26/03/2020

***RISULTATI VS PRODOTTI:***

***UN CASO DI ANORESSIA NERVOSA PRESSO LO STUDIO PRIVATO***

Eleonora Pagano - gruppo L

**PREMESSA**

Scrivo questo resoconto ripensando al week-end formativo del 25-26 Gennaio scorso.

Nello specifico ripenso la giornata seminariale del 25 Gennaio dedicata a “I Servizi di Salute Mentale oggi”.

Faccio riferimento all’intervento della Dott.ssa M. Immacolata Mustillo, psicologa psicoterapeuta dirigente del Centro di Salute Mentale di Termoli, mia tutor del tirocinio post lauream in psicologia clinica, di quello di psicoterapia SPS e di attività di volontariato.

Entro la cornice seminariale, la dott.ssa Mustillo poneva delle questioni molto interessanti rispetto a come orientarsi quando si è in disaccordo con i mandati ministeriali e quindi come essere attivatori di sviluppo.

Interrogativi che hanno origine da accorpamenti del Centro di Salute Mentale di Termoli a Dipartimento unico con a capo uno psichiatra (che non è il responsabile del CSM di Termoli) che propone trattamenti Evidence Based Medicine (EBM) nella fantasia di categorizzare, omologare, protocollare, standardizzare, al fine di rendere “scientifico” ed “efficace” l’intervento degli operatori.

L’EBM mi richiama emozionalmente, sia attraverso l’appartenenza a OPM, Ordine degli Psicologi del Molise, (pur essendo lucana), sia attraverso questioni che sento di incontrare negli interventi di psicoterapia a studio privato entro il mio attuale contesto di convivenza, la Basilicata.

In particolare, faccio riferimento al contesto studio privato e penso alla proposta relazionale di un paziente, ingegnere, che incontro a studio con la moglie per circa due mesi.

Mi vengono a mente le parole che l’ingegnere pronuncia in chiusura del secondo colloquio clinico: “Dottoressa parliamo da professionisti, io sono un ingegnere e se lei viene da me e mi commissiona un progetto io le assicuro che glielo faccio a regola d’arte, lei mi deve assicurare un risultato”.

Mi sento chiamata a riflettere sulla dicotomia: risultati vs prodotti.

Condivido questa riflessione a monitoraggio, che segue alla giornata seminariale, declinando il caso attraverso la diagnosi della figlia quindicenne della coppia, per cui dico: “E’ un caso di anoressia nervosa”, nella fantasia che condividere questa diagnosi avrebbe portato i miei interlocutori a sintonizzarsi sulla difficoltà che sento nell’intervento.

Fantasia questa legata ai Disturbi Alimentari e nello specifico all’anoressia nervosa che vivo come uno zoccolo duro da trattare.

Il caso è stato poi ripreso e accennato il giorno seguente nei moduli della professoressa Giovagnoli, prima, e Di Ninni, poi.

Nel modulo della professoressa Giovagnoli vivo un momento emozionalmente molto denso: riesco a condividere con il gruppo il mio vissuto di estraneità a SPS che rintraccio ora nella fantasia di percorsi di studio differenti: d’altronde, mi dico ironicamente, dopo una formazione ad orientamento fenomenologico si fatica a lavorare sulla distinzione tra fatti e vissuti!

Mentre scrivo mi viene in mente l’intervento del professor Renzo Carli del Seminario del 22 Febbraio, “Ripensando alla psicosociologia entro la storia della psicoanalisi”, quando espone due modi di apprendere: per sommatoria (“so, ma posso saper meglio”) e per crisi: mettere in crisi, in discussione quello che si sa per apprendere.

Ho sentito che in qualche misura l’apprendimento per crisi è stato il fil rouge di questi anni a SPS e solo adesso che ne ho consapevolezza sento venir meno la fatica a stare e a condividere.

Ritorno al caso in oggetto e al modulo della professoressa Di Ninni che ci propone di lavorare attraverso la diagnosi psicopatologica.

Il gruppo di lavoro si mostra interessato a conoscere il caso di cui ho esplicitato solo degli aspetti, qualcuno propone di lavorarci resocontandolo oralmente, vivo con piacere l’interesse dei colleghi.

La professoressa Di Ninni mi invita a resocontarlo per iscritto per poi trattarlo nell’incontro successivo a partire dalla mia proposta di parlarne attraverso la diagnosi che ridefinisco a lezione come “per arrivare subito al punto”.

