

## **Giovedì 7 Cortemaggiore, Teatro Duse**

ore 17,30 Saluto delle Autorità e  
presentazione del Corso

ore 18 Lettura magistrale:

E. Borgna:

*La cronicità nella sofferenza psichica*

## **Venerdì 8 Piacenza, Palazzo Galli**

ore 9 Lettura magistrale:

M. Cuzzolaro:

La cronicità nei Disturbi  
dell'Alimentazione: fatti e artefatti

ore 10 Gestire la cronicità:

Moderatori: P. Todisco, E. Uber

Nei trattamenti ambulatoriali F. Bonfà

Nei trattamenti residenziali R. Ostuzzi

### **Discussione**

ore 11,15 Coffee break

*ore 11,45 La gestione degli aspetti internistici  
e delle urgenze del paziente cronico*

Moderatori: G. Filati, M. Negrati

Gestione delle complicanze - F. Jacoangeli

Approccio dietologico-nutrizionale

P. E. Nebiolo

Emergenze psichiatriche - G. Turrini

### **Discussione**

ore 13 Pranzo

ore 14,30 Gli aspetti psicologico-sociali

Moderatore: G. Limonta

L'impasse terapeutico - P. Todisco

Il sostegno psicologico al paziente

*cronico* - G.L. Luxardi

Lo shopping terapeutico e i pazienti

pluritrattati - R. Schumann

### **Discussione**

ore 16,30 Coffee break

ore 17 Workshop in parallelo

1. Le comorbidità che favoriscono la  
cronicità

Moderatore R. Spotti

Comorbidità: principi generali e sue  
declinazioni cliniche nei DA

A. Muscetta

Comorbidità nei DA e prospettiva

cognitivo-evoluzionista - G. Mantione

Comorbidità nei DA e percorsi di cura:

trattamenti integrati e co-terapie

C. Ardovini

Impulsività, disturbi

dell'alimentazione e disturbi da uso di sostanze

M. Avanzi, S. Cabrini, A. Negri,

R. Spotti, A. Zioni

2. Integrazione e creatività nella

gestione della cronicità

Moderatore A. Milani

La motivazione nella cronicità M.R. Ventura

Le tecniche-attività espressive C. Renna

Creazione di luoghi terapeutici E. Uber

L'esperienza del gruppo di psicodramma

A. Boeri P. Bianchi

3. Indicatori di qualità nella

gestione della cronicità

Moderatore: M. Negrati

La pazienza per il tempo lungo, la

temperanza nel tempo giusto: virtù

traducibili in qualità operativa

G. Limonta

La scala delle priorità delle finalità

del lavoro clinico - U. Nizzoli

Indicazioni di qualità nella cronicità

E. Frejaville

Qualità relazionale nel lavoro

infermieristico ed educativo

R. Boiardi, S. Carolfi, G. Castagnetti,

V. Molinari, F. Rigolli

## **Sabato 9 Piacenza, Palazzo Galli**

ore 9 Gestire la cronicità:

Riverberi emozionali e sostegno ai

*terapeuti* - G. Caputo

### **Discussione**

ore 10 Poster con Caffè

ore 11 Tavola rotonda

Ridurre il danno e conservare la fiducia

Coordina: F. Bonfà

O. Bosello, M. Cuzzolaro, G. Limonta

F. Manara, S. Mistura, R. Ostuzzi,

P. Todisco, G. Turrini

ore 13 Conclusione dei lavori e svolgimento  
questionari ECM

# **RELAZIONI**

# LA CRONICITÀ NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: FATTI E ARTEFATTI

Massimo Cuzzolaro (Roma)

Il 14 giugno 2006 molti lettori del *New York Times* si saranno soffermati su una lapidaria dichiarazione di Scott Crow, psichiatra presso la Minnesota University, ricercatore attivo e noto nel campo dei disturbi dell'alimentazione: "The best psychotherapy available helps only about a third of anorexia patients recover. Another third learn to moderate and live with their aversions to food, while the rest develop a chronic disorder, putting them at high risk for suicide or death from starvation".

