

L'intervento multidisciplinare nei disturbi alimentari psicogeni: il trattamento dei casi resistenti

Silvana Russo, Laura Scarpellini
Centro di Alcologia e della Nutrizione
Azienda Ospedaliera di Careggi - Università degli Studi di Firenze
Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

Gli interventi precedenti hanno affrontato da un punto di vista teorico e metodologico, la necessità dell'approccio multidisciplinare nei disturbi del comportamento alimentare.

Nella nostra relazione vorremmo illustrare il modo in cui abbiamo cercato di rendere operativo questo approccio multiprofessionale nel Centro della Nutrizione inserito all'interno degli altri servizi della Clinica Gastroenterologica di Careggi (day hospital, servizio di degenza, endoscopia digestiva e laboratorio biochimico).

Questo centro è nato dal Centro di Alcologia, che aveva già un modello di intervento strutturato per l'alcol e col quale abbiamo iniziato a collaborare per le patologie della nutrizione.

Come psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, interessati ai D.C.A., abbiamo cercato assieme ai colleghi medici, biologi-nutrizionisti, di creare una modalità di intervento specifica per accogliere la domanda di pazienti con problemi alimentari e della nutrizione.

Da tre anni è stato aperto un ambulatorio per questo tipo di patologie distinto da quello dell'alcologia.

Dei casi visti in ambulatorio il 60% dei pazienti si sono rilevati dei casi gravi, non solo per la sintomatologia e il tipo di struttura psicopatologica, ma soprattutto, anche in casi meno conclamati, per una forte resistenza ad accettare i trattamenti.

Il lavoro fondamentale è stato la formazione del gruppo in cui abbiamo sperimentato che non è sufficiente mettere insieme singole competenze

professionali, che l'integrazione non avviene in modo automatico.

È stato necessario costruire, nel corso della nostra esperienza, un modello condiviso, di cui adesso vorremmo richiamare solo alcuni riferimenti teorici e clinici.

Riferimenti teorici e clinici

L'anoressia, la bulimia, i disturbi da abbuffate compulsive coprono un ampio ventaglio di espressioni patologiche e possono manifestarsi con maggiore o minore gravità: il primo obiettivo è quello di fornire una diagnosi integrata attraverso l'identificazione di comportamenti alimentari scorretti e di quadri patologici ad essi collegati.

Nei casi meno gravi si tratta di una crisi adolescenziale legata al pericolo psicologico dell'assunzione di un'identità sessuale.

Nei casi più gravi la minaccia non investe solo la sessualità, ma l'identità stessa.

In questi casi i disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati una vera e propria strategia di sopravvivenza psichica, per difendersi da un dolore mentale incontenibile, quando altre soluzioni si sono rivelate impossibili.

Queste strategie, anche se offrono dei benefici secondari, comportano un dolore da schiavitù, un impoverimento della vita mentale e affettiva, isolamento e solitudine.

Sembra, in questi casi, che manchi uno spazio psichico personale; qualcosa non ha funzionato nelle prime tappe dello sviluppo, quando avviene l'interiorizzazione delle funzioni materne con le quali ci si può identificare e acquisire così la capacità di esistere da soli.

Costruire una propria identità separata costituisce per questi pazienti una fonte d'angoscia e dà un senso di profondo annullamento.

“Né con te né senza di te” così una nostra paziente, parafrasando le parole di un'amante disperata di un film di Truffaut, descrive la sua relazione con il ragazzo e con il cibo.

Nel lavoro terapeutico si scopre come la relazione con l'altro sia vissuta come estremamente buona o eccessivamente cattiva, comunque una minaccia di sopraffazione, dalla quale queste pazienti si difendono con il ritiro e l'isolamento. L'altro è qualcosa a cui aggrapparsi ma anche da tenere a distanza e controllare.

La paura che queste pazienti sentono è quella di essere invase o abbandonate dall'altro.

Abbiamo osservato, nella pratica psicoterapica, come per queste pazienti sia più accessibile esprimere gli affetti attraverso il linguaggio dei D.C.A. che attraverso la comunicazione diretta delle emozioni legate alla relazione con l'altro.

