

DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

Diagnosi e terapia

I disturbi della condotta alimentare oggi sono definitivamente entrati nelle grandi classificazioni delle patologie psichiatriche. Tuttavia, nell'ambito di tali patologie, i DCA presentano il maggior numero di zone di intersezione con altri settori della medicina e quindi richiedono, specie in alcune fasi, interventi coordinati di specialisti diversi. Ciò rende indispensabile una cooperazione pluridisciplinare sia per un corretto inquadramento diagnostico, sia per un adeguato indirizzo terapeutico.

Si è, tuttavia, ormai ben chiarito che la cura psichiatrica e psicoterapeutica costituisce il fondamento del trattamento e deve essere associata, in genere, ad altre specifiche modalità di trattamento. Analogamente si conferma, sia in base alla nostra esperienza, che a quelle desumibili della letteratura internazionale, come i trattamenti integrati riportino migliori risultati.

Al contrario cronicità e recidive dipendono spesso da valutazioni diagnostiche incomplete, che tengono conto soltanto dei sintomi alimentari e non della complessità delle relazioni che li sostengono, della peculiare struttura di personalità, delle differenti modalità di coping, dell'elevato tasso di comorbidità, delle patologie accessorie e residue.

Questo volume raccoglie i lavori più significativi, al fine di una corretta valutazione diagnostica ed un idoneo progetto terapeutico di tutti gli studiosi componenti l'equipe interdisciplinare del Centro Interdipartimentale per i Disturbi della Condotta Alimentare del policlinico Umberto I di Roma inaugurato il 12 novembre 2003, a cui va il nostro più sentito ringraziamento insieme a quello per i pazienti e per i loro familiari.

Interpretazioni psicodinamiche

L'anoressia mentale, malattia a patogenesi complessa, quadro clinico più o meno sfumato, ad evoluzione variabile, ha rappresentato fin dalle prime segnalazioni un terreno vergine per le

2

interpretazioni di quanti vi si accostano con l'intento di comprendere le tematiche psicodinamiche che sono alla base del disturbo.

Paradigmatico è " Il caso di Ellen West" che fu presentato da Biswanger come schizofrenia simplex, interpretato da altri autori come malinconia anche per il tragico epilogo in suicidio, e diagnosticato oggi, alla luce delle attuali conoscenze, come anoressia mentale.

Freud si occupa del disturbo già nella preistoria della psicoanalisi, come si rileva dalla lettura di

" Un caso di guarigione ipnotica", storia di una giovane donna divenuta anoressica alla nascita del primo figlio, e di " La Signora Emmy Von N.", la quale rifiuta il cibo " perché l'atto del mangiare si collega in lei, da gran tempo, a ricordi di disgusto, il cui valore effettivo non ha ancora subito alcuna attenuazione". Qui Freud sottolinea l'aspetto depressivo dell'anoressia e più tardi, in una lettera a Fliess, accosta i concetti di psicosi e di autoerotismo e fa derivare l'AM dall'isteria e dalla corrente autoerotica.

Nell'opera Di Jung non si trovano specifici riferimenti all'anoressia, mentre la letteratura post- junghiana mostra un crescendo di interesse e molteplici interpretazioni vengono proposte per spiegare l'origine psicodinamica di tale patologia. L'anoressia sarebbe " Portatrice dell'Archetipo dell'Ombra" secondo Woodman; tentativo di entrare nel mondo degli Inferi per andare oltre lo spazio e il tempo del mondo terreno secondo la Spignesi e la Robinson. L'anoressica è assimilata da Stoud al puer aeternus e al senex suo opposto e la malattia è intesa come " non appetito " per la vita, in cui l'esperienza della morte si configura come unico modo per scoprire l'individualità. Secondo la teoria di Neumann la giovane anoressica si trova imprigionata in uno stadio arcaico dello sviluppo psichico dominato dall' Archetipo della Grande Madre: il rifiuto del cibo e con esso di tutto ciò che è materno, materiale, fertile, abbondante rappresenta così un tentativo di differenziarsi dalla madre e di sciogliere il rapporto con essa. Tentativo che risulta molto più facile al maschietto che, proprio nella relazione con la madre, verifica l'esperienza dell'opposizione tra maschile e femminile e conquista la sua identità. Sulla scia di Freud gli psicoanalisti della scuola classica interpretano il disturbo

come espressione simbolica di un conflitto sessuale interiorizzato per cui l'incapacità dell'orgasmo di venire a capo dell'eccitamento sessuale si estrinsecerebbe nella compromissione dell'istinto nutritivo. L'anoressia mentale è da questi autori correlata a fantasie di "impregnazione orale" e l'amenorrea è vista come negazione della sessualità genitale. Il disturbo cioè esprimerebbe un rifiuto delle ammalate di assumere il ruolo sessuale femminile e si associa a fantasie e timore di gravidanza ed a sensi di colpa per il desiderio di incorporazione del pene paterno. Anna Freud situa l'anoressia tra le "condotte ascetiche" dell'adolescenza e la definisce come modalità di difesa caratteristica dell'età. Attraverso l'ascetismo, infatti, l'adolescente rifiuta le

3

pulsioni che avverte come una minaccia e si difende dal pericolo insito negli oggetti d'amore del passato edipico e preedipico, verso cui persiste l'investimento libidico. Gli autori Freudiani, cioè, partendo dall'osservazione che il disturbo esordisce in epoca puberale, attribuiscono grande importanza ai conflitti edipici, assegnando loro il ruolo di fattore causale nell'insorgenza dell'anoressia mentale. Melanie Klein fa dell'anoressia una "paranoia intrapsichica" in quanto "di fronte agli oggetti sadicamente distrutti... fonte di pericolo e di avvelenamento all'interno del soggetto, questi... viene indotto dall'angoscia paranoide a diffidare profondamente degli stessi oggetti nel momento in cui li incorpora. Ne consegue un indebolimento dei desideri orali". In contrasto con le succitate concezioni, che impongono l'accento sulla sola componente orale- alimentare del disturbo e sul relativo significato simbolico, alcuni analisti nel corso degli anni '30 spostano la loro attenzione sull'intera personalità delle pazienti e sui fattori che hanno preconditionato l'esperienza della futura anoressica rispetto al cibo. Alcuni autori sottolineano lo scompiglio di fondo insito nella personalità delle ammalate: deformazione della struttura dell' Io che trova origine in anomali schemi di interscambio tra madre e figlio/a (Menfi, Eissler), alterazioni dello stato affettivo sottoforma di scarsa profondità e progressivo intiepidirsi di tutti i sentimenti (Nicolle, 1938). Altri autori prendono in considerazione fattori legati allo sviluppo quali le modalità di allattamento, altri ancora il tipo di organizzazione familiare. A questo proposito bisogna citare l'esperienza di Palazzoli Selvini (1981), passata nel corso degli anni da un modello psicoanalitico a una relazione sia per interpretare che per curare l'anoressia mentale. Secondo Laboucariè e Barres (1970) " ... l'anoressica traduce un rifiuto e un'incapacità di

assumere le trasformazioni corporee di questa età e di integrarle in una nuova identità, che rende la figlia somigliante alla madre. Così... il conflitto centrale dell'anoressia si situa a livello del corpo tutto intero e non a livello delle funzioni alimentari”.

Più recentemente i Kestemberg (1978) si chiedono “ se, fin dalla prima infanzia, le anoressiche si siano costruite, con una pseudo personalità, una pseudogenitalizzazione, uno pseudoedipo, organizzati come quello che Winnicott (1975) ha descritto come Falso Sé “ evidenziando così una scissione che divide “ un io tutto primitivo, funzionante a livello degli inizi della sua organizzazione, incapace di evolversi, di difendersi e di integrare le pulsioni dell'Es, da un io che sarebbe disincarnato, funzionante alla superficie delle attività cognitive e motorie, separato dall'Io corporeo”.

Goodsitt (1977), in concordanza con la teorizzazione di Brusset (1979), sottolinea come il problema dell'anoressia sia nel disturbo del pensiero che guida il comportamento alimentare e che è caratterizzato da un'ideazione di tipo ossessivo nei riguardi della propria immagine corporea e di

4

tipo fobico nei confronti del corpo e del cibo; tale disturbo può sfociare in un quadro depressivo se vissuto in modo ego distonico, in un quadro delirante se vissuto in modo ego sintonico.

Secondo Costa (1983), è l'atto che è diventato pericoloso ed angoscioso, non il cibo di per sé. L'atto del nutrirsi e del saziarsi non è permesso. Questo atto è collegato al raggiungimento della soddisfazione, della sicurezza ed in seguito del proprio potere, ossia della spinta ed esprimere le proprie capacità e abilità. Sappiamo che difficoltà di nutrizione appaiono in bambini le cui madri sono emotivamente disturbate (spesso con rigida struttura caratteriale) o che, ad esempio, insistono sull'aspetto formale della nutrizione senza quell'atteggiamento di empatia nei riguardi di questa, privando così la bambina del sentimento di accettazione gioiosa del suo piacere e del suo senso di sicurezza, benessere ed approvazione ad esso connesso. Inoltre la mancanza di tenerezza fisica di queste madri non permette alla bambina di apprendere come godere del proprio corpo; in più la frequente disconferma delle azioni del bambino/a o in seguito l'intromissione critica ed eccessivamente direttiva, sia sulle funzioni corporee e fisiologiche che sul movimento, può portare ad un disordine della integrazione delle funzioni stesse e dell'immagine corporea. Il

disturbo dello schema corporeo infatti risulta, nell'AM legato allo squilibrio della interazione della bambina con il suo ambiente, nel senso in un primo momento, di una mancanza di tenerezza e stimolazione corporea ed in un secondo momento nel senso dell'inibizione del comportamento attivo, dell'iniziativa, dell'espressione spontanea e peculiare e del conseguente senso di autonomia e di potere; ossia i fattori che rappresentano i fondamenti dello sviluppo umano e che nel normale sono in armonico dinamismo, nell'anoressica hanno subito processi di scissione e dissociazione.

