di diritti personalissimi, come sono quelli della libertà, dell'integrità fisica e della salute"¹².

La fondazione etica dell'obbligo di richiedere il consenso del paziente è data dal riconoscimento della dignità personale dell'individuo e della titolarità del diritto alla propria vita e alla propria salute, e si concretizza nel c.d. **principio del rispetto dell'autonomia**, secondo il quale al soggetto adulto, capace di intendere e di volere, si deve riconoscere il diritto all'autodeterminazione ed a scelte libere.

L'assolutizzazione del principio del rispetto dell'autonomia nel rapporto medico-paziente porta con sé, però, alcuni limiti evidenziabili nel momento in cui il diritto alla libera scelta contrasta con il dovere che ha ogni individuo di difendere la propria e altrui vita: basti pensare al caso in cui un paziente, pur correndo il serio e immediato pericolo per la vita o per la salute, rifiuti cure indispensabili. In tali circostanze il medico deve rispettare il diritto del paziente all'autodeterminazione, riconoscendogli la libertà di non curarsi e morire, oppure deve intervenire per salvarlo dal rischio di morte o di menomazione?¹³

Nella visione di un'etica personalistica, il rispetto della vita fisica è prioritario al rispetto della libertà, in quanto l'esi-

stenza fisica di un individuo è alla base del valore stesso dell'autonomia; in quest'ottica, è pertanto eticamente inaccettabile non solo che il paziente attenti alla propria incolumità con atti di autolesionismo omissivo o commissivo, ma anche che il medico venga meno al suo dovere di proteggere la vita e l'incolumità di chi si è affidato alle sue cure: "così davanti al rifiuto di una terapia necessaria ed urgente, la gerarchia di valori esige che si protegga per primo il diritto alla vita e all'integrità fisica del paziente"¹⁴.

Né il codice di deontologia medica né il codice deontologico degli infermieri si esprimono con chiarezza in materia di gerarchia di valori. Tanto l'uno quanto l'altro indicano i valori ai quali, rispettivamente, medico ed infermiere devono ispirarsi nell'esercizio della professione. Il codice di deontologia medica così li enuncia nell'art. 5: "rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona".

Similmente l'art. 1.3 del codice deontologico degli infermieri fa riferimento al "rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo".

È arduo dire se la sequenza -che è la stessa nei due codici- indichi la scala, crescente o decrescente, dei valori, da rispettare tutte le volte in cui vi siano conflitti fra due o più di loro o, almeno, quando essi non possano essere salvaguardati contemporaneamente.

È interessante rilevare che ad uno solo di questi valori, la **dignità**, si fa esplicita menzione nel **patto infermiere-cittadino**. Poiché tale patto, premesso al codice deontologico, è da intendere quale enunciato dei principi basilari d e l l a

12. Riz. R., Il consenso dell'avente diritto, CEDAM, Padova 1979, p. 41.

13. Kleinman G., The right to refuse treatment: ethical considerations for the competent patients. Can. Med. Assoc. J. 144(10), 1219-1222, 1991.

14. Sgreccia E., Manuale di Bioetica, Vita e Pensiero, Milano 1996, p. 90.

professione, esso costituisce, di fatto, guida per l'interpretazione del codice stesso. In base a questa considerazione, la **dignità** risulta principio ispiratore di rango superiore agli altri tre.

Nel **giuramento** premesso al codice di deontologia medica, dei valori prima citati, si richiamano, come scopi della professione, "la difesa della vita" e "la tutela della salute fisica e psichica". Poiché al **giuramento**, indicativo com'è dei principi fondamentali della professione medica, è da dare significato di guida per l'esegesi del rispettivo codice di deontologia, la conclusione è che **vita** e **salute** risultano di rango superiore agli altri due valori.

Per quanto riguarda la deontologia infermieristica codificata, sul sistema dei valori, tornano alcuni commi dell'art. 2¹⁵. Il comma 2.1 pone a fondamento dell'assunzione di responsabilità dell'infermiere il rispetto, da un lato, dei diritti fondamentali dell'uomo e, dall'altro, dei principi etici della professione. Tali diritti, non specificati, possono essere fatti corrispondere, almeno in parte, ai valori di cui al comma 1.3. I principi etici della professione sono invece esplicitati, corrispondendo appunto a quelli contemplati nello stesso art. 2. In 2.1 non vi sono, tuttavia, indicazioni su come risolvere eventuali, possibili, conflitti fra le scelte del singolo e l'etica del professionista. I commi successivi orientano, comunque, la comprensione dell'indirizzo che, al riguardo, suggerisce il codice deontologico degli infermieri. Il comma 2.6 contempla che l'infermiere "orienta la sua azione all'autonomia ed al bene dell'assistito": affermata l'autonomia dell'assistito, il bene non può che essere valutato da

