

Il peso del partner e il peso della coppia. Una visione sistemica in chirurgia bariatrica

Flavia Melchiorre*

*psicologa, psicoterapeuta Casa di Cura Salus spa

RIASSUNTO

Il secolo scorso ha definitivamente sconsacrato il “*grasso è bello*”, trasformando quello che era segno di ricchezza e salute in uno stigma negativo, e non solo estetico. In questo contesto si inserisce la chirurgia bariatrica, che spesso viene vista non tanto come un intervento risolutivo di determinate patologie anche gravi, legate all’obesità, ma come l’ultima spiaggia, dopo i fallimenti di diete restrittive, per ridefinire la propria Identità corporea.

Il presente articolo si propone di mettere in risalto il legame tra Immagine corporea, Identità e rapporto di coppia, la poca chiarezza che spesso il paziente ha sull’intreccio di questi piani e il “peso” di ognuno di loro nel percorso bariatrico.

Facendo riferimento ad un protocollo già sperimentato, l’articolo prova a definire l’intervento dello psicologo all’interno dell’unità chirurgica bariatrica, come aiuto al paziente nella ridefinizione della propria immagine corporea e dell’identità, e alla coppia nell’esplicitazione di eventuali elementi collusivi o degenerativi del patto, come fattore prognostico positivo nell’eseguire le prescrizioni, come aiuto all’equipe chirurgica nella definizione della personalità del paziente.

ABSTRACT

Last century definitively debunked the myth of ‘fat is beautiful’, transforming what had been considered as a sign of wealth and health into a negative stigma, and not only from the aesthetic point of view. This is the context of bariatric surgery, which is often seen not as a resolute intervention of certain diseases, even serious ones, linked to obesity, but as the ultimate resource, after the failures of restrictive diets, to redefine one’s body identity.

This article aims to highlight the link between body image, identity and couple relationship, as well as the lack of clarity that the patient often has on the overlapping of these aspects and the “weight” of each of them in the bariatric course.

Referring to a protocol already tested, the article tries to define the intervention of the psychologist within the bariatric surgical unit, as an aid to the patient in the redefinition of his own body image and identity, and to the couple in the explication of possible collusive or degenerative elements of the pact, as a positive prognostic factor in performing the prescriptions, as an aid to the surgical team in defining the patient's personality.

KEYWORDS: obesità patologica, coppia, cambiamento del corpo, chirurgia bariatrica, cambiamento significativo di peso.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

INTRODUZIONE

«Ho perso 30 kg!! Mi sento rinata, mi sento un'altra persona, ho voglia di truccarmi, di vestirmi bene ... sto comprando un sacco di vestiti. Va tutto bene, anche se le cose con mio marito non vanno più bene, mi opprime, mi toglie il respiro ... non capisco proprio cosa possa essere cambiato».

È così che Lucia esordisce nei primi minuti del secondo follow up, dopo tre mesi dall'intervento. È contenta del suo progressivo dimagrimento, ma non riesce a rendersi conto di quanto l'oscillare dell'ago della bilancia porti anche al fluttuare degli equilibri di coppia. La scelta di Lucia di sottoporsi a un intervento di Sleeve Gastrectomy¹ è stata molto sofferta, proprio perché ostacolata dal marito, che, tra dubbi sulla riuscita e preoccupazioni per la sua salute, ha deciso di non accompagnarla durante il percorso bariatrico.

La scelta di un intervento di chirurgia bariatrica matura, spesso, dopo aver provato tantissime diete, con risultati quasi sempre lontani da quelli sperati, e per i motivi più vari: troppo il peso da perdere, un regime alimentare restrittivo da sostenere, la perdita e il veloce recupero del peso, la continua ripresa della dieta (la sindrome della *dieta yo-yo*). Si arriva alla decisione dell'intervento spesso frustrati e stanchi, con un abbassamento dell'autostima, che porta a vedere l'intervento come un miraggio, una magia, l'ultima possibilità di riprendere in mano la propria vita.

Se è vero, però, che la responsabilità di tale intervento è sempre individuale e personale, il peso degli altri è notevole, soprattutto nella coppia. Il percorso di chirurgia bariatrica, infatti, non inizia e finisce con l'intervento, ha già origine nella mente del paziente, quando s'insinua il desiderio di un'immagine corporea diversa. E questo desiderio fa parte integrante dei propri vissuti di coppia, esplicitato o meno nella relazione col proprio partner. Nel primo caso è possibile che il partner supporti la scelta dell'intervento, anche se può sentirsi temporaneamente intimorito dal processo di cambiamento ed escluso da questo; nel secondo caso, può valutare il ricorso alla chirurgia bariatrica come un'irruzione nella propria vita di coppia, apparentemente equilibrata e soddisfacente, contribuendo così a determinare una situazione di stallo dal quale sembra impossibile uscire (Malagoli Togliatti M. et al., 2000).