La soddisfazione orale è vissuta come incompatibile con il bisogno di sicurezza e di autonomia; il corpo viene combattuto in quanto espressione concreta della parte inaccettabile di sé; la recettività passiva è fonte di insicurezza e di angoscia perché assimilata nel senso della crescita alle caratteristiche dell'ambiente prepotente e invasivo. Ossia l'anoressica, non avendo avuto un'esperienza profonda di autonomia, non sa raffigurarsela e può caratterizzarla solo come non recettività corporea: paradossalmente cercando sicurezza e potere nell'emancipazione. Le anoressiche possono razionalizzare e dire che il mangiare è d'impiccio all'intelletto, all'estetica e perfino all'etica, comunque la soddisfazione orale, in accettata o rinnegata, entra come tutti i bisogni fondamentali nell'ambivalenza: digiuno e voracità sono le facce del medesimo problema e come tutto quello che è rimosso diventa rabbioso e violento, così nella AM si può avere una perdita di controllo con attacchi di voracità, avidità e ingordigia. Un Io debole che si difende in modo rigido e pauroso per mantenere un equilibrio precario. Ricerca di sicurezza e valore, di potere e libertà nella finzione e negazione della realtà e dell'esistere come unica possibilità di autonomia.

5

Raramente si trovano casi in cui l'avidità delle crisi bulimiche è unita ad una pseudo sessualità indiscriminata. In tutti i casi, fame e sessualità sono repressi, appetito ed erotismo legati alla sfera della socialità non possono essere accettati.

Di contro come compensazione si sviluppano attraverso formazioni reattive tratti intellettualistici e meccanismi di razionalizzazione ossessiva che forniscono all'anoressica “ quel potere altrimenti negato “.

Potere che assomiglia molto a quello manipolatorio dell'isteria (Costa, 1995), ma che da questo si differenzia in ordine all'oggetto.

Infatti nell'anoressia è l'"oggetto-madre" quello da cui si difende in modo attivo (affermazione) per differenziarsi, e non riuscendo, si attivano le difese di tipo razionale per riuscire a sottometterla e ad avere potere su di lei. Mentre nell'isteria è l'"oggetto-padre" " mancante - abbandonico" che non permette l'identificazione con il maschile, così lo stesso " pseudo - potere intellettuale" serve da difesa contro il "maschile -padre " e da offesa per sedurlo e sottometterlo.

In tutti e due i casi il processo di identificazione primaria con la madre e poi con il padre e quindi con le componenti femminili e maschili della psiche sono riusciti n" difettosi ". Cosicché in adolescenza, epoca in cui possono attivarsi entrambe le patologie, se i processi di identificazione secondaria non trovano ancora validi " oggetti di identificazione proiettiva " potremo assistere all'instaurarsi di una delle due forme con prevalenti caratteristiche psicotiche o nevrotiche o psicosomatiche, secondo come la personalità si è andata strutturando nella prima fase dello sviluppo, ossia con difese scarse o eccessive o più profonde e mascherate.

Clinica

L'anoressia mentale inizia spesso come una " normale "cura dimagrante che a poco a poco e quasi insensibilmente tra digiuni, farmaci anoressizzanti, lassativi e palestre acquista connotati morbosi (dolori gastrici, nausea, vomito, stipsi ostinata) e trapassa infine in una forma patologica conclamata e grave.

La paziente, con il digiuno, il vomito e l'abuso di anoressizzanti, lassativi e diuretici, dimagrisce fino a raggiungere livelli estremi di magrezza (in alcuni casi il peso arriva a 25-30 Kg) di cui tipicamente nega la gravità. Ma non si osserva solo il patognomico rifiuto di mangiare, bensì un profondo sconvolgimento dell'intera condotta alimentare: le anoressiche mostrano infatti preferenze per determinati cibi e ingiustificate preclusioni per altri, richiedono di pranzare separatamente o ad

6

orari diversi, pretendono di cucinarsi da sole o di decidere il menù per l'intera famiglia, oppure sminuzzano, pesano e nascondono i cibi. Spesso, soprattutto nel tipo bulimico, le pazienti cedono al bisogno imperioso di abbuffarsi per poi avere forti sensi di colpa e provocarsi il vomito e/o l'evacuazione mediante lassativi o clisteri.

Precocemente in relazione ai mutamenti endocrini o a traumi emotivi, o più tardivamente per il deficit nutritivo, si instaura un blocco dell'asse ipotalamo –ipofisi -gonadi la cui manifestazione più eclatante è rappresentata dall'amenorrea che, nel 50% dei casi, precede la perdita di peso. Se la carenza ormonale, evidenziabile con il dosaggio ematico di gonadotropine e ormoni ovarici, protrae a lungo, si associano: osteopenia, edemi declivi, sottile peluria al viso ed al corpo. Possono inoltre coesistere alterazioni neurovegetative tipo: bradicardie, ipotensione, estremità fredde arrossate o cianotiche, stipsi (dovuta anche al minore apporto di cibo); alterazioni della crasi ematica: leucopenia con linfocitosi, anemia normocromica, normocitica e alterazioni di parametri biochimici: ipoglicemia,ipoproteinemia, ipercolesterolemia e, se il vomito è frequente, ipocalcemia. Reperto tipico, segnalato fin dalle prime descrizioni della malattia, è l'iperattività motoria cui fa riscontro, paradossalmente, un senso paralizzante di vuoto e/o inefficacia che pervade ogni pensiero e ogni attività. Lo studio del sonno evidenzia una riduzione della fase REM a causa di lunghi periodi di veglia nella seconda parte della notte.

Attraverso il digiuno e il dimagrimento che ne deriva, queste pazienti provano a se stesse che possono esercitare un controllo sul proprio corpo e sui propri bisogni tramite la negazione della fame, della stanchezza, del desiderio sessuale, svicolandosi così dagli "obblighi" (di nutrirsi, di riposarsi, di riprodursi) cui la natura assoggetta l'essere umano. Esse affermano in tal modo l'indifferenza alle necessità materiali e l'autonomia rispetto agli altri esseri che a tali necessità soggiacciono. Quando, nel corso di un'abbuffata compulsiva, questa sorta di onnipotenza viene meno, le pazienti sentono che il dominio di sé è perso, e che va ristabilito a qualsiasi costo, liberando il corpo di quel cibo avvertito come ostile e minaccioso. Il corpo emaciato, fonte di un'identità fittizia che le anoressiche costruiscono, è usato come mezzo di comunicazione e di controllo sull'ambiente circostante. A dispetto dell'apparente e ostentata indifferenza quindi, le anoressiche con l'esibizione della loro magrezza richiamano espressamente, anche se inconsapevolmente l'interesse degli altri sul loro disagio.

Evoluzione e prognosi

I dati sull'evoluzione clinica dell'anoressia mentale sono scarsi e spesso discordanti. Sono scarsi perché il riconoscimento di questa patologia come pure l'aumento della sua incidenza sono

relativamente recenti ed anche perché sono pochi gli studi prospettici che possano valutare l'outcome in maniera molto più curata e attendibile di quanto non facciano quelli retrospettivi. Sono discordanti perché non esistono criteri uniformi per la valutazione dell'outcome e ogni casistica enfatizza aspetti differenti della malattia per definirne l'evoluzione. A questo proposito si può dire che, mentre in passato il giudizio di miglioramento si fondava sulla ripresa e sul mantenimento del peso corporeo e sulla regolarizzazione del ciclo mestruale, oggi si tiene conto anche dei conflitti intrapsichici e interpersonali, dell'adattamento sociale e scolastico, della vita sessuale, della condotta alimentare in senso lato. La scomparsa dei sintomi prettamente anoressici, cioè, non basta più per affermare il miglioramento, bisogna valutare l'adattamento psicologico globale. Varie scale (General Outcome Measure, Average Outcome Score, Global Clinic Score) sono state elaborate al fine di rendere quantizzabili, e quindi uniformi e obiettivi, i criteri di valutazione, e compatibili le diverse casistiche.

Tendendo, per quanto è possibile, una mediazione tra i diversi studi, tenendo presente che gravità dei sintomi, substrato personale e socio-ambientale, terapia adottata incidono grandemente sull'evoluzione, e prendendo in considerazione il solo disturbo alimentare e non l'eventuale comorbidità, possiamo affermare che in oltre la metà dei casi si assiste al miglioramento se non addirittura alla guarigione (ripresa del peso e ricomparsa delle mestruazioni), mentre meno del 20% dei casi presenta un andamento cronico-ricidivante. La mortalità, dovuta alle gravi alterazioni metaboliche ed a malattie infettive intercorrenti, è calcolata intorno al 10%. Il tipo bulimico presenterebbe un'evoluzione meno favorevole e comunque si associa con maggiore frequenza all'abuso di alcool e droga rispetto al tipo restrittivo. Altri fattori prognostici negativi sono ritenuti: la lunga durata della malattia, l'esordio tardivo o in epoca prepubere, l'essere figlia unica, l'ambiente familiare gravemente disturbato (attenzione centrata sul solo sintomo anoressico e negazione di qualsiasi altro problema), la mancata richiesta di terapia, il basso livello socio- culturale.

