

Un caso di anoressia trattata con Ignatia

Presentato al X Congresso FIAMO – Chianciano (SI) – 16-18 marzo 2012

RIASSUNTO

Obiettivo del lavoro è rilevare l'efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia grave in donna di 24 anni, affetta da tetraparesi spastica e ritardo mentale moderato.

Materiali e metodi: la paziente, anoressica, è stata sottoposta ad interrogatorio omeopatico, a valutazione neurologica, a test proiettivi psicologici

Risultati: nel luglio 2010 veniva segnalato un peso di 32 Kg. Tre mesi prima aveva intrapreso e subito interrotto un percorso psicologico. Nell'interrogatorio emergevano: sensazione di essere stata ingannata dalla psicologa, afflizione silenziosa alternata a pianto, scene di isterismo, preferenze alimentari contraddittorie, sensazione di "nodo alla gola". La paziente è stata sottoposta a terapia con Ignatia con recupero ponderale fino a febbraio 2011 quando, in seguito a una visita ortopedica, veniva posta diagnosi di osteoporosi e intraprendeva terapia allopatica, interrotto il trattamento omeopatico, inserito trattamento placebo con Ignatia 35K, con successivo calo ponderale di 2 Kg in un mese. È stata quindi ripristinata terapia omeopatica con pronto incremento ponderale.

Discussione: il caso clinico riportato ha mostrato l'efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia, l'inefficacia del trattamento placebo, la possibilità di integrare i risultati di test proiettivi nella repertorizzazione dei dati ai fini dell'individuazione della sostanza medicamentosa omeopatica.

SUMMARY

Objective: to assess the efficacy of homeopathy in a 24 year's old woman affected by serious anorexia, cerebral palsy with mental retard.

Materials and methods: the patient was submitted to an homeopathic examination, neurological evaluation and psychological projective test.

Results: in July 2010 the patient weighed 32 Kg. Three months before she began and immediately stopped a psychological support. During the visit the following data were present: feeling of being deceived by the psychologist, silent grief alternating crying, scenes of hysteria, contradictory alimentary preferences, feeling of "lump in throat". The patient has been treated with Ignatia with weight gain until February 2011 when an orthopedic visit detected osteoporosis. She was submitted to allopathic therapy. So the homeopathic treatment was stopped and patient was submitted to placebo treatment with Ignatia 35K. During the next month the weight of the patient was reduced by two Kg. Then, the homeopathic treatment was restored with weight gain. **Discussion:** The clinical case showed the efficacy of homeopathic treatment in a case of anorexia, the ineffectiveness of placebo treatment, the possibility of integrating the results of projective tests in the homeopathic method.

INTRODUZIONE

L'anoressia nervosa è, insieme alla bulimia, uno dei più importanti disturbi del comportamento alimentare, detti anche *Disturbi Alimentari Psicogeni*. Ciò che contraddistingue l'anoressia nervosa è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di ingrassare. Nelle forme più gravi possono svilupparsi malnutrizione, inedia, amenorrea ed emaciazione.^[1] Coinvolge nella sua evoluzione funzioni psicologiche, neuroendocrine, ormonali e metaboliche.^[2] I trattamenti possibili sono ancora in fase di studio, le cure farmacologiche attuali possono dare solo un modesto beneficio alla persona.^[3] L'anoressia e i disturbi alimentari in generale sono una vera e propria emergenza sanitaria nei paesi occidentali industrializzati e, secondo molti autori, sono in continuo aumento. In realtà i vari studi effettuati non concordano: se parte di essi tende a evidenziare un preoccupante aumento dei casi,^[4] altri sottolineano l'andamento costante, senza alcuna variazione.^[5] Un altro studio di tipo meta-analitico, che ha esaminato l'evoluzione storica della malattia nel passato, ha dimostrato come negli anni novanta la percentuale di popolazione colpita sia rimasta costante.^[6] Secondo i dati ricavati dalla letteratura la prevalenza dell'anoressia si attestava attorno allo 0,3% nel 2003, mentre l'incidenza è di 8 casi per 100.000 soggetti in un anno.^[7] La percentuale è stata aggiornata a 0,42% nel 2006 da studi condotti in Italia.^[8] In seguito, nel 2007, la prevalenza si sarebbe leggermente alzata, attestandosi attorno allo 0,5%^[9] o, come suggerisce più pessimisticamente un altro studio, avrebbe superato il 2%.^[10] Per quanto riguarda l'età di esordio, questa si situa fra i 12 e i 25 anni (anche se si sono verificati negli ultimi anni diversi casi che superano i 30 anni^[11]), con il momento più critico fra i 15 e i 19 anni.^[12,14] Altri studi hanno trovato picchi di incidenza in corrispondenza dei 14 e 18 anni d'età.^[13] La malattia quindi colpisce soprattutto gli adolescenti, anche se ultimamente si stanno sempre più registrando casi negli adulti e anche tra gli anziani.^[15] Altra caratteristica tipica dell'anoressia è quella di essere un disturbo prettamente femminile: circa il 90% dei casi, infatti, si sviluppa nel sesso femminile.^[16,17]