Queste coppie sono spesso *coppie invischiate* (Minuchin S., 1976), basate su un accordo ingannevole che incastra i due in un gioco relazionale che non corrisponde al loro bisogno, ma può servire a sedare l'ansia. Evitando ogni possibile conflitto e vivendo in un'apparente soddisfazione, mostrano una paradossale serenità che coesiste con il dramma del sintomo.

La scelta dell'intervento può essere vista, quindi, come una rottura del gioco relazionale in cui emergono problemi di *lealtà*². La lealtà è un filo che lega

¹La sleevegastrectomy è un trattamento irreversibile di restrizione gastrica e consiste in una resezione verticale dello stomaco (praticata lungo la grande curvatura), attraverso la quale viene asportato il fondo gastrico. La perdita di peso che si ottiene con un intervento di sleeve gastrectomy è legata alla consistente riduzione della capacità dello stomaco, che, da un lato, induce la sensazione di sazietà già dopo una modesta ingestione di cibo, e, dall'altro, causa una considerevole riduzione del livello di grelina, l'ormone che determina il senso di fame.

² «La lealtà può significar molte cose; per i nostri scopi la definiamo una delle forze strutturanti multi personali soggiacenti ai sistemi e alle reti relazionali. Le relazioni multi personali includono, ma anche oltrepassano, l'organizzazione psicologica dei singoli membri. Nel linguaggio della teoria dei sistemi, tali organizzazioni hanno un contributo causale o motivazionale proprio, proprio come

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

le persone, le coppie, le famiglie, un filo sottile o doppio, sciolto o legato, con nodi leggeri o soffocanti. Ogni coppia, come ogni sistema, ha i suoi fili di lealtà da cui scaturisce un universo di complicità o rotture. E tutto ciò si palesa durante il percorso bariatrico, non solo in termini di maggiore o minore presenza del partner, ma soprattutto in termini di continuità dei risultati ottenuti.

Il protocollo bariatrico, cui faccio riferimento, è quello definito dall'equipe di Chirurgia Bariatrica della *Casa di Cura Salus spa* di Battipaglia (SA), equipe di cui faccio parte da 4 anni. Occasione unica per incontrare un numero notevole di coppie, al cui interno uno o ambedue i partner si sono sottoposti all'intervento, ma soprattutto occasione unica per osservare il profondo cambiamento degli equilibri di coppia dopo l'intervento, equilibri nuovamente bilanciati o fortemente squilibrati, se non a volte addirittura spezzati.

È sul rapporto fra intervento e relazione di coppia che, infatti, ho preferito porre la mia attenzione e per questo mi sono concentrata sui pazienti che hanno una relazione stabile o sono sposati; sono 32 le coppie che ho potuto incontrare durante tutto il percorso, prescindendo dalla tipologia d'intervento³.

Delle 32 coppie, nella maggior parte dei casi, il candidato all'intervento è la donna, 22 coppie, in 7 è l'uomo, e in 3 casi entrambi i membri. La maggior parte delle donne è casalinga o ha lavori saltuari, mentre tutti gli uomini, tranne uno, hanno un lavoro stabile. A parte qualche relazione o una convivenza dopo un divorzio, tutte le coppie sono sposate; la maggior parte hanno figli, spesso con problemi di sovrappeso o obesità; 5 coppie non hanno figli, alcuni per problemi di salute, due per infertilità. L'età è molto variabile dai 21 ai 59, ma le maggiori difficoltà di coppia sono vissute dai più giovani, tra 21 e i 40.

Il percorso bariatrico è naturalmente incentrato sul paziente, ma, quando ne ho la possibilità, dedico sempre uno spazio a familiari o partners, non effettuando una vera e propria terapia in tal senso, ma favorendo l'emergere di possibili problematiche o dinamiche conflittuali sottese. Quanto ho potuto constatare conferma che le dinamiche individuali dell'obesità si legano indissolubilmente a quelle intersoggettive della coppia, come della famiglia d'origine. A riguardo di quest'ultima, i miti familiari sono una sorta di griglia interpretativa della realtà e del mondo che la famiglia si è costruita (Ferreira A. J., 1963) e che in un sistema disfunzionale possono irrigidirsi al punto tale da mantenere inalterati i modelli strutturali della famiglia stessa.

