

Disturbi alimentari in adolescenza e in età adulta: un'ipotesi sui fattori primari e sulla loro eziologia nello sviluppo

L'ARP, Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica, è stata fondata nel 1988, da un gruppo di psicologi e di psichiatri che avevano fino ad allora esercitato alla clinica Ville Turro e al Centro di Psicologia Clinica della Provincia di Milano: due istituzioni milanesi in cui, per tipologia di pazienti e per metodologia di intervento, si erano trovati quasi sempre a dover trattare casi di particolare difficoltà, spesso iniziale, su come stabilire una minima forma di “alleanza”, per effettuare una diagnosi, un ricovero, qualsiasi proposta terapeutica.

Per “alleanza” con il paziente si intende quella situazione (nel pensiero comune, quasi scontata)¹, per cui chi si rivolge a un clinico desidera ricevere una diagnosi del proprio disturbo, e soprattutto una cura, e seguirà le indicazioni dell'esperto, in termini sia pratici (effettuando concretamente la terapia, secondo le prescrizioni), sia emotivi (affidandosi, sia pur parzialmente, al clinico, come persona competente e capace di occuparsi della “malattia”).

In campo psicologico, ma non solo, l' “alleanza” non è affatto scontata: e tanto meno lo è per quelle persone che, nella loro vita, hanno subito danni emotivi legati proprio al campo della “cura” (di solito, primaria), e risultano molto vulnerabili, in particolare rispetto alla possibilità che qualcun altro possa “metter loro le mani addosso” per far qualcosa al loro corpo, o alla loro mente. Molto spesso, chi è particolarmente fragile rispetto a questi aspetti diventa un cosiddetto “pluritrattato”: un paziente che non riesce a trovare qualcuno che si occupi di lui come lui stesso vorrebbe e che, nel suo modo di avvicinarsi al clinico, vive un livello di ansia, di allarme, di diffidenza, così elevato, da ridurre molto le potenzialità diagnostiche, o terapeutiche, di chi prova a prendersi cura di lui; così, cambia spesso dottore, o tipo di trattamento, nel tentativo di sottrarsi al “dolore” che il potenziale aiuto gli procura, ma non riuscendo di fatto a trarne risultati utili; ne ricava, a volte, benefici parziali, che non riescono però quasi mai a toccare l'assetto di fondo.

Uno dei primi scopi dell' ARP è stato individuare quali tecniche siano più adatte per rendere il rapporto con il clinico meno disturbante, ma soprattutto capire che cosa accada a questa tipologia di pazienti - che spesso comunicano ai clinici di essere non solo inefficaci, ma addirittura dannosi, ingiusti, sbagliati e pericolosi - e come mai nulla serva loro davvero: se mai sia possibile capire che cosa invece possa loro essere utile.

Fra questi casi si situano senz'altro le persone che soffrono di “disturbi alimentari” (anoressia, bulimia, obesità, *binge eating*, disturbi della alimentazione non altrimenti classificati): pazienti considerati spesso poco motivati, o con scarsa attitudine psicologica, o resistenti ai trattamenti; in realtà, persone con un funzionamento psicologico particolare, rispetto al quale le tecniche psicologiche - diagnostiche, ma

1 Su questo argomento esiste una vasta letteratura: v. ad es.....



ancor più terapeutiche - si rivelano poco funzionali. Persone certe di essere imm modificabili e pervase da un convincimento di fondo relativo al “*faccio schifo*” e al “*tanto non posso - spesso, non voglio - cambiare*”.

In modo congruo con la letteratura psicologica di qualunque orientamento psicologico, ci si è chiesti quali fossero i fattori precoci correlabili alla situazione clinica attuale, andando a cercare come si erano strutturate le emozioni di fondo che hanno organizzato la patologia e considerando l'area del disturbo precoce come qualcosa che si potesse esplorare in modo efficace².