Il problema non riguarda solamente le donne. Anche se gli studi sul sesso maschile sono minori, è stato stimato che sul totale degli ammalati risultano essere presenti dal 5% al 10% di casi riguardanti ragazzi adolescenti e maschi adulti.^[16]

Il rapporto uomini-donne secondo alcune ricerche^[14] è di 1:10; altri studi hanno rilevato una differenza minore fra i sessi, arrivando anche a 1:8.^[17] La percentuale di maschi anoressici sembra in aumento, ma ciò potrebbe derivare dal semplice fatto che oggi un maggior numero di uomini si rivolgono ad un medico per curare tale disturbo.

Nel sesso maschile è maggiormente espresso un altro problema collegato all'immagine del corpo per cui l'ideale non è quello di apparire magri ma il più muscolosi possibile.^[18] In questo caso si parla di *dismorfia muscolare*, che è stata considerata come un fenotipo dell'anoressia.^[19] Anche se gli studi in passato sono stati pochi, è stato riscontrato negli uomini anoressici una diminuzione del desiderio sessuale.^[20] Poiché in passato ritenuta malattia quasi esclusivamente femminile, l'interesse accademico circa l'incidenza dell'anoressia nel mondo maschile si è sviluppato solo di recente; ciò fa sì che siano diffusi stereotipi quali l'anoressia come "malattia da donne", o l'associazione della sua manifestazione maschile a condizioni quali l'effeminatezza, la bisessualità o l'omosessualità. Diversi studi dimostrano come la malattia si manifesti indipendentemente dall'orientamento sessuale del soggetto (l'80% degli anoressici maschi sarebbero eterosessuali).^[21]

Molti sono i caratteri comuni tra i due sessi, compresa la prognosi.^[22]

I criteri standard raccomandati dai manuali psichiatrici per una corretta diagnosi di anoressia nervosa sono:^[23]

magrezza estrema (non costituzionale ma volontaria), con rifiuto di mantenere il peso al di sopra di una soglia minima ritenuta normale (anoressico è un soggetto con peso sotto l'85% di quello previsto in base all'età ed alla altezza e/o l'indice di massa corporea - BMI - inferiore a 17,5); forte paura di ingrassare anche in presenza di evidente sottopeso;^[24]

preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico, che includa sia un'alterazione del vissuto corporeo, sia un'importanza eccessiva data al peso a scapito dell'autostima; o ancora il rifiuto di ammettere la gravità delle proprie condizioni fisiologiche; il non essere soddisfatti del proprio corpo (costituisce il fattore di rischio più elevato);^[25] nei pazienti di sesso femminile: amenorrea (sospensione del ciclo mestruale) da almeno tre cicli consecutivi dopo il menarca. Il disagio psicologico può esprimersi attraverso l'ansia o la depressione, ma in ogni caso chiama in causa legami e modelli culturali.

