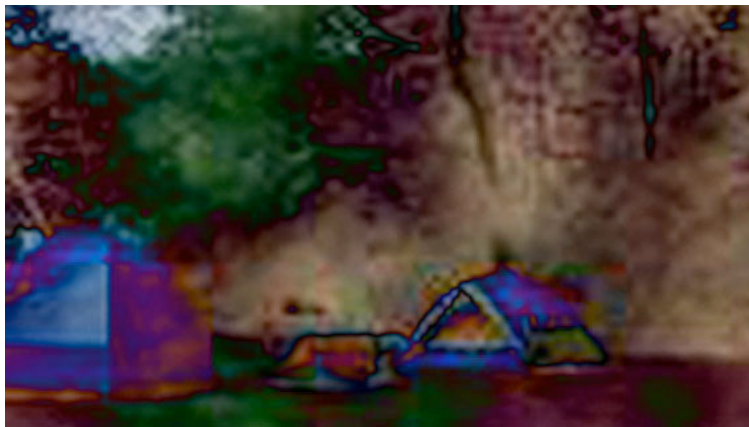


LUIGI GUERISOLI

L' INTEGRAZIONE NELLA CLINICA DEL DISTURBO ALIMENTARE:
UN CASO DI ANORESSIA / BULIMIA



FABRIZIO SEMPER ROMA



L'INTEGRAZIONE NELLA CLINICA DEL DISTURBO ALIMENTARE: UN CASO DI ANORESSIA/BULIMIA

DOTT. LUIGI GUERISOLI

SOMMARIO

L'autore espone il percorso terapeutico di una giovanissima paziente. Lo ritiene interessante per due ragioni:


La patologia che porta al primo contatto è un'anoressia restrittiva che si modifica in bulimia nel corso della cura.

Da la possibilità di illustrare il modello d'intervento seguito in un contesto ospedaliero, ponendo l'accento su una modalità specifica di integrazione tra le figure del medico, dello psichiatra e dello psicologo, nonché di altre figure professionali come infermieri e dietisti, nelle diverse fasi della evoluzione della paziente.

Quanto sopra è stato possibile perché il caso è stato seguito, nella medesima struttura, a livello di psicoterapia individuale, di psicoterapia familiare, di terapia psico-farmacologica ed, ovviamente, di terapia medico-nutrizionista.

Il reparto di Pediatria dell'Ospedale S. Camillo di Roma chiede al Servizio per la diagnosi e cura dell'anoressia e della bulimia, una consulenza per G. di anni 17, ricoverata su invio di una collega psicoterapeuta che segue la famiglia da diversi mesi, allarmata per le condizioni fisiche assai precarie della paziente.

Il Servizio accoglie la richiesta ed inizia un rapporto di cura che, fin dall'inizio, si rivela difficile per la forte opposizione della paziente e della madre che sono diffidenti e sfidanti, anche se, apparentemente collaborative: la prima oppone un silenzio prolungato ai colloqui, salvo reagire molto duramente alle regole della cura; la seconda sottolinea l'inutilità delle cure e l'incapacità dei diversi colleghi fino allora contattati.



Si decide per un intervento medico-nutrizionista e psichiatrico senza interrompere la collaborazione con la collega psicologa, di cui si conoscono le sicure capacità e che continuerà il suo lavoro con la famiglia.

Dopo qualche mese il peso di G. raggiunge i Kg concordati, tornano le mestrualizzazioni e viene sospesa la nutrizione parenterale.

Nel mese successivo la morte della nonna paterna determina una lunga assenza del padre, completamente assorbito dal lutto e dall'accudimento alla sua famiglia d'origine.

Le condizioni di G. peggiorano rapidamente ed iniziano le crisi di vomito auto-indotto: visto le condizioni fisiche della paziente, si decide, in comune accordo con la collega psicoterapeuta ed il Servizio, di "passare" la paziente totalmente in carico all'ospedale.

Dall'inizio del 2005 G. inizia una psicoterapia individuale in Ospedale, mentre continua a seguire le cure mediche con analisi, nutrizione parenterale e pasti assistiti.

Decidiamo inoltre di iniziare un lavoro con la coppia genitoriale, per due ragioni:


La prima, per alleviare l'angoscia degli stessi, che si sarebbero trovati a passare da una situazione di accudimento ad una situazione di solitudine nella gestione del problema della figlia.

La seconda, per capire meglio possibili motivi dei lunghi ed estenuanti silenzi della paziente che si verificano durante gli incontri con lo psicoterapeuta, mentre con il medico G. ha delle potenti reazioni di rabbia espressa.

