

Famiglia problematica e paziente psichiatrico

Anna Farina

Medico di medicina generale
Treviso

Conosco L.B., che ora ha 32 anni, dall'età pediatrica, così come conosco il fratello minore e tutta la sua famiglia, poiché sono miei assistiti. La storia del mio paziente è emblematica, non solo per le implicazioni prettamente cliniche - L.B. è un soggetto psichiatrico - ma perché emergono tutte le caratteristiche proprie nella nostra professione. La profonda conoscenza dell'ambiente familiare del paziente, il mantenimento di una buona relazione medico-paziente e l'approccio olistico "bio-psico-sociale" possono supportare infatti anche casi di difficile gestione.

Storia della famiglia

La famiglia di L.B. è sempre stata problematica, con la madre costantemente affranta, ansiosa, incapace di reggere il peso del mondo, ma con la necessità di affermare sempre il contrario. La sua frase tipica era: "Se non ci fossi io, la famiglia andrebbe a rotoli". Tale comportamento era dovuto anche al fatto che il marito si era allontanato dalla famiglia fin dalla più tenera età dei figli, intrecciando rapporti extraconiugali. In effetti, già all'età di cinque anni, L.B. veniva presentato dal padre a una "nuova mamma", la donna con cui era legato da una relazione amorosa.

Gli anni sono passati, ma il padre è ancora lì, fermo nel suo entrare e uscire dalla famiglia, con gli abiti sempre curati, puliti e stirati dalla moglie ufficiale. Ha avuto due infarti, un ictus, ma la sua vita non è mai cambiata.

Anche l'ambiente familiare è sempre stato del tutto insufficiente per la crescita serena dei figli: un piccolo appartamento, quattro automobili (malgrado il basso reddito), urla e lamenti materni dalla mattina alla sera. Da adolescente L.B. subisce anche un manrovescio del padre, che gli causa una frattura di timpano. Ciononostante, i due figli vanno a scuola seguendo con molto profitto, tanto da meritare una segnalazione sul giornale locale per il loro impegno.

L.B. si laurea con buoni voti in economia e commercio e fa il servizio di leva nel Corpo della guardia di finanza, scelte che sono dettate da motivi economici.

Quando termina il servizio di leva, la famiglia decide che il figlio debba seguire un corso in un istituto per la formazione di manager in Abruzzo.

Storia clinica

Un giorno vengo chiamata d'urgenza a casa dai genitori di L.B., che ora ha 25 anni. È tornato a Treviso e si è procurato dei piccoli tagli ai polsi. Quando arrivo, il ragazzo mi guarda inebetito, senza espressione. Ricorro immediatamente a una consulenza psichiatrica presso l'Asl di riferimento e il giovane viene posto in terapia con paroxetina e un ansiolitico.

Per un breve periodo viene anche ricoverato in una struttura convenzionata per ricevere assistenza psichiatrica. Conversa settimanalmente con lo psichiatra che gli diagnostica una crisi ansioso-depressiva.

Dopo il suo ritorno a casa i genitori mi contattano, perché hanno paura che la diagnosi possa compromettere le relazioni sociali del ragazzo. Concordo con i familiari e redigo un certificato più blando, rinnovandolo per quattro mesi, perché lui non se la sente di ritornare a frequentare il corso in Abruzzo. Questa è la sua prima sconfitta, che colpisce anche i genitori, che avevano posto molte aspettative sul successo del figlio, con la speranza per migliorare il loro modesto status sociale.

A questo punto il giovane rinuncia al corso post-laurea e avvia dei colloqui di lavoro. Ottiene un impiego presso un istituto bancario di Padova, che gli permette di andare a vivere da solo; una scelta che l'altro fratello, più

succube della famiglia, non farà mai. Nella nuova città vive in maniera solitaria: ora ha quasi ventotto anni e non ha ancora avuto alcun rapporto sessuale. Nel frattempo da 90 kg è arrivato a toccare la soglia dei 160 kg e la mole e il modo di esprimersi un po' esagitato rendono imbarazzante la sua frequentazione.