Ai fini della presente trattazione è importante rilevare che diversi autori segnalano, nell'evoluzione dell'anoressia mentale “ altri “ disturbi psichiatrici, quali disturbi di personalità, disturbo ossessivo – compulsivo, depressione e disturbo bipolare, con percentuali variabili da casistica a casistica.

Diagnosi

Nell'intento di facilitare la diagnosi di AM, sono stati individuati sintomi e segni cardine che, se presenti contemporaneamente nella paziente in esame, rendono agevole il riconoscimento della

8

malattia. Tali criteri diagnostici sono stati riportati in dettaglio nel paragrafo DSM-IV-TR a cui si rimanda.

Oltre che sul soddisfacimento dei suddetti criteri, il cui pregio principale è quello di rendere uniforme la diagnosi, l'identificazione dell'AM si fonda sul dato obiettivo della magrezza e/o dell'amenorrea (questa può precedere la perdita di peso) in assenza di cause organiche sottostanti. Fondamentale risulta l'anamnesi personale e familiare della paziente, raccolta, con la maggiore delicatezza possibile, dalla stessa o dai congiunti e volta ad identificare nella personalità premorbosa dell'anoressica e nell'ambito familiare quei fattori causali di cui s'è trattato nel capitolo dedicato all'eziopatogenesi. Dato estremamente significativo è la totale mancanza di preoccupazione circa il proprio peso corporeo, che caratterizza le pazienti che anzi abitualmente non comprendono la necessità di consultare il medico.

Gli esami emato - chimici risultano alterati per quanto concerne gli elementi corpuscolati del sangue, gli elettroliti e le macromolecole solubili nel plasma, le concentrazioni ormonali. Nelle urine, a causa del digiuno, si trovano elevate quantità di corpi chetonici; tale determinazione viene utilizzata quotidianamente nelle pazienti ospedalizzate per valutare lo stato di nutrizione senza passarle con domande che potrebbero essere sentite come inquisitorie.

La tomografia assiale computerizzata (TAC) cerebrale evidenzia in oltre il 50% delle pazienti anoressiche una dilatazione ventricolare e una accentuazione dei solchi interventricolari, configurando così una pseudo atrofia cerebrale, proporzionale all'entità del dimagrimento e spesso reversibile con la ripresa del peso. Questo dato è molto utile per dimostrare alla paziente che essa, credendo di non mangiare, “ ha, in realtà, mangiato l'interno del proprio corpo “ e ha così danneggiato anche il proprio cervello che è l'unico organo a cui veramente tenga. La spiegazione dettagliata della TAC sortisce, nella maggior parte dei casi, l'effetto di una presa di coscienza immediata e spesso drammatica da parte della paziente circa il danno procuratosi.

Vari test proiettivi sono utilizzati nella psicodiagnostica individuale per valutare le caratteristiche di personalità e il sistema di relazioni della paziente anoressica. La struttura del sé, che viene a costruirsi in maniera alterata durante fasi precoci dello sviluppo, è studiata con il test di Rorschach e con test grafici quali il disegno dell'albero, il disegno della figura umana ed il disegno della famiglia. L'interpretazione attraverso i test fornisce importanti informazioni circa la personalità, lo schema corporeo, la identificazione sessuale, le relazioni familiari di ogni singola paziente.

A partire dagli anni '70 numerosi reattivi mentali sono stati elaborati e sperimentati per valutare specificatamente i disordini alimentari. Nel corso del tempo tali strumenti psicometrici sono stati notevolmente perfezionati al fine di aumentarne, per quanto possibile, la validità (capacità di

9

svelare e misurare effettivamente il parametro in questione), l'attendibilità (ripetibilità dei risultati), la standardizzazione (uniformità nella somministrazione e nel calcolo dei punteggi). Uno dei più usati test sul comportamento alimentare per la sua validità, economicità e semplicità di somministrazione, è l'Eating Attitudes Test. È un questionario di autovalutazione e di ciò bisogna tener conto nell'interpretazione dal momento che le anoressiche hanno la tendenza a negare o minimizzare il disturbo. Costituito inizialmente da 40 item, ridotti poi a 26 per ognuno dei quali si dà un punteggio proporzionale al " quantum " di comportamento anoressico contenuto nella risposta, il test risulta elevato nei casi conclamati (punteggio superiore a 30 nell'EAT- 40 e superiore a 20 nell'EAT-26) e individua le forme subcliniche per la sua capacità di valutare parametri quali l'interesse per il peso e il rapporto con l'alimentazione. Altri test usati nella diagnosi dei disturbi del comportamento alimentare sono l'Eating Disorders, l'Anorexic Behaviour Scale, l'Anorexic Attitudes Scale, il Three- Factor Eating Questionnaire, l'Eating Behaviour Questionnaire per quanto riguarda l'anoressia. Bisogna inoltre ricordare gli strumenti psicometrici atti a valutare l'immagine corporea e la sua eventuale distorsione e quelli impiegati per valutare l'outcome.

I disturbi del comportamento alimentare nell'ottica relazionale-sistemica
Di Wilma Trasarti Sponti, Sara Stefani e Camillo Loredò

Nell'ambito del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, l'ottica relazionale- sistemica risulta particolarmente efficace in quanto consente la lettura dei comportamenti del paziente inserendolo in un contesto sociale, familiare e del servizio nel quale lo stesso viene ad essere trattato e permette di leggere le interrelazioni reciproche.

Questa ottica che allarga il campo e si rivolge al contesto, per poi rifocalizzarsi sul paziente e ritornare poi al contesto in una circolarità e ricorsività che ha lo scopo di facilitare la comprensione, la integrazione dei reciproci comportamenti ed una elaborazione delle emozioni coinvolte permette un cambiamento ed una armonizzazione delle azioni. Il contesto, a volte, pur non essendo causa del disturbo può operare come mantenimento dello stesso.

Si ritiene utile fare un breve cenno storico della teoria sistemico-relazionale e della interrelazione della stessa con i DCA per spiegare meglio quanto sopra accennato.

“ la psicologia sistemica nasce a Palo Alto negli anni '50, a partire dalla teoria dei tipi logici di B. Russel, dalla teoria generale dei sistemi di L. von Bertalanffy dalla teoria del doppio legame di G. Bateson, grazie ad un felice incontro della clinica con la teoria generale dei sistemi che ha

10

riconosciuto alla famiglia un proprio ruolo specifico inquadrandola e definendola come gruppo “ (Bateson, Ruesch, 1951).

La famiglia è vista come sistema relazionale cioè come “ insieme costituito da una o più unità collegate tra loro in modo che un cambiamento nello stato di una unità sarà seguito di nuovo da un cambiamento nelle altre unità; tale cambiamento sarà seguito da un cambiamento di stato nell'unità primitivamente modificata e così via” (Parsons e Bales, 1955). La famiglia non è più intesa come scenario su cui si colloca il singolo membro malato, ma come primo oggetto di studio. L'oggetto della ricerca secondo gli autori appartenenti all'area sistemico-relazionale, non è più infatti il singolo individuo, ma l'attenzione viene rivolta all'intero sistema interattivo che ruota attorno al soggetto malato, al fine di studiare il comportamento sintomatico nel contesto in cui si è sviluppato. Il sintomo, nell'ottica sistemica non è qualcosa che nasce all'interno dell'individuo a causa di un suo disturbo intrapsichico, ma un comportamento comunicativo che di fronte a relazioni

personali problematiche tende a “ mediare all’interno della famiglia i rapporti di vicinanza, di intimità di separazione” (Melagoli Togliatti e Telfener, 1991,p. 190).

L’importanza della famiglia nei DCA era stata già sottolineata da Charcot nel 1870 e da Lasegue, nel 1873 che, nell’ambito della sindrome da lui definita anoressia isterica ha sottolineato una peculiarità fondamentale nel comportamento dei genitori dell’anoressica: “ questi agiscono sempre come se conoscessero solo due atteggiamenti nei confronti della figlia, quello basato sulle suppliche e quello basato sulle minacce “, cogliendo un fenomeno tipico e da noi considerato importantissimo, della sindrome anoressico-bulimica, vale a dire la negazione della complessità della malattia da parte del sistema in cui essa si struttura, a favore di posizioni assolute ed estreme del tipo tutto o niente, o altrimenti dette di aut/aut.

Freud nel 1895, valutando l’anoressia in un quadro multidimensionale sottolineava un elemento innovativo nella terapia della patologia, evidenziando il ruolo fondamentale della famiglia e suggerendo come positivo, per una possibile guarigione, l’allontanamento della paziente dal sistema in cui è vissuta (Loredi, 2003).

La famiglia “ anoressico-bulimica” è stata ampiamente studiata negli ultimi 20 anni dagli autori dell’area sistemica -relazionale come un sistema interpersonale in equilibrio tra la tendenza dell’omeostasi e la spinta al cambiamento, in cui il singolo è da considerarsi un elemento che in relazione con altri elementi, contribuisce all’andamento globale del tutto, e in cui il sintomo rappresenta un segnale di malfunzionamento del sistema, e allo stesso tempo si identifica con il bisogno di cambiamento delle regole e del sistema stesso. In questo contesto i DCA sono visti

11

dunque come parte e risultato di un pattern patologico di interazione con la famiglia, ed i loro sintomi vengono descritti come parte del processo di identificazione.