Nella famiglia d'origine del paziente obeso, infatti, si sviluppano messaggi che da una parte lo invitano ad individuarsi e separarsi, ma dall'altra lo squalificano e gli vietano di raggiungere la propria identità corporea, inducendo vergogna e senso di colpa. Questo gioco di messaggi contraddittori si riproduce spesso nelle coppie dove il partner obeso è apparentemente in una posizione *one down* e quello normopeso *one up*. Quest'ultimo offre aiuto al partner nei tentativi di controllo del peso, ma appena questo dimagrisce, sente venir meno la propria autonomia di controllo sull'altro, e lo rifiuta. L'allontanamento del partner induce

l'acqua ha caratteristiche diverse dalla somma delle caratteristiche dell'idrogeno e dell'Ossigeno» (Boszormeny-Nagy I., Spark G. M. 1988).

³ Va precisato che nella Casa di Cura Salus spa l'equipe chirurgica esegue tutti i tipi d'interventi bariatrici, ma la differenza tra questi incide limitatamente sul percorso, e anche se condiziona i cambiamenti del singolo individuo, ricade scarsamente sulle trasformazioni della coppia.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

il soggetto a mangiare di più e ad aumentare di peso; da qui il circolo vizioso ricomincia (Gremigni P. & Letizia L., 2011).

Nella consulenza iniziale la *relazione complementare rigida* (Watzlawick P. & Beavin J. H., 1971) di una coppia è spesso evidente: è il partner one up che risponde alle domande dell'altro, squalificando le risposte, spiegando i disagi e ammonendo i suoi fallimenti. Una coppia del genere, inoltre, propone *triadi rigide* (Minuchin S., 1976) in cui i partners cercano di coinvolgere il terapeuta in una coalizione, disconfermando il suo ruolo e la sua valutazione, oppure cercando di triangolarlo continuamente per avere appoggio, ad esempio, a favore o contro l'intervento.

Queste ed altre difficoltà emergono più frequentemente in candidati giovani, nei quali una relazione stabile, spesso la prima, arriva dopo i difficili anni dell'adolescenza, ove si sono confrontati costantemente con lo stigma sociale o con l'esclusione dal gruppo dei pari, rispondendo così ad un soddisfacimento dei bisogni primari (Bowen M., 1979). In questi casi emerge una profonda delusione di coppia e una reticenza nell'ammetterla *“è un matrimonio morto appena è iniziato, pensavo che lui mi amasse per quello che sono, mi aveva scelta nonostante il mio corpo grasso, inizialmente mi sentivo, come penso possano sentirsi tutte le ragazze quando un uomo le corteggia, bella e desiderata, adesso non succede più”* (Maria) – *“mi sono sposata subito, dopo pochi mesi che mi ero fidanzata, non avevo mai avuto un ragazzo e pensavo che quello fosse l'amore, ma adesso che passo molto tempo allo specchio e mi piaccio capisco che l'ho fatto solo per la paura di restare sola”* (Teresa) – *“sono sempre stato obeso...mi sono sposato dopo una delusione d'amore, per dimenticare l'altra, con il matrimonio sono ingrassato di altri 60 kg, sono infelice e mi sento incastrato in una vita che non vorrei* (Mauro).

Il peso delle dinamiche individuali sulla coppia dipende da quando è iniziato il sintomo: se l'obesità è pregressa mi ritrovo spesso con le dinamiche appena descritte in cui il partner è scelto sulla base di bisogni fusionali, se l'obesità è successiva all'inizio del rapporto, il sintomo può assumere una funzione specifica, per creare una distanza emotiva e sessuale dal partner oppure per controllare la sua gelosia patologica e preservare la sicurezza del matrimonio.

Quando entrambi i membri della coppia sono obesi, la perdita di peso di uno dei due può diventare il segnale del fatto che non si condividono più le stesse afflizioni, malumori, la medesima immagine e visione di sé stessi e del mondo.

Va da sé, quindi, che prima di procedere con l'intervento bariatrico, è fondamentale comprendere il significato del sintomo dell'obesità, dare voce al disagio individuale che s'intreccia indissolubilmente con il disagio relazionale, per evitare rotture o crolli del sistema sotto i colpi dei cambiamenti del percorso bariatrico.

UNA PSICOTERAPEUTA TRA BISTURI E DIETE

Occorre scolpire la propria statua: lavorare su sé stessi, scalpellando via tutto ciò che di falso o inutile ci sta attaccato, e liberare, alla fine, quel che noi siamo, nella saldezza imperturbabile della magnificenza dell'esistere.

Allora saremmo, davvero, dei sapienti: che non è il nome di uno che sa tutto, è il nome di uno che non ha più paura di niente. Guarito.

(Baricco A., 2013)

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

La prima volta che ho assistito ad una valutazione psicologica per un intervento bariatrico ero in un centro d'eccellenza per la cura dell'obesità a Sens, un paesino nella periferia di Parigi, ad affiancare Claudine, una psicoterapeuta, mentre svolgeva i primi colloqui, entrando così nelle storie di questa tipologia di pazienti, per me totalmente nuova.