Emozioni primarie e apparato secondario

Ciò che colpisce, nelle pazienti³ che soffrono di disturbi alimentari, è di solito quello che può essere definito “apparato secondario”: un insieme di comportamenti (rituali complessi, tormentosi e a volte invalidanti, volti a controllare l'assunzione e la quantità di cibo, determinanti anche per la classificazione diagnostica della paziente⁴ e di frequente molto rischiosi per la salute fisica; situazioni relazionali, di solito in famiglia, spesso esasperanti; ecc.), accanto a convinzioni sul proprio aspetto fisico e sul proprio peso, di solito attribuite al confronto sorto in età adolescenziale con modelli irraggiungibili di magrezza e di bellezza; chi si è occupato meglio e in maniera più compiuta di tale ambito è l'orientamento cognitivista, indicato in molti casi, in letteratura, come quello più efficace nella cura di queste patologie.

La metodologia seguita in ARP è stata invece di indagare in modo approfondito le emozioni primarie, sorte in un periodo in cui non erano presenti - almeno, nella consapevolezza della bambina - problemi di dieta, di grasso e di magro, né tutte le complicazioni adolescenziali; cercando, nella fase diagnostica, di raccogliere elementi il più possibile esaustivi su entrambi i livelli⁵.

A livello di relazione primaria, uno dei criteri è stato non solo chiedersi “*quale effetto ha avuto l'emozione dell'adulto sul piccolo?*”, ma, anche, “*che effetto ha fatto il piccolo all'adulto?*”; perché, spesso, quest'ultimo ha grandissima rilevanza, ed è determinante nella relazione successiva. Un altro criterio è stata la convinzione che sulla psicopatologia adolescenziale e adulta un disturbo precoce ha effetto se perdura nel tempo e non trova vie spontanee di riparazione: piccoli intoppi nella vita precoce ci sono per tante persone, ma non inducono una disfunzione attuale. In questi casi invece il disturbo nato nella relazione precoce può essere rilevato anche oggi: è in qualche modo

2 Nel 2001 l'A.R.P. ha aperto, sui Disturbi alimentari, un servizio clinico.

3 Da qui in poi si userà il termine “pazienti” al femminile: come è noto, la percentuale di femmine che soffrono di questi disturbi è nettamente superiore, anche se quella maschile è in aumento

4 v. DSM IV-TR.....

5 Il “processo diagnostico” è, in ARP, una procedura formalizzata, che comprende alcuni colloqui conoscitivi, una batteria di test standard, la raccolta di una anamnesi; nel caso di pazienti con disturbi alimentari, vengono utilizzati anche test specifici e, se possibile, viene raccolta una anamnesi con la madre, e con altri famigliari significativi (in sedute separate); i dati che emergono vengono discussi in equipe, e viene poi fatto un raffronto con la paziente; è proprio in questa fase che si manifesta di solito il sentimento di imm modificabilità.



una struttura relazionale persistente che, con vicissitudini diverse, ha organizzato il malessere attuale.

Un esempio può chiarire questi elementi. All'inizio del lavoro sui disturbi alimentari, una signora chiese di parlare con il clinico che seguiva la figlia; raccontò : *“dottore, avrei preferito che questa figlia non ci fosse, perché mi volevo separare, mi ero innamorata di un altro: per un attimo avevo pensato che potesse essere figlia dell'altro, anzi, quasi lo speravo; ma appena l'ho vista ho capito che era proprio figlia di mio marito, la sua copia. Non sono cattiva, e questa odiata creatura non c'entrava niente col mio dramma, anche se era figlia di un momento di debolezza, di un rapporto avuto con mio marito per quieto vivere. So che lei lo ha sentito: a 2-3 mesi da una parte mi respingeva, dall'altra si attaccava al seno, anche nei mesi successivi al biberon, sempre come se fosse l'ultimo pasto. Sapeva che ero in difficoltà e in parte non volevo nutrirla.”*