Due importanti figure sono comunemente associate alla descrizione del sistema familiare dell’anoressia nervosa: Salvador Minuchin e Mara Selvini Palazzoli. Entrambi gli autori, ciascuno con le proprie specificità, continuano ad esercitare ancora oggi una notevole influenza sugli studi sistemico relazionali del settore e sono riusciti ad imporre un ruolo di primo piano della terapia familiare nel trattamento dell’anoressia.

I primi lavori dei due autori possono essere visti come ancora condizionati da una prospettiva di tipo lineare, ma successivamente entrambi sono riusciti ad introdurre una visione circolare e a tenere conto, al tempo stesso, del sistema sociale che circonda la famiglia, vista come fonte d'interazione complessa di influenze differenti.

Sebbene, tanto Selvini che Minuchin abbiano profondamente innovato la visione tradizionalmente monadica, fino ad allora prevalente dei Disturbi dell'Alimentazione, alcuni ricercatori hanno ritenuto rigide e non supportate da evidenze sperimentali, alcune delle conclusioni alle quali questi autori sono giunti in seguito ad indagini durate alcune decine di anni.

Una delle critiche più frequenti è quella che non esisterebbero conferme convincenti della specificità propria di un determinato sistema familiare caratterizzerebbe i disturbi alimentari (Vanderlienden, 2003). Critiche di questo genere, solo parzialmente fondate, in realtà non hanno ridotto di molto il peso e l'influenza del pensiero di questi due grandi studiosi, che hanno determinato la svolta sistemico relazionale nel campo di questi disturbi, consentendo l'accesso ad acquisizioni teoriche ed ad indicazioni terapeutiche che costituiscono un patrimonio inalienabile ed una base di comprensione per tutti gli studiosi del settore a prescindere dal loro orientamento.

Da una parte le nuove ricerche sull'anoressia e sulla bulimia stanno dando frutti promettenti e sembrano offrire nuove conoscenze e prospettive finora non considerate. Dall'altra il lavoro di Minuchin e della Selvini Palazzoli devono ancora oggi essere considerati la chiave di accesso alla comprensione, quanto si vuole imperfetta ed in continua evoluzione, ma da tale chiave, che potremmo quasi considerare una epistemologia in sé, non si può prescindere.

Ci accingiamo quindi a descrivere le linee di riferimento costituite dal pensiero di questi due autori, per introdurre autorevolmente, attraverso quella che ci appare come la migliore delle vie maestre, i concetti guida dell'approccio sistemico – relazionale ai disturbi del comportamento alimentare. Salvador Minuchin, si è interessato delle modalità di interrelazioni dei membri della famiglia anoressica partendo dal presupposto che il comportamento di un individuo sia sempre causato e causativo (Minuchin, 1974) e che debba essere visto nell'ambito di contesti sociali significativi.

Secondo l'autore il modello sistemico rappresenterebbe una sorta di sfida nei confronti della convinzione dell'individuo di esistere come essere autonomo e indipendente: “ l'uomo viaggia su quell'imminente astronave che è la Terra... l'uomo eroe è stato sostituito da una visione dell'uomo come essere influenzato da un contesto “ (Minuchin, 1974 p.35).

Egli afferma infatti, che l'identità ha una crescita molto lenta e che sono le interazioni intra ed extra familiari a definire il senso del sé e la collocazione del mondo del bambino, il quale d'altronde fino all'adolescenza, ha come primo luogo fondamentale di crescita la famiglia che condiziona e definisce il suo percorso evolutivo, favorendo la nascita di due caratteristiche importantissime per l'identità umana: l'autonomia e l'appartenenza. È la famiglia dunque il contesto primario di apprendimento e di esperienza dove si sviluppano o falliscono i tentativi di individuazione e differenziazione e dove si possono instaurare difficoltà relazionali che legano circolarmente il paziente e il suo sintomo al sistema familiare. Partendo dall'osservazione che il modo in cui funziona la famiglia è da ritenersi fondamentale per lo sviluppo dell'individuo e della sua identità, l'autore afferma che due caratteristiche della struttura familiare sono fondamentali per il suo funzionamento:

- . a) la natura dei confini tra i vari membri;
- . b) la capacità del sistema familiare di adattarsi al modificarsi delle situazioni che lo circondano.

Minuchin afferma che soprattutto la chiarezza dei confini è utile parametro per la valutazione del funzionamento della famiglia e definisce due modalità disfunzionali di gestione dei confini, individuando due tipi di famiglie patologiche: la famiglia disimpegnata nella quale i confini tra i membri dei sottosistemi che compongono il nucleo familiare sono estremamente rigidi rendendo difficile la comunicazione e limitando le funzioni protettive familiari e la famiglia invischiata nella quale i confini sono indistinti, manca la differenziazione e non è permesso a nessuno di avere un proprio spazio individuale.

L'autore, nel suo Famiglie psicosomatiche, interessandosi della struttura familiare di alcune famiglie anoressiche, ha evidenziato nella maggior

parte di queste la presenza di una struttura invischiata che coinvolge tutti i livelli: la famiglia, il sottosistema e l'individuo. Osservando le basi organizzative e comunicative delle famiglie psicosomatiche e anoressiche ha infatti definito un modello di analisi in grado di descrivere le principali modalità d'interazione disfunzionali tipiche di queste famiglie riconducendole fondamentalmente a quattro categorie: l'invischiamento, l'iperprotettività, la rigidità, l'evitamento del conflitto.

13

L'invischiamento consiste nella tendenza di ciascun membro a manifestare tendenze intrusive reciproche, i vari membri infatti, sono ipercoinvolti tra loro e si determina una totale confusione di ruoli e una impossibilità di mantenere stabili confini interindividuali (Minuchin, 1978). L'iperprotettività si rileva nell'estrema preoccupazione e interesse reciproco manifestato da tutti i componenti della famiglia. La rigidità è una caratteristica molto evidente di questo tipo di famiglie e si identifica con la tendenza dei membri alla ripetizione stereotipata degli stessi modelli di interazione. La famiglia si presenta come estremamente resistente ai cambiamenti e tende a presentarsi come armoniosa e unita, una famiglia in cui non esistono problemi al di fuori della malattia della figlia. L'evitamento del conflitto si manifesta nel fatto che essendoci una soglia molto bassa di tolleranza del conflitto da parte di queste famiglie, questo viene evitato e occultato in modo che rimanga latente e non esploda mai apertamente. Ogni qualvolta la tensione familiare sale e diviene pericolosa, il paziente o uno degli altri membri compie gesti incongrui in modo da deviare l'attenzione e la preoccupazione degli altri su di sé.

Al fine di mantenere lo status quo, dunque, la famiglia anoressica invischiata mette in atto una serie di modalità comportamentali estremamente rigide, manifestando la vulnerabilità a qualsiasi cambiamento esterno; i valori di lealtà e di protezione reciproca dei membri hanno la precedenza sui valori dell'autonomia e dell'autorealizzazione dei singoli individui ed ogni situazione conflittuale viene rigorosamente evitata attraverso relazioni di alleanze e taciti silenzi. La presenza di una famiglia malata è " utilizzata " da queste famiglie per nascondere conflitti e problematiche e la figlia da parte sua , fortemente coinvolta nelle relazioni familiari così strutturate, si guarderà bene dall'alterare tale equilibrio. È in questo contesto che la futura anoressica impara a subordinare il proprio Se agli altri compiendo azioni e gesti frutto di quello definito da Minuchin un perfezionismo ossessivo (Minuchin,

1978) (studio, sport, ecc.) diretti a riscuotere l'approvazione altrui e manifestando, durante l'adolescenza il sintomo, che se da un lato blocca il processo di autonomizzazione, dall'altro rappresenta un mezzo di ribellione, una lotta silenziosa attraverso cui manifestare il proprio disagio. Una lotta di potere che l'anoressica spesso ingaggia contro la madre, una madre centrale (Selvini Palazzoli, 1963-1981) fulcro e centro di estremo amore fusionale, che non permette vie d'uscita verso la differenziazione.

L'intervento terapeutico di Minuchin si basa sulla constatazione che essendo dunque, le transazioni interpersonali familiari e non solo il singolo portatore del sintomo alla base della patologia, la terapia familiare deve agire favorendo un processo di cambiamento attraverso l'attivazione nella famiglia di modalità comunicative alternative che creino l'esperienza di nuove realtà più funzionali per i diversi membri della famiglia stessa.

14

Partendo dal presupposto che è l'intero sistema familiare quello che deve essere curato, l'autore utilizza diverse strategie di cambiamento che sfidano le modalità di transazione collegate alla comparsa e al mantenimento del sintomo. L'intervento terapeutico dell'autore tende ad attivare i conflitti attorno alle aree dell'autonomia e del controllo: a tale scopo vengono utilizzate diverse strategie terapeutiche: la sfida all'invischiamento, la sfida alla rigidità la sfida all'iperprotettività, la sfida alla non risoluzione del conflitto.