Scopo di questo lavoro è di valutare l'efficacia del trattamento omeopatico nell'anoressia nervosa in comorbidità con ritardo mentale.

MATERIALI E METODI

Sono stati considerati: il motivo della visita, l'anamnesi, l'interrogatorio omeopatico, l'esame neurologico e i test proiettivi, la diagnosi nosologica e sindromica, la diagnosi di attualità, la diagnosi miasmatica, la diagnosi integrale ed individuale, l'intenzione terapeutica, la diagnosi del rimedio, le varie prescrizioni ed i follow up successivi.

Motivo della visita

A.P., 24 anni, è trattata presso la UILDM (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare) per riabilitazione motoria dall'età di 12 anni. La paziente presenta esiti di *Paralisi Cerebrale Infantile* con tetraparesi spastica e ritardo mentale moderato. La paziente era già sottopeso da molti anni ed era affetta da osteoporosi severa. Visitata nel luglio 2010, veniva segnalato un calo ponderale di circa 5 Kg in quattro mesi (peso 32 Kg, altezza 145 cm). Tre mesi prima aveva intrapreso anche un percorso psicologico, da lei bruscamente interrotto in quanto i contenuti proposti dalla psicologa risultavano particolarmente dolorosi, in particolare rispetto alle tematiche attinenti allo svincolo familiare: non riusciva infatti a tollerare la possibilità di perdere nel futuro i propri genitori. È una persona di aspetto gradevole, vestita con gusto. I colori predominanti sono i colori pastello. Avversione al grigio.

Anamnesi

Madre di 59 anni, affetta da lombalgia per la quale assume prodotti omeotossicologici al bisogno. Si descrive generosa, aperta, trasparente, un pò ossessionata per la casa.

Padre di 64 anni, affetto da ipertensione per la quale assume ACE inibitori e lieve ipoacusia. Si descrive generoso, tranquillo, "mediatore" in caso di conflitti.

AP nasce da una relazione illegittima tra i due genitori. Il padre, già sposato, inizialmente decide di non riconoscere la figlia che, pertanto, assume il cognome della madre. Solo dopo qualche anno il padre decide di separarsi e poi di divorziare dalla prima moglie e contrae un secondo matrimonio con la madre di AP.

Figlia unica. Nata a termine; parto distocico. Sofferenza perinatale (Apgar 4) che ha richiesto permanenza in incubatrice per circa una settimana. Ritardo nell'acquisizione della deambulazione e del linguaggio. Varicella e rosolia. Menarca

a 13 anni. Cicli mestruali successivi estremamente irregolari sino ai 15 anni, quando ha presentato amenorrea secondaria. Da alcuni anni diagnosi di osteoporosi. Non fuma né beve alcoolici né superalcolici. Alvo regolare. Diuresi fisiologica. A 3 anni è stata posta diagnosi di tetraparesi spastica con prevalente coinvolgimento degli arti inferiori. Diagnosi di ritardo mentale lieve al test WAIS. L'ultima RM encefalica, eseguita a 18 anni, ha mostrato esiti di lesioni ipossiche in sede periventricolare (Fig 1).