La professoressa traduce ironicamente la mia espressione in “famo a capisse”, ma la domanda che mi pone è: “Quale punto?”

Nel dare avvio alla narrazione del caso tengo a mente due vertici che esplorerò in seguito:

* la proposta dell’ingegnere: risultato (EBM) Vs prodotto,
* la mia categorizzazione del caso attraverso la diagnosi di “anoressia nervosa”.

**IL CASO DI M.**

**LA COMMITTENZA**

L’invio nasce su committenza della pediatra, la quale mi chiama esponendomi il caso come “un caso grave” per il quale bisogna intervenire con “urgenza”, vengo subito investita da dimensioni emozionali di emergenza e preoccupazione.

Il caso in questione è quello di M., una quindicenne che ha problemi nel rapporto con il cibo e con il proprio corpo che negli ultimi due mesi ha avuto un calo ponderale severo (8 chili) e da tre mesi è in amenorrea.

M. non è più ufficialmente una paziente della pediatra, visto che ha 15 anni, tuttavia ha costanti rapporti con lei.

A seguito dell’ultima visita di M. dalla pediatra, emerge criticità nel loro rapporto, tanto che la pediatra dichiara di sentire di non poterla aiutare perché “ha letto negli occhi di M. un rifiuto e non la solita empatia”.

Sente di “aver fallito”, è in preda ai sensi di colpa; mi racconta di aver pianto e di non essere riuscita a dormire e mi comunica l’attesa che riesca io a sintonizzarmi emozionalmente con M. al fine di aiutarla.

Conosco la pediatra da quando ero bambina, è un’amica di famiglia, anche se non è stata la mia pediatra, (per criteri generazionali) per cui non ho avuto un rapporto diretto se non una condivisa simpatia.

La incontro professionalmente un anno fa presso la scuola primaria del mio paese per un caso clinico che seguivamo entrambe, da questo incontro nasce la nostra collaborazione, per cui mi invia diversi casi precisandomi, sorridendo, che “se non sono difficili non te li invio”.

Le sue parole mi fanno pensare che la pediatra faccia la fantasia di poter in qualche misura svolgere anche una funzione psicologica nei suoi interventi medici, in effetti conosce a fondo la storia dei suoi pazienti ai quali dedica diverse ore in ambulatorio, tanto da essere oberata di lavoro.

E forse è proprio questa fantasia che faccio fare alla pediatra, ma che è mia, che mi porta a dire quando questa mi dà i dati antropometrici di M. (altezza 1,63, peso 45 Kg) e mi esplicita la disperazione dei suoi genitori che vivono l’ipotesi di un invio in un Centro per Distrubi Alimentari come “l’ultima spiaggia”, che esclamo: “L’hanno fatta prima morire”.

Mi rendo subito conto di essere stata molto dura e di aver fatto riferimento non solo ai genitori ma anche alla pediatra, come a dire: “Adesso da me vi aspettate il miracolo?”.

Leggo la cultura dell’urgenza per cui finché non è urgente non lo tratto.

Traduco le mie parole alla pediatra dicendo che tenendo a mente i parametri clinici il caso è complesso e che sarebbe utile una presa in carico multidisciplinare, Centro DCA, ma che intanto mi faccio carico di seguire M. e i suoi genitori attraverso una presa in carico familiare, nell’ipotesi che le difficoltà con il cibo di M. rappresentino difficoltà relazionali a partire da quelle familiari.

**I COLLOQUI CLINICI CON I GENITORI DI M.**

Prima di dare avvio ai colloqui clinici con M, incontro i suoi genitori oltre che per adempiere gli aspetti relativi al consenso informato, visto che M. è minorenne, per rintracciare la loro domanda, tenendo a mente l’ipotesi iniziale della famiglia quale nucleo patogeno.

Incontro i genitori: il padre D. ha cinquanta anni, è ingegnere; la madre A. ha più di quarant’anni ed è casalinga, non ha mai lavorato. M. ha un fratello minore.

I genitori iniziano a raccontarmi di alcuni episodi salienti nella vita di M. legati a vissuti di perdita: qualche anno fa è morta la zia (sorella del padre), un anno fa il mister di pallavolo.

Mi investono di fatti e pongono tutto attraverso una logica di equazione causa-effetto: “Dice che può essere questo?” “O forse questo?”, proponendo sempre fatti che non li vedono implicati.

Esploro la loro relazione con la figlia.