Insieme a Minuchin, la Selvini Palazzoli è notoriamente una delle maggiori esponenti dell'approccio sistemico – relazionale nello studio dei DCA; partita negli anni '60 da un modello psicoanalitico esclusivamente individuale (Selvini Palazzoli , 1963), ha sviluppato l'interesse a partire dagli anni '70 per la terapia familiare, passando attraverso “ interventi paradossali “ (Selvini Palazzoli, 1975) giungendo nel corso degli anni a teorie, tutt'ora in evoluzione, basate sullo studio e l'analisi della famiglia anoressico – bulimica come sistema unico e allo stesso tempo eterogeneo perché composto da individui con personalità differenti in cui il sintomo di un singolo è l'espressione del malessere dell'intero sistema (visione multidimensionale: Selvini Palazzoli et al.,1998).

Il sintomo anoressico, per l'autrice, assume la fisionomia di un'estrema protesta che l'anoressica attua con il rifiuto del cibo, uno “ sciopero della fame non dichiarato “ (Selvini Palazzoli, et al., 1988), nel tentativo disperato di ritagliare una sfera di autonomia e differenziazione in un

sistema familiare che sembra non permetterne altre. La Selvini pone l'attenzione sulle aree profonde di conflittualità spesso non dichiarata, che riguardano la relazione coniugale di genitori di pazienti anoressiche (lo "stallo di coppia "). Focalizzando l'attenzione sulle alleanze trans generazionali che coinvolgono la paziente anoressica in coalizioni con un genitore o con l'altro, facendola diventare strumento di una lotta coniugale criptica e segreta con quel meccanismo perverso chiamato dall'autrice " gioco di istigazione ", descrive l'insorgere del sintomo anoressico come un processo a sei stadi distinto in due tipi: A e B.

L'anoressia di tipo A è quella in cui l'anoressica è coalizzata con una madre debole e svalutata, contro un padre prevaricatore.

L'anoressia di tipo B è quella in cui l'anoressica è alleata con un padre idealizzato (e che a sua volta la fa sentire " la donna ideale"), contro una madre che appare aggressiva e ostile. Nonostante il differente segno della coalizione trans generazionale, in entrambi i casi il modello femminile proposto dalla madre, la madre centrale, fusionale e controllante, o disimpegnata ed espulsiva, della Palazzoli è per l'adolescente anoressica difficile da accettare, così che non può essere assunto come base di identificazione per l'acquisizione di una chiara identità. L'analisi della famiglia, mostra

15

inoltre che le coalizioni con l'uno o con l'altro genitore, in cui l'anoressica è coinvolta, non si accompagnano ad autentiche consonanze affettive, ma a finalità manipolatorie, tese a mantenere aperto, e allo stesso tempo implicito e segreto, il contrasto coniugale (Selvini Palazzoli, 1988). L'intervento terapeutico utilizzato in tale periodo dall'autrice e dai suoi collaboratori è quello della " prescrizione invariabile"; tale metodo si avvale della cooperazione dei genitori ed è caratterizzato dalla strategia di responsabilizzare la figlia rispetto ai problemi familiari: la strategia terapeutica consiste nella convocazione della sola coppia genitoriale nella seconda seduta terapeutica, al fine di prescriverle una serie di comportamenti particolari (ad esempio: segreto assoluto della seduta, " sparizioni" della coppia che deve organizzarsi delle serate fuori casa senza che i figli lo sappiano; allungarsi progressivo delle " sparizioni ", che devono durare tutto il fine settimana, fino ad arrivare ad un intero mese, ecc.). Il fine della prescrizione è quello di rinforzare la costruzione di un'area di coppia, distinta da quella genitoriale e la caratteristica nuova

utilizzata dall'autrice a scopo di ricerca, è quella di utilizzare la medesima prescrizione con tutte le famiglie (Selvini Palazzoli et al., 1988).

Successivamente il modello teorico e terapeutico della Palazzoli e della sua équipe ha subito un'ulteriore evoluzione (Selvini Palazzoli et al., 1998). La visione dei DCA si arricchisce di un nuovo sviluppo dell'approccio, definito dall'autrice prospettiva " multidimensionale". La Selvini Palazzoli afferma di essere arrivata a questo nuovo modello terapeutico integrando il suo approccio con la dimensione individuale e trigerazionale dell'individuo, avvelendosi di una nuova ottica definita dalla Selvini Palazzoli come " pensare per andirivieni" e " pensiero multidimensionale complesso".

Affrontando in maniera critica gli interventi di prescrizione variabile che hanno portato alla descrizione di elementi caratteristici del suo lavoro terapeutico, come la individuazione del concetto di " imbroglio e istigazione", che ha permesso di valutare nei genitori delle anoressiche la messa in atto di forme di relazione triadica nociva alla figlia, o il concetto di stallo di coppia definito attualmente all'autrice una pura descrizione fenomenica che non è riuscita a derimere il dubbio sul perché del sintomo, dal momento che non sono stati affrontati i contenuti emotivi che esso cela, l'autrice afferma che riflettendo a posteriori su questi concetti è giunta a considerare indispensabile, a dispetto del credo sistemico, ma ancor più in alleanza con la prospettiva relazionale, la valutazione dell'individuo (paziente e genitori) nella sua interezza,tenendo conto della sua personalità, della sua individualità nel presente, e allo stesso tempo valutando tali qualità come frutto di relazioni passate, con la propria famiglia d'origine, che hanno determinato la nascita della personalità stessa. Selvini Palazzoli afferma infatti che attualmente si è lontani dall'adottare per

16

l'anoressia una visione troppo medicalistica che tende a connettere la malattia con un determinato agente patogeno, in questo caso, l'anoressia con un cattivo funzionamento familiare, e che bisogna studiare tale patologia " lavorando su tre poli e non più su due ": non si deve quindi considerare come diretta la relazione tra sintomo famiglia, ma bisogna tener conto della differente personalità dell'individuo: sintomo- famiglia personalità.

Sebbene, quindi, il sentimento di inadeguatezza può essere considerato come universalmente presente nel vissuto delle pazienti anoressiche (Selvini Palazzoli et al., 1998; Raimbault e Eliacheff, 1989), il modo con cui la paziente si difende da tale angoscia è culturalmente e storicamente determinato: esistono famiglie molto diverse composte da genitori con personalità molto diverse, che hanno figlie con personalità altrettanto diverse. A proposito dei raggruppamenti A e B dell'anoressia, l'autrice afferma che attualmente, essendo aumentato l'interesse per i legami infantili della paziente con una figura (madre, padre) di referenzialità emotiva, si è più portati a definire tali gruppi in termini di risposte ai bisogni di attaccamento più che a coalizioni con uno dei due genitori.

Secondo questa prospettiva cambia quindi la visione del rapporto tra paziente e genitori: per l'anoressia di tipo A, l'autrice rivedendo le proprie posizioni, afferma che non è il coinvolgimento della paziente nel gioco di coppia ad essere significativo, ma è il ruolo affettivo compensatorio che la ragazza svolge verso le carenze affettive vissute nell'infanzia della madre, che non riguardano specificatamente il rapporto coniugale, l'elemento importante che sottolineato.

Una madre definita dalla Selvini Palazzoli una: “donna sacrificale e incassatrice di umiliazioni”, che pur se emancipata economicamente indipendente nei confronti del coniuge, è segnata profondamente da una condizione culturale di sottomissione e assoggettamento nei confronti del marito e delle famiglia. Priva di un rapporto affettivo autentico con la famiglia d'origine, soprattutto con la propria madre, la donna dipende emotivamente da marito unica risorsa e possibilità di riscossa nei confronti delle esperienze frustranti vissute nell'infanzia. Essendo il marito incapace di lenire le ferite dovute ad un'infanzia felice, le frustrazioni personali si trasformano in una richiesta non soddisfatta di amore e fusionalità esasperata che si riversa nei confronti della figlia essendo il coniuge spesso assente ed ostile perché troppo preso dal difendersi dalla propria esperienza personale.

In questo caso dunque, la figlia assume una funzione compensatoria nei confronti dei bisogni di affiliazione e non dei bisogni intersessuali della coppia, instaurando un legame privilegiato con una madre asessuata, “depressa e bisognosa di fusionalità e reciproco controllo” che vede nel rapporto coniugale la possibilità, spesso illusoria, di dimenticare le proprie ferite individuali.

Tornando alla visione multidimensionale (famiglia- personalità- sintomo) la Selvini Palazzoli afferma, che è in questo contesto che si sviluppa la personalità della figlia, che così come quella dei genitori, si sviluppa in risposta ai condizionamenti socioculturali e alle interazioni con la famiglia d'origine.

Rifacendosi alla classificazione dei disturbi di personalità secondo il DSM-IV, la Palazzoli ipotizza la presenza di alcuni disturbi di personalità tipici dei DCA: disturbo dipendente di personalità disturbo borderline di personalità, disturbo ossessivo – compulsivo di personalità e disturbo narcisistico di personalità.

Per l'anoressia di tipo A, agli studi dell'autrice hanno evidenziato la presenza di un disturbo di personalità di tipo dipendente: il rapporto fusionale infantile di tipo ansioso – ambivalente con la madre o con altra figura di riferimento (nonna), di fronte ad un padre assente , genera l'impossibilità di indipendenza e determina l'instaurarsi del sintomo che nella maggior parte dei casi identifica un'anoressia restrittiva, dal momento che la ragazza cerca di compensare con il digiuno, il senso di disvalore e la scarsa autostima che caratterizzano il suo vissuto. Allo stesso tempo la ragazza sviluppa una personalità dipendente bisognosa di accadimento e di supporto perché incapace di portare avanti, in maniera indipendente la propria vita.