E' un comportamento chiaramente confondente: in entrambi i casi può suscitare rabbia e frustrazione negli operatori, perché sfida la possibilità di vicinanza per l'accudimento e nello stesso tempo allarma per le condizioni fisiche della paziente stessa.

Viene individuata una prima regola, gestita completamente dal collega medico, con cui G. ha stipulato un accordo: la paziente avrebbe sospeso l'alimentazione parenterale solo qualora avesse raggiunto i Kg di peso concordati. Regola che determina alti livelli di rabbia espressa, che il collega sostiene con fermezza, motivandola con un contenuto specifico medico e ponendola come *conditio sine qua non* per essere seguiti dal Servizio, al pari dell'obbligo di assumere gli psicofarmaci prescritti dallo psichiatra del Centro.

Contemporaneamente lo psicoterapeuta continua i colloqui, che sono sempre faticosi, ma in cui i silenzi cominciano ad essere meno prolungati.



Continuando il lavoro individuale e quello con la coppia genitoriale, la storia emotiva di G. si va, via via, chiarendo.

La crisi di G. inizia all'età di 12 anni, in corrispondenza con il menarca ed una malattia del padre, cui È diagnosticato un melanoma che lo costringe ad un ricovero ospedaliero per il necessario intervento chirurgico.

Fino allora G., aveva condotto una vita evitante il mondo esterno: è descritta come una ragazzina silenziosa, appartata, che studia molto, con ottimi risultati. Non ricorda particolari entusiasmi: la sua infanzia sembra trascorsa con vissuti di dolorosa solitudine ed un senso marcato di vuoto, con elevata ansia nella frequentazione della scuola e delle rare amicizie.

In quel periodo, la madre decide e riesce, senza una particolare necessità, di far iniziare a G., un'amica di G. e la mamma di questa, una dieta dimagrante, cui avrebbe partecipato anche lei.

Di fatto, è lei, la madre, che ha bisogno di dimagrire.

La signora tuttora è in sovrappeso e il suo aspetto fisico sostenuto da un abbigliamento e da un taglio di capelli particolare, ha tratti mascholini. Non ha brutti lineamenti, tuttavia colpisce per la sua mimica ed i suoi atteggiamenti ruvidi.


Mostra, la madre, un carattere forte ed il suo atteggiamento nei primi colloqui è decisamente sfidante. Per esempio: alla domanda precisa su chi la sostituisse nell'accudimento dei figli, durante le ore di lavoro, il suo sguardo diventa duro e sferzante, mentre afferma che dopo i tre mesi i figli vanno affidati alle strutture istituzionali preposte, e vale a dire l'asilo nido.

Quest'affermazione ci suggerisce alcuni dati. Il primo è quello ovvio dell'evitamento dell'accudimento nella vicinanza fisica; il secondo è la priorità delle sue decisioni rispetto a quelle del marito, che comunque rimane silenzioso nelle sedute; il terzo è l'immagine protettiva che ha delle istituzioni, immagine che ritroviamo sia nella sua storia individuale, ha fatto riferimento per lungo tempo ai "focolarini", sia nell'ambito lavorativo, gestisce strutture di assistenza a soggetti portatori di handicap.

Il marito è, apparentemente, un uomo tranquillo che accetta supinamente le decisioni della moglie rimanendo in silenzio. I conflitti tra i due si risolvono con rapide espressioni di rabbia della moglie, cui seguono lunghissimi silenzi.

Il marito afferma di aver sempre avuto paura delle donne ed il silenzio ha per lui un significato emotivo elevato e confuso.

Si ricorda nella famiglia di origine, immerso in un nugolo di donne, con la presenza di due sole figure maschili, il padre ed il nonno, entrambi silenziosissimi. La loro presenza, silenziosa, era definita ingombrante per un'unica imposizione: il rituale dei pasti, che dovevano essere serviti ad un preciso orario.



Il padre di G. ricorda di aver avuto un contrasto con suo padre quando aveva 15 anni: ne era scaturito un silenzio che sarebbe durato fino ai suoi 25 anni, fin quando egli comunica che si sarebbe sposato. Non si spiegheranno, anche in seguito, le ragioni del silenzio, né la causa della lite, che pare fosse assai futile, tanto da non ricordarla più.

Della storia della madre, non si conosce molto, per sua specifica decisione di non parlarne, perché troppo dolorosa.

