

Trattamento interdisciplinare dei disturbi del comportamento alimentare

Dott. Dante Pallecchi

Aspetti generali

Parlando di disturbi alimentari ci si riferisce in questa sede essenzialmente a bulimia e anoressia, che costituiscono oggi di gran lunga le due patologie più importanti nella diffusione e nella gravità delle manifestazioni.

Due elementi sono centrali per comprendere il disturbo:

- Innanzitutto il fatto che questa patologia è quasi sconosciuta in paesi non tecnologicamente avanzati o a basso livello di consumi. In Usa una presenza importante di casi comincia ad essere notata negli anni 50. Quasi sconosciuta nel periodo prebellico, in Italia si è andata gradualmente diffondendo a partire dagli anni 60, per poi avere un grande sviluppo negli ultimi due decenni del secolo. I primi studi della Selvini Palazzoli risalgono infatti ai primi anni '70. La diffusione nel nostro paese ha interessato principalmente il centro e centro-nord. Nel sud pare che l'incidenza sia minore. Oggi si contano circa 60000 nuovi casi ogni anno. Il legame con il contesto socio-culturale, e la percezione che questo disturbo segua, per così dire, lo sviluppo economico e consumistico di una società ha fatto formulare il concetto di disturbo alimentare come disturbo etnico (Gordon 1990), come manifestazione psicopatologica, cioè, con cui la cultura svela i suoi paradossi.
- Il secondo punto consiste nel fatto che la diffusione del disturbo riguarda per una percentuale superiore al 97% le ragazze. I casi di anoressia o bulimia maschile sono rarissimi. Secondo Gordon nell'origine dell'ampio diffondersi dei disturbi alimentari nelle società avanzate vi sarebbe il mutamento in corso del ruolo femminile a cui verrebbero rivolte richieste fortemente contrastanti, fra aspettative tradizionali e ideali di successo sociale. La preoccupazione per l'aspetto esteriore (moda di massa e consumismo), per il controllo e l'obesità, premia una immagine corporea snella, ed iperattiva. I sintomi (rifiuto del cibo, corpo emaciato ecc.) caricaturizzano i valori culturali dominanti e costituiscono perciò sia una affermazione che una sconfessione degli ideali di una società. Per questo la risposta sociale è debole e ambivalente, la prevenzione quasi inesistente. Anche altre ricerche di orientamento antropologico o socio-culturale sono giunte a formulare ipotesi simili. W. Vandereycken, ad esempio, vede nell'"inedia autoindotta" una origine biopsicosociale: la donna vive un conflitto di ruolo a livello socioculturale (crisi del modello vittoriano di famiglia con ruoli sessuali stabili), lo interiorizza e lo manifesta in una formula simbolica interna alla cultura

In effetti dal dopoguerra in Italia la scolarizzazione femminile ha avuto un aumento enorme, quantitativo e qualitativo, ed è avvenuto un crescente ingresso del personale femminile nel lavoro dipendente ed autonomo. La struttura familiare ha invece avuto una evoluzione molto più lenta. Le aspettative rivolte verso la figura femminile sono rimaste stabili: buona madre, buona moglie, buona donna di casa. La donna è entrata quindi in una grave crisi di ruolo, fra impegni di lavoro, inteso anche, sempre più, come potenziale terreno di realizzazione personale e impegni per la famiglia, legati alla affettività ed alle istanze superegoiche interne. Spesso negli anni 60 e 70 il conflitto si è risolto con una amara rinuncia alla attività esterna. Molte madri delle nostre anoressiche hanno percorso questo cammino ed hanno poi incontrato quella sindrome ansioso-depressiva così diffusa nella nostra società.

Con questa riflessione si entra probabilmente ancor più nel nucleo del problema. Per comprendere la figlia anoressica è molto utile riconoscere il disagio della madre e le dinamiche delle interazioni familiari.

Il conflitto, ancor prima che nella mente della ragazza anoressica, sembra essere nel vissuto materno. Le generazioni di ragazze coinvolte in massa dal disturbo, infatti, sono quelle nate a partire dalla metà degli anni 60 in poi, in un periodo cioè in cui il conflitto fra lavoro esterno e contesto familiare comincia ad essere consapevole e sofferto. Non è un caso che a metà degli anni 70 sorgano le prime iniziative di psicoterapia familiare. La psichiatria e la psicoanalisi intuiscono l'origine interazionale dei disturbi atto e l'esigenza di intervenire a livello di contesto. Sono ormai di dominio comune, ad esempio, i concetti di campo interazionale e di paziente designato.

Esaminando dunque più nel dettaglio le dinamiche intrapsichiche e interpsichiche nella famiglia, si è osservato che il disturbo nel Sé materno rende molto difficile alla figlia l'ingresso nella adolescenza e l'accettazione della profonda trasformazione corporea che il processo di crescita comporta.