Per quanto riguarda l'anoressia di tipo B, l'elemento fondamentale che condiziona il vissuto della paziente è la problematica sessuale all'interno della coppia genitoriale. Di fronte ad una moglie ostile, aggressiva e spesso infedele, il padre descritto dall'autrice come un uomo debole e depresso con una personalità spesso di tipo narcisistico frutto di condizionamenti culturali e vissuti di abbandono (la Palazzoli prende in considerazione per sviluppare le proprie ricerche uomini e donne nate circa nel 1945), coinvolge in maniera infantile, spesso inconsapevolmente, la figlia in una situazione di pericolosa seduttività che può condizionare fortemente la crescita della ragazza. Perdendo inconsapevolmente il proprio diritto infantile ad essere curata e vezzeggiata, la bambina durante la crescita, frustata dalla madre in maniera grave, si avvicina e si lega alla “ seduttiva depressione paterna “ e sviluppa una serie di competenze atte a compiacerlo fino a diventare “ la principessina di papà “. Durante l'adolescenza quando il legame diviene più erotizzato, il rapporto con il

padre viene visto dalla ragazza con senso di colpa in quanto assume una valenza quasi incestuale; la figlia a seconda delle “ manipolazioni “ affettive subite potrà sviluppare caratteristiche istrioniche o tratti puramente psicotici. La personalità descritta per l'anoressica di tipo B è una personalità di tipo borderline, secondo la classificazione del DSM-IV. I tratti borderline possono essere più o meno sfumati, ma appare evidente, negli studi della Selvini Palazzoli, l'interesse per il corpo da parte della totalità delle pazienti. Il corpo diviene oggetto di una reazione nei confronti di

18

una condizione di confusione che caratterizza il vissuto delle pazienti, il corpo come veicolo di disagio a volte curato e mostrato con esasperata sicurezza, a volte trascurato, e nascosto, altre volte modificato e lesionato. Le pazienti borderline descritte dalla Palazzoli sono pazienti con penose sensazioni di vuoto interiore, “ depressione vuota “ di Kohut (1987) che dal punto di vista alimentare assumono tratti quasi prettamente bulimici caratterizzati da abbuffate e condotte di eliminazione, in cui la bulimia stessa può essere più o meno grave e complessa a seconda della gravità delle situazioni collaterali che la accompagnano: spesso infatti le pazienti presentano storie di abuso sessuale, un vissuto di abuso di sostanze e alcool, condotte auto lesive, gesti suicidari, che evidenziano la gravità della patologia e ne condizionano il decorso.

In base a quanto detto la più attuale ipotesi terapeutica proposta dalla Selvini Palazzoli si basa sulla considerazione che sebbene sia possibile rintracciare una certa omogeneità dei sintomi anoressico- bulimici, la complessità della personalità di ciascun individuo coinvolto nelle dinamiche familiari e le personali modalità di reagire alla sofferenza, non permettono di adeguarsi a schemi di osservazione e di intervento estremamente rigidi. In conclusione un intervento terapeutico di tipo sistemico andrà per l'autrice ad agire su ogni membro del sistema familiare, spostando poi l'attenzione dal singolo membro, portatore del sintomo manifesto, all'intero sistema. L'autrice propone l'ipotesi di agire con un trattamento integrato che comprenda la terapia individuale e la terapia familiare (Selvini Palazzoli et al., 1998).

L'importanza di una valutazione multidimensionale dei DCA e dell'utilizzo un approccio integrato di terapia è stata sostenuta, oltre che dalla Selvini, da diversi autori.

Vanderlinden e Wandereycken, focalizzando l'attenzione sullo studio e la comprensione della bulimia nervosa, sono giunti alla convinzione che essendo la patogenesi dei DCA multifattoriale, è fondamentale un trattamento diretto e multidimensionale che seguendo una prospettiva relazionale, integri le strategie dei diversi approcci terapeutici e che possa essere applicato nell'ambito della terapia individuale, di gruppo e della famiglia (Vanderlinden, Norrè, Vandereycken, 1989).

Gli autori si domandano se non sia opportuno considerare oltre che il comportamento alimentare in se anche fattori che riguardano la percezione soggettiva delle pazienti in relazione a loro stesse e a chi le circonda, tenendo in considerazione soprattutto i rapporti familiari, che spesso, secondo gli autori sono stati sottovalutati. Considerando le relazioni familiari come fondamentali per la comprensione della bulimia: “ la bulimia spesso racchiude un messaggio, un segnale relazionale “, l'approccio terapeutico familiare di Vanderlinden et al. (1989), può essere descritto come una forma di terapia familiare direttiva: un approccio pragmatico, flessibile eclettico, in cui si combinano elementi di terapia familiare strutturale, strategica, e comportamentale. Gli autori

19

sottolineano l'importanza di un approccio integrato, programmando colloqui individuali con la paziente o vedendo in alcune sedute solo i genitori. Questo tipo di strategia di setting separati utilizzata dal terapeuta, e da noi come da diversi autori, (Kaplan, 2002; Nizzoli, in stampa) fortemente sostenuta, ha la funzione di approfondire l'aspetto funzionale della bulimia all'interno della famiglia valutando se la bulimia gioca un ruolo all'interno del sistema familiare e – o in che modo il disturbo alimentare è in qualche modo collegato a un contesto familiare disfunzionale. Il processo terapeutico passa in linea generale per diverse fasi, suscettibili tuttavia di modificazioni, in base alle dinamiche tipiche della famiglia in trattamento. Nella prima fase di “ valutazione e preparazione al cambiamento “ viene fatta un'analisi funzionale della bulimia nell'ambito del sistema familiare. Il terapeuta concentra in primo luogo l'attenzione sulla struttura della famiglia (creando un'alleanza terapeutica con ciascuno dei membri) e poi studia il ruolo della bulimia all'interno di questa. Per quanto riguarda le famiglie bulimiche, Vanderlinden et al. (1989), affermano che, ancor più di quelle anoressiche, questa appaiono caotiche e non strutturate: mancano confini, regole ed accordi; tensioni e conflitti non venendo discussi apertamente

rimangono irrisolti; le storie familiari spesso nascondono storie di abuso di sostanze, e/o disturbi dell'umore nei genitori e vittimizzazione (maltrattamento fisico o violenza sessuale) della paziente. Nonostante le tensioni e i conflitti più o meno manifesti, i membri della famiglia legati da forti vincoli di lealtà, difficilmente riescono a liberarsi da questa situazione di disagio. La bulimia della paziente rappresenta allora un grido di aiuto, un tentativo di separarsi e differenziarsi dal caos familiare.

La bulimia secondo Vanderlinden et al. (1989) potrebbe avere diversi significati:

1. assumere la funzione di riparo rispetto a situazioni coniugali complesse o di fronte ad un dolore inespresso all'interno della famiglia;
2. segnalare l'assunzione di un ruolo genitoriale da parte della paziente;
3. esprimere il desiderio e la paura della paziente di rendersi indipendente dalla famiglia;
4. può essere un segnale di gravi situazioni traumatiche infantili (incesto, aggressione) all'interno della famiglia;
5. può essere una difesa verso l'intimità e il contatto sessuale.

I fattori familiari dunque nell'analisi di Vanderlinden e Vandereycken (1989 e 1997), assumono una fondamentale importanza nella comprensione della bulimia. Nell'ambito di una valutazione multidimensionale della bulimia, questi insieme al disturbo alimentare, alla comorbilità, alla dissociazione, e al trauma psichico, possono essere degli importanti fattori di rischio per la nascita della patologia.

20

Esulando da un rapporto di causa effetto gli autori, focalizzando in particolar modo l'attenzione sul possibile legame esistente tra esperienze

traumatiche vissute nell'infanzia, dissociazione e bulimia nervosa, considerano i fattori familiari importanti fattori di mediazione che insieme ad altri, quali la fase evolutiva la natura della violenza, la rivelazione della violenza, gli eventi della vita e l'immagine di sé possono determinare l'insorgenza della patologia (Vanderlinden e Vandereycken, 1997). Il legame tra trauma e dissociazione è stato per la prima volta investigato da Janet (1892), che fu il primo a studiare in modo sistematico la relazione, che nell'eziologia di diversi problemi psichiatrici, compresi i DCA, intercorre tra esperienze traumatiche e dissociazioni.

Janet descrive la dissociazione come un meccanismo patologico con cui l'organismo reagisce ad un trauma che non riesce a sostenere. I ricordi e le idee fisse che riguardano l'esperienza traumatica possono separarsi dalla coscienza e dar luogo ad un'ampia varietà di sintomi dissociativi (isterici), i quali agiscono con una tecnica di evitamento mentale (fuga). La caratteristica clinica considerata da Janet come tipica della patologia dissociativa è l'amnesia relativa all'evento traumatico (Janet, 1911).

Dopo Janet, l'interesse per i sintomi dissociativi nel contesto di una patologia alimentare è scemato fino ai primi anni '90 in cui l'osservazione da parte di diversi studiosi della presenza di alti livelli di dissociazione in pazienti con DCA ha riportato in auge l'argomento (Vanderlinden e coll., 1993; Everill e Waller, 1995). Poiché la dissociazione è considerata un meccanismo difensivo messo in atto dopo esperienze particolarmente traumatiche (Briere e Runtz, 1998), alcuni autori hanno ipotizzato che gli alti livelli di dissociazione presenti nei pazienti con DCA possano dipendere dalla presenza degli abusi nell'infanzia (Vanderlinden e coll., 1993) e che la dissociazione svolga un ruolo di “ mediatore “tra l'esperienza traumatica e del successivo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare (Everill e Waller, 1995).

