

# TRUCCHI BUGIE E DISSIMULAZIONI

*Il paziente cerca di convincere il medico a risolvere un disturbo collaterale confessabile senza mai arrivare a svelargli il quadro completo.*

*Non per disonestà, spesso per vergogna, il malato è convinto che quel disturbo non c'entri con l'anoressia o la bulimia. In realtà, si tratta di un appello da interpretare*

**L**e persone affette da Dca sviluppano patologie reali e psicosomatiche che le conducono prima o poi alla porta dell'ambulatorio medico per un consulto. Curiosamente sviluppano nel tempo anche doti teatrali che le portano ad affrontare la visita medica come una performance nella quale convincere il medico a risolvere un particolare disturbo collaterale confessabile senza mai arrivare a svelargli il quadro completo. Non per disonestà ma spesso per vergogna o per la convinzione che quel disturbo non c'entri con l'anoressia o la bulimia anche quando è evidente.

La varietà dei problemi che essi presentano sono tali e a volte tanto fantasiosi che solo un medico originale o informato potrebbe sospettare che all'origi-

ne di tutto vi sia un disturbo alimentare. Non sempre, infatti, questi pazienti mostrano i segni esteriori della malnutrizione, anche se combattono con la malattia da diversi anni. Per camuffare un'eccessiva magrezza si rifanno ai consigli rivolti dagli stilisti alle più tonde, contro il gonfiore degli occhi c'è sempre un supercollirio, per la pelle del viso l'industria cosmetica fa miracoli, senza parlare degli integratori di strane sostanze per sgonfiare, consumare calorie, dormire, svegliare, e rimedi casalinghi molto fantasiosi.

## Un quadro espressionista

Così può capitare che entri in ambulatorio una ragazza di bell'aspetto, magra, che confessa di avere una tensione addominale insopportabile, di soffrire di stiti-



chezza; chiede non solo lassativi ma anche diuretici contro la ritenzione idrica che le procura gonfiore dolenti alle estremità. Spesso le si addormenta il braccio destro e ha una febbriettola costante da almeno dieci mesi, non dorme e ha fitte intercostali improvvise. Il medico, giustamente confuso da questo quadro più espressionista che anamnestico, cercherà di fare ordine iniziando a informarsi sul tipo di alimentazione della ragazza. Lei risponderà come da copione: «Normale». Mangia yogurt, frutta, verdura, alimenti integrali. Al medico non verrà mai in mente di chiedere: «Con quale frequenza?», non sospettando che la paziente si concede esclusivamente uno yogurt e se va bene mezza mela a giorni alterni. Gli sembra illogico che, pur non mangiando, una persona si preoccupi di evacuare. Però non chiede mai abbastanza e la paziente, avendogli dimostrato che la dieta non basta, ritorna alla carica con la richiesta di lassativi. Il medico non indaga oltre perché non ha nulla di cui dubitare. Perché mai una paziente che si rivolge spontaneamente al medico dovrebbe mentirgli? E questo è il secondo equivoco. La vergogna di mostrare l'anoressia e allo stesso tempo l'attaccamento morboso al

a cura di ALMA

Associazione AB.it senza fini di lucro per l'informazione e la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare  
www.anoressia-bulimia.it



**Sono molte le strategie messe in atto dalle giovani per nascondere il conflitto con proprio corpo**

sintomo armano le più ardite menzogne. «Ha già fatto uso di lassativi?». La paziente che sente vicino il fallimento della "missione leggerezza" mentirà rispondendo categoricamente: «No, mai». Oppure ammetterà di averne presi ma che non ne ha tratto beneficio, se il suo scopo è di avere una prescrizione per preparati più potenti.

Spesso la stipsi funge solo da corollario a un altro disturbo inspiegabile ma fastidioso, che conduce il paziente dal medico, ma che complica ulteriormente la scacchiera sulla quale si alternano mosse e contromosse tattiche per ottenere la migliore forma fisica nonostante il digiuno o le abbuffate.

### Una strana faringite

A distanza di tempo l'attrice drammatica si ripresenta con un'inspiegabile infiammazione alla gola. Di fronte a una gola infiammata, tutto sommato non grave, il medico non pensa subito a una faringite da vomito o a un reflusso gastroesofageo se il paziente non lo mette

sulla buona strada. La donna, avendo dissipato eventuali sospetti, accetterà volentieri uno sciroppo per la tosse.

Arriva però anche l'infausto momento in cui per risolvere una neuropatia inspiegabile al braccio destro viene prescritto un farmaco terroristico: il cortisone. La ragazza accusava una misteriosa miopatia a un braccio che altro non era che una disperata quanto inconscia richiesta di affetto rivolta alla madre, la quale invece la trasporta al Pronto soccorso e, lungi dallo spiegare i retroscena dell'anoressia che nemmeno lei vuole riconoscere, accetta per la figlia una prescrizione di cortisone senza richiedere accertamenti più approfonditi. L'anoressica di trentacinque chili, che ha come obiettivo perdere altri sette, di fronte alla madre, non può far altro che promettere di assumere il farmaco. Ma dopo tre giorni lo specchio riflette, insieme alla sua immagine, il terrore di aver vanificato tutti i suoi sforzi verso la perfezione, la leggerezza, l'eterna fanciullezza. Si accorge che il cortisone "gonfia", il peso aumenta anche se si priva di quell'unico yogurt quotidiano. Pur sapendo che si tratta solo di un gonfiore temporaneo dovuto a ritenzione di liquidi e non di grasso, il panico è tale che interrompe il cortisone rischiando il pericoloso effetto *rebound*.