Crow rispondeva alle domande di un'intervista, ispirata da un articolo appena pubblicato su JAMA (Walsh BT et al., 2006). L'articolo aveva dimostrato che - a dispetto di lavori precedenti, piuttosto incoraggianti - non esiste ancora un farmaco (né una psicoterapia) capace di contrastare la grande tendenza dell'anoressia nervosa alle ricadute e alle recidive, quindi alla cronicità. Nello studio di Walsh - randomizzato, doppio-cieco, placebo-controllato, condotto su pazienti che avevano appena recuperato un peso normale ( $BMI \geq 19$ ) - meno di un terzo dei soggetti ha mantenuto per un anno un peso normale ( $BMI \geq 18,5$ ), benché fossero seguiti tutti con una regolare psicoterapia cognitivo-comportamentale: non si sono osservate, inoltre, differenze tra il sottogruppo (44 pazienti) che ha seguito solo il trattamento psicoterapeutico + placebo e il sottogruppo (49 pazienti) che ha assunto anche fluoxetina (1).

Riportando le opinioni di Crow e di altri esperti, il *New York Times* ha definito l'anoressia nervosa "an illness that is often devastatingly chronic and that has a higher mortality than any other psychiatric disorder".

Alla fine del XVII secolo Richard Morton (1689) descrisse due casi di una malattia che chiamò *tisi nervosa* e che somigliava molto all'anoressia nervosa dei nostri tempi (2). La *historia prima* riguardava Maria, figlia ventenne del signor Duke, malata da due anni. La *historia secunda* raccontava la cura del figlio del reverendo Steele, amico di Morton, un giovane di diciotto anni, malato anch'egli da due al momento del primo incontro con il medico. All'inizio del trattamento Maria sembrò star meglio ma presto rifiutò le cure, "taedio medicaminum statim affecta" e, in tre mesi, morì. Al figlio del suo amico Morton suggerì di interrompere gli studi, trasferirsi in campagna, andare a cavallo e affidarsi per un lungo periodo a una dieta lattea, con preferenza per il latte d'asina. Le condizioni migliorarono ma il giovane non uscì del tutto dal suo stato *tabido* (di consunzione, putrefazione) e l'esito finale rimase incerto.

Due secoli più tardi, William Gull (1874) affermò che la prognosi dell'anoressia nervosa è favorevole nella maggior parte dei casi (3). Lasègue (1873) e Janet (1903) sostennero, però, che è raro che il disturbo duri meno di due anni (4-7). In tempi più recenti Sten Theander (1970) ha trovato che i sintomi dell'anoressia nervosa tendono a persistere a lungo (sei anni e più) in oltre un terzo dei pazienti (8). Numerose osservazioni concordano ormai sulla lunga durata dell'anoressia nervosa nella maggior parte dei casi.

Arthur Crisp - psichiatra inglese scomparso il 13 febbraio dell'anno scorso, 2006, autore di studi pionieristici nel campo dei disturbi dell'alimentazione e ricercatore di acuta perspicacia clinica - scriveva, nel 1965, che la storia naturale dell'anoressia nervosa può variare da un episodio singolo che capita in adolescenza e guarisce spontaneamente fino a forme di malattia che durano per tutto il resto della vita, con andamento persistente o ricorrente e con elevato rischio di morte.

Possiamo ancora sottoscrivere questa affermazione sintetica che risale a più di quarant'anni fa. E per la bulimia nervosa si possono dire, in senso generale, cose molto simili. D'altra parte, sappiamo che le stesse persone in momenti diversi della vita passano spesso da una diagnosi all'altra.

Una persona che si ammala di anoressia nervosa o di bulimia nervosa può andare incontro, dunque, a varie evoluzioni dei suoi sintomi. Le riassumo così:

morte

per complicanze mediche

per suicidio

cronicizzazione

nella forma di una sindrome completa (anoressia nervosa o bulimia nervosa)

nella forma di una sindrome parziale (disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati)

remissione/guarigione

con o senza sequele somatiche (p.e. osteoporosi, danni dentari permanenti)

con o senza sequele psicopatologiche (p.e. sintomi ossessivi, depressione, disturbi della sessualità).

Sono varie le domande che ci si pongono (9-12).

Quanto durano queste malattie?

Quante persone guariscono?

Quanto sono frequenti ricadute e recidive?

Perché i dati riportati dai vari studi di esito sono così contrastanti fra loro?

Quali sono le caratteristiche di un buono studio di esito?

Quali strumenti psicometrici possono essere d'aiuto?

Quali sono le metamorfosi possibili dei sintomi a breve e a lungo termine?

Come valutare le relazioni tra vecchi e nuovi sintomi?

Qual è l'esito psichiatrico complessivo a lungo termine in soggetti guariti dai sintomi specifici anoressici o bulimici?

Quando si può definire davvero guarita una persona che abbia sofferto di anoressia o di bulimia?