L'importanza di un evento traumatico avvenuto nell'infanzia e la comparsa nell'età adulta di sintomi dissociativi ha quindi risvegliato l'interesse di diversi studiosi. In un lavoro su “ Disturbo dissociativo e setting integrato “ (Trasarti Sponti et al., 2002), viene sottolineato il pericoloso legame tra abuso e dissociazione. In particolare gli elementi che hanno suscitato l'interesse degli autori riguardano i deficit meta cognitivi e l'alterata capacità di regolazione delle emozioni del soggetto abusato. Le esperienze emozionali deviate da un'esperienza traumatica possono essere determinanti per il perpetuarsi dell'abuso nella generazione successiva, gli autori affermano che una rappresentazione emotiva interna de sé come

cattivo, indegno sporco può condurre a tollerare esperienze di abuso e indurre ad accettare come normali i maltrattamenti alla generazione più debole. Il mancato ruolo protettivo nei confronti di figli da parte di madri abusate sessualmente

21

dalla propria figura di attaccamento, è stato ampiamente descritto proprio sulla base della mancata capacità genitoriale nei confronti della prole, ciò ha portato i ricercatori a sostenere l'importanza di una terapia integrata (psicoterapia relazionale – sistemica per la famiglia e psicoterapia individuale cognitiva per la paziente) per rompere tale sequenza patologica circolare. È stato osservato che le madri che sono riuscite a rompere questo ciclo mostrano una maggiore capacità di affrontare spontaneamente e coerentemente le tematiche d'abuso; ciò permette di comprendere il problema nell'ambito più ampio di definizione delle emozioni e diviene uno strumento terapeutico non solo per i fenomeni dissociativi del soggetto abusato, ma anche strumento di prevenzione.

Dagli studi in letteratura vengono identificate diverse possibili modalità in cui la dissociazione e i DCA possono essere in relazione. La prima descritta da Everill e Waller (1995) considera il comportamento bulimico come una “ forma “ di dissociazione, in grado di ridurre la consapevolezza di emozioni negative ed intollerabili. Come nel caso di sintomi dissociativi, quindi anche la bulimia può essere in alcuni casi conseguenza di un grave trauma. Una seconda ipotesi è che la dissociazione, conseguenza di un evento traumatico possa essere la causa di comportamenti alimentari patologici, così come di altri comportamenti auto lesivi (Van Der Kolk et al., 1991). Secondo questa ipotesi l'atto auto lesivo, come il digiuno, la restrizione alimentare marcata o le condotte di eliminazione, come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi, potrebbero configurarsi come tentativi di riprendere il sul proprio corpo e sulle proprie emozioni. Infine un'altra ipotesi è quella che considera la presenza di altri sintomi psichiatrici che possono influenzare la relazione tra trauma, dissociazione e DCA.

Vanderlinden e Vandereycken (1997), valutando alcuni studi in letteratura ipotizzano che per spiegare il legame esistente tra trauma, dissociazione e DCA in particolare con la bulimia nervosa multi sintomatica, bisogna valutare diversi tipi di abuso che non si identificano con l'aviolenza sessuale vera e propria ma che riguardano anche la mancanza di attenzioni

ed una inadeguata funzione di controllo da parte dei genitori, i maltrattamenti fisici, la violenza psicologica. Acquista importanza dunque la valutazione del problema alimentare nell'ambito di un complesso multifattoriale in cui l'abuso è da considerare un fattore di estrema importanza se vengono valutati altri elementi che possono favorirlo ed aggravarlo.

L'elemento caratteristico che ci preme sottolineare è come in una situazione di abuso, il tempo interiore di ogni persona venga minato fino a produrre modificazioni gravi ed indelebili nella crescita personale. L'abuso considerato come estremo limite tra le esperienze di crescita interna ed esterna coinvolge la persona fino a renderla estranea e lontana dal proprio tempo interiore. Un abuso importante avvenuto in età infantile, in un contesto familiare malato in cui l'impossibilità di

22

rivelare e di ottenere una risposta adeguata alla sua rivelazione, ne accentuano la gravità può essere da noi considerato una importante minaccia allo sviluppo del tempo interiore della persona. Una bambina abusata privata degli strumenti infantili necessari per la propria crescita diviene improvvisamente donna e madre di genitori incapaci di sostenerla e aiutarla, l'abuso come minaccia dell'identità la rende schiava di sensi di colpa e di vergogna e la priva di ogni possibilità di fuga verso sentimenti puri infantili proiettandola in una realtà adulta fatta di rabbia e tristezza rubandole l'innocenza e la leggerezza, il diritto di essere bambina nel proprio tempo. L'abuso quindi come un rapace, famelico assassino uccide il diritto di crescere seguendo le tappe, annienta l'identità dell'individuo e lo rende schiavo di patologie che senza una adeguata terapia minacciano nella vita adulta, la sua stabilità mentale ...

È per questo, a nostro avviso che la terapia in questo contesto deve essere particolarmente " delicata " e mirata a sostenere l'individuo in modo che esso possa trovare un proprio spazio di espressione e di comprensione per quanto accaduto e provi poi a relazionarsi con gli altri in maniera chiara, senza timore che " gli altri " possano influenzare il suo percorso di crescita e sviluppo di una propria identità diritto fino a questo momento negato e soppresso. Vanderlinden e Vandereycken propongono un modello di terapia integrata che tiene conto di tutti i fattori alla base della patologia e che dunque devono essere tenuti in considerazione nell'ambito del percorso terapeutico (ricovero, trattamento ambulatoriale individuale di

gruppo, terapia familiare). Per quanto riguarda il coinvolgimento della famiglia, essi affermano che nonostante in letteratura gli studi abbiano tenuto poco conto del contesto familiare in cui si sono sviluppati i sintomi dissociativi e il disturbo alimentare, conseguenti al trauma, il ruolo della famiglia è fondamentale sia per la comprensione che per la prevenzione dei sintomi dissociativi ed affermano che un approccio di tipo familiare può avere un grande valore preventivo riguardo alle possibili influenze trans generazionali (importanza sostenuta da diversi autori: Oliver, 1993; Trasarti Sponti et al., 2002)§. La terapia familiare tuttavia deve essere un approccio flessibile e costruttivo che varia rispetto alla forma classica: gruppi di consultazione per i genitori, incontri informali con la famiglia, terapia di coppia per i genitori per insegnare a detriangolare la figlia e vivere la propria individualità di persone indipendenti (Caillé, 1993), a seconda dell'analisi funzionale del disturbo alimentare nel contesto familiare, a seconda della disponibilità dei membri e soprattutto a seconda della gravità della patologia. Rispetto a quest'ultimo punto gli autori affermano infatti che la terapia familiare è controindicata in caso di coinvolgimento di genitori divorziati, di psicopatologie gravi dei genitori, in caso di abuso intrafamiliare e quando le interazioni familiari sono altamente negative e distruttive. Nell'ambito

23

della terapia familiare Vanderlinden quindi elenca delle linee guida che considera tuttavia modificabili a seconda della famiglia presa in considerazione.

La psicoterapia relazionale – sistemica: caso clinico

Paola è una graziosa ragazza di 19 anni dai grandi occhi grigioblu troppo spalancati in un viso pallido dalle mascelle dure e rigonfie. Il suo abbigliamento è adeguato alla sua età e curato nei minimi dettagli.

Paola si è procurata l'indirizzo del nostro ambulatorio da una amica. Viene sola indipendentemente dai suoi familiari. Paola è di poco al di sotto del limite che separa l'anoressia dal sottopeso (indice BMI: 17), è amenorroica da 6 mesi; vomita a comando 5°/6 volte al giorno, da più di 2 anni, non fa uso di lassativi, sporadicamente si abbuffa. Viene perché è triste e non riesce più a studiare (non ha ancora preso la maturità) e ha paura di non farcela; si è inoltre impaurita a causa dell'incremento dei suoi gesti autolesivi, l'ultimo dei quali è evidenziato da fascette ai polsi: “ mi sono ritrovata una domenica pomeriggio a tagliarmi i polsi con una lametta

già usata; non volevo morire, non so perché l'ho fatto; a casa non me ne sono fatta accorgere. Non voglio preoccupare papà; con mamma non ci parlo da più di 1 anno; a lei non interessa niente di me. Vive da " separata in casa " , rompe solo per i peli del gatto. Si accoglie per più di una seduta Paola senza volerle imporre né richiedere niente. Le terapeute aspettano forse che lei confermi questa sua decisione di " farsi aiutare per la prima volta ". (Whitaker, 1990)

Appare un'adolescente per alcuni versi precocemente adulta disorientata e ancorata a terra dal suo sintomo; triangolata in famiglia, costantemente in bilico tra la lealtà e la tenerezza verso papà e la rabbia disperata e disperante nei riguardi di mamma: genitrice dei suoi genitori, ma anche madre del suo gatto.