In certi casi è molto difficile un processo di identificazione positiva nella madre. In una situazione di conflitto accentuato, il cui centro è il ruolo stesso, esistenziale dei componenti della famiglia, in particolare della madre in quanto donna adulta, rischia di entrare in crisi la trasmissione generazionale madre - figlia. La madre non riesce ad essere battistrada, figura di identificazione adulta. La relazione con la figlia diviene talvolta più simile a quella con una coetanea o amica, alla quale confidare le proprie delusioni. Il rapporto fra figlia e madre sembra invertirsi: la figlia può pensare di essere divenuta un punto di appoggio per le angosce materne. Una delle conseguenze sarà di non poter più desiderare di essere simile ad una persona profondamente scontenta di se stessa e di non avere, al tempo stesso, altri punti di riferimento. È in questa fase che la moda e gli input culturali relativi alla bellezza possono assumere un grande potere ed essere utilizzati come modelli sostitutivi di identificazione.

Il problema non è solo la carenza della figura di identificazione.

Ancor più importante è la mancanza di un contenitore mentale, della cosiddetta mente compagna di Bion. La crescita mentale avviene se c'è un contenitore mentale più grande. In questi casi nella famiglia nessuno sembra esercitare questa funzione. Il padre è spesso assente, o incapace di assolvere un ruolo contenitivo sano. Affrontare la crescita adolescenziale appare allora come l'inizio di un viaggio senza direzione, completamente privi di mappa, in un territorio irto di pericoli. Le anoressiche, sostiene Crisp, non vogliono crescere; trovandosi di fronte i compiti evolutivi che l'adolescenza propone, tornano indietro. Hanno un profondo terrore di diventare donne adulte. Il disturbo si presenta infatti allorché le conseguenze della crescita puberale, con il formarsi di tessuti adiposi nei fianchi, la crescita del seno e l'arrivo delle mestruazioni cominciano a farsi evidenti.

Anoressia e bulimia

La patologia è caratterizzata dall'investimento sul cibo come simbolico affettivo.

L'operazione dal punto di vista psichico è gravemente regressiva, ed assume nelle fasi avanzate caratteristiche di una difesa di tipo psicotico. Avviene in questo caso una reificazione del simbolico.

Anoressia e bulimia sono sintomatologie che sottendono modalità e dinamiche diverse, seppure affini, di gestione del nucleo angosciante prima tratteggiato.

Vediamo nel dettaglio.

1. La rinuncia rigorosa. Il disturbo alimentare anoressico restrittivo si pone come soluzione simbolica (e socialmente suggerita) all'angoscia originata dallo sviluppo di attributi fisici e sessuali identificati come dipendenza e mortificazione dell'io. Come ogni difesa psicologica molto primitiva, agisce mediante la regressione.

Abbiamo quindi

- regressione fisiologica mediante arresto delle funzioni ormonali maturate nella adolescenza
- regressione estetica e cioè riduzione o scomparsa di fianchi e seni (androgenia). Si struttura la tipica immagine delle preadolescenti di 30 anni.
- costituzione di un "io ideale" onnipotente, duro e gratificante, imperniato sulla libertà dal bisogno incorporativo (alimentare ed affettivo)

2. Il bisogno incontenibile. Nel disturbo bulimico, caratterizzato come si sa dalla alternanza di abbuffate e vomito, il ruolo sessuale sembra più accettato, l'edipo è solo in parte rimosso (padre presente ma debole). Il disturbo è attualmente in fase di notevole crescita. Il cibo come simbolico affettivo dovrebbe riempire, colmare una angosciante, insopportabile assenza interna. Il vomito è l'atto del rifiuto, del ripristino di una condizione di autonomia. Il ciclo del riempirsi /vuotarsi rassicura perché conferma simbolicamente la possibilità di cedere e recuperare.

Le dimensioni della patologia e quelle dell'intervento

La patologia si sviluppa, come si è detto, in un circolo vizioso che coinvolge varie dimensioni, individuale, familiare, fisico-organica. Il trasferimento simbolico sul cibo del tipo della relazione affettiva disturbata con l'oggetto comporta una modifica comportamentale (mangio solo insalata oppure mi riempio di cibo e lo vomito), che a sua volta induce modificazioni fisiologiche (es. dimagrimento scheletrico) e fa esplodere dinamiche interpersonali a livello familiare, con successivo aggravamento del disturbo.

L'intervento terapeutico deve operare ai vari livelli interessati:

- Il piano intrapsichico individuale
- Quello intersichico familiare
- Il seguimiento medico
- Il seguimiento specifico sul sintomo alimentare

Si possono distinguere fasi diverse di gravità del disturbo.