Si può pensare che questa realtà traumatica riesca meno angosciante e più esprimibile con l'uso di un linguaggio attivamente modulato attraverso il corpo. Nel linguaggio concreto dell'incorporazione o del suo rifiuto, nell'evacuazione concreta di ciò che è stato incorporato, sembrano esprimersi sia il bisogno che l'angoscia di un rapporto con l'altro non altrimenti esprimibile.

In tutti i casi si deve tener presente come la prognosi sia soprattutto funzione dei disturbi di personalità soggiacenti e non dell'intensità e delle caratteristiche dei sintomi.

Ci siamo resi conto che, nelle patologie alimentari, ogni cambiamento anche se desiderato è vissuto con terrore e che, nei casi resistenti, vi è la mancanza di una autentica domanda di cambiamento.

Spesso la domanda non è esplicita oppure, dietro di essa, si nasconde la richiesta che tutto torni come prima da parte della famiglia, che niente cambi da parte della paziente.

Il compito psicoterapeutico preliminare e impegnativo con questi pazienti "difficili da raggiungere", consiste nel rendere possibile una domanda di aiuto.

Nella nostra esperienza al Centro della Nutrizione, abbiamo potuto constatare che non solo i colloqui psicologici ma anche il trattamento biologi-

co poteva rappresentare un primo atto psicoterapico.

L'intervento medico se si esplica attraverso l'esercizio di una autorità che rispetta il sintomo e la persona, limita l'onnipotenza della paziente e la rassicura.

Ricordiamoci che interventi che tendono ad eliminare in maniera drastica il sintomo lasciano queste pazienti ancora più indifese e isolate e rilanciano il tono della sfida.

Percorso terapeutico

Nel nostro Servizio non abbiamo individuato un protocollo rigido, abbiamo piuttosto messo a fuoco un percorso per raggiungere l'obiettivo di un lavoro integrato; l'obiettivo di rendere possibile una terapia.

Ci riferiamo a teorie e tecniche di psicoterapia psicoanalitica già note, applicate negli ambiti istituzionali.

Qui vogliamo solo descrivere la traccia di lavoro che abbiamo delineato in questi anni attraverso lo studio dei casi, la riflessione di gruppo e l'esperienza.

Abbiamo individuato tre momenti o fasi di un percorso terapeutico: l'accoglienza, la presa in carico, la psicoterapia vera e propria.

Per gli obiettivi che ci siamo dati, le prime due fasi sono quelle su cui abbiamo costruito il Servizio.

Il primo momento imprescindibile è il momento dell'accoglienza ovvero del primo contatto del paziente o di chi per lui con il Centro.

In questo incontro l'operatore sospende le sue particolari competenze professionali e si offre come un interlocutore, un ospite che accoglie e presenta il Servizio.

È un primo livello di ascolto dove, per favorire l'incontro, l'operatore accetta le condizioni di colloquio preferite dal paziente (se venire da solo, accompagnato ...)

In questo primo contatto si cerca di cogliere quali siano i bisogni e soprattutto quale sia il livello di autonomia del paziente nel farsi carico del suo problema.

Si cerca di cogliere nell'*hic et nunc* informazioni utili sul piano dinamico e sulla storia personale, così come vengono portate, per poi arrivare a proporre prospettive terapeutiche.

È una fase delicata, soprattutto con pazienti che vengono, apparentemente, con l'urgenza di risolvere un sintomo, ma spesso già carichi di fallimenti.

Si tratta di "alimentare" nel paziente e nella famiglia la fiducia che non sono più da soli di fronte al problema e che il problema non è solo alimentare.

Lo scopo è quello di promuovere l'accesso alla consapevolezza delle difficoltà psicopatologiche che si nascondono dietro i sintomi, di saggiare la possibilità di una alleanza che si configura subito in questi casi come un "patto di non intrusione", rispetto per il paziente, rispetto delle famiglie per lo spazio terapeutico dei figli.