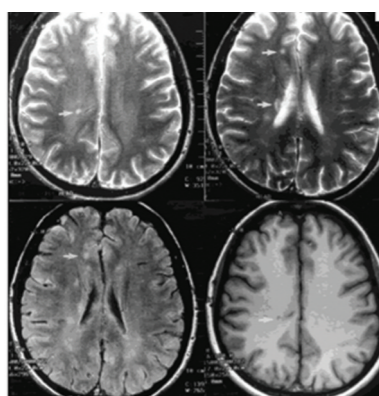


Fig. 1. RM encefalica

Interrogatorio omeopatico

L'interrogatorio di AP è difficoltoso a causa del ritardo mentale. Fondamentale è la presenza dei genitori che contribuiscono a fornire elementi utili. Appare afflitta e silenziosa ma a tratti alterna pianto con singhiozzi, scene di isterismo, riso spastico, capricciosità. Durante l'interrogatorio omeopatico riferisce la sensazione di essere stata ingannata dalla psicologia. L'umore è mutevole anche durante la visita, alternando riso e pianto. I genitori riferiscono notevole gelosia con un peggioramento dello stato psichico quando la paziente non è al centro dell'attenzione dei genitori o quando è rimproverata. Gli episodi di pianto si accentuano durante le mestruazioni. Gelosa di tutto ciò che le toglie le attenzioni. Telefona ai genitori quando sa che erano soli o quando si allontanano anche se per pochi minuti. Al decesso del nonno paterno a 12 anni, sviluppo del disturbo di alimentazione. Rifiutava nei tempi successivi di recarsi al cimitero. Per quanto concerne l'alimentazione riferisce di essere particolarmente attenta ai grassi, ma di amare la mortadella, il salame, la zampa di maiale. E' presente una sensazione di "nodo alla gola" che peggiora durante l'alimentazione. Riferisce paura di soffocare durante i pasti, a causa di questo "nodo alla gola". Quando non gradisce qualcosa "tende a soffocare", in particolare quando non è al centro dell'attenzione o non riev-

sce a convincere i genitori a comportarsi come lei vuole. Quando digiuna avverte un peso allo stomaco. Dopo aver mangiato ha invece la sensazione di un "vuoto" allo stomaco. Ha necessità di essere accompagnata dovunque, persino in bagno, non per un reale pericolo di cadute, ma per poter continuare ad essere al centro dell'attenzione. Pur avendo paura di camminare, sle sul palco della Chiesa e fa l'inchino quando viene applaudita. Esibizionista.

Non avverte le implicazioni reali della propria disabilità, ma tende ad utilizzarla per ottenere vantaggi secondari.

Esame neurologico e test proiettivi

L'esame neurologico mostra: paziente vigile, orientata, collaborante, strabismo divergente, lieve tremore alle mani che si accentua con l'emozione, tetraparesi spastica con lieve deficit di forza agli arti superiori, prevalentemente distale e a destra (F4), riduzione della forza agli arti inferiori con F3 prossimalmente e 2 distalmente (sinistra>destra), valgismo alle ginocchia, deficit di estensione ginocchia ai gradi estremi prevalentemente a destra, deambulazione a forbice con flessione alle ginocchia.

Vista la povertà dei contenuti mentali compatibilmente con la diagnosi di ritardo mentale, la paziente è sottoposta al test proiettivo di Wartegg, (Fig 2). Il test consiste in otto riquadri che mostrano punti o linee. Compito del paziente è costruire disegni a partire dalla traccia. In particolare l'interpretazione delle otto tracce riguarda nello specifico: la centralità della persona, la vitalità ed il movimento, la direzionalità e la progettualità, la pesantezza e stabilità ed il rapporto paterno, la possibilità di superare gli ostacoli, la strutturazione-sintesi, la delicatezza ed il rapporto materno, l'arrotondamento e la flessibilità.

I risultati possono così essere riassunti: immaturità (comportamento infantile); incapacità a mentalizzare e accettare gli stati mentali altrui (intollerante alle contraddizioni); alterazione di processi intellettivi, sia in senso qualitativo che quantitativo; difficoltà del soggetto a effettuare un esame di realtà adeguato e a formulare un giudizio coerente (difficoltà di astrazione); personalità esplosiva fortemente immatura (impulsivo); prevalere della fantasticheria sulla realtà (fantasie); destabilizzazione emotiva; difficoltà di autocontrollo e di maturità (comportamento infantile); grave difficoltà di adattamento al pensiero collettivo; tensioni e malessere interiori reattivi a conflittualità di natura affettiva (delusioni in amore).