Dopo alcune sedute in cui le terapeute richiedono il rispetto delle regole dell'orario e della frequenza, la terapia proseguirà sempre con incontri individuali e le terapeute inizieranno a mettere delle piccole regole: " Vorremmo un quadernetto settimanale del vomito: quanti, quando, dove, chi era presente, chi se ne è accorto, che cosa pensavi prima di vomitare, che cosa hai pensato dopo". Paola squalificherà la prescrizione con una serie di " Tutto uguale". Le terapeute non accoglieranno la sfida e cominceranno a far notare nel qui e ora della seduta i piccoli cambiamenti di emozioni proprie e di Paola. Dopo ancora altre sedute il " quadernetto " comincerà ad essere più variato ed emergerà chiaro il tema del disgusto nei confronti del cibo nello stomaco: Paola, " vorrei non dover mangiare "; Terapeuta 1, " vorrei essere un pesce e respirare acqua, mi sono accontentata di fare

24

immersioni ogni tanto ". Si inizia così una terapia di " gioco dell'assurdo " e dei tragici ineluttabili bisogni dei " terrestri " vincolati ad essere aerobici e al 9,60 della forza di gravità terrestre.

Si ha l'impressione di dover toccare con molta " delicatezza ". Un mio canarino, racconterà la terapeuta 2, è morto perché lo tenevo troppo stretto, da piccola, per paura che scappasse " .

La terapia proseguirà poi con la convocazione del papà e della mamma fatta per iscritto,. Il padre si renderà disponibile e la madre scriverà che, poiché Paola mangia troppo poco non le ubbidisce e fa come le pare, lei non verrà. La chiameremo telefonicamente chiarendole che siamo noi ad aver bisogno del suo aiuto, ma la madre dirà che avrebbe voluto per Paola

una terapia diversa. Tutto/niente, il canarino troppo stretto, la disperazione silente di Paola, la nostra impotenza.

Si lavorerà a sedute alternate: 1 seduta papà- Paola e 1 seduta Paola da sola.

Il padre metterà delle regole per mangiare e da quel giorno Paola e papà mangeranno insieme; prima Paola mangiava da sola. La madre sarà invitata a mangiare con loro, ma non obbligata. Paola diminuisce i vomiti, avrà di nuovo le mestruazioni e le date delle quali le chiediamo di scrivere in un biglietto da lasciare sul frigorifero in una busta “ per mamma “, senza altri commenti né aspettative. La madre chiederà una seduta per sé, racconterà la sua storia, la sua voglia di andarsene ma non potere per motivi economici, la rabbia verso il marito che non sa dare le regole alla figlia e che con la sua tenerezza le aliena la ubbidienza di Paola. Accoglieremo il racconto e supporteremo la madre che dirà però: “ Non voglio venire, né sola né con nessun altro “.

T1 e T2 accetteranno e ringrazieranno comunque per questa sua venuta, sentono che non possono chiedere di più; fanno poco a piccoli passi; l’attesa e il tempo sembrano l’elemento principale dell’accoglienza. Sembra quasi il gioco che Carl Whitaker utilizzava con i bambini autistici: li toccava con un dito e poi si ritraeva per non impaurirli, aspettando che loro si incuriosissero per poi tornare a stuzzicarli di nuovo. Chiediamo a Paola di svolgere un tema a piacere, come se si trattasse di un compito per la maturità; lei non farà il tema, ma porterà una serie di disegni, in cui predomina la presenza di steccati. Le diciamo che saremo contente di avere altri disegni. Sarà lei a chiederci dopo qualche seduta “ perché mi chiedete queste cose, a cosa servono? “.

Sembra essere ora lei la più concreta, più capace di essere diretta, di richiedere.

Sciolto il nodo reciproco della paura del vincolo (5) e della cattura, si può lavorare più tranquillamente; insieme si vedrà uno spezzone del film Lo stallone con la sequenza del bambino che si avvicina e si allontana dal cavallo selvaggio, finché, alla fine, riesce a correre felice insieme lui.

In un incontro per discuter i vari casi in corso, le terapeute si confrontano più estesamente sul caso di Paola esplicitando le loro emozioni e cominciano a differenziare maggiormente i rispettivi ruoli;

25

T2 (la più giovane e in formazione) di solito sempre d’accordo con T1, comincerà ad individuarsi senza timore di perdere i propri sentimenti di

appartenenza. L'emozione che prevale, a questo punto, diviene quella di fiducia e di gratitudine reciproca per aver potuto trarre vantaggio e conoscenza delle rispettive differenze.

I vomiti, sempre più rari, vengono ora da Paola collegati a momenti di tensione domestica fra padre e madre. Il tema diventa ora la capacità, oltre che di accettare la propria impotenza rispetto alla relazione tra i suoi genitori, anche di rendersi conto che sta giocando allo stesso gioco, quello della squalifica e della inattendibilità. Questi ultimi significati vengono trasmessi dalle terapeute mediante messaggi indiretti: con l'utilizzazione di metafore, di racconti relativi ad altri casi che hanno somiglianza con la sua situazione, con ricordi relativi ad esperienze della propria infanzia, con l'uso di notazioni umoristiche (Whitaker, 1984).

Paola sta gradualmente diventando più collaborativa, e nel contesto delle sedute " la paura " della paziente e delle terapeute sembra solo un ricordo lontano. Quando il padre decide di cessare la sua " lotta sorda " con la moglie, Paola e il padre progettano di andare a vivere da soli in un'altra casa. Le terapeute scrivono di nuovo alla madre chiedendo di poterla incontrare ancora una volta, da sola o con i suoi familiari. La madre telefonerà, con una minore ostilità rispetto ai precedenti contatti, ma rifiuterà cortesemente di venire e di essere coinvolta.

Paola non riuscirà a superare gli esami di maturità, ma i suoi sintomi alimentari continuano comunque ad essere molto contenuti, e da tempo non si sono più verificati gesti auto lesivi.

La terapia continuerà comunque a sedute alterne, in occasione dell'interruzione per le vacanze di Natale (sono passati quasi 2 anni dall'inizio, con sedute congiunte disgiunte a frequenza rigidamente settimanale) non chiederanno altri contatti. Dopo circa 2 anni dalla conclusione degli incontri, sarà Paola a telefonare: riferisce di star bene e di essersi diplomata e fidanzata. Inoltre, chiarisce di aver chiamato perché ci tiene a farcelo sapere.

Discussione

Riteniamo che in un grave disturbo di personalità la condotta alimentare fosse per lei una specie di peccato, come quelli disegnati, per non precipitare nella psicosi. Del resto, quando nelle relazioni familiari si trovavano continue disconferme e squalifiche, insieme a un buon numero di tentativi di coalizione, il rifiuto di Paola di " tenere lo schifo del cibo

nello stomaco “, sembrava la comunicazione più definita che riuscisse ad elaborare in condizioni del genere.

L’atteggiamento di “ attesa attenta” messo in atto da T1 e T2, aveva il valore di trasmettere accettazione e accoglienza per Paola “ così come era “, ma anche l’aspettativa di possibili

26

cambiamenti. Queste forme di attesa, apparentemente passiva, avevano talvolta stupito T2 che aveva notato comportamenti diversi anche da parte di T1 rispetto ad altri casi in cui avevano collaborato in coterapia. In particolare, l’accettazione di un setting incompleto (senza sostenere, quella che sarebbe stata una inutile “ battaglie per la struttura “), sebbene potesse apparire “ contraria alle regole “, aveva il valore di riprodurre un evidente isomorfismo dell’impotenza di Paola, ma anche di farle capire che il desiderio di poter avere entrambi i genitori insieme poteva non essere soddisfatto, senza per questo compromettere il raggiungimento degli obiettivi possibili.

Un altro elemento terapeutico è stato dato da “ consapevole rispetto “ nei confronti dei cambiamenti di Paola: le sue richieste di aiuto hanno rappresentato il primo e più importante di tali cambiamenti. Seguire le regole proprie del sistema, come direbbe Haley (1978a), così come saper attendere, assumendo “ una posizione quasi vegetativa “ come direbbe Whitaker (1990) possono essere ritenuti la strategia di fondo dell’intervento.

Un’altra componente dell’intervento è consistita, a nostro avviso, nella possibilità di coinvolgersi, ad esempio, fino a riconoscere il proprio desiderio, assurdo e reale al tempo stesso, di essere un pesce, ma riconoscendo con rassegnazione di non poter fare di meglio che qualche immersione ogni tanto, per poi mettere da parte ogni forma di partecipazione empatica per stabilire “ piccole regole “ e per dare indicazioni indirette secondo l’approccio di Milton Erickson (Haley, 1978b) ricordando, ad esempio, che un canarino tenuto troppo stretto può morire.

Naturalmente queste osservazioni post hoc sono il prodotto di un riesame condotto con finalità introversa, ovvero inconscia, come direbbe Gregory Bateson (Madonna, 2003) e non possiamo quindi non avvertire

l'incolmabile divario che inevitabilmente separa l'esperienza dall'accaduto della sua descrizione.

Bibliografia

Bateson G., Ruesch G., (1951). La matrice sociale della psichiatria, Il Mulino, Bologna, 1976. Boon S., Draijer N. (1993). Multiple personalità disorders in Nederlands: a study on reability and validity of the diagnosis, Swets e Zeitlinger, Amsterdam.

Briere J., Runtz M. (1988). “ Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample”, Childhood Abuse and Neglect, 12: 51 – 59.

Caillé P. (1993). “ La coppia questa sconosciuta e la sua domanda “, Terapia familiar, 13 (1): 93- 96.