Vogliamo riportare un esempio di accoglienza: Benedetta, una ragazza di venti anni, si presenta al servizio perché è grassa e vuole una dieta.

Nel colloquio si delinea una storia di diete precoci e abbuffate solitarie, nonché un grosso risentimento nei confronti della famiglia che considera in qualche modo responsabile del suo corpo grasso. La ragazza si descrive come una persona senza amici, estremamente timida e con un senso di inadeguatezza nei confronti della vita. Le suggeriamo che forse il problema non è solo quello di una dieta e le vengono proposti dei colloqui psicologici, degli incontri con la nutrizionista e il coinvolgimento della famiglia nel trattamento.

A questo punto si è avviata la presa in carico.

Ma se nel caso di Benedetta (forse per il suo stile bulimico, forse per la sua necessità di aggrappamento) c'è stata un'accettazione iniziale delle proposte terapeutiche, non sempre è così.

Spesso a causa della fragilità e dell'ambiguità della domanda solo parte della proposta terapeutica è accettata.

Lo stile del gruppo è caratterizzato da una certa morbidezza, come ebbe a dire la stessa Benedetta, che trova un limite nel rischio biologico; vogliamo dire che un controllo medico periodico è imprescindibile.

A volte i pazienti preferiscono dimenticare il corpo e parlare con uno psicologo; a volte temono il rapporto con uno psicologo come un rapporto pericoloso e preferiscono solo un controllo medico per accertare che il corpo macchina funzioni; a volte è accettato solo l'intervento del nutrizionista e a volte se ne ha paura come di qualcuno che costringe a mangiare o che controlla la frequenza del vomito.

La presa in carico da parte del gruppo è caratterizzata da un atteggiamento che potremmo definire di preoccupazione terapeutica primaria.

Qualunque delle figure professionali prescelta venga a contatto con il paziente cerca di creare uno spazio mentale per contenere le angosce di cambiamento, tollerando, con l'appoggio del gruppo, la temporanea scissione del paziente.

Sappiamo che la funzione di contenimento può produrre, di per sé, significativi cambiamenti che si possono osservare, nella presa in carico, già dopo pochi colloqui.

Questi pazienti sembrano aver bisogno di tenere separati la mente e il corpo, offrendo di se stessi un'immagine spezzettata.

Nel rapporto con il Centro, il paziente trova un'occasione di mettere in scena ciò che accade in lui e dentro la sua famiglia e di sperimentare concretamente le proprie difficoltà, con l'aiuto di qualcuno che cerca di comprendere.

Noi stessi come operatori e professionisti dobbiamo accettare di aver bisogno dell'aiuto degli altri. Il gruppo aiuta a non cadere nei tranelli delle divisioni e a mantenere un'immagine non divisa del paziente, a ricomporre, per lo meno nella nostra mente, i "pezzi" fino a che il paziente non sarà pronto per farlo da sé.

In questo senso sia per il paziente che per il terapeuta, ci è sembrato importante che il lavoro delle diverse figure professionali fosse svolto nello stesso servizio e, soprattutto, che l'intervento psicologico e psicoterapeutico fosse possibile all'interno di un centro ospedaliero specializzato nei disturbi alimentari.

Quando un paziente accetta di venire al Centro per colloqui psicologici che si protraggono nel tempo, anche se non organizzati in un setting stabile, in una vera e propria psicoterapia, si crea una relazione significativa all'interno della quale il terapeuta cercherà di facilitare nel paziente l'accesso al suo mondo interno, finora interdetto e incomunicabile.

Nella pratica psicoterapeutica svolta in ospedale l'atteggiamento dello psicoterapeuta è, rispetto al consueto, più attivo, più coinvolto in avvenimenti della vita reale (visite mediche, ricoveri in ospedale) e più aperto alla collaborazione con gli altri colleghi.

Tuttavia è fondamentale riuscire a mantenere uno spazio di intimità con il paziente dove sia possibile raccogliere le emozioni e riuscire a pensare.

Per il terapeuta, soprattutto in caso di rischio biologico, si configura il pericolo di un agire impulsivo.