altri che non sia l'assistito stesso. Questo comma 2.6 esprime un altro concetto fondamentale: quello dell'impegno, da parte dell'infermiere, ad attivare, sempre, in ogni occasione, le risorse della persona. Fermo restando il principio dell'autonomia dell'assistito, bisogna riconoscere, in questo richiamo, un'esortazione a condividere con la persona stessa il momento di difficoltà in cui versa; ciò anche al fine di contenere una possibile fase di scorporamento temporaneo, che potrebbe indurre l'assistito a prendere decisioni non consone al suo carattere ed alle sue scelte fondamentali di vita. Tutto ispirato a principi di autonomia, libertà e dignità del singolo è il comma 2.4, ed in particolare la prima parte, che indica che l'infermiere, nel suo agire, deve tener conto dei "valori religiosi, ideologici ed etici" dell'assistito. Non è imposto l'automatico assoggettamento dell'infermiere ai valori dell'assistito, ma è richiesto l'impegno a considerare tali valori, ovviamente qualora non contrastino con i principi etici della professione.

Per quanto attiene il codice di deontologia medica, non sembra di cogliere un'impostazione omogenea rispetto all'ipotesi sopra prospettata, come derivante dall'impostazione del **giuramento**, che cioè vita e salute possano prevalere su libertà e dignità. L'art. 17 impone infatti il "rispetto dei diritti fondamentali della persona"; l'art. 12 prevede la "libertà del paziente di rifiutare" la terapia; l'art. 32 indica espressamente che "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente". Anche l'art. 34, rubricato "autonomia del

15. Rodriguez D., La responsabilità, condizione dell'assistenza: i doveri dei professionisti, i diritti dei cittadini. Atti XII Congresso Nazionale IPASVI. Rimini 15-17 ottobre 1999. Foglio Notizie s.v. (5), 55-63, 1999.

ci ttadino” assume una posizione chiara: “Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona”.

Da un punto di vista giuridico, l’unica possibilità di intervento medico su paziente non consenziente è la disposizione di un trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), come si evince dall’art. 32 della Costituzione e dagli articoli 33 e 34 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, trattamento che deve essere, comunque, rigorosamente definito, motivato e accompagnato dalle iniziative volte a ricercare, laddove è possibile, il coinvolgimento di chi è obbligato a sottostare al T.S.O.

È da notare che, in fatto di TSO, esiste una disciplina di legge organica solo e soltanto per quanto attiene i soggetti portatori di alterazioni mentali, talché, per le persone esclusivamente con patologia somatica, le alternative sono fondamentalmente due:

a. o, applicando la lacunosa norma dell’art. 33 della legge 833, -che, almeno implicitamente, prevede trattamenti sanitari obbligatori anche per patologie somatiche, ma non indica le specifiche circostanze -oppure forzando l’interpretazione dell’art. 34 della stessa legge -che, a ben considerare, è applicabile solo per malattia mentale qualora siano le alterazioni psichiche (e non alterazioni organiche) tali da richiedere urgenti interventi terapeutici- e, di conseguenza proporre al sindaco un T.S.O. per patologia somatica nella speranza che egli accolga la proposta ed emani conforme ordinanza, previa convalida della propo-

sta da parte di medico dell’unità sanitaria locale, solo qualora si ritenga operante l’art. 34 piuttosto che il 33;

b. o riconoscere, di fatto, al paziente la libertà di lasciarsi morire.

Dal punto di vista giuridico, non vi è dubbio che l’obiettivo fondamentale sia il primo. Intervenire contro la non equivoca volontà del paziente capace di esprimere il diniego al trattamento può configurare, secondo alcuni¹⁶, o il reato di violenza privata, o quello di lesioni personali o quello di sequestro di persona. Ma anche non somministrando le cure del caso al paziente che le rifiuta si può incorrere, in funzione dei punti di vista interpretativi, nei rigori della legge penale; le fattispecie delittuose ipotizzabili, secondo le circostanze dei casi e secondo le (eventuali) conseguenze di danno, potrebbero andare dal rifiuto-omissione di atti di ufficio (per gli operatori sanitari dipendenti pubblici) e dall’omissione di soccorso alle lesioni personali, nonché, ancora, dall’omicidio del consenziente all’omicidio colposo, dalla morte come conseguenza di altro delitto all’omicidio doloso.