Il livello iniziale è caratterizzato da una dieta troppo rigorosa e restrittiva, un dimagrimento è iniziato, ma è ancora nei limiti accettabili. In questo caso la letteratura consiglia di lavorare sul sintomo fin dall'inizio, con approccio nutrizionistico e cognitivo comportamentale. La prognosi è favorevole. E' molto importante ai fini della prevenzione la sensibilizzazione delle famiglie.

Quando la situazione è più avanzata si assiste ad un dimagrimento importante con amenorrea, indebolimento fisiologico generale. Il sintomo si è organizzato: in questo caso occorre lavorare a livello di psicoterapia individuale e familiare. Occorre poi, al momento in cui il paziente potrà accettarlo, far intervenire il nutrizionista sul sintomo. In questa fase è importante anche un costante monitoraggio medico.

In caso di grave dimagrimento con pesante deterioramento fisiologico è indispensabile l'intervento medico e un eventuale ricovero. Poi si può operare con psicoterapia individuale e familiare. In fase successiva è utile un intervento nutrizionistico.

Approccio integrato in un caso di anoressia

Al momento del primo incontro Irene ha 21 anni ma ne dimostra 4 o 5 di meno. E' fortemente depressa. Si prospetta una psicoterapia ad orientamento analitico.

In contemporanea si prova una terapia familiare che non dà alcun esito per scarsa disponibilità dei genitori.

Nella terapia di Irene, durata circa tre anni, si distinguono tre fasi:

- una prima fase, individuale ad orientamento analitico, per circa 8 mesi.
- in una seconda fase (di circa 6 mesi) in cui Irene accetta la proposta dell'analista di affiancare alla psicoterapia l'intervento di due coterapeute, nutrizionista e psichiatra con funzioni internistiche. Inizia una lenta ma costante ripresa di peso
- ed in una terza fase in cui prosegue il trattamento psicoterapico individuale e successivamente in gruppo per circa altri due anni, durante i quali è ricomparso il ciclo mestruale regolare ed il peso si è normalizzato. Attualmente Irene sta bene

L'evoluzione del transfert nel primo anno di lavoro può essere sintetizzata nella lenta liberazione di una forte corrente edipica.

Si avverte inizialmente la presenza di una figura di identificazione materna fantasticata come la femminilità prigioniera, votata al sacrificio, assoggettata al marito dall'essere fisicamente donna, e quindi madre ("ha dovuto rinunciare alla laurea in ingegneria perchè siamo nati noi figli.."). Il padre, spesso assente per lavoro, relegato ad un ruolo autoritario quasi caricaturale, rinforza di fatto il processo.

La psicoterapia individuale, di cui non approfondiremo i passaggi, in questa prima fase permette alla paziente di cominciare ad inquadrare il disturbo alimentare come una difesa regressiva. Esclusa per il momento l'ipotesi di un ricovero, di cui ha paura, viene "stipulato un patto" che prevede l'allargamento del campo terapeutico con l'inserimento di due figure femminili, una nutrizionista ed un medico, indicate dallo psicoterapeuta, con le quali dovrà avere appuntamenti regolari e programmati.

La accettazione da parte di Irene di un lavoro ricostruttivo segna l'ingresso nella seconda fase. Mentre la psicoterapia procede nel suo lento corso, si affiancano ad essa, in tempi diversi e con cadenza regolare, le due nuove dimensioni di intervento gestite da due figure femminili: l'una, il medico, un ruolo ben definito e l'altra, la nutrizionista, intermedia fra corpo e psiche.

I partners del terapeuta sono donne, con preparazione psichiatrica e psicologica, in grado di garantire una buona integrazione dei differenti contributi. Sono stati individuati ed evitati alcuni rischi, primo fra tutti quello di indebolire il transfert verso il terapeuta, riproducendo dissonanze o competizione madre/padre fra i quali la paziente debba o possa scegliere. La situazione fantasmatica ipotizzata è stata identificata nella seguente: la paziente, è affiancata da due figure di identificazione che la assistono nella ricostruzione del corpo femminile.

La dottoressa, medico psichiatra, ogni giorno per tre settimane la riceve in reparto per un controllo internistico e la somministrazione di una fleboclisi di soluzione fisiologica e di glucosata. Questo programma, concordato con lo psicoterapeuta e la nutrizionista, ha prevalentemente lo scopo di dare alla paziente la sensazione di un intervento di emergenza in difesa del corpo fin troppo provato.

Successivamente alle tre settimane la dottoressa periodicamente dovrà verificare lo stato di salute di Irene. Discutendo in gruppo di supervisione la sua esperienza, rivela di essersi sentita spesso "cattiva" o "punitiva".

Pur rispettando il contratto, Irene nei primi giorni fa volentieri capire alla terapeuta che comunque le si sta facendo una violenza, e l'operatrice percepisce il messaggio: mentre razionalmente sa cosa deve fare, emozionalmente avverte un certo vago senso di colpa, che verrà poi superato quando la paziente, uscita dal tunnel, le invierà una cartolina affettuosa.