Di quel primo incontro, ne è passato del tempo, mi resta la meraviglia provata davanti al repentino cambiamento dell'individuo. È l'esperienza che rivivo oggi con i miei pazienti: dei blocchi di marmo al cui interno fremente la vita, frenati dal peso del corpo, incastrati tra fantasie, aspettative, lealtà e pregiudizi, mentre iniziano il faticoso lavoro dello scalpellino. Più la forma della statua si definisce e più il corpo prende vita, diventa, o in certi casi ritorna, a essere un corpo vivo, capace di movimento e leggerezza.

Non mi è difficile constatare come questo corpo il più delle volte si è appesantito non solo per fattori genetici, ambientali, comportamentali, ma anche, se non soprattutto, perché il cibo è stato usato come compensazione di un disagio, attivando così una serie di comportamenti alimentari abnormi che causano e mantengono l'incremento del peso.

Negli studi che hanno indagato la relazione tra obesità e psicopatologia, la maggior parte degli autori è concorde nell'individuare nel rapporto con la figura materna il momento più significativo per l'insorgenza del disturbo alimentare, sottolineando, a tal proposito, il ruolo che ha l'inadeguatezza materna a riconoscere e rispondere alle esigenze affettive del bambino (Trombini E., 2007).

Stern afferma che lo sviluppo psichico durante l'infanzia procede grazie alle capacità di sintonizzazione affettiva. Gli scambi interattivi regolari, coerenti e prevedibili, che s'instaurano nella diade madre/bambino, costruiscono un sistema diadico di regolazione dei ritmi biologici di quest'ultimo, alla base anche della comprensione dei segnali emotivi e della condivisione degli affetti (Stern D. N., 1998). La nutrizione è, perciò, il luogo d'incontro privilegiato per l'emergere e il progredire della relazione madre/bambino.

In quest'ottica, l'iperfagia, che conduce all'aumento progressivo del peso fino all'obesità, può essere considerata sia un'incapacità a distinguere la fame da altri stati di disagio, ma anche come una difesa dall'ansia e dalla depressione. La coazione a cibarsi rappresenta, mediante l'incorporazione dell'alimento, l'implicita negazione della separazione e della perdita dell'oggetto familiare (Mahler M. et al., 1978). La massa adiposa che si sviluppa attorno al soggetto crea una specie di barriera protettiva, una corazza che lo contiene e lo difende dai sentimenti di vuoto e disvalore.

Nella mia esperienza, inoltre, mi è capitato di constatare come, spesso, il sovrappeso e l'obesità sono stati conseguenti a incidenti, lutti o violenza sessuale fisica o verbale; in quest'ultimo caso la trasformazione in un corpo informe è diventata una protezione dallo sguardo desideroso dell'altro. *“Ho pensato che se diventavo grassa, nessuno mi avrebbe più guardato e finalmente questo seno non sarebbe stato più così evidente”* (Giada). Il mangiare fino a sentirsi scoppiare, può divenire così anche uno strumento di autoaggressione o punizione che suscita fantasie distruttive verso sé stessi⁴.

⁴ “Nell'obesità non c'è discontinuità del godimento, ma una tendenza a moto continuo al consumo dell'oggetto. L'assenza di limite proprio dell'iperfagia deve essere assunta in questi casi come una manifestazione di un ritorno nel reale della pulsione di morte che al colmo della sua spinta

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

Comprendere, perciò, l'eziologia dell'obesità e la sua evoluzione durante lo sviluppo di un individuo è fondamentale all'interno di un percorso di chirurgia bariatrica per tentare di limitare le dinamiche che portano all'iperalimentazione e a pattern alimentari abnormi.

Il protocollo del Centro Obesità⁵ della *Casa di Cura Salus spa* al quale partecipo, inizia sempre con la consulenza chirurgica che valuta l'idoneità all'intervento ed eventuali comorbilità, cui segue la consulenza nutrizionale e quella psicologica. Se in tutte e tre le consulenze il paziente ottiene la candidabilità, si prosegue con ulteriori accertamenti clinici; se tutti sono negativi, segue la dieta pre operatoria ed entra in prenotazione per l'intervento. Il colloquio con lo psicologo non ha solo lo scopo di indagare sulle reali motivazioni del paziente e sulla sua più o meno equilibrata struttura di personalità; viene riproposto, infatti, in una serie di follow up nel periodo post operatorio a 1, 3, 6 e 12 mesi nel primo anno, e ove lo si ritiene necessario anche con una maggiore frequenza⁶.