Durante i colloqui tuttavia, fa un'affermazione precisa circa la sua spinta all'accudimento fisico, che si trova nella sua storia ed è tuttora attuale, quella di sentirsi "definita per negazione": tanto più la sofferenza prevede la morte, tanto più lei si attiva.

Torniamo al menarca di G.

La dieta di gruppo organizzata dalla madre inizia, ma nel corso dei mesi il gruppo si sfalda e tutti, anche la madre, la interrompono ad eccezione di G.

G. non riesce ad interrompere la dieta e lì s'innescano significati che sfuggono al suo controllo, ma che hanno un'elevata importanza dal punto di vista della sua identità, riverberata nelle relazioni familiari, con contenuti di oscillazione e controllo.

L'immagine della possibile morte di G. attiva nella madre paura e rabbia: con l'andar del tempo i riti alimentari di G., si mostrano inattaccabili dalla razionalità cui ricorre la madre al fine di convincerla a smettere i suoi comportamenti alimentari bislacchi.


La madre esprime rabbia quando afferma: "*con una pazza io non ci parlo*", oppure: "*rifiuto di avere una figlia pazza*".

Scatena però il marito alla ricerca della figlia per qualsiasi piccolo ritardo nei rientri a casa.

La figlia sembra avvicinarsi al padre, anche fisicamente. La madre interrompe i rari gesti affettuosi prendendoli in giro e arrabbiandosi con i due.

Come è facile capire la gestione del peso determina un equilibrio in cui G. finalmente trova una visibilità sia relazionale sia individuale, oscillando tra tematiche, di paura e rabbia, che apparentemente controlla soltanto lei.

Dal punto di vista delle relazioni familiari G. riesce a determinare un forte avvicinamento ora al padre ora alla madre, attivandoli con lo schermo della sofferenza.



Dal punto di vista individuale, la sfida innescata con la madre sulla dieta, le dà una vicinanza con i genitori che oscilla tra quella per accudimento, che interrompe anche il silenzio del padre con il permesso della madre preoccupata, e quella per rabbia che, oltre al di là del significato specifico di attivazione emotiva, la rassicura sulla certezza della stabilità del potere.

Così può re-iniziare il ciclo della paura che attiva una vicinanza rabbiosa e la possibilità di gestirla con la vittoria nella relazione di sfida: solo lei può controllare il corpo.

La forte perturbazione emotiva che coincide con il ritorno delle mestruazioni, la sua “guarigione”, e l’allontanamento del padre, per il lutto della nonna, devono trovare una risposta emotiva, perché la pongono di fronte da una parte alla percezione della sua inadeguatezza come donna, dall’altra all’impossibilità di proteggersi dall’allontanamento del padre, giustificato dal lutto. Ne deriva una sensazione confusa di sofferenza, vuoto e smarrimento, che dà origine ad un maggior coinvolgimento della madre, la quale diventa ancor più impaurita e rabbiosa.

Colpisce la modalità con cui si presentano nel Servizio: la madre copre totalmente la figlia in un abbraccio innaturalmente esagerato ed i loro volti sono immobili e spaventati.

G. inizia a provocarsi il vomito e le sue condizioni fisiche rapidamente scadono.


Sembra che si sia riprodotta una situazione analoga alla prima crisi, che determinò l’inizio della patologia anoressica: la comparsa delle mestruazioni coincide con il dolore di un altro lutto. Il primo, minacciato, la diagnosi di melanoma del padre; questa volta la morte della nonna paterna.

Per G. si ricrea una condizione di sofferenza che non sa definire. La morte determina uno stato indefinibile in cui il dolore e la paura non possono essere percepiti nettamente perché solleciterebbero un accudimento, anche fisico, che la farebbe sentire inadeguata e minacciosa per la madre.

D’altra parte la minaccia della solitudine nel dolore, impone nuovamente, una modalità di vicinanza in qualche modo accudente, che viene percepita pericolosa dalla madre.

L’immagine che G. ha di sé oscilla da vittima della rabbia della madre a persecutrice della stessa, riproponendo, insopportabili, le tematiche antiche e confuse del loro modello di attaccamento.

Il vomito auto-indotto rivela l’inadeguatezza di G. ne esprime la rabbia contro di se e determina l’allarme necessario per innescare l’accudimento. Determina



anche un forte senso di controllo, nel tentativo di stabilizzare una percezione del proprio schema corporeo che, da sempre, ha contorni indefiniti.

A questo punto il Servizio, in accordo con la terapeuta familiare esterna, prende in carico totalmente la paziente, come già accennato.