Nelle forme croniche c'è un punto di non ritorno? Una durata di malattia raggiunta la quale non è più possibile sperare in un miglioramento significativo?

In psichiatria, come in altri settori della medicina, gli studi di esito (*outcome studies*) possono essere condotti secondo due modalità principali:

studi naturalistici (*naturalistic outcome studies*), che si interrogano sul decorso e sull'evoluzione di una patologia senza tener conto specifico dei trattamenti seguiti

studi di valutazione delle terapie (*treatment outcome studies*), che prendono invece in esame e mettono a confronto fra loro gli effetti di strategie di cura diverse.

La relazione prende in esame gli uni e gli altri fino ai *review articles* più recenti (13-25) tentando di analizzare sia i dati quantitativi che i concetti, complementari fra loro, di cronicità e di guarigione.

### Riferimenti bibliografici

1. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Jama* 2006;295(22):2605-12.
2. Morton R. *Phthisiologia, seu exercitationes de phthisi*. London: S. Smith; 1689.
3. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 1874;7:22-28.
4. Janet P. *Les obsessions et la psychasthénie*: Vol 1, Section 5. L'obsession de la honte du corps. Paris: Germer-Baillière; 1903.
5. Lasègue C. De l'anoréxie hystérique. *Archives Générales de Médecine* 1873a;21:385-403.
6. Lasègue C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873b;2:265-266.
7. Lasègue C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873c;2:367-369.
8. Theander S. Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Suppl.] 1970;214:1-194.

9. Cuzzolaro M. Anoressia nervosa: studi di esito, problemi di metodo. In: Nizzoli U, editor. Valutazione ed efficacia dei trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare. Padova: Piccin; 2004. p. 55-77.
10. Cuzzolaro M. The Morgan-Russell outcome assessment schedule (MROAS-14). Versione italiana. In: Nizzoli U, editor. Valutazione ed efficacia dei trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare. Padova: Piccin; 2004. p. 75-77.
11. Cuzzolaro M. To recover from what? The long-term psychiatric outcome of people who recover from eating disorders. In: Cuzzolaro M, Caputo G, Guidetti V, Ripa di Meana G, editors. *Advancements in Diagnosis and Treatment of Anorexia Bulimia and Obesity*. 2<sup>nd</sup> International Rome-Symposium on Eating Disorders. Proceedings Book; 1993; Roma, Italy: Firenze, PromoLeader Service; 1993. p. 63-78.
12. Cuzzolaro M. Guarigione. Scibbolet. Rivista di psicanalisi 1994;I:115-128.
13. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):293-309.
14. Bulik CM, A VONH, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* 2007:1-10.
15. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):310-320.
16. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007.
17. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):337-348.
18. Adair CE, Marcoux GC, Cram BS, Ewashen CJ, Chafe J, Cassin SE, et al. Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5(1):23.
19. Dunican KC, DelDotto D. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *Ann Pharmacother* 2007;41(1):111-5.
20. Friederich HC, Schild S, Wild B, de Zwaan M, Quenter A, Herzog W, et al. Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15(2):283-7.
21. Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):108-14.
22. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 2007:1-12.
23. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(4):591-8.
24. Stockford K, Turner H, Cooper M. Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: A preliminary investigation. *Br J Clin Psychol* 2007;46(Pt 2):139-54.
25. van Elburg AA, Eijkemans MJ, Kas MJ, Themmen AP, de Jong FH, van Engeland H, et al. Predictors of recovery of ovarian function during weight gain in anorexia nervosa. *Fertil Steril* 2007;87(4):902-8.

# GESTIRE LA CRONICITÀ NEI TRATTAMENTI AMBULATORIALI

Flavio Bonfà

Direttore SerT Val d'Arda – Val Tidone AUSL di Piacenza

Coordinatore interventi medici Programma Aziendale DCA – AUSL Piacenza

“Nessun sceglie un male capendo che è un male,  
ma ne resta intrappolato  
se per sbaglio lo considera un bene  
rispetto ad un male maggiore”

Il concetto di cronicità, nei DA, è di difficile definizione e sfuggente ma la realtà clinica ed assistenziale ci impone quotidianamente il confronto con essa. L'incontro con la pervicacia della restrizione è straziante per i terapeuti oltre che per i familiari e tuttavia la disperazione di chi ne soffre è difficile da penetrare e spesso genera insofferenza tra i curanti e i circostanti. Similmente per altre pazienti, l'affannato rincorrere e il tentare di porre rimedio a condotte impulsive mutevoli e pericolose estenua i terapeuti e sbalordisce i familiari.

