

Un caso clinico di Ipocondria in comorbilità con Binge Eating Disorder

Giovanni Abbate Daga, Secondo Fassino

Dipartimento di Neuroscienze Sezione Psichiatria dell'Università di Torino
AOU San Giovanni Battista di Torino
Centro Pilota Regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Notizie cliniche generali

R.S. è una donna di 48 anni, affetta da Ipocondria e Binge Eating Disorder (BED). L'Ipocondria, esordita a 41 anni, è focalizzata sulla costante preoccupazione intensa ed immotivata di morire dissanguata durante il periodo mestruale. Il sintomo si è presentato in concomitanza al manifestarsi di un flusso moderatamente abbondante e prolungato (7 giorni) senza riscontri patologici nelle ripetute visite ed esami ginecologici effettuati, eccezion fatta per due fibromi, innocui e di piccole dimensioni. Il Binge Eating Disorder, esordito nello stesso periodo, si caratterizza da abbuffate senza condotte eliminatorie, presenti più volte a settimana, in risposta alla preoccupazione collegata all'Ipocondria. I sintomi sono ingravescenti e conducono a molte limitazioni sociali e lavorative. A causa del proprio disturbo la paziente non esce di casa neppure per lavorare nel periodo che precede, durante e due tre giorni dopo le mestruazioni, con la messa in atto di condotte di evitamento e tratti agorafobici senza panico (Fava et al. 2008). L'assenza dal lavoro aumenta i vissuti depressivi, in quanto il lavoro è fonte di gratificazione. La paziente infatti è una dirigente scolastica e organizza attività culturali cittadine di buon livello.

Nell'anamnesi psichiatrica della paziente si riscontrano tratti di personalità fobico-evitanti e precedenti episodi di Ipocondria di minor durata: per esempio in passato la paziente per circa otto mesi ha sviluppato il terrore di essere affetta da complicazioni gravi conseguenti a tonsillite. Anamnesi familiare positiva per padre affetto da Disturbo Depressivo.

Alla paziente viene prescritto citalopram 20 mg (Magarinos et al. 2002); inoltre inizia una psicoterapia psicodinamica ad indirizzo adleriano a cadenza settimanale (Fassino et al. 2007 e 2008a). L'intervento psicoterapico – fondamentale approccio curativo per l'ipocondria, benché siano ancora da definire gli aspetti specifici e i risultati a lungo termine (Thomson e Page 2007) - consente di far emergere alcune tematiche rilevanti per la definizione delle finzioni, dello stile e delle mete di vita della paziente. L'assessment - caratterizzante la psicoterapia Individual Psicologica adleriana (a) tecnica dei primi ricordi b) formulazione esplicativa c) studio della personalità anche tramite test psicometrici quali il Temperament and Character Inventory) – ha consentito una progettazione ed un impiego “tailored” di interventi psicoterapici supportivi e intensivi (Fassino et al. 2007).

Elementi narrativi

Si ricostruiscono alcuni nuclei conflittuali e/o traumatici:

a) Nell'infanzia della paziente si rilevano relazioni difficoltose con i propri genitori. Nei primi anni di vita della paziente i genitori erano stati sul punto di separarsi per importanti incomprensioni e a motivo di una relazione extraconiugale della madre. La paziente ricorda la madre come triste e disattenta ed il padre come una persona collerica ed ansiosa. Il vissuto prevalente della paziente è la sensazione di non essere stata capita né accudita. Tale carenza era in parte colmata dalla zia materna nubile, che poi per tutta la vita ha sostenuto emotivamente la paziente. In risposta all'ambiente familiare R.S. ha sviluppata uno stile di vita compiacente gli altri ed iperadeguato: sempre disponibile, eccellente studentessa, tendete alla dipendenza dal giudizio altrui. Si ricorda tuttavia che entrambi i genitori diventavano allarmati e solleciti quando lei presentava un sintomo somatico. Tra i sette e gli otto anni, in particolare, si ricorda dell'insorgenza di improvvisi “mal di pancia” che preoccupavano i familiari. Ciò si traduceva sia in maggior presenza con la figlia sia in frequenti visite dai medici a scopo diagnostico e per prevenire un ipotetica “peritonite conseguente a appendicite”.