L'attenzione riservata ai pazienti nel periodo post operatorio nasce dalla convinzione che il percorso bariatrico non è solo uno strumento per perdere peso, ma una vera e propria rivoluzione per l'individuo: non si modifica, infatti, solo ciò che si vede allo specchio, ma il modo di sentirsi, di percepirsi, riscoprendo un piacere dimenticato nel guardarsi come nel vestirsi. Si ritrova un'armonia con la propria immagine corporea che determina una serie di cambiamenti negli atteggiamenti non solo verso sé stessi, ma anche verso gli altri. Ho avuto modo di notare, nei pazienti che ho incontrato dopo l'intervento, una maggiore sicurezza e autostima, una maggiore attenzione ai propri bisogni, più "egoisti" verso quelli degli altri, e una nuova facilità nel fare richieste.

Molto spesso i soggetti obesi subiscono lo scarto tra la percezione di sé e l'aspettativa sociale di magrezza ed è questo che in genere può provocare un calo dell'autostima, un disturbo dell'immagine corporea, sentimenti negativi verso sé stessi e percezione d'impotenza. Anche perché il secolo scorso ha definitivamente consacrato il "grasso è bello", trasformando quello che era segno di ricchezza e salute in uno stigma negativo, e non solo estetico⁷.

I primi mesi dopo l'intervento, perciò, sono una "luna di miele" perché il paziente perde peso più velocemente, senza alcuno sforzo, o quasi, sul piano alimentare. È in questo momento che si osservano i primi cambiamenti, che si struttureranno nei mesi successivi.

Ricordo Gaia, 160 kg, le prime volte che l'ho incontrata nella sala d'ingresso della clinica, di come camminasse vicino alle pareti, dietro il marito, osservando

trasforma il consumo dell'oggetto in una irruzione mortale di sostanza godente che frammenta il corpo" (Recalcati M., 2002).

⁵ Il nostro protocollo bariatrico segue le linee guida di chirurgia dell'Obesità della S.I.C.OB. (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche) e si ispira al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'Obesità della Regione Veneto.

⁶ Le variazioni nei follow up dipendono da eventuali complicanze o difficoltà emerse durante il percorso oppure da richieste specifiche del paziente.

⁷ Molinari e Riva (2004) hanno indagato il rapporto tra rappresentazioni corporee e comportamenti evitanti in soggetti con un'elevata insoddisfazione per la propria immagine corporea, chiusi in un circolo d'insoddisfazione crescente per la difficoltà a mettere in atto comportamenti di controllo alimentare, preferiscono evitare le relazioni sociali.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

gli altri e cercando di carpire i loro sguardi e i loro commenti, e la paragono all'ultima immagine che ho di lei, che procede sicura di fianco al marito, con lo sguardo davanti a sé, venendomi incontro felice.

Ma quando un paziente è in una relazione stabile o è sposato oltre a cambiare la propria identità, trasforma anche quella della coppia, perché "la coppia è composta da tre parti, due individui e una relazione: io, tu e noi. (...) qualunque cosa una persona faccia, bisogna che l'altro risponda e questa risposta modella quella persona. Parallelamente la risposta dell'altro ne modella il sé. Questa sequenza, ripetuta, dà origine a un modello che si traduce in regole per la relazione" (Satir V., 1999).

Con l'intervento emergono all'interno della coppia possibili "fantasmi di rottura" (Onnis L., 1988), timori, cioè, che un movimento di autonomia o di cambiamento possa rappresentare una minaccia di disgregazione irreversibile, piuttosto che una possibilità di sviluppo dei legami e di maturazione degli affetti. In questo caso l'intero sistema può deviare verso la rigidità o la fusione, e il paziente può sentirsi abbandonato o asfissiato dal partner.

Tali paure accompagnano spesso il partner ancor prima dell'intervento, per questo, al primo colloquio lascio l'opportunità di scegliere al paziente se entrare con il partner nel mio ambulatorio. Apro la porta e in silenzio valuto chi si alza dalla fila di sedie che ho davanti. Talvolta capita che il paziente è solo, quando è accompagnato osservo se chiede al partner di entrare o è quest'ultimo a fare la richiesta. Altre volte, ancora, rilevo come è il paziente ad impedire l'accesso al partner. Sono tutte informazioni predittive sull'appoggio o meno all'intervento.

Cosimo non ha presenziato a nessuna visita della giovanissima moglie. L'ho conosciuto solo dopo l'intervento di Mini bypass Gastrico⁸, era più arrabbiato che preoccupato. Anche lui obeso, scoprirò, nel corso dei follow up successivi, che ha percepito l'operazione della moglie come un tradimento del patto di coppia, diventando geloso e possessivo. Con il cambiamento del corpo della moglie si è visto escluso da un mondo che non poteva più condividere.