Si è usato l’avverbio *fondamentalmente* a proposito delle due alternative -a), b)-prima proposte. Potrebbe infatti essere prospettata una terza scelta, abitualmente enfatizzata nel parlare comune degli operatori sanitari, ma che, analizzata con rigore, è di scarso aiuto per affrontare la casistica in discussione: quella dell’agire in stato di necessità. Lo stato di necessità è infatti una circostanza, espressamente prevista dall’art. 54 del codice penale, che rende in delitto eventualmente commesso non punibile. Essa, in altri termini, facoltizza, non obbliga, il medico ad i n t e r v e n i r e

16. Rodriguez D., Ancora in tema di consenso all’atto medico-chirurgico. Note sulla sentenza del 10 ottobre 1990 della Corte di Assise di Firenze, Riv. It. Med. Leg. 13, 1117-1166, 1991.

quando vi sia un pericolo **attuale** di danno **grave** alla persona. La norma acquista valore, dunque, solo e soltanto quando il pericolo è **in atto** (e non semplicemente paventato) e -per restare allo specifico problema- non vincola il medico che intenda valorizzare la volontà-libertà-dignità del suo assistito per quanto il danno che si prospetta sia effettivamente grave¹⁷. Tuttavia è profondamente opinabile che questa norma, in genere richiamata da vari studiosi^{18,19} per proporre una soluzione nei casi in cui il soggetto versò in condizioni di incapacità ad esprimere il consenso, abbia valore anche nel caso che il fatto sia stato specificamente commesso contro la volontà della persona. Tutto ciò premesso, è evidente la difficoltà di trovare una soluzione rispettosa dei principi etici, deontologici e giuridici sinora considerati (principi, oltretutto, non sempre enunciati con chiarezza neppure all'interno di ciascuno dei tre ambiti di riferimento).

Una **prospettiva di soluzione** può essere **offerta dalla clinica** ed in particolare dal significato che la psicoterapia assume nel prendersi cura delle persone affette da AN.

A ben considerare, non occorre necessariamente prendere posizione sulla priorità dei valori, ed in particolare della vita rispetto alla **libertà** o alla **dignità**. È comunque pacifico che la salvaguardia della vita sia **uno dei doveri** fondamentali di ogni medico.

Fermo restando questo presupposto, appare avventato adattarsi semplicisticamente a quelle soluzioni schemati-

che che enfatizzano l'autonomia del paziente, e riconoscere così ad una persona anoressica gravemente defedata il diritto di rifiutare cure indispensabili per la sopravvivenza. Occorre infatti considerare che l'atteggiamento di rifiuto è frutto di dinamiche psicologiche disturbate: nel rifiuto ostinato di qualsiasi forma di alimentazione si può identificare, infatti, il tentativo della paziente di riappropriarsi della propria vita alla ricerca di un'identità e di un'autonomia che altrimenti le sarebbero negate²⁰. Ciò significa che, piuttosto che essere sviluppato in termini di ricerca del consenso come "permesso" per molti versi formale, il ragionamento deve riguardare l'alleanza terapeutica, intesa come obiettivo primo della psicoterapia.

La psicoterapia espressivo-supportiva a tempo indeterminato è non solo la pietra miliare del trattamento ma anche la manifestazione di tale alleanza terapeutica. Risultano utili quattro principi guida:

1. **Evitare un investimento eccessivo nel cercare di cambiare il comportamento alimentare.**

Come ha osservato Boris²¹: "Quelli che noi chiamiamo i loro sintomi, esse lo chiamano la loro salvezza". La paziente vede l'AN come la soluzione ad un problema interno. Se si definisce immediatamente come un problema che dev'essere risolto riducono la loro possibilità di formare una valida alleanza terapeutica. All'inizio della terapia può pertanto essere utile chiarire che l'obiettivo

17. Rodriguez, loc. cit. in nota 16.

18. De Pietro O., Il consenso dell'avente diritto e il consenso del paziente, Martinucci, Napoli 1998, p. 23.

19. Comporti M., Lorè C., Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso, Federazione Medica 72 (6), 606-613, 1984.

20. Di Pietro M. L., Conte G., Lucattini A., Spagnolo A. G., Alimentazione forzata per i pazienti con anoressia nervosa? Medicina e Morale 43 (2), 141-144, 1993.