b) La paziente è stata per lungo tempo figlia unica. A 10 anni, quando la relazione tra padre e madre era già migliorata, è infine nata una sorella. Inizialmente R.S. era entusiasta per la novità, immaginandosi che la presenza di una sorella le avrebbe portato dei vantaggi. Da subito, tuttavia, la paziente sviluppa gelosia ed rabbia intensa per la neonata perché le sembrava che, anziché aiutarla, le sottraesse ancora di più l'affetto della madre. Con l'andare del tempo inoltre, la paziente si è dovuta far carico di sorvegliare la sorella al pomeriggio, quando i genitori erano al lavoro. La paziente svolgeva correttamente i compiti di accudimento e sorveglianza richiestegli e non ha mai messo in atto comportamenti ispirati dai propri vissuti negativi, quali dispetti, proteste, oppositività. Tuttavia, anziché elaborare i propri affetti negativi ed esprimere il proprio disappunto, la paziente reagisce alla nascita della sorella aumentando i comportamenti regressivi e dipendenti. Ancora oggi, benché i rapporti con la sorella siano buoni, la gelosia non è superata e la tendenza a dipendere dagli altri è costante.

c) Durante l'adolescenza apparentemente R.S. si autonomizza. Ha buone relazioni coi coetanei, conosce dei ragazzi, si ricorda del periodo tra i 13 ed i 16 anni come anni felici. Tale periodo si interrompe bruscamente con una relazione d'amore con un uomo di 7 anni più vecchio, cui consegue una gravidanza. R.S. decide di abortire all'estero, all'insaputa del padre. La madre non l'accompagna. Il compagno si dilegua dopo averla pesantemente minacciata. L'emergere di tali ricordi è ancora molto doloroso per la paziente. Anche perché, nelle sedute successive la paziente, racconta di un altro IVG, effettuato anni dopo, in altro contesto relazionale, ma in modo altrettanto traumatico. Questa volta è il compagno ad insistere per l'aborto e la paziente si decide a malincuore. Per vergogna, all'insaputa di entrambi i genitori, effettua in Italia aborto illegale. Descrive la notte successiva all'intervento come angosciante, narra di averla trascorsa in solitudine senza assistenza medico infermieristica e supporto del compagno, in un appartamento. Ricorda inoltre che le perdite ematiche sono proseguite per tutta la notte.

d) Dopo tali eventi traumatici comunque la vita attuale della paziente appare più serena: tra alterne vicende ha raggiunto un discreto funzionamento sociale e lavorativo. Si è laureata, ha trascorso degli anni all'estero, è riuscita ad interrompere relazioni affettive che non la soddisfacevano appieno. Tra periodi critici, ansia e regressioni, negli ultimi anni la relazione con un compagno discretamente supportivo ha fatto sì che si instaurasse una vita affettiva complessa, per cui la paziente ha benefici e alcuni svantaggi. Infatti la vicinanza di quest'uomo la rasserenava, ma questi – di 10 anni più vecchio di lei - non vuole convivere con lei. Altro elemento non secondario è che il compagno è un medico. Per tali motivi la paziente lo tempesta di domande sul funzionamento corporeo. Gli elementi ipocondriaci e lo stile alimentare alterato costituiscono un motivo di legame.

Discussione

Dal punto di vista descrittivo, il caso clinico conferma la presenza di alcuni fattori di rischio definiti in letteratura, difficoltà relazionali e preoccupazioni ipocondriache nell'infanzia, la condizione di solitudine (Noyes et al. 2002), il sesso femminile (Reif et al. 2001) e life events traumatici in concomitanza a temperamenti ansiosi (Kellner et al. 1983; Noyes et al. 2004).