Quando un paziente in coppia decide di fare un intervento di chirurgia bariatrica, il supporto dell'altro è un fattore importante, perché sia nel pre, ma soprattutto nel post operatorio il paziente dovrà affrontare una serie di cambiamenti che influiscono nel tempo su tutta la vita di coppia.

Innanzitutto le abitudini alimentari, poiché il paziente deve seguire una dieta⁹ preoperatoria, una specifica alimentazione liquida e semiliquida subito dopo l'intervento, per passare solo dopo un mese ai cibi solidi, ma con delle specifiche accortezze.

L'accordo o il disaccordo nella coppia, quindi, possono emergere a ogni pasto consumato insieme. «*Ogni momento del pasto è una guerra perché Maria si scoccia di cucinarmi le pappine e poi inizia a gustare troppo rumorosamente ciò che mangia, ricordandomi che non potrò più farlo*» racconta Dario con rabbia al primo follow up, mentre al contrario Katia, moglie di Fabio, operato sei mesi fa, è

⁸ Il mini bypass gastrico è una procedura chirurgica mista costituita da una lunga e stretta tubulizzazione gastrica praticata lungo la piccola curvatura dello stomaco che viene suturata ad al tratto digiunale dell'intestino. Il mini bypass gastrico può considerarsi una tecnica con una azione restrittiva causata dalla tubulizzazione gastrica ed una moderata azione malassorbitiva causata dalla esclusione del primo tratto dell'intestino.

⁹ La scelta della dieta prima dell'intervento dipende dalla concentrazione dell'adipe sull'addome e tra gli organi interni.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

contenta di poter preparare al marito pasti più equilibrati, come li ha sempre mangiati lei, una personal trainer in palestra.

Parallelamente all'alimentazione mutano anche le abitudini rispetto alle uscite della coppia che, almeno inizialmente, devono seguire le esigenze alimentari dell'operato.

Ma le battaglie più cruente non si combattono sulla tavola, bensì sul corpo del paziente, corpo e mente che iniziano a sfuggire al controllo del partner perché affidati temporaneamente ai medici. Se, come avviene nella maggior parte dei casi, i partners appoggiano l'intervento, e supportano il paziente, la coppia riesce a superare il momento critico e dopo i primi mesi ritrovare una notevole serenità, dovuta ad un rinnovato benessere psico-fisico del paziente e a un incremento dell'attività sessuale. Altre volte, invece, il partner si sente escluso dal processo di cambiamento e può mettere in atto comportamenti di rifiuto o di gelosia eccessiva, mettendo in pericolo il percorso del paziente che continua a non sentirsi accettato, nonostante il peso perso.

Naturalmente la storia delle coppie con un paziente bariatrico si presenta ricca e variegata. In questi quattro anni di esperienza, in due casi la coppia è "scoppiata" dopo l'intervento, ma molto probabilmente le crepe dei fantasmi di rottura erano già poste in essere prima di iniziare il percorso bariatrico.

Marina è ricoverata d'urgenza per accertamenti, dopo circa 2 mesi dall'intervento, non riesce a mangiare senza vomitare. La prima ipotesi diagnostica è che ci siano problemi di posizionamento con il Bendaggio Gastrico¹⁰. Dagli esami non emergono complicazioni, ma nel colloquio mi racconta che ha scoperto l'ennesimo tradimento del marito e che, a differenza delle altre volte, l'ha lasciato. Ciò che ha fatto la differenza nella reazione di Marina è che prima sentiva di meritare i tradimenti perché non "abbastanza" per il marito, era obesa e "informe", mentre adesso, dopo tutti i sacrifici, non riusciva a capirne il motivo.

Tra poco sarà quasi un anno dall'intervento, aspetto il follow up dei 12 mesi, ma incontrandola per caso in clinica ha iniziato a raccontare, con visibile emozione, di una nuova "conoscenza".

CONCLUSIONE

L'incontro con la chirurgia bariatrica è iniziato per caso, accanto a Claudine, ed in uno di questi momenti ricordo le parole di una paziente: *"in relazione alla famiglia qualcuno che cambia, decide di non appartenere, di non far più parte della tribù. C'è un legame tra fare parte del clan ed essere obesi¹¹".*

Ecco perché il mio intervento si muove su un duplice binario. Innanzitutto si tratta di aiutare il paziente a sentire il disequilibrio della propria personalità, riducendo la scissione tra il disagio fisico, ovvero il peso in eccesso, e il disagio

¹⁰ Il Bendaggio Gastrico Regolabile è un intervento chirurgico di tipo restrittivo che prevede la creazione, nella parte superiore dello stomaco, di una piccola tasca che comunica con il resto del corpo gastrico tramite uno stretto orifizio creato da un anello di silicone regolabile. L'anello viene posizionato intorno allo stomaco ed ha la particolarità di poter essere insufflato o desufflato dal medico semplicemente aggiungendo o rimuovendo soluzione fisiologica sterile nel serbatoio che viene punto attraverso la cute, modificando così il diametro dell'orifizio di svuotamento.