Il padre vive la figlia come un riferimento importante, si è sempre rivolto a lei per trattare tutte le questioni della sua vita, le attribuisce il valore simbolico di “saggia” e “forte”, colei che “sa dare consigli”.

Narra del desiderio di M. di viaggiare e di intraprendere gli studi universitari, una volta maggiorenne, al di fuori della sua regione e della sua preoccupazione e tristezza rispetto a ciò che vive come una perdita che prima o poi inesorabilmente accadrà.

Quando parla guarda spesso la moglie in cerca di consensi con gli occhi da cane bastonato, pare che la sua preoccupazione più grande sia aver perso un punto di riferimento importante, M., e non saper come procedere.

La mamma di M. asserisce di essere “forte” come la figlia, si rappresenta come “sua confidente”, narra di aver avuto sempre un buon rapporto con lei con cui ha condiviso molto fino a un evento critico importante all’interno della famiglia: la morte della zia di M. che lascia una figlia con qualche anno in meno di lei.

A partire dalla morte della zia, la mamma si fa carico della nipote per un gran periodo di tempo, invitandola spesso a casa loro, condividendo pranzi, cene etc … sente che dopo questo periodo il rapporto con la figlia è cambiato.

Attualmente in casa non si parla se non per invitare M. a mangiare che puntualmente rifiuta il cibo, motivo per cui poi si confligge.

Propongo di sospendere l’argomento cibo con M. e di occuparsi di lei attraverso altri modalità di rapporto. Restituisco che sembra sia presente una forte dimensione di controllo: entrambi M. e i genitori controllano il cibo per controllare la loro relazione.

Esplicito che le difficoltà di M. non riguardano il cibo ma hanno a che fare con uno stato di malessere e difficoltà interiore che può trovare le sue vie di rappresentazione attraverso una fissazione con il cibo e con il corpo.

Restituisco al papà che pare aver messo in atto un’inversione di ruoli: è la figlia che fa il genitore, dà consigli e rassicura. Al contempo, in contrapposizione al ruolo genitoriale che le assegna, le sta comunicando di non crescere, propongo l’equazione semplicistica: “Se diventi adulta vai via e papà sta male”.

Il padre mi guarda impaurito, e aggiunge: “E’ la mia bambina, se cresce non potrò tenerla in braccio”.

Sostengo che è proprio questo il punto, M. attraverso il rifiuto del cibo sta impedendo al proprio corpo di crescere, di assumere le forme corporee proprie di una donna; la severa perdita di peso riporta il suo corpo simile a quello di una bambina, proprio come il padre le sta chiedendo di essere.

Alla madre restituisco l’ipotesi di una costruzione di rapporto con la figlia simbiotico ed esclusivo, fino alla morte della zia sembra ci sia stata una diffusione d’identità che è stata interrotta bruscamente da una perdita e da un nuovo modo di entrare in rapporto: come avrà vissuto M. l’ingresso in casa della cugina? E le costanti attenzioni della madre verso quest’ultima?

Sento che i genitori fanno fatica a tenere queste interpretazioni dalle quali cercano di difendersi attraverso modi diversi: il padre, nega proponendo fatti: “Ma io non le ho mai detto che non avrei potuto tenerla in braccio, lo sto dicendo solo ora a lei”; la madre scoppia in lacrime perché in preda ai sensi di colpa rispetto al rapporto intrattenuto con la nipote, cugina di M.

Invito entrambi a riflettere sulle dimensioni emozionali agite nelle proposte relazionali con M.

E’ difficile chiudere il colloquio con i due rispettando le regole del setting, propongo in chiusura continue sollecitazioni e richieste di rassicurazioni.

Riattivano la medesima dimensione di “urgenza” che portava la pediatra chiedendomi di incontrare la figlia quanto prima, aggiungendo: “Il problema non siamo noi”.

Sento che sarà faticoso lavorare con loro, esplicito che le difficoltà che incontra M. non sono solo sue, entro un’ottica individualistica, ma prodotto delle relazioni familiari, scolastiche, amicali, e quindi dell’intero contesto di convivenza.

Alla luce di ciò propongo alla coppia genitoriale di continuare ad incontraci (con una frequenza quindicinale) con l’obiettivo di lavorare sulle relazioni familiari, esplorandole e dotandole di senso; esplorando inoltre come viene simbolizzato il cibo in famiglia. Propongo colloqui individuali settimanali per la figlia.