Il gruppo ha la funzione di riflettere e valutare continuamente la qualità dell'aggancio, di individuare quale sia il livello di intervento possibile in quel momento e per quel tipo di paziente, di aiutare il singolo operatore a reggere la paura, il senso di fallimento e gli eventuali attacchi alle sue capacità di pensare compiuti dal paziente o dalla famiglia.

Così l'intervento di ogni singolo operatore acquista una dimensione terapeutica all'interno di un riferimento al gruppo.

Quando questa collaborazione funziona, superando i momenti critici e i continui rischi di divisione all'interno, anche il paziente e la sua famiglia si avvantaggeranno di un modello comunicativo dove l'individualità viene rispettata dal gruppo, dove non è una minaccia pensare insieme.

Vogliamo illustrare il nostro tipo di intervento con alcuni casi di pazienti resistenti alla terapia.

Caterina è una ragazza anoressica di 20 anni non troppo sottopeso, ma con molti problemi organici correlati all'anoressia. Ha alle spalle un tentativo di psicoterapia iniziata su "prescrizione" del suo medico curante. Non è lei che viene al centro, ma la madre molto angosciata che non sa che fare. Alla madre viene presentato il Centro e lo stile di lavoro. Le consigliamo di

descriverlo, a sua volta, alla figlia e di suggerirle di venire almeno per conoscerci.

Mentre la madre apre un dialogo con lo psicologo, Caterina si presenta al Servizio, accetta i controlli medici e alcuni colloqui con la psicoterapeuta e con la nutrizionista.

Dopo una iniziale diffidenza, sembra gradire i colloqui psicologici: così comincia un lavoro dove, mano a mano, viene in luce la sua paura di stare da sola, la paura di sbagliare tutto, la sua rabbia verso i genitori.

Ad un certo punto esprime il bisogno di decidere da sola, di riuscire a fare qualcosa da sola, vuole sospendere i colloqui con la terapeuta per aver tempo di scegliere da sé, pur sapendo che forse è spinta solo dalla paura di cambiare. La sospensione dei colloqui è vissuta con tranquillità sia dalla paziente che dalla psicologa, forse perché Caterina non abbandona il Centro ma resta in cura dal medico e dalla nutrizionista e sua madre continua ad essere seguita dallo psicologo. Dopo un certo tempo, la paziente decide “da sola” di iniziare una psicoterapia privata.

Riportiamo ora un caso in cui la figura meno temuta del gruppo è lo psicologo, anche se la paziente si rivolge in prima istanza ad un medico.

È un caso particolare perché la paziente Anna, una donna di 32 anni sposata ma ancora molto legata alla famiglia di origine, viene in ospedale lamentando dei disturbi che lei presenta come organici: mancanza di appetito e vomito se mangia un po' di più.

L'intervento medico stabilisce che non ha niente di organico e lei accetta molto volentieri la proposta di colloqui psicologici.

L'intervento più temuto è quello della nutrizionista, nel tempo si scoprirà che ha paura di doverle confessare il suo comportamento alimentare come ad un giudice intransigente del suo cedimento al cibo.

I primi incontri psicologici hanno avuto la finalità di avviare la paziente ad un maggiore riconoscimento del significato del suo comportamento alimentare come espressione del suo modo di stare al mondo.

Questa fase ha portato ad una più chiara richiesta di aiuto.

Anna racconta alla psicologa, con la quale ha stabilito un rapporto di fiducia, che è sempre stata a dieta fin da ragazzina, perché è un tipo che ingrassa facilmente (nella realtà è di peso normale).

“Se mangio un po' di più vomito, non lo so perché” continua a dire, mentre affiora il suo senso di isolamento e la ricerca di una vita isolata, il suo sconosciuto risentimento nei confronti dei genitori e del marito. Racconta eventi traumatici come abbandoni e lutti. Dopo un lungo tempo, durante il quale comincia a vomitare di meno, riesce a dire con forte carica emotiva: “Sono ossessionata dal cibo, ho una grande fame, il mio corpo mi fa orrore, lo vedo come una cosa appiccicata addosso, ho vergogna a stare con gli altri, li invidio, vedo tutti leggeri. È la prima volta che ammetto questa cosa anche con me stessa. Ho vergogna ad avere fame e non poter mangiare, mi voglio convincere di non aver fame”.