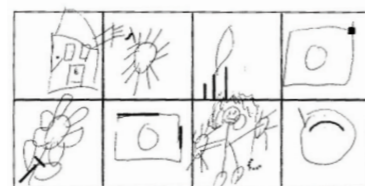


Fig. 2. Test di Wartegg

Diagnosi nosologica

Disturbo del comportamento alimentare. Esiti di paralisi cerebrale infantile. Disturbo istrionico di personalità.

Diagnosi sindromica

Anoressia. Tetraparesi spastica. Ritardo mentale moderato. Isteria.

Diagnosi attualità o miasmatica*:

I sintomi sono riportati in relazione allo stato miasmatico, dove 1=sintomo prevalentemente psorico, 2= sintomo prevalentemente sicotico; 3=sintomo prevalentemente sifilitico

| |
|---|
| Sensazione di essere stata ingannata (3-2) |
| Afflizione silenziosa (1-3) |
| Umore mutevole (2) |
| Isterismo (2-3) |
| Capricciosità (3-2) |
| Disturbi da gelosia (3) |
| Disturbi da rimproveri (3) |
| Sintomi generali contraddittori ed alternanti (3) |
| Sensazione di un "nodo alla gola" (2-3) |
| Comportamento infantile (1) |
| Impulsiva (3) |
| Distrazione sognante (3) |
| Distacco dalla realtà (3) |

Diagnosi integrale: Condizione sifilitico-sicotica con prevalenza sifilitica

Diagnosi individuale:

Il disturbo del comportamento alimentare è iniziato in seguito al decesso del nonno, parallelamente all'esordio del disturbo istrionico di personalità. Tale disturbo di personalità si è iscritto sui deficit funzionali preesistenti, quali esiti di paralisi cerebrale infantile.

Intenzione terapeutica:

Iniziare a modificare il quadro sintomatico per evitare che la paziente subisca un ulteriore calo ponderale.

Diagnosi del rimedio e prescrizione:

Sono stati repertorizzati i seguenti sintomi:
 ingannata: mente - illusioni di essere stata;
 afflizione silenziosa: mente;
 umore mutevole;
 isterismo;
 capricciosità;
 disturbi da gelosia;

| |
|---|
| rimproveri: mente-disturbi da; |
| peggiora durante le mestruazioni: sintomi generali- |
| mestruazioni - durante - aggr.; |
| avversione al grigio: mente-disgusto-colori; |
| contraddittori: sintomi generali contraddittori ed alternanti; |
| gola-nodo o massa-sensazione di un; |
| comportamento infantile: mente-infantile-comportamento; |
| intollerante alle contraddizioni :mente - contraddizioni - intollerante alle; |
| Impulsiva: mente; |
| Mente - distratta - sognante; |
| delusioni in amore: mente - afflizione - amore - da delusione in; |
| distacco dalla realtà |

Individuazione del rimedio: i dati sono stati inseriti nel programma RADAR riportando i seguenti risultati:

| | Ingiannata | Afflizione silenziosa | Umore mutevole | Isterismo | Capricciosità | Dist da gelosia | Dist. da rimproveri | Aggr. mestruaz | Avvers grigio | Sint. contradditt | Senza nodo gola | Comportam infant. | Intelli contraddiz | Impulsivo | Mente sognante | Delusi amore | estr realtà |
|-------|------------|-----------------------|----------------|-----------|---------------|-----------------|---------------------|----------------|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-----------|----------------|--------------|-------------|
| Ign | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | | | |
| Puls | | | 3 | 2 | 3 | | 3 | | 3 | 2 | | 1 | 3 | 1 | | | |
| Sep | | | 3 | 3 | | 1 | 3 | | 2 | 2 | | 3 | | 1 | | | |
| Staph | 2 | | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | | 2 | | | 2 | 1 | 1 | | | |
| Lach | | | 3 | 1 | | 1 | 1 | | | 3 | | 1 | 1 | 2 | | | |
| Aur | | | 3 | 1 | | 2 | 1 | | 1 | 1 | | 3 | 2 | | | | |
| Plat | | | 3 | 3 | | 2 | 2 | | 2 | 1 | | 2 | | | | | |