Colludo emozionalmente con la dimensione di “urgenza” che portano e decido di incontrare M. il primo giorno utile senza rispettare i giorni dedicati a studio.

Sono consapevole di colludere ma faccio la fantasia che sia utile nel momento istituente per non perdere i pazienti, nell’idea paradossale di poter poi continuare a lavorare tenendo a mente le regole del setting.

In effetti è qualcosa che mi accade spesso nel privato e di solito, dopo il primo incontro, in cui cerco appunto di “venire incontro alle persone” non ho difficoltà nel prosieguo della terapia, naturalmente, nel caso specifico non sarà così e da lì a poco scoprirò che le richieste saranno sempre diverse e maggiori.

Mi verrà chiesto cronologicamente: di non indossare le scarpe con il tacco prima di incontrare la figlia visto che questa ha il complesso di essere bassa; dopo il primo colloquio con M., di vederla due volte a settimana, al posto di una, visto che finalmente era apparsa serena e aveva mangiato addirittura un pezzo di pizza (vissuto da M. come cibo fobico); poi ancora nel prosieguo della terapia di parlare con la figlia principalmente di cibo e non solo di relazioni e vissuti emozionali al fine di essere più diretta e velocizzare la terapia; nel penultimo colloquio di assicurare un risultato e nell’ultimo di abbracciare la figlia.

Naturalmente disattendo tutte le richieste non agendole ma esplorandole.

Mi sento “mangiata” da un vortice di violenza.

E mentre i genitori agiscono queste violenze, inizia a farlo anche M. che dopo una prima importante apertura declinata non solo attraverso un risveglio emozionale ma anche fisico (ritorno del ciclo mestruale), rifiuta ora anche il rapporto terapeutico attraverso lunghi silenzi e colloqui mancati.

Al contempo continua a perdere peso (altri 4 chili) fino a toccare i 41 chili, fallisce così anche il rapporto con il nutrizionista, esperto nei disturbi alimentari, presso il quale l’ho inviata.

Questo quadro già precario è ulteriormente aggravato da forti e persistenti coliche dovute a calcoli biliari che portano M. al ricovero ospedaliero; in quel periodo le invio degli sms ai quali spesso non ho risposta e quando telefono la mamma per essere aggiornata sullo stato di salute di M., questa mi fa intendere che a M. farebbe piacere una mia visita, naturalmente riconosco che il desiderio è della madre e non di M., ma vado comunque in ospedale perché sento di farlo nell’idea di continuare ad occuparmi di lei.

Dopo il colloquio in ospedale, segue un ultimo contatto con la mamma che tramite un sms mi comunica che M. è a Roma per fare la colonscopia, la invito a restare in contatto e ad aggiornarmi, ciò non avviene.

**CONCLUSIONI**

Ripenso alla proposta del padre di M. “assicurare risultati” così come fa lui nel suo lavoro da ingegnere e alla mia risposta: “Nello studio di psicologia clinica si lavora con le emozioni, la invito a tenere a mente una variabile molto importante che è il tempo”.

Ripenso al volto dell’ingegnere che in quel momento mi guarda con un’espressione come a dire: “Pure questa volta te la sei cavata”.

Ripenso alle parole del professor Carli che durante un monitoraggio in cui condividevo questa vignetta clinica mi invitava a riflettere sulla possibilità di implicare il padre nella relazione, specificando che sicuramente si lavora sulle emozioni, ma sulle sue emozioni.

Associo alla non implicazione del padre la mia difficoltà ad implicarmi emozionalmente entro SPS.

Ripenso all’ultimo incontro con i genitori di M. che vivo come l’ennesimo braccio di ferro e alla condivisione dei miei vissuti emozionali al padre di M. quando gli comunico che con i suoi interventi richiestivi “Mi fa sentire con le spalle al muro” forse proprio come fa sentire M.

Ripenso all’imbarazzo palesato sul volto della mamma di M. quando il padre mi dice che dovrei abbracciare la figlia e di quello che me ne faccio di questa proposta, dicendo al padre che è lui che mi sta chiedendo di essere rassicurato e abbracciato. Sento emozionalmente in qualche modo di averlo fatto ma che questa famiglia non è riuscita a farsi abbracciare perché “divorata” da dimensioni di potere e controllo, che hanno agito con M. e poi con me nella relazione terapeutica fino al momento del congedo finale in cui la mamma di M. dice: “Dottorè voi piacete a mio marito perché gli tenete testa”.