Gestire la cronicità è gravoso e tuttavia consente ai curanti e ai loro pazienti due obiettivi fondamentali: lasciare aperte le porte ad esiti favorevoli anche se a distanza di molto tempo e tentare di prevenire le morti.

## La cronicità nell'Anoressia Nervosa

E' difficile stabilire una soglia oltre la quale una paziente anoressica, che pure abbia ricevuto trattamenti specifici ed adeguati, possa essere definita refrattaria ai trattamenti, tuttavia si osserva che le probabilità di guarigione diminuiscono con il trascorrere della durata di malattia. Il decorso dei disturbi alimentari può risultare più protratto di quanto ritenuto in passato (Russel 2000, APA, 2006) dando luogo ad esiti favorevoli anche nel lungo termine, ma al tempo stesso con il prolungarsi della malattia il tasso di mortalità si eleva (Steinhausen, 2002) . Ad un certo punto (quale non saprei dire, forse varia da equipe ad equipe, dal numero di programmi terapeutici effettuati e dalla loro efficacia, dalle risorse disponibili, da variabili di contesto non cliniche) gli sforzi terapeutici protesi alla guarigione cedono il passo alla gestione della cronicità. Attendiamo dalla ricerca indicatori precoci di rischio di cronicità, l'individuazione di fattori di mantenimento del disturbo per prevenire questa evoluzione ma il punto in questa riflessione è che fare quando si è transitati da un approccio proteso alla guarigione alla gestione della cronicità.

Secondo Strober (2004) la malattia rimane egosintonica e nelle situazioni più gravi cronicizza perché la sua psicopatogenesi deriva dallo scontro tra ineluttabili elementi maturativi puberali e forze temperamentali inflessibili caratterizzate da perfezionismo, tendenza al controllo e alla prevedibilità rifiuto delle novità e degli impulsi. Una volta stabilitasi la malattia, i sintomi, pur danneggiando il funzionamento mentale e debilitando il fisico, sono per la paziente estremamente efficaci a mitigare il disagio psichico. La funzione autoterapeutica dei sintomi è la maggior causa di resistenza al cambiamento

Westen & Harnden-Fischer ( 2001) individuano due profili anoressici.

Un gruppo di pazienti perfezioniste e di alto funzionamento con considerevoli minor patologia di personalità, che manifestano un buon funzionamento sociale e interpersonale benchè siano cronicamente autocritiche, perfezionistiche e si sentano in colpa ed ansiose.

La loro patologia appare essere un mix di buon funzionamento con caratteristiche ossessive e manifestazioni depressive. Sono le classiche “brave ragazze” i cui **sintomi anoressici o bulimici** riflettono i loro sforzi di regolare l'ansia, la colpa, la competizione e i problemi di autostima.

Un secondo gruppo di pazienti, più disturbato, **se manifesta una patologia prevalentemente anoressica** tende a presentare un profilo costrittivo/ipercontrollato: manifestano cioè una costrizione/restrizione dei bisogni, delle emozioni, del piacere, delle relazioni, dell'introspezione, dell'autoriflessione, della sessualità della profondità della comprensione degli altri così come nell'ambito alimentare. Queste pazienti si sentono vuote e prive di interessi, cronicamente

disforiche, inadeguate, anedoniche, ansiose e vergognose. La loro personalità tende ad essere evitante o schizoide. Quanto più le pazienti manifestano questo profilo, tanto più basso è il loro funzionamento adattativo.

Ci riferiamo insomma a pazienti gravi, con frequente comorbidità psichiatrica e con profili o disturbi di personalità tali da renderle resistenti al cambiamento. La costruzione di una faticosa relazione di fiducia con queste pazienti è indispensabile e richiede un'attenta formazione ai contenuti relazionali e agli strumenti motivazionali da parte di tutto il gruppo di lavoro. La cronicità richiede continuità ed eterogeneità di interventi, pertanto, si rende necessaria la definizione di obiettivi mirati e proporzionati alle risorse del paziente. Nella nostra esperienza diverse pazienti anoressiche croniche giunte alla nostra osservazione avevano interrotto numerosi trattamenti di propria iniziativa: se da un lato interventi motivazionali lungo il percorso assistenziale possono permettere comunque l'ingaggio in trattamenti specifici anche dopo numerosi anni di malattia d'altro lato si rende necessario garantire ai pazienti cronici la possibilità di una continuità di cure accettabili.