Il numero dei sintomi coperto dal rimedio ed il totale dei punteggi sono risultati:

| Rimedio | Totale sintomi coperti: | Punteggio totale: |
|---------|-------------------------|-------------------|
| Ign | 13 | 30 |
| Puls | 9 | 21 |
| Sep | 8 | 18 |
| Plat | 7 | 15 |
| Staph | 10 | 16 |
| Lach | 8 | 13 |
| Aur | 8 | 14 |

Prescrizione di : Ignatia amara 1-3 LM FG .

La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnati con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese.

RISULTATI

Follow up Settembre 2010. Decisamente migliorata nell'alimentazione. Recupero ponderale di 2 Kg. Assenza immediata del "nodo alla gola". Riesce a seguire un approccio dietetico più equilibrato. Prescrizione: **Ignatia amara 4-6 LM FG** La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnati con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese e, al termine assunzione di **Ignatia amara 7-9 LM FG**.
 Follow up Dicembre 2010. Recupero ponderale di ulteriori 4 Kg. Per il resto quadro clinico invariato. Prescrizione di **Ignatia amara MK**, dose unica, 3 granuli e poi 35 K per 40 giorni
 Follow up Febbraio 2011. Ulteriore recupero di un Kg. In

seguito a una visita ortopedica veniva confermata la diagnosi di osteoporosi e intraprendeva terapia allopatrica con Bifosfonati. In concomitanza di tale prescrizione veniva interrotto il trattamento omeopatico per la possibile interferenza rilevante con il farmaco allopatrico ed inserito trattamento placebo con Ignatia 35K.

Follow up Marzo 2011. Calo ponderale di 2 Kg in un mese. Ricomparsa della sensazione di “nodo alla gola”, di crisi di pianto e di disturbi da gelosia. Prescrizione di **Ignatia amara 1-3 LM FG**. La somministrazione comprende 30 capsule di gelatina (1/die) impregnate con LM in potentizzazione crescente. Il trattamento dura un mese.

Follow up Aprile 2011. Recupero ponderale di 2 Kg in un mese. Regressione della sensazione di “nodo alla gola”, del pianto e riduzione dei disturbi da gelosia. Prescrizione di **Ignatia amara 4-6 LM FG** per un mese e, al termine di **Ignatia amara 7-9 LM FG** per un mese.

Follow up Luglio 2011. Recupero ponderale di 3 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara MK dose unica** e poi 35 K per 60 giorni.

Follow up Settembre 2011. Peso stabile: 42 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara XMK dose unica**, e poi 35 K/die per 90 giorni.

Follow up Dicembre 2011. Peso stabile: 42 Kg. Per il resto quadro clinico invariato rispetto al precedente controllo. Prescrizione di **Ignatia amara LMK dose unica** e poi 35 K/die.

Nel corso del tempo, inoltre, da Aprile 2011, si è assistito ad un miglioramento dei sintomi di esibizionismo. Al momento non si “esibisce” più in Chiesa e necessita di minore visibilità. All’ultimo controllo (Febbraio 2012): riesce a tollerare momenti di solitudine, in assenza dei genitori. Si reca in bagno da sola. Utilizza spazi personali che non prevedono la presenza costante dei genitori. Nel corso degli ultimi 2 mesi, si è verificato un altro lutto determinante nella propria cerchia familiare, ma la paziente è riuscita ad elaborare il lutto con l’aiuto dei genitori. Il quadro alimentare è notevolmente migliorato; persistono scelte alimentari equilibrate.