È stato un ruolo piuttosto complesso perché si è trattato di non colludere e di riuscire ad accettare un transfert parzialmente negativo. Agendo direttamente sul corpo, ha avuto una attività intrusiva. Ha rappresentato concretamente il "sacrificio" della parte orgogliosa, la lotta tangibile al corpo distrutto anoressico, la ineluttabilità del recupero. Ha ricoperto il posto della madre buona e severa, affiatata con il padre e contenitiva verso la figlia.

L'intervento della nutrizionista ha risposto ad un ulteriore bisogno fondamentale: segnare le tappe del progressivo superamento dell'uso del corpo emaciato come significante unico o privilegiato dell'angoscia interna. Ogni etto in più ha segnato la rottura del nesso psicotico fra assunzione di cibo e contaminazione psicologica.

Il setting è stato oggettivante, teso a sottolineare con precisione l'ambito e la specifica competenza (= io sono un riferimento certo per il corpo e ti espongo i dati reali per mantenere o riacquistare uno stato di salute fisica). Al tempo stesso è stata ufficiale la partecipazione al setting multiplo e l'appartenenza allo stesso gruppo dello psicoterapeuta e del medico (=conosco il tuo problema, rispetto le tue paure e sono disposta a guidarti verso una ripresa fisica, nella misura in cui tu sei disponibile ad accettare).

L'intervento si è mosso in uno spazio intermedio fra lo psicologo ed il medico, ed ha agito sul significante del disagio, il cibarsi, al momento in cui la paziente ha deciso di riprendere ad alimentarsi, ma con ancora fortissime paure e resistenze. E' evidente che si è trattato di operare in presenza di equilibri molto fragili, frequentemente soggetti a destabilizzazione e regressione. C'è stato in questo caso la possibilità di una relazione transferale fortemente positiva.

Riflessioni conclusive

L'approccio integrato è stato fondamentale nella guarigione e il solo lavoro psicoterapeutico difficilmente avrebbe potuto ottenere un uguale risultato. E' invece più complesso descrivere analiticamente i reali fattori terapeutici di tale intervento.

E' interessante notare che la disponibilità ad incorporare identificazioni femminili è sopravvenuta solo dopo la rivitalizzazione edipica.

L'entrata in campo del medico e della nutrizionista, come si è visto, sono stati determinanti non solo sul piano fisico, vista la moderazione nell'intervento con fleboclisi e la facile aggirabilità delle prescrizioni dietetiche, quanto su quello psicologico. La nostra sensazione è che abbiano pesato moltissimo in quanto figure femminili ben affiatate con lo psicoterapeuta, ma ugualmente autonome e caratterizzate.

Le due co-terapeute hanno allargato il campo, e le hanno offerto un setting nuovo, diverso da quello analitico (che peraltro permaneva), orientato alla fisicità femminile, fornendole, attraverso questo, figure di identificazione reali e positive.

Questo ha permesso allo psicoterapeuta di proseguire il lavoro senza essere troppo legato all'andamento degli etti di peso. Almeno apparentemente, c'è stata una delega della fase di recupero della fisicità femminile ad un contesto femminile esperto (e perfettamente consapevole del vissuto anoressico di Irene), che ha lavorato con il criterio guida del peso come fatto di salute fisica e bellezza.

Si potrebbe ritenere che Irene aveva bisogno di una figura maschile verso il quale recuperare ed elaborare, come si è detto, la posizione edipica, e di una o più figure femminili positive sulle quali ridefinire la propria immagine psicofisica. In questo caso il sesso dei terapeuti sembrerebbe aver avuto una importanza notevole e questo è un argomento sicuramente da approfondire per le implicazioni che può avere nella dinamica transferale di certi disturbi, non solo, ovviamente, nella anoressia.

Bibliografia

Bruch Hilde. La gabbia d'oro. Feltrinelli. Milano 1989

Bruch Hilde. Anoressia. R. Cortina Editore. Milano 1988

Ganzerli Pietro Sasso Raffaella. La rappresentazione anoressica. Bulzoni Editore Roma 1979

Klein Melanie. Invidia e gratitudine. G. Martinelli Firenze 1972

Neumann Erich. La psicologia del femminile. Astrolabio Roma 1975

Neumann Erich. La grande madre. Astrolabio Roma 1981

Ripa di Meana Gabriella. Figure della leggerezza. Astrolabio Roma 1995
Rosenfeld Herbert. Comunicazione e interpretazione. Boringhieri Torino 1991
Selvini Palazzoli Mara L'anoressia mentale. Feltrinelli Milano 1984 II ed.
Vandereycken Walther, Ron van Deth. Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Raffaello Cortina Editore Milano 1995