21. Boris H.N., The problem of anorexia nervosa. Int. J. Psycho-Anal. 65, 315-322, 1984.

principale del trattamento è quello di comprendere il sottostante disturbo emotivo della paziente, piuttosto che il problema del non mangiare^{22,23,24}. Anche se non bisogna dimenticare che la capacità di pensare e di comunicare della paziente migliorerà se sarà in grado di portare il suo peso almeno attorno ai 43 chili²⁵.

2. Evitare interpretazioni precoci nella terapia.

Il compito del terapeuta è quello di convalidare e ed empatizzare con l'esperienza interna della paziente^{26,27}. Il terapeuta dovrebbe assumere un vivo interesse per ciò che la paziente pensa e sente, trasmettendo il messaggio che la paziente è una persona autonoma che ha diritto ad avere le proprie idee riguardo alla sua malattia. È di fondamentale importanza aiutare la paziente a definire i propri stati affettivi. Le azioni e le decisioni che originano da questi sentimenti devono essere legittimate e rispettate. Questo approccio empatico e supportivo, costruttivo dell'Io nelle prime fasi della terapia faciliterà l'introduzione dello psicoterapeuta come oggetto benigno.

3. Controllare attentamente il controtransfert.

Le pazienti anoressiche credono che i loro genitori vogliano farle aumentare di peso in modo che le altre

persone non considereranno i genitori dei falliti²⁸. È facile che il terapeuta diventi ansioso riguardo a questioni simili. In particolare i terapeuti che lavorano all'interno della cornice di riferimento di un'équipe terapeutica comprensiva potranno iniziare a sentire che gli altri giudicano negativamente il loro lavoro se la loro paziente non aumenta di peso.

4. Esaminare le distorsioni cognitive.

Le errate percezioni della paziente riguardo al suo corpo e le credenze cognitive illogiche dovrebbero essere esplorate con la paziente in maniera non giudicante²⁹. Il terapeuta dovrebbe fungere da Io ausiliario per aiutare la paziente ad affinare le sue capacità di osservazione e il suo pensiero critico³⁰. Lo psicoterapeuta dovrebbe cercare di educare senza porre alcuna richiesta di cambiamento. Gli psicoterapeuti dovrebbero essere flessibili, tenaci e persistenti di fronte alla tendenza della paziente a "rinviare" il processo terapeutico fino a quando potrà essere nuovamente sola. Le distorsioni dell'immagine corporea, che spesso assumono proporzioni deliranti, possono essere particolarmente refrattarie agli sforzi educativi e terapeutici. I terapeuti dovrebbero stare attenti alla disperazione e alla frustrazione controtrasferali che

22. Bruch H., Psychotherapy in anorexia nervosa. *Int. J. of Eating Disorders* 1(4), 3-14, 1982.

23. Chessick R.D., Clinical notes towards the understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders. *Annual of Psychoanalysis* 22/23, 301-322, 1985.

24. Powers P.S., Psychotherapy of anorexia nervosa. In: Powers P.S., Fernandez R.C. *Current treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Karger, Basilea 1990, pp. 18-47.

25. Bruch, loc. cit. in nota 22.

26. Chessick, loc. cit. in nota 23.

27. Bruch H., The changing picture of an illness: anorexia nervosa. In: Sacksteder J.L., Schwartz D.P., Akabane Y. *Attachment and the Therapeutic Process*. International Universities Press, Madison, C.T. 1987.

28. Powers, loc. cit. in nota 24.

29. Powers, loc. cit. in nota 24.

30. Chessick, loc. cit. in nota 23.

li potrebbero indurre a forzare la paziente a “vedere le cose come sono realmente”.

L'impegno alla tutela della vita è ancor più vincolante nel momento in cui si ravvisa nel paziente uno stato di fragilità psichica tale da scemare la sua capacità di comprendere la gravità della propria situazione clinica: è quanto avviene in presenza di una persona anoressica, la quale, anche se consciamente sembra desiderare

la morte, in realtà inconsciamente vive il proprio stato come l'ultimo tentativo di richiamare su di sé l'attenzione degli altri.

Da questo punto di vista è importante il supporto della psicoterapia che dovrebbe permettere attraverso un colloquio sereno con la paziente, di educarla ad una valutazione obiettiva sulla propria condizione così da poter riuscire a gestire in modo responsabile e autonomo la propria salute.