Questa volta la ragazza cambia medico, mente sull'assunzione del farmaco e chiede rimedi alternativi che applicherà a dosi esagerate con digiuni ancora più rigorosi.

Accusa giramenti di testa, emicrania, formicolii agli arti, brividi di freddo, continui crampi e dolori muscolari, fitte addominali da togliere il respiro, tachicardie improvvisate, svenimenti.

### La sindrome dell'educanda

Affinché il medico non si occupi del peso ma esclusivamente del braccio addormentato che la angoscia e del dolore alla bocca dello stomaco, si è già preparata a superare alcuni inevitabili scogli. Primo fra tutti: scoprire il corpo per la visita obiettiva. Come un'educanda dell'Ottocento affermerà di vergognarsi chiedendo di essere palpata sopra gli abiti che tanto abilmente ha utilizzato per camuffarsi. Messa alle strette, scoprirà un minuscolo spicchio di addome gonfiandosi con la tecnica dei bonzi. «Si rilassi, signo-

rinal» e il primo scoglio rimanda direttamente al secondo e più temuto: la pesata. Costretta a salire sulla bilancia appoggia incautamente la borsa sulla pedana, sposta rapidamente i pesi avanti e indietro perché non si fissino al livello che desterebbe sospetto, fa perno sulle caviglie per spostare la pedana più a destra o in avanti. Nonostante gli equilibrismi questi stratagemmi a volte non funzionano e la prima sentenza è drastica: «Sottopeso». La sola parola ispira nella paziente un vasto repertorio di giustificazioni sempre più drammatiche: «Ho perso un po' di peso recentemente a causa di un amore perduto, di esami stressanti, problemi di lavoro, guai in famiglia. Dovevo sposarmi ma sono stata abbandonata per la mia migliore amica». Superato lo scoglio della critica al peso senza troppi danni, la paziente si attende di doppiare felicemente il capo, quando arriva la faticosa domanda: mestruazioni regolari? «Ehm, sì». Non ce la farà a confessare che il ginecologo le ha prescritto la pillola anticoncezionale per risolvere l'amenorrea. In fondo non mente, sottace. Ma sa bene che se la risposta non è convincente le si aprirà sotto i piedi la botola degli esami del sangue. Vi si sottoporrà con immensa angoscia e per alcuni giorni prima del prelievo assumerà tutti gli integratori di sali minerali e vitamine, ferro che riterrà utili. Siccome gli esami del sangue non riescono a rivelare molto salvo nei casi di scompenso grave, la giovane avrà messo a segno un punto a suo favore. Non è raro imbattersi in persone la cui mania per l'alimentazione corretta, biologica ed equilibrata li porta a perfezionare fogli di calcolo elettronici per comporre il bilancio alimentare della giornata. La soglia calorica viene però costantemente abbassata al di sotto del limite ragionevole diventando l'anticamera delle abbuffate. Ribaltando tutti i principi contabili, un deficit calorico fa esultare, cinque grammi di pasta di troppo gettano la ragioniera della dieta in uno sconforto tale per cui si convince che ormai può abbandonarsi all'abbuffata con conseguente eliminazione. Manca però una voce alla sua tabella calorica: la voce abbuffata/vomito, che conta dal 30 al 50 per cento delle calorie ingerite durante l'orgia pantagruelica. Suo malgrado la quadratura del bilancio è fatta.

## Verità tra parentesi

La dissimulazione che mettono in atto i pazienti anoressici, bulimici e *binge eaters* è però, in fondo, una dissimulazione onesta. Considerano il proprio disturbo alimentare come un problema che possono risolvere da soli al momento opportuno, lasciando al medico il compito di prescrivere quei rimedi indispensabili a rimettere in sesto quell'organo che non sta funzionando. Così facendo sollevano il medico dall'onere di affrontare una patologia che non riconosce, quindi non capisce e allora non saprà guarire. In realtà, hanno solo rinviato la questione.

Le rare domande che pongono al medico andrebbero ascoltate con attenzione perché sono il primo segnale che il paziente sta cercando da tempo di manipolare il suo metabolismo per raggiungere una forma irrealistica. La paura irrazionale di cambiare le abitudini alimentari e la forma del proprio corpo viene messa a nudo soltanto con astute e insistenti manovre di aggiramento da parte del medico.

Il camice bianco che si sente ingannato è tentato di smascherare il dissimulatore o, peggio, di liquidarlo come ipocondriaco. I pazienti con Dca vivono già la loro condizione come una colpa, sono eccessivamente severi con se stessi e non si giudicano mai meno di "cattivo e indegno". Risulta quindi inutile smascherare quello che, in modo alquanto distorto, è un appello disperato, anche se indiretto. Avrà perso il paziente se non sarà riuscito a instaurare un rapporto di alleanza fondato sulla corretta considerazione della prostrazione psicologica che lo costringe a dissimulare.