¹¹ "Par rapport à la famillequelqu'un qui change, décide de ne pasappartenir, de ne plus fairepartie de la tribu. Il y a un lienentrefairepartiedu clan et êtreobèse".

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

psichico, proponendo un'integrazione tra il corpo e la mente. Si tratta, cioè, di aiutarlo a capire che l'obiettivo primario non deve essere il calo ponderale, ma il benessere e il miglioramento della qualità della vita.

Per questo il primo incontro è di fondamentale importanza, anche se spesso emerge la preoccupazione di essere valutati ed eventualmente dichiarati non idonei all'intervento, e da qui un eccessivo timore che si traduce in un atteggiamento di ripiegamento su sé stessi o di sfida. Cerco allora un'alleanza con il partner, evitando, però, di essere triangolata rispetto alla scelta dell'intervento.

E da qui procedo sul secondo binario, muovendomi in un'ottica sistemica. Invito il paziente ad esplorare le sue motivazioni all'intervento verbalizzando la sua sofferenza in presenza del partner, cercando così di ridurre l'eventuale ostilità di quest'ultimo nei confronti del percorso. Provo successivamente a coinvolgere il partner spiegando il tipo d'intervento, i possibili rischi e le prescrizioni da seguire, valuto con la coppia dove il paziente potrebbe avere più difficoltà e come il partner potrebbe essere d'aiuto, ridefinendo la sua posizione da ostile a supportiva, diventando così un trainer del percorso.

Purtroppo non è sempre facile lavorare sulle dinamiche di coppia, innanzitutto perché non c'è la richiesta in tal senso, dal momento che i pazienti sono più preoccupati dell'iter alimentare e riabilitativo o delle proprie trasformazioni, che delle difficoltà con il partner. Ma per la mia formazione mi ritaglio sempre uno spazio per affrontare queste dinamiche e la loro possibile evoluzione, notando con estremo piacere che quando il paziente e il partner riescono ad essere abbastanza coesi nell'affrontare il momento critico, la coppia continua il suo percorso più unita di prima.

Mi conforta in questo una ricerca che evidenzia come il successo post-operatorio è dovuto a uno sforzo congiunto di entrambi i membri durante tutto il percorso bariatrico (Pories M.L. et al., 2016). Secondo questi autori sono cinque i cambiamenti più frequenti nei pazienti che si sottopongono a chirurgia bariatrica, di cui i primi tre sono individuali, (miglioramento della salute fisica, della vita emotiva e delle abitudini alimentari), mentre gli ultimi due si riferiscono alla vita relazionale (una maggiore intimità e condivisione della vita di coppia). Ascolto tutti questi cambiamenti nei racconti dei pazienti nei follow up a lungo termine, di come le dinamiche individuali in una coppia siano legate a quelle del partner per la riuscita del percorso. Sarebbe auspicabile dedicare più tempo ai pazienti e alle loro famiglie, addirittura predisponendo degli incontri nel protocollo bariatrico. È quanto emerge dai risultati di un'altra recente ricerca (Ferriby M. et al., 2015) che confermano come il mantenimento del peso a lungo termine, dopo l'intervento, si ritrova più spesso in pazienti sposati dove si era verificata una variazione significativa della qualità della relazione tra il pre e il post operatorio e un miglioramento dell'attività sessuale.

Stefano e Anna sono una di queste coppie che, con tutte le loro difficoltà, hanno affrontato brillantemente il percorso e trovato un nuovo equilibrio e un nuovo "peso" insieme.

Avevo incontrato Stefano varie volte prima dell'intervento e ogni volta avevo invitato la moglie, che si era rifiutata; ultimamente erano eternamente in conflitto. Il paziente mi aveva raccontato che la preoccupazione della moglie, e la sua totale opposizione, era dettata dalla paura di perderlo durante l'intervento di

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

Bypass Gastrico¹². Ho conosciuto Anna intorno al letto di Stefano il giorno dell'intervento, anche lei obesa. Una fugace presentazione ed era uscita frettolosamente dalla stanza. Dopo alcuni mesi dall'intervento, Anna ha iniziato ad accompagnare Stefano ad ogni visita, ad ogni controllo; mi dirà successivamente che vedendo i cambiamenti del marito aveva paura che la lasciasse, che non la desiderasse più. Anna, dopo essersi opposta strenuamente all'intervento del marito, visti i suoi risultati, ha iniziato il suo percorso sei mesi dopo, affrontando serenamente l'intervento. Attualmente faccio qualche follow up da soli e altri in coppia: i partner hanno ritrovato un nuovo equilibrio, soprattutto sessuale e aspettano felicemente il terzo figlio. Ricordo le parole di Anna, prima della gravidanza: mi disse che i loro abbracci erano cambiati, non c'era più tutto quel "grasso" tra loro quando si abbracciavano e ognuno poteva cingere tra le braccia il corpo dell'altro, sentirlo diversamente, e toccarsi le mani. Si erano innamorati nuovamente, ma questa volta da "magri".