1° obiettivo:

Continuità di cure

E' importante consentire che le interruzioni di un trattamento specifico ed intensivo non coincidano con *l'esclusione o la fuoriuscita dal circuito del trattamento*. A tal fine occorre costituire un sistema curante di rete. Più reti terapeutiche costituiscono una rete di salvataggio. Reti ambulatoriali multidisciplinari in cui internisti, psicologi, psichiatri psicoterapeuti assistenti sociali dietiste educatori ed infermieri, organizzati in un gruppo di lavoro dedicato, formato e competente, costituiscono lo strumento della **continuità terapeutica**.

L'obiettivo terapeutico assistenziale si sposta verso la qualità della vita (APA, 2006), la riduzione del danno, il trattamento delle comorbidità e non più esclusivamente sui sintomi centrali del disturbo anoressico e sull' incremento ponderale.

Su questa esplicita consegna si può ottenere fiducia e costruire l'alleanza con la paziente.

Nella nostra esperienza di Programma Aziendale DCA abbiamo potuto osservare alcuni fenomeni migratori di gravi pazienti croniche da terapeuti a terapeuti, evidentemente determinati anche da movimenti relazionali. E' un fenomeno da governare (vi possono essere manovre scissionali, facili in un gruppo eterogeneo, che non condivide i medesimi spazi) ma non necessariamente negativo perché permette alle pazienti di scegliere relazioni percepite in quel momento come più accessibili rispetto ad altre. Il gruppo dovrà comprendere il significato di queste dinamiche e se il suo livello di coesione è significativo sarà in grado di sostenere questo fenomeno anche nei suoi riverberi controtransferali.

2° obiettivo

Il monitoraggio delle condizioni di salute e dei parametri vitali: *mantenere in vita le pazienti*

Questo lavoro, effettuato prevalentemente dai colleghi internisti, richiede una conoscenza dei meccanismi psicopatologici che sostengono la cronicità affinché né esplicitamente né implicitamente si giunga a biasimare la paziente quale artefice delle proprie precarie condizioni di salute, suggerendogli la semplice ed impossibile richiesta di incremento ponderale. Questo aspetto relazionale riguarda anche per il personale infermieristico, qualora si debba ricoverare la paziente. Occorre ricordare che per alcune pazienti i sintomi anoressici sono una salvaguardia emotiva quasi insostituibile ed è importante comunicare che ne siamo consapevoli e che rispettiamo questa funzione. Alcuni interventi potranno intimorire la paziente, perché potenzialmente inducenti un incremento ponderale: **spiegare, negoziare e condividere le proposte cliniche** ci pare l'approccio più efficace per non avere un rebound ulteriormente restrittivo come conseguenza di un atto di forza. Potranno essere necessari molteplici ricoveri ospedalieri ed è opportuno ricordare che un eventuale incremento ponderale concordato sia ottenuto in un tempo protratto (Willer et al., 2005). Ciò mal si adatta con il rispetto dei tempi di degenza media che assillano le nostre unità di ricovero

internistico. In alcune circostanze può essere necessario l'esecuzione di un trattamento coatto, che rimane essenzialmente un atto clinico, doveroso quando necessario: è importante che sia percepito nella mente dei proponenti e della paziente come prioritariamente realizzato per la sofferenza psichica e non esclusivamente per un incremento ponderale forzoso.

### 3° obiettivo

Conservare una vita sociale relazionale

le pazienti anoressiche croniche tendono ad isolarsi e a evitare le relazioni: probabilmente ciò avviene sia per le caratteristiche (evitanti) di personalità sia per la gravità del disturbo anoressico. Occorre valutare ed integrare nel piano di trattamento la qualità della vita sociale e relazionale della paziente offrendo supporti, opportunità ed incoraggiamenti proporzionati ai timori della paziente. Fondamentale da questo punto di vista la collaborazione con il Servizio Sociale per presentare opportunità socializzanti e per calibrare adeguati **inserimenti lavorativi**. In questa area il ruolo dell'Assistente Sociale e dell'Educatore professionale formati e competenti sulle problematiche della cronicità è fondamentale nella formulazione di un piano integrato di gestione della paziente.