La signora descriveva, con parole semplici ed efficaci, un profondo contrasto: l'ansietà originata dal conflitto tra *il respingere la figlia e il volerla nutrire per non essere cattiva*; cercando di eliminare il sentimento di rifiuto, in realtà, come madre era costretta a diventare molto propositiva sul cibo. Emergeva inoltre, nelle parole della signora, il tentativo, ogni volta che si avvicinava alla figlia, di eliminare dalla testa il suo “odio”, e tentare di essere serena. Aggiungeva *“non ero affatto tranquilla, anche se cercavo in tutti i modi di esserlo, perché sapevo che una brava madre deve essere così. Ancora adesso le preparo il cibo come fosse un modo di farmi perdonare, ed è per questo che non riesco mai a farle del cibo normale e a dargliene di meno, anche se so che poi vomita. Le assicuro, dottore, lei sentiva che ero in quello stato d'animo”*. Questa signora ha detto una cosa molto utile, vera e sincera: proprio in quel periodo, in ARP si stava tentando di capire come si strutturasse il disturbo seguendo le informazioni fornite anche dalle madri.

Criteri di indagine

La procedura di indagine è una parte assai significativa del lavoro clinico, che viene condotto con scopi esclusivamente diagnostici, ed è fondato su una serie di criteri, qui elencati in modo molto sintetico.

Alla paziente si comunica che la madre, per le informazioni che può fornire, sarà coinvolta da subito, come parte normale del metodo di lavoro: la mamma ricorda infatti alcuni dati importanti, che riguardano la figlia, e di cui solo lei è a conoscenza.

Al di là delle complesse, e spesso altamente conflittuali, dinamiche familiari, le madri sono infatti portatrici di un cruccio molto specifico, in relazione alla figlia che ha il disturbo: molto spesso questo cruccio viene collegato all'ambito familiare allargato, come il marito e i fratelli, ma la difficoltà specifica che la madre ha avuto con la figlia è sempre presente, e va rilevata al di là del ruolo che altri famigliari possono aver assunto. Le madri, trattate con particolare riguardo, possono rivelarsi testimoni molto attente e collaborative, che descrivono periodi cruciali e significativi, relativi alla loro relazione intima con la figlia, alla nutrizione, al cibo e al disturbo relazionale che si è verificato; in molti casi, narrano la comparsa di un disturbo precoce, iniziato intorno al terzo mese o subito dopo, significativo ma sub-clinico, che non ha configurato l'inizio di



un conclamato disturbo alimentare dell'infanzia. Si rileva inoltre, quasi sempre, non solo un disturbo relativo all'alimentazione, ma anche un disturbo specifico, relazionale, relativo agli aspetti corporei: emerge spesso, nell'indagine sul periodo precoce, un confronto diretto che la madre ha fatto tra il proprio corpo, quello della figlia, e quello di altri componenti della famiglia, del tipo *“quando è nata, appena l'ho vista, somigliava...somigliava a me...somigliava alla suocera...somigliava al padre...”*: vi si accompagna, di solito, un allarme relativo all'aspetto fisico, fortemente disturbante, persistente nel tempo e “irreparabile”, tanto che la madre cerca di continuo di eliminarlo dalla testa senza riuscirci, vivendo nel cruccio persistente e drammatico di essere una cattiva mamma.

Attraverso la raccolta di queste e altre informazioni, seguendo procedure e accorgimenti tecnici complessi, si può arrivare a comunicare a madre e figlia, in alcune sedute congiunte, che cosa è “davvero” accaduto fra loro: spesso questo porta alla consapevolezza che entrambe condividono un analogo sentimento e la stessa emozione riguardo il cibo, rivolto però l'una contro l'altra, perché ognuna vede la situazione a proprio modo; l'influenza reciproca che madre e figlia hanno tra loro sembra pervasa di ostilità e può assumere aspetti di marcata divergenza e talvolta di scontro, ma in realtà ha componenti imitative e ripetitive: infatti entrambe hanno condiviso un dramma emotivo, che, se accuratamente ricostruito, offre possibilità di lavoro superiori a quante ve ne sarebbero affrontando solo la conflittualità, o esclusivamente quello che è stato prima chiamato “apparato secondario”.