Bibliografia

- [1] A.A.V.V. (2016), *Linee guida di Chirurgia dell'Obesità*, SICOB.
- [2] Andolfi M. (a cura di) (1999), *La Crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- [3] Andolfi M. (2009), *Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare*, Roma, Accademia di psicoterapia della famiglia.
- [4] Baricco A. (2013), *Una certa idea di mondo*, Milano, Feltrinelli.
- [5] Boszormeny-Nagy I., Spark G. M. (1988), *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Roma, Astrolabio.
- [6] Bowen M. (1979), *Dalla famiglia all'individuo*, Roma, Astrolabio.
- [7] Bruch H. (1974), *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and person within*, London, Routledge & Kegan.
- [8] De Oliveira D. M., Merighi M. A. B., Kortchmar E., Braga V. A., Da Silva M. H., Pinto de Jesus M. C., *Experience of women in the postoperative period of bariatric surgery: a phenomenological study*, Online Brazilian journal of nursing, 2016 Mar, 15 (1):1-10.
- [9] Ferreira A. J., *Family Mith and Homeostasis*, in Arch Gen Psych, 1963, 9, 457-63.

¹² Il Bypass gastrico è un intervento malassorbitivo misto, che modifica il tratto gastrointestinale riducendo la possibilità di assimilare i nutrienti e l'energia. Diminuisce infatti fino al 90% l'ampiezza dello stomaco che peraltro viene collegato all'intestino «saltandone» un tratto dove avviene l'assorbimento dei nutrienti. La perdita di peso che si ottiene con un intervento di Bypass gastrico è legata alla consistente riduzione della capacità dello stomaco e al malassorbimento indotto dal bypassare il duodeno durante la digestione.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

[10] Ferriby M., Pratt K.J., Balk E., Feister K., Noria S., Needleman B., *Marriage and Weight Loss Surgery: a Narrative Review of Patient and Spousal Outcomes*, *Obesity Surgery* 2015 Dec, 25(12):2436-42. doi: 10.1007/s11695-015-1893-2.

[11] Gremigni P., Letizia L. (a cura di) (2011), *Il problema obesità. Manuale per tutti i professionisti della salute*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

[12] Mahler M., Pine F., Bergman A. (1978), *La nascita psicologica del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri.

[13] Malagoli Togliatti M., Agrisani P., Berone M., (2000), *La psicoterapia con la coppia*, Milano, Franco Angeli.

[14] Minuchin S. et al. (1975), *A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy*, in *Arch Gen Psych*, 32, 1031-8.

[15] Minuchin S. (1976), *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio.

[16] Molinari E., Castelnuovo G. (a cura di) (2012), *Clinica psicologica dell'obesità*, Milano, Springer.

[17] Molinari E., Riva G. (2004), *Psicologia clinica dell'obesità*, Torino, Bollati Boringhieri.

[18] Onnis L. (1988), *Famiglia e malattia psicosomatica*, Roma, Nuova Italia Scientifica.

[19] Pories M.L., Hodgson J., Rose M.A., Pender J., Sira N., Swanson M., *Following Bariatric Surgery: an Exploration of the Couples' Experience*, *Obesity Surgery* 2016 Jan, 26(1):54-60.

[20] Recalcati M., *Il troppo pieno del corpo. Per una clinica psicoanalitica dell'obesità*, in *ORNICAR?*, Digital-Nouvelle Époque", n. 199, 8 marzo 2002.

[21] Stern D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri.

[22] Stern D. N. (1998), *Le interazioni madre-bambino*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

[23] Tramonti F., Fanali A. (2013), *Identità e legami. La psicoterapia individuale a indirizzo sistemico-relazionale*, Firenze, Giunti.

Doi: 10.23823/jps.v2i2.46

[24] Trombini E., *L'obesità in adolescenza: fattori psicologici e dinamiche familiari*, *Recenti Progressi in medicina*, Vol. 98, N. 2, Febbraio 2007, Pagg. 112-119.

[25] Watzlawick P., Beavin J. H. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Roma, Astrolabio.

[26] Westmoreland A. Amanda L. (2017), *Couple and weight loss surgery: experiencing success*, *Family Sciences*, 56.