4° obiettivo mantenere passioni ed interessi, conservare piacere, acquisire competenze. Si tratta creativamente di mantenere, conservare ed esplorare possibilità graduali e calibrate di svolgere attività con valore edonico. Canto, pittura e disegno, scrittura, teatro e altre attività espressive possono svolgere questa funzione ed esercitare inoltre una funzione socializzante. Occorre entrare con delicatezza nel mondo ripetitivo e routinario della paziente cronica e con gradualità proporre e sollecitare **attività emotivamente sostenibili**. Acquisire capacità svolgendo attività che non richiedano spesa energetica come per esempio apprendere l'utilizzo del PC e gli strumenti informatici può consentire l'esecuzione di attività cognitive ed inibirne il deterioramento. Alcune osservazioni di letteratura (Uher et al., 2003) suggeriscono specifiche alterazioni nelle funzioni della corteccia prefrontale in pazienti croniche: potrebbe essere utile valutare e monitorare le performance cognitive delle pazienti e stabilire strategie riabilitative ad hoc.

### 5° obiettivo

dare sostegno alle famiglie

E' indispensabile la presa in carico delle famiglie, a maggior ragione se il disturbo anoressico s'avvia ad una evoluzione cronica proprio per il tasso di sofferenza /insofferenza elevatissimo che il comportamento alimentare di queste pazienti è in grado di evocare.

L'approccio psicoeducativo in incontri periodici ha come oggetto: l'informazione sulle caratteristiche cliniche della malattia e sui fattori di cronicizzazione, la discussione della gestione della quotidianità, la progettazione e la collaborazione con le famiglie per micro-obiettivi mirati e realistici di recupero o mantenimento non solo di chili ma anche di spazi di accoglienza, di contenimento e di rielaborazione della frustrazione prodotta dalla stasi ponderale. Ciò può consentire di estendere lo spazio e le potenzialità terapeutiche fuori dalla persona e dai luoghi di cura, promuovendo tra gli attori più coinvolti affettivamente una visione condivisa del problema che consente spesso inattese aperture su orizzonti prima offuscati da aspettative e conflittualità incrociate.

Si tratta in ultima istanza di **ridurre l'emotività espressa** nella famiglia della paziente cronica oscillante tra ipercoinvolgimento emotivo e criticismo.

### 6° obiettivo

esplorare la possibilità di accedere a trattamenti terapeutici intensivi.

Se abbiamo costruito con tenacia una relazione significativa e di fiducia con la paziente cronica è possibile utilizzare eventi critici per **riproporre obiettivi più esplicitamente terapeutici**.

Nei Programmi di rete si corre il rischio, per i fenomeni migratori sopra descritti, che la paziente si orienti a privilegiare il rapporto con un terapeuta collusivamente più disponibile al mantenimento delle condizioni di cronicità.



E' importante per i terapeuti riflettere sulla propria capacità emotiva di riproporre obiettivi terapeutici ed avere confidenza con le metodologie dell'intervento e del colloquio motivazionale. Analogamente, per coloro più emotivamente orientati alla guarigione comprendere che proposte più intensive incrementano risposte ambivalenti che dobbiamo essere in grado di tollerare.

Si può peraltro valutare con la paziente un miglioramento del suo apporto alimentare e calorico senza che questo si traduca in un incremento ponderale, qualora questo avvenisse è meglio non manifestare soddisfazione od eccitazione per il risultato conseguito ma piuttosto empatizzare sulla fatica e sulla paura che tale risultato evoca nella paziente (Strober, 2004).

### La cronicità nella bulimia nervosa

Benché in letteratura vi siano relativamente pochi studi di follow up ( Quadflieg e Fichter, 2003), si osserva che il decorso e l'esito a lungo termine della BN siano più favorevoli della AN pur permanendo una sottopopolazione che cronicizza, stimabile tra il 10 – 30% (Keel et al, 1999; Steinhausen, 2002). Rimane necessario per la ricerca (Shapiro et al, 2007) definire meglio i concetti di guarigione, remissione e ricaduta per la BN. La patologia psichiatrica in comorbidità è il più decisivo predittore di esito nel breve – medio - lungo termine (Fichter e Quadflieg, 2004) .

Dai dati di letteratura e dalla nostra esperienza risulta importante essere in grado di valutare e trattare tutte le comorbidità psichiatriche ma in particolare definire programmi per l'abuso di sostanze, di alcol e di farmaci quando presenti in comorbidità con patologie dello spettro bulimico. I disturbi da uso di sostanza costituiscono la diagnosi di Asse I che maggiormente si correla ad un esito sfavorevole e quindi alla cronicità. Tra i disturbi di Asse II quelli del cluster B ed in particolare il BPD seppure in modo controverso sono correlati ad un esito sfavorevole: nella esperienza clinica di ognuno di noi la fatica del mantenimento della relazione terapeutica con queste pazienti ne fanno uno delle condizioni più gravose per il gruppo di lavoro.