Gli elementi clinici e narratologici consentono la "formulazione esplicativa psicodinamica" dei disturbi della paziente (Mace e Binyon 2006). Viene definita una cornice interpretativa in cui si ipotizza che l'inferiorità d'organo occasionale (disturbo mestruale) abbia riattivato traumi e dinamiche relazionali regressive che conducono ad una Volontà di Potenza riparatrice degli inconsci sentimenti di inferiorità ed abbandono (Adler 1912). L'ansia derivata dai vissuti di solitudine e dalla scarsa autonomia del Sé della paziente si esprime nelle tematiche ipocondriache, che raffigurano un vero e proprio "linguaggio degli organi". L'allarme che la paura di morire causa nelle persone attorno a lei – in particolare il compagno medico – sono la riedizione di modalità comunicative instauratesi nell'infanzia (con efficacia difensiva) con i propri genitori. La paziente non ottiene alcun vantaggio pratico, ma ha la sensazione, in parte fittizia, che gli altri le stiano più vicino. E' infatti in grado di riconoscere come il proprio continuo bisogno di assicurazione possa in

realtà deteriorare i rapporti significativi ed in diverse sedute riesce a comprendere la potenzialità distruttiva dell'ipocondria: il compagno ed i parenti si stancano, le paure irrazionali in definitiva aumentano l'incomprensione, l'ipocondria stessa le impedisce di migliorare la propria vita relazionale.

Il sintomo inoltre ha anche un doloroso legame con il passato. Il ricordo delle IVG in stretta connessione con l'organo bersaglio dell'ipocondria è ancora attualmente presente nella vita e nei sogni della paziente e la psicoterapia ha fornito in fasi più avanzate la possibilità di rielaborare i sentimenti di colpa e di solitudine che tutto ciò ha comportato.

Il disturbo alimentare si inserisce come ulteriore successiva riparazione rispetto all'ansia riattivata dall'ipocondria e dai contenuti latenti connessi. Nel modello dell'Individual Psicologia infatti ogni compensazione negativa attiva ulteriori bisogni compensatori, e quindi ulteriori compensazioni negative. Il ricorso al cibo assunto compulsivamente ricopre il ruolo di un farmaco anti ansia a fronte del fallimento delle difese dall'angoscia più mature. Il cibo inoltre costituisce un farmaco che calma il bisogno di accudimento e rassicurazione che non basta mai, di cui ci si riempie ma che non seda comunque l'insoddisfazione.

Questi elementi vengono gradualmente discussi ed elaborati durante le sedute tramite un linguaggio condiviso, prevalentemente attraverso il lavoro sugli elementi di attualità messi in associazione con ricordi e sogni. In fasi iniziali anche le molteplici spiegazioni sul linguaggio degli organi (Adler 1912), sul funzionamento corporeo, fornite in modo costante e chiaro svolgono un ruolo terapeutico importante, come dimostrato dall'explanatory therapy (Fava et al. 2000).

La graduale consapevolezza del senso del sintomo (significato e direzione) evidenzia come il terrore delle mestruazioni esprima un disagio psichico, ed insieme una modalità per controllare l'ansia, anche quella relazionale. Sullo sfondo agiscono i vissuti infantili rispetto al complesso di inferiorità sviluppatosi all'interno della costellazione familiare e le modalità autopunitive per i propri desideri aggressivi e per i sentimenti di colpa.

Nel tempo si assiste ad un discreto miglioramento della paziente, progressivo, ma lento, anche per la complicazione di un transfert dipendente impegnativo nella sua gestione e per le resistenze inconscie al cambiamento. D'altronde è noto quanto sia complessa l'interazione tra terapeuta e paziente ipocondriaco e quanto questa relazione richieda empatia, accettazione, comprensione, e quanto i terapeuti debbano essere facilmente accessibili, flessibili, con comportamenti chiari, costanti e prevedibili (Starcevic 2002). Il cambiamento più che all'interpretazioni – in genere poco incisive – sembra conseguente all'esperienza ripetuta nel setting di un nuovo tipo di relazione significativa con se stessa, mediata da quella del terapeuta hic et nunc. L'atteggiamento del terapeuta – per le peculiari componenti alessitimiche e impulsive della paziente – si è caratterizzato per un costante “processo di incoraggiamento” (Rovera 1982). La sintomatologia ipocondriaca ed alimentare infatti implementano la bassa autostima. La radicata sfiducia e l'utilizzo dei sintomi come autoriparazione ai sentimenti di inferiorità hanno richiesto infatti una ricorrente transmotivazione del Sé creativo della paziente (Adler 1935).