La madre lo "pedina" con il telefono cellulare, con decine di chiamate quotidiane, che spesso vengono ignorate dal figlio. La motivazione della madre è che "il suo bambino è triste e ha bisogno di lei".

Una sera vengo bloccata in ambulatorio, L.B. dà letteralmente i numeri, pare un'esplosione: gesticola animatamente e ride rumorosamente. Vengo a scoprire che, raggiunto in visita dal padre, si è denudato e ha gettato dalla finestra soldi e cellulare. Gli chiedo che cosa stia succedendo e lui ripete con sguardo inebetito e rivolto al pavimento: "Bisogna avere fiducia, fiducia!" Telefono al reparto di psichiatria convinta di avere di fronte un caso di delirio schizofrenico e trovo nel collega specialista molta disponibilità ed, evento rarissimo, un posto letto libero. Comunico al collega la storia clinica del mio paziente e l'ipotesi diagnostica.

Alla dimissione la diagnosi è di grave depressione, la prescrizione farmacologica contempla sali di litio, lorazepam, levomepromazina.

Decorso clinico e personale

La condizione psicofisica pare migliorare, ma il suo rendimento sul lavoro diminuisce. Gli viene propo-

sto un trasferimento, che rifiuta; sta cercando però di perdere peso.

Lo ricovero presso l'unità di riabilitazione nutrizionale di una casa di cura, anche se a causa della terapia farmacologica a cui si sottopone può perdere solo 10 kg di peso. La situazione si aggrava per la comparsa di un disturbo ossessivo/compulsivo nei confronti dei dolci, e sul suo diario alimentare ricorre spesso la parola "rabbia".

Fortunatamente, durante la permanenza al centro, conosce una donna, piacevole e di alcuni anni più adulta di lui, ricoverata per problemi di sovrappeso legati a disturbi alimentari, con la quale riesce a instaurare un rapporto amichevole.

Nei mesi che seguono lo rivedo spesso per la valutazione della litiemia. È ritornato con difficoltà alla vita lavorativa, tanto che l'istituto bancario lo trasferisce nella sede di un piccolo centro della provincia di Treviso. A questo punto si isola, prende la cattiva abitudine di arrivare in ritardo al lavoro, ma riesce a perdere peso, arri-

vando a meno di 90 chili. Nel sospetto di un ipertiroidismo lo faccio rivallutare dallo stesso collega psichiatra che per primo lo aveva visitato e da una psicoterapeuta familiare: il paziente viene riconosciuto come affetto da disturbo dell'umore e non della personalità.

Sul lavoro non sopporta lo stress e viene ulteriormente punito: viene ancora trasferito in un'altra sede, l'ultima possibilità prima di un licenziamento. Nel frattempo trascura l'igiene della sua persona. Riesce però a riprendere i contatti con la donna conosciuta al centro, che per lui si trasforma in una "medicina" e riesce a "sostituire" la madre, tanto da fare coinvolgere la relazione in un vero rapporto di coppia, che inizia a trasformarlo. Dedica più tempo alla cura della sua persona e ci tiene al suo aspetto.

Quando il loro rapporto si assesta, la sua compagna viene da me per chiedermi di eliminare la terapia farmacologica. Io, ovviamente, rifiuto tale richiesta.

■ Riflessioni

Questa esperienza mi ha spinto ad alcune riflessioni e mi ha insegnato che:

- qualsiasi tentativo, anche rozzo e nascosto, di tentato suicidio, non dovrebbe mai essere sottovalutato. L'intervento deve essere immediato, con terapie appropriate e con l'invio del paziente allo specialista;
- il valore aggiunto della nostra professione è quello di possedere gli strumenti per una valutazione complessiva dei pazienti, in quanto conosciamo, oltre alla storia clinica, anche il loro contesto sociale e ambientale di vita;
- il caso del mio paziente illustra chiaramente come spesso alcuni genitori siano la causa della rovina dell'equilibrio psicofisico dei figli e dell'intero nucleo familiare;
- è molto difficoltoso porre la diagnosi di stato maniacale;
- i sali di litio si sono rivelati un presidio efficace, ma ciò non può prescindere da un controllo regolare della funzionalità tiroidea.