Infine vorrei ricordare che trattamenti per la dipendenza da alcool o da droghe e per D.A. per persone con una storia di abusi o traumi nell'infanzia rischiano di essere inefficaci se le conseguenze degli effetti dell'abuso o dell'abbandono sulla autoregolazione non sono riconosciute. Stati della mente sopraffatti dalla tensione e dall'angoscia, stati di intorpidimento, evocazione e intrusione di ricordi dolorosi richiedono strategie di riduzione della tensione che possono utilizzare il registro comportamentale attraverso l'uso di droghe, autolesività, alimentazione incontrollata, binging e purging, gambling e altri disturbi del controllo degli impulsi. Questi comportamenti sono efficaci a dare momentaneamente sollievo e pur generando vergogna, colpa e disgusto consentono di padroneggiare in parte la tensione (Briere, 1992). La gestione di queste condotte multiimpulsive può essere molto problematica a livello ambulatoriale e può richiedere molteplici ricoveri tuttavia è indispensabile per la prevenzione del rischio suicidiario, significativamente elevato in queste pazienti.

Ciò può avvenire se vi è continuità terapeutica e se l'intero gruppo di lavoro si focalizza sugli obiettivi di prevenzione dei drop out e della ritenzione in trattamento.

### **Riferimenti bibliografici**

American Psychiatric Association (2006): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition Revision.

Briere, J.(1992): *Child abuse trauma*, Thousand Oaks, Sage Publications

Fichter M. M., Quadflieg N. (2004): Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychol. Med.*, 34: 1395-1406

Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ.(1999): Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*; 56(1):63-9.

Quadflieg N e Fichter MM ( 2003): The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; Suppl 1: 99-109.

Russel G. (2000): Are current treatments effective in Anorexia Nervosa in the short-term and the long-term? Atti del Convegno "The maintenance mechanisms of the psychogenic symptom of eating disorders, Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa" Fondazione Maria Bianca Corno, Milano 29 settembre 2000.

Shapiro J.R., Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM (2007):  
Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.  
Int J Eat Disord; 40:321–336.

Steinhausen HC (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. Am J Psychiatry; 159(8):1284-93.

Strober M. (2004): Managing the Chronic, Treatment-Resistant Patient with Anorexia Nervosa  
Int J Eat Disord; 36: 245–255

Uher R., Brammer M. J., Murphy T, Campbell I C, Ng V W, Williams S.C.R., Treasure J. (2003):  
Recovery and Chronicity in Anorexia Nervosa: Brain Activity Associated with Differential Outcomes.  
Biol Psychiatry; 54:934–942

Westen D., Harnden-Fischer J.(2001):  
Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II .  
Am J Psychiatry; 158:547-562.

Willer M.G., Thuras P., Crow S.J.(2005): Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. Am J Psychiatry; 162:2374-2376.

## LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ NEI DISTURBI DELL' ALIMENTAZIONE. TRATTAMENTI RESIDENZIALI

Roberto Ostuzzi, Giulia Bresolin, Roberta Castegnaro, Lorenza Carli, Centro Disturbi Alimentari, Casa di Cura "Villa Margherita"- Arcugnano (Vi)

Dall'analisi dei più recenti trial in tema di Cronicità nei Disturbi dell'Alimentazione e dallo studio delle Linee Guida internazionali ad oggi disponibili, si evince uno spostamento del focus degli specialisti da un'idea di permanenza cronica del paziente nella malattia, e di conseguenza a quella della non aiutabilità, a quella, semanticamente confinante ma non eguale, di Resistenza al trattamento e di Long-Standing Illness.

La pratica clinica ha in più occasioni dimostrato che esistano pazienti malati da periodi molto lunghi, anche più di una decina di anni, capaci con l'aiuto di programmi terapeutici improntati sulla resistenza al cambiamento, di mettere in atto un processo trasformativo di alcuni aspetti della propria condotta patologica. Vi è sempre, pertanto, la possibilità anche dopo molti anni di malattia che un soggetto recuperi condizioni psicofisiche che consentono di essere considerato "guarito" dal Disturbo Alimentare.

Se vi sono evidenze scientifiche che la pronta identificazione e il rapido intervento terapeutico costituiscano dei fattori prognostici positivi tra i più rilevanti, si sta tuttavia consolidando la convinzione, da parte degli specialisti in Dca, che si possa comunque attuare un'azione terapeutica significativa nei soggetti "cronici", o, meglio, "resistenti".