La paziente, dopo tre anni di terapia ha ripreso un buon funzionamento sociale e lavorativo. Talvolta le mestruazioni riattivano le difese regressive, ma la consapevolezza attenua molto la paura di morire. Permane un disagio di fondo e vissuti di “faticare” per mantenere la desiderata e temuta autonomia. Quando tematiche ipocondriache si riaffacciano la paziente riesce più agilmente a individuare le dinamiche psichiche e relazionali sottese al disturbo e a reagire più creativamente.

Conclusioni

Nel campo della medicina psicosomatica, la comorbidità tra ipocondria e disturbo alimentare tipo Binge Eating Disorder costituisce un ulteriore prova del complesso intreccio somatopsichico tra mente e corpo: il linguaggio degli organi (Adler 1912) con accenti alessitimici ed impulsivi tenta di esprimere emozioni così angoscienti da essere ritenute inconsciamente inesprimibili. Tale interconnessione spesso attiva compensazioni comportamentali rispetto alle angosce profonde. Un disturbo induce l'altro, ciò ci spinge ad effettuare psicoterapie centrate più che sul solo sintomo

sulla personalità del paziente e sull'organizzazione delle proprie difese (Fassino et al. 2007), recuperando il concetto di funzionamento neurotico in tema di disturbi d'ansia e somatoformi e una prospettiva longitudinale nello studio dei disturbi mentali (Fava et al. 2008). La psicoterapia dinamica migliora il sintomo in modo significativo e costituisce la strada maestra per comprendere la natura del disturbo sia lavorando sugli aspetti cognitivi che sui vissuti inconsci profondi. Ciò consente di contrastare il pessimismo dei medici di fronte ai malati ipocondriaci (Starcevic 2002) ed affetti da disturbo alimentare (Fassino et al. 2008b).

BIBLIOGRAFIA

- Adler A (1912). Il temperamento nervoso. Newton Compton, Roma, 1971.
- Adler A. The fundamental view of Individual Psychology. *Int J Psych.* 1935, 1: 5-8.
- Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P. Manuale di psichiatria biopsicosociale. Centro Scientifico Editore, 2007.
- Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P, Delsedime N. Ethical problems in the treatment of anorexia nervosa: an international literature's review. *Minerva Psich.* 2008a;49(2):157-174.
- Fassino S, Amianto F, Ferrero A. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panminerva Med.* Jun 2008b;50(2):165-175.
- Fava G, Grandi S, Rafanelli C, Fabbri S, Cazzaro M. Explanatory therapy in hypochondriasis. *J Clin Psychiatry.* Apr 2000;61(4):317-322; quiz 323.
- Fava G, Rafanelli C, Tossani E, Grandi S. Agoraphobia is a disease: a tribute to Sir Martin Roth. *Psychother Psychosom.* 2008;77(3):133-138.
- Kellner R, Pathak D, Romanik R, Winslow W. Life events and hypochondriacal concerns. *Psychiatr Med.* Jun 1983;1(2):133-141.
- Mace C, Binyon S. Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching methods. *Adv Psychiatr Treat.* 2006;12:92-99.
- Magariños M, Zafar U, Nissenon K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *CNS Drugs.* 2002;16(1):9-22.
- Noyes RJ, Stuart S, Langbehn D, Happel R, Longley S, Yagla S. Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics.* 2002 Jul-Aug 2002;43(4):282-289.
- Noyes R, Watson D, Carney C, et al. Risk factors for hypochondriacal concerns in a sample of military veterans. *J Psychosom Res.* Dec 2004;57(6):529-539.
- Reif W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med.* 2001;63:595-602.
- Starcevic V. Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis. *Am J Psychother.* 2002;56(2):167-177.
- Rovera GG. Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento. *Riv Psic Ind.* 1982; 17-18: 28-50.
- Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD006520.