Solo a questo punto è stato possibile avviare Anna ad una richiesta di psicoterapia e di aiuto sul piano nutrizionale.

Questa paziente, che poteva denunciare solo un malessere organico, non sarebbe mai andata da uno psicologo; ha potuto sperimentare questo spazio psicologico perché era lì all'interno di un ospedale, consigliato da un dottore.

Nel caso di Benedetta la paziente obesa che si era presentata al Centro con la richiesta di una dieta, è stato possibile cominciare e mantenere una dieta solo dopo due anni di lavoro psicologico e nutrizionale.

Anche la nutrizionista la sentiva troppo debole per affrontare qualunque regime di controllo alimentare, nonostante che fosse necessario e urgente dato il peso di 130 kg. Sin da piccola era stata grassoccia e dall'età di otto anni la madre aveva cominciato a farle fare diete; in famiglia il cibo rivestiva un ruolo centrale e tutti erano perennemente occupati da problemi di peso e di dieta. Benedetta non riuscendo ad essere magra, aveva negato il suo corpo e rifiutato ogni contatto fisico (non ricordava di essere mai stata abbracciata dalla madre, che, a suo dire, le preferiva il fratello). A diciassette anni dopo un fallimento scolastico e la rottura con il ragazzo,

Benedetta aveva iniziato a mangiare di nascosto enormi quantità di dolci e ad ingrassare fino a raggiungere l'attuale peso. Nel momento in cui si rivolge al Centro era iscritta all'Università, ma aveva interrotto gli studi perché non ce la faceva a frequentare i corsi per la vergogna di presentarsi con il suo grosso corpo. Venendo al Centro, per la prima volta Benedetta decideva di affrontare i propri problemi, di avere un interesse "attivo" per la sua situazione ed una volontà di cambiamento. Il lavoro psicoterapico risvegliava un reale interesse della paziente verso il proprio mondo interno e il proprio modo di esprimere le emozioni attraverso il cibo ed il corpo. Poteva affrontare alcuni temi centrali legati al suo bisogno di "ficcare la testa nel frigorifero", al suo terrore di "sentire la fame", ed anche di entrare in contatto con i propri sentimenti.

La psicoterapia l'aiutava e Benedetta riusciva a riprendere gli studi con successo, ad emanciparsi dalla madre, ad iniziare rapporti più aperti e sicuri con i coetanei. Tuttavia, pur controllando le abbuffate e sentendo che il cibo non era più il suo interesse centrale, dopo aver perso dieci chili, non riusciva più a perdere peso.

Qualunque programma alimentare, anche se richiesto, le generava una grande ostilità, il ripresentarsi delle abbuffate e un grande senso di fallimento.

La "durezza del sintomo" esasperava e deprimeva anche i terapeuti che, dopo una discussione di gruppo, decisero di distogliere la propria attenzione e quella di Benedetta dalla perdita di peso, di valorizzare il non aumento di peso, di sottolineare l'importanza di ogni sua emozione e di ogni minimo cambiamento nella sua vita.

Solo dopo un altro anno di lavoro che portò in luce l'immagine corporea distorta che Benedetta aveva di se stessa come di una ragazzina esilissima e fragile che non poteva dimagrire pena l'annullamento, Benedetta cominciò veramente a dimagrire.

Ci sembra importante sottolineare che pazienti, come quelle descritte, hanno dovuto fare un lungo percorso per avvicinarsi alla realtà psichica

sottesa ai loro problemi alimentari.

Queste pazienti non si sarebbero rivolte facilmente ad un servizio di salute mentale: la terapia, per molte di loro, è stata possibile proprio perché si svolgeva all'interno di un centro specializzato.