Nel grafico 1 è riportato l’andamento del peso corporeo nel tempo in relazione ai dosaggi utilizzati

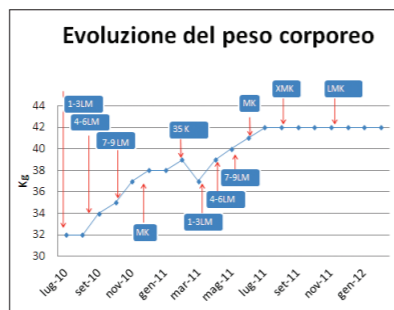


Grafico 1. Evoluzione del peso corporeo in relazione al dosaggio di Ignatia

DISCUSSIONE

La terapia dell’anoressia mira al raggiungimento del tetto minimo del 90% del peso corporeo rispetto a quello ideale. Specificatamente per quanto riguarda la paziente il suo peso corporeo ideale è di 47 Kg; il peso di 42 Kg rappresenta quindi il raggiungimento del tetto minimo. Il trattamento convenzionale è molteplice:^[26] psicologico, nutrizionale e farmacologico.

Per quanto riguarda la terapia nutrizionale è necessaria l’introduzione nel corpo di 1500-1800 kcal al giorno. Per ridurre la perdita ossea si utilizzano vitamina D e calcio.

Sono stati provati molti farmaci, allo scopo di ottenere il più adatto al trattamento della malattia: negli anni sessanta si è tentato l’uso della clorpromazina, un antipsicotico per la cura della schizofrenia. In seguito venne utilizzato il naltrexone,^[27] e, sulla sua falsariga, seguirono diverse altre sperimentazioni con antidolorifici derivati dall’oppio, fra cui il tramadolo, ma con risultati non definitivi.^[28] Gli studi si sono quindi diretti verso antipsicotici atipici come il risperidone e l’olanzapina, che vengono ancora utilizzati con qualche successo^[29] Attualmente sono utilizzati corticosteroidi, come il prednisolone (in misura di 15–30 mg al giorno) o, in sostituzione, il desametasone (con dosaggio meno elevato: 2–4 mg al giorno).^[30] Discusso è l’utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina. Tali farmaci devono essere esclusi in soggetti con crisi epilettiche. Il Committee on Safety of Medicines ha rilevato che in soggetti minorenni l’uso degli inibitori del reuptake della serotonina è associato a minori benefici rispetto all’aumento della gravità delle situazioni di autolesionismo.^[30] L’uso di questi farmaci è stato poi successivamente criticato per la mancanza di risultati significativi.^[30]

Sono utilizzati anche altri farmaci antidepressivi triciclici, come l’amitriptilina. Uno studio in doppio cieco ha utilizzato una a dose 175mg al giorno o 160mg al giorno,^[32] ma non si sono verificate modificazioni significative. Sono in corso test su altri principi attivi, come la mirtazapina, si-

nora utilizzati su casi singoli^[33]. A fronte di numerosi tentativi allopatrici, sinora non è ancora chiaro quale possa essere il trattamento di scelta.^[34]

Negli ultimi anni è stata data molta importanza, nel piano di intervento, anche alle forme di sostegno psicologico-clinico e di psicoterapia; si è dimostrata efficace l’azione di sostegno psicologico e soprattutto quella psicoterapeutica, finalizzata ad indagare e rielaborare le conflittualità emotive e relazionali che si traducono nel rifiuto del cibo.^[35] Le psicoterapie possono essere individuali, familiari e di gruppo. Le terapie familiari, spesso desiderate dagli stessi componenti del gruppo familiare^[36], chiamano in causa l’intero sistema relazionale del gruppo familiare, che è ritenuto avere un importante ruolo patogeno e patoplastico nella nascita, evoluzione e mantenimento del disturbo; tale forma di intervento clinico solitamente porta a buoni risultati ma in tempi lunghi e richiede spesso il coinvolgimento e la collaborazione dell’intero nucleo familiare.^[37] Negli ultimi anni queste forme terapeutiche si sono giovate anche del contributo dato dai gruppi di auto-mutuo-aiuto, nei quali non esiste la figura del “terapeuta” intesa in senso classico, dove il clinico assume invece il ruolo del “facilitatore”, che stimola i componenti del gruppo al dialogo e alla condivisione delle difficoltà emotive e pratiche. I pazienti diventano così i “co-terapeuti” di sé stessi.