Inizia quindi, l'iter terapeutico nel nostro Centro con le specificità già dette.

Il primo orizzonte della crisi lo pone il medico con le analisi, le sacche parenterali e i pasti assistiti.

Intanto in entrambi i contesti psicoterapeutici, individuale e di coppia, emerge il significato confusivo e potente della bulimia come metafora del silenzio emotivo: come sottolinea la madre, G., in questo modo, fa come il padre: chiede aiuto senza accettarlo.

La richiesta di accudimento obbliga d'altra parte ad una vicinanza emotiva insopportabile.

L'occasione per esplicitare questi significati emotivi si raggiunge poco prima delle vacanze, momento drammatico per i genitori perchè le esperienze degli anni precedenti avevano comportato l'interruzione delle stesse vacanze, per la paura innescata dalle precarie condizioni fisiche di G.

Nella coppia si crea un problema circa l'opportunità della partenza della madre con tutta la famiglia.

Il marito propone di discutere diverse soluzioni.


La reazione della madre è rabbiosa. Accusa il marito di opporre, come di solito, solo problemi alle sue decisioni.

L'analisi della sequenza rivela una paura della madre: il pensiero che la famiglia, rinunciando alle vacanze, si sarebbe sacrificata per lei e, quindi, avrebbe sofferto. Lei ne sarebbe stata la causa, pensiero insopportabile. La sua sua rabbia si esplicita con violenza.

Così come ritiene colpevole il silenzio del marito, che accettando la rabbia della moglie, appare a questa ugualmente potente e rimproverante.

Il silenzio rabbioso interrompe la sequenza senza che si possa esplorarne i contenuti emotivi.

La paziente, dal suo canto, scopre che utilizza il silenzio e l'immobilismo come modalità per favorire l'avvicinamento degli altri, compresi i suoi pari, e si rende conto del paradosso dei propri comportamenti, che le restituiscono un'immagine di sé come rifiutata ed inadeguata.



Inizia così una cauta esplorazione, mentre modifica i suoi comportamenti e cerca di controllare le oscillazioni emotive che ne derivano.

Decide di andare in campeggio da sola. Ovviamente fa delle telefonate allarmate alla sua famiglia, ma, sia lei, sia i genitori, riescono a gestire la paura che in altre situazioni simili li aveva fatti correre per riportarla a casa.

Ritorna molto soddisfatta, e parte per le vacanze con i genitori che, naturalmente, quest'anno hanno scelto, per la prima volta, una località solitaria e sperduta della Turchia.

Nonostante l'impossibilità di esplorare e di esplorarsi, torna a Roma contenta di se, anche se ha perso qualche etto, rispetto al piano fatto con il medico del Servizio.

Sta diventando sempre più femminile ed, anche in terapia, ha un'atteggiamento di esposizione fisica, completamente mutato. Il vomito è quasi scomparso.

Anche la madre ha cambiato progressivamente il suo abbigliamento e le modalità maschiline, sono sparite.

UNA RIFLESSIONE CONCLUSIVA

Si vuole qui evidenziare la modalità operativa integrata tra i diversi operatori.

Il medico è qui non solo colui che rimanda alla cura del corpo, la ragione del suo legame è anche vicinanza affettuosa ma ferma, che protegge senza entrare nei contenuti emotivi della paziente e comunica all'intera équipe lo stato fisico di G., oscillante con le sue problematiche.

La cura del corpo è pericolosa: permette un avvicinamento ma toglie un potere. Lo psicoterapeuta propone alla paziente una vicinanza altrettanto, se non di più, problematica, a cui G. oppone un lungo ostinato silenzio.

Si realizza quindi un'altra regola di G., rivelata dalla madre, attribuendola al padre: chiedere aiuto senza accettarlo.

Tutti i terapeuti possono utilizzare questi dati per comprendere le difficoltà incontrate nel percorso di terapia: le variazioni del peso e la modulazione dei silenzi accompagnano e spiano le perturbazioni nelle relazioni e nei significati, ancora non esplicitati, e permettono di proporre un rapporto di vicinanza utile ma non pericoloso.

La paziente sente che così può scegliere, di volta in volta, dove e come chiedere aiuto, senza il avvertire il pericolo di un legame paurosamente ingestibile.

Da ultimo, ma non meno importante, la possibilità di "leggere" questi doppi livelli oscillanti e confusivi, determina nel soggetto dei terapeuti una notevole sedazione dell'ansia personale.