La possibilità di identificarsi con il loro sintomo e di poter, per lungo tempo, definirsi in base al loro problema alimentare e corporeo, offre una garanzia di protezione per la loro fragile identità. Per questo ci sembra necessario non "aggreddire" il sintomo, ma rispettarlo come l'unico linguaggio, per il momento possibile, per esprimere e al tempo stesso contenere il dolore.

Si tratta di cercare la strada percorribile, al di là di protocolli rigidi.

Il problema fondamentale è costruire un adeguato spazio terapeutico per accogliere la sofferenza e le emozioni presenti in campo e dove sia possibile pensare. Nella nostra esperienza è stato necessario, innanzi tutto, creare per noi come gruppo terapeutico uno spazio di riflessione e valutazione delle emozioni che ci investivano, cosa che non si è rivelata facile nei casi di grave rischio biologico.

In caso di rischio biologico, lo spazio di pensabilità tende a collassarsi e facilita gli agiti e l'impulsività. Corriamo il rischio di agire, spinti dall'ansia, in modo rabbioso o iperprotettivo e cioè di proporre o imporre troppe cure sia mediche che psicologiche.

In conclusione, costruire uno spazio mentale che permetta a tutti: pazienti, familiari e curanti, di comprendere l'oscuro significato del sintomo e di gestire le emozioni in gioco, ci è sembrato il compito primario per noi psicoterapeuti di un centro ospedaliero per i disturbi del comportamento alimentare.

Bibliografia

BION W.R., "Apprendere dall'esperienza", Armando, Roma, 1972.

BRUCH H., "The changing picture of an illness: anorexia nervosa", in Sacksteder J.L., Schwartz D.P., Akabanr Y., "Attachmet and the

Therapeutic Process”, International Universities Press, Madison, CT, 1987.

BRUCH H., “La gabbia d’oro. L’enigma dell’anoressia mentale”, Feltrinelli, Milano, 1983.

BRUSSET B., “L’anoressia mentale del bambino e dell’adolescente”, Borla, Roma 1992.

CHASSEGUET-SMIRGEL J., “La lotta delle donne per l’autonomia evidenziata dai disturbi alimentari. Riflessione a partire da casi di donne che hanno presentato dei disturbi anoressici e/o bulimici durante l’adolescenza”, lavoro inedito, 1994.

CUZZOLARO M., “Aut nimis aut nihil. Bulimia, anoressia e altri disturbi del comportamento alimentare.” Quon, vol.I, n.0, 1994.

D’AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L., “Anoressia/Bulimia: una terapia possibile?”, in Atti del I° Congresso Nazionale della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector, Roma, 27/29 Gennaio 1995.

D’AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L., “Quale conclusione nella terapia dei disturbi alimentari?”, Atti del XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia medica, Varese 10/11 Giugno 1995.

D’AGOSTINI C., “Momenti critici del percorso dal somatico allo psichico nel trattamento dei disturbi alimentari”, Atti del Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, “Il malato psicosomatico, un approccio integrato”, Trieste 10-13/5/1995.

GORDON R.A. “Anoressia e bulimia”, Cortina, Milano 1991.

JOSEPH B., “Il paziente difficile da raggiungere” in Equilibrio e cambiamento psichico, Cortina, Milano, 1991.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.: “La fame e il corpo”, Astrolabio, Roma, 1974.

MAGAGNA J., “La paura d’ingrassare”, in Contrappunto, n°16, Firenze, 1989.

- MASTERSON J. F., "Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: an object relations views", in "Borderline Personality Disorders: the concept , the syndrome, the patient.", a cura di Hartocollis P., International Universities Press, New York, 1977.
- PALAZZOLO SELVINI M., "L'anoressia mentale", Milano, Feltrinelli, 1963.
- POLACCO G., La sindrome del No Entry, Relazione tenuta presso l'Associazione Fiorentina Psicoanalitica, Firenze, 11/12/1993.
- REY H., "Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states", Fre Association Books, Londra.
- RIPA DI MEANA G., "Le figure della leggerezza", Astrolabio, Roma, 1995.