In casi in cui la vita può essere in pericolo, come ad esempio nella magrezza estrema con conseguenze cliniche significative, il ricovero ospedaliero può essere indispensabile, attraverso trattamenti sanitari obbligatori, ma richiede un’evoluzione già molto grave della malattia e si esprime attraverso una misura coercitiva.

Dunque, riassumendo, l’approccio terapeutico allopatrico consiste in due strategie: uno mirato al trattamento delle comorbidità psichiche (generalmente disturbo depressivo, disturbo d’ansia, disturbo dipendente della personalità, disturbo di controllo degli impulsi), l’altro mirato ad interventi spesso invasivi che promuovano un’alimentazione più o meno forzata (dai complessi polivitaminici al sondino

naso-gastrico). A fianco alle strategie allopatriche è spesso necessario supportare la paziente con un trattamento psicoterapico individuale e familiare, per poter individuare le cause psicologiche e le dinamiche disfunzionali nella vita delle pazienti. Nonostante tali strategie la prevalenza di mortalità per anoressia è di circa il 10% ed è correlato soprattutto alle complicanze della denutrizione.

Il caso riportato mostra l’efficacia dell’omeopatia in un caso di anoressia. Nello specifico, si trattava di una paziente affetta da ritardo mentale. Tale ritardo impediva un facile accesso ai contenuti del pensiero. Tale comorbidità avrebbe determinato una controindicazione ad un approccio psicoterapeutico tradizionale. Inoltre, poiché il ritardo mentale lieve non ha consentito di rilevare attraverso il solo interrogatorio omeopatico i contenuti del pensiero, si è ritenuto utile integrare i dati con un test proiettivo che consentisse di rilevare ulteriori informazioni non facilmente accessibili attraverso l’espressione verbale né l’osservazione clinica. Tali informazioni sono state poi repertorizzate a loro volta. L’utilizzazione di test psichici proiettivi congiuntamente all’interrogatorio omeopatico si è mostrato affidabile nella rilevazione dei dati, fornendo informazioni mancanti.

Il caso ha mostrato inoltre l’esclusione dell’effetto placebo, in quanto in concomitanza di un trattamento allopatrico è stata interrotta la terapia omeopatica e la paziente è stata sottoposta a trattamento placebo con Ignatia 35 K. In tale frangente, la paziente ha subito un calo ponderale significativo, prontamente corretto con la reintroduzione del trattamento omeopatico.

CONCLUSIONI

Il caso clinico riportato ha mostrato l’efficacia del trattamento omeopatico in un caso di anoressia, l’inefficacia del trattamento placebo, la possibilità di integrare i risultati di test proiettivi nella repertorizzazione dei dati ai fini dell’individuazione della sostanza medicamentosa omeopatica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 LEGENBAUER T, HERPERTZ S. (2008). *Eating disorders—diagnostic steps and treatment*. Dtsch Med Wochenschr. 133: 961-965.
- 2 PODFIGURNA-STOPA A, MECZEKALSKI B, WARENİK-SZYMANIEWICZ A. (2007). *How to treat anorexia nervosa?—case report*. Ginekol Pol. 78: 990-994.
- 3 CROW SJ, MITCHELL JE, ROERIG JD, STEFFEN K. (AGOSTO 2008). *What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa?*. Int J Eat Disord..
- 4 EAGLES J, JOHNSTON M, HUNTER D, LOBBAN M, MILLAR H (1995). *Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland.. Am J Psychiatry*. 152: 1266-1271.
- 5 HALL A, HAY P. (1991). *Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986*. Am J Psychiatry. 21: 697-701.
- 6 FOMBONNE E. (aprile 1995). *Anorexia nervosa. No evidence of an increase.. Br J Psychiatry*. 166: 462-471.