## Una patologia lecita

Una paziente che tace frequenti episodi di vomito quotidiani e che si presenta per dolori addominali non ha in animo di ingannare, ma sfiderà la fantasia del medico che difficilmente lo porterà ad allargare il campo visivo a considerare che la paziente ha un insolito gonfiore vicino alle orecchie.

Paradossalmente la paziente esce dallo studio del medico felice di avere ottenuto un rimedio al problema contingente, di essere stata considerata per una patologia lecita senza aver messo a repentaglio l'origine di quelle devastazioni e di conseguenza la sua

immagine tendente alla perfezione. E così non sono rare le giovani donne bulimiche con condotte di eliminazione decennali che si rivolgono al medico per gastriti o sospetta ulcera. Il medico chiederà: «È una persona ansiosa, è sotto stress da superlavoro?». Si sottoporranno docilmente a tutte le indagini gastroscopiche e terapie farmacologiche che nulla faranno se non alleviare temporaneamente l'effetto di un rituale che si ripeterà appena possibile non appena la paziente, in preda a una sorta di crisi di astinenza, non potrà trattenersi. Possono capitare casi di comorbidità con patologie psicologiche concomitanti, come descritto negli articoli precedenti: spesso le anoressiche e qualche volta le bulimiche si tagliano, si procurano ferite quando, dal profondo di una crisi, si disprezzano per esserci ricascate. Probabilmente è in atto una psicopatologia più complessa che ha tra le sue manifestazioni anche il disturbo del comportamento alimentare. Una paziente bulimica molto rotonda, esuberante ed estroversa, coloratissima e chiassosa, si presenta in ambulatorio per una febbre che la accompagna da dieci mesi. Dice di essere perennemente a dieta ma che questo non le genera problemi, tanto sposata lo è già, figli non ne vuole avere, le dispiace solo non potersi permettere certi costumi, ma tanto alla fine se li mette lo stesso. Porta i segni di cicatrici sulle braccia e sui polsi. Ridendo fragorosamente della sua goffaggine racconta di essere caduta sugli scogli, di aver lottato con il suo gattotigre. Non sembrerebbe una persona psicotica né che abbia problemi di alimentazione, a parte una certa golosità. Queste *performance* teatrali rappresentano appelli più o meno inconsci traducibili in "la malattia sta sfuggendo al mio controllo totale". Il malato cerca l'aiuto del medico non tanto per guarire quanto piuttosto per riprendere il controllo del proprio corpo e continuare le pratiche insane di digiuno, abbuffate, vomito. È disposto a giocare a una roulette russa con la propria vita e a nascondino con il medico. L'anoressico puro non ammetterà mai di stare male, si sente forte e invincibile finché è magro. Nega l'evidenza, nega che il suo organismo è malnutrito, è a rischio

di morte. Il bulimico normopeso e l'anoressico con condotte di eliminazione sentono di avere uno strumento di controllo del peso che permette di godersi anche "il cibo proibito", tanto poi sanno come liberarsene. Ma sono assaliti da una paura irrazionale quando il controllo sfugge loro di mano.

Gli atleti, forti del loro autocontrollo anoressico che li esalta perché da magri e leggeri sono vincenti, lucidi e determinati, sanno di rischiare il collasso improvviso per l'affaticamento del cuore ma posti di fronte a una scelta preferiranno rischiare di immolarsi per la vittoria. Al medico chiederanno sostanze che compensino lo stress al quale sottopongono il proprio fisico perpetuando la folle corsa sul filo del rasoio.

Persino la danza assume la connotazione di uno sport estremo quando la ballerina, magra per esigenze di lavoro, si sottopone a restrizioni alimentari o, peggio, si libera di quanto ingerito per continuare a restare leggera. Cercherà aiuto per curare tendiniti, crampi muscolari, riparare alla fragilità dei legamenti e delle ossa, problemi che quasi mai vengono associati ai disturbi dell'alimentazione.

Abbiamo descritto qui prevalentemente immagini femminili. Bisogna ricordare però che il fenomeno è in forte crescita anche nella popolazione maschile anche se con manifestazioni lievemente differenti. Un pregiudizio dei medici è proprio quello di considerare il disturbo alimentare come una malattia al femminile e non accorgersi che il paziente appena uscito, un ragazzo, mostrava gli stessi segni premonitori dell'anoressica del giorno prima.

Il disturbo alimentare è il sintomo di un disagio importante che non va sottovalutato e che richiede soprattutto un approccio multidisciplinare del quale il medico di famiglia può rappresentare il primo anello, il più delicato e il più prezioso per far emergere la vera origine degli innumerevoli malesseri del paziente. Purché egli sappia allargare la propria visione dal particolare del sintomo presentato a una visione grandangolare e sappia liberarsi da quei pregiudizi di viziosità che lo portano talvolta ad avere degli atteggiamenti di irrisone, di sufficienza di fronte a questi appelli indiretti del paziente con disturbi alimentari. ■