Tale messaggio, che sembra acquisire sempre maggior vigore, viene sottolineato anche nelle autorevoli Australian New Zealand Clinical Practice Guidelines del 2005 e nelle Linee Guida Americane 2006, dove si legge che "il recupero è possibile anche dopo molti anni di malattia", e che quindi "non è mai troppo tardi per cominciare un vigoroso trattamento".

Già da anni Psichiatria e Psicopatologia si interrogano sugli effetti che gli stessi sistemi nosografici producono sulla realtà di chi le cure le offre e di chi le riceve, dimostrando come l'etichetta diagnostica possa a volte contribuire a generare un certo esito. E' quindi chiaro come considerare un caso clinico "cronico", anziché "a lunga durata" o "protratto nel tempo" abbia un potere performante sul decorso ed ha in ogni caso un effetto non utile per la paziente e la sua famiglia poiché può privarla della necessaria speranza nelle cure.

Ha scritto Vandereycken (2003) che la terminologia stessa "may restore hope and confidence in patients and their relatives as well as their therapists, as they supply clear evidence that recovery may occur even after a very long and severe illness". Ne consegue un'indicazione all'utilizzo prudente e misurato dell'etichetta di cronicità, in particolare per non indurre, attraverso la reificazione del concetto, un "poor outcome".

Ragionando sugli esiti dei trattamenti si ricava che i soggetti considerati cronici, sui quali erroneamente si potrebbe tendere a gettare la spugna, sono una significativa percentuale. Dagli studi di Theander del 1992 e di Strober del 2001 emerge che in media il 30% dei soggetti guarisce entro 3 anni, il 35% guarisce entro 7-10 anni. Per i rimanenti soggetti (35%) si parla di un quadro definito "cronicità"; si registra poi una mortalità variabile dal 4% al 17%.

Numerosi sono i fattori identificati quali predittivi di esiti scadenti. Tra questi ricordiamo la lunga durata, un esordio tardivo, la comorbidità con Disturbi di Personalità e Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Si è riscontrato infine che la insoddisfazione corporea con una sovrastima del valore della forma e del peso, specie se abbinata ad una storia infantile di obesità, siano fattori prognostici negativi di alto valore.

Interrogarsi sul tema della cronicità significa cercare di valutare quelli che possono essere gli obiettivi delle terapie sia dei pazienti stessi che dei loro terapeuti. In pazienti ammalati ad esempio da più di una decade, infatti, l'aspettativa di un recupero di peso sarà modesta, così come sarà destinata ad essere disattesa la speranza di ottenere una normalizzazione delle abitudini alimentari patologiche.

Come si ricava dalle Guidelines APA del 2006, nei casi a lunga durata di malattia, “l’acquisizione di un peso compatibile con la vita, piuttosto che di un peso ottimale, può essere il solo traguardo raggiungibile”. Nelle cure ci si focalizzerà quindi sulla qualità della vita piuttosto che sul recupero di peso o sulla modifica delle abitudini alimentari, disfunzionali seppur tuttavia estremamente radicate nel soggetto, fornendo una presenza terapeutica empatica pronta ad accogliere richieste di cura più significative.

Questo atteggiamento empatico, compassionevole, sembra poter costituire una via per una alleanza terapeutica che mira, pur nella elevata resistenza al cambiamento, a modesti miglioramenti psicofisici concordati pur restando all’interno del problema, ovvero senza l’intento di modificare l’unica chiave di funzionamento del paziente, quella basata sul controllo. Cercare, in condizioni fortemente compromesse, di forzare tale funzionamento può compromettere gravemente una qualità di vita modesta ma ancora presente.

Il progetto terapeutico verrà ritagliato sul paziente, come un abito su misura: si partirà dalla storia del paziente con particolare attenzione alle sue condizioni psicofisiche e alle risorse disponibili, parallelamente considerando le sue aspettative e quelle della famiglia. Si dovranno considerare anche le aspettative del terapeuta così come i limiti e le risorse disponibili sia dell’equipe curante che del contesto sociofamiliare. Andranno poi previsti obiettivi modesti e graduali, programmati cioè a seconda delle varie fasi del percorso, verificabili attraverso dei parametri chiari e condivisi.

Attraverso il ridimensionamento delle aspettative e la modificazione degli obiettivi si è visto come anche dopo venti o trent’anni di malattia ci possano essere dei benefici dalle cure (Guidelines APA 2006).

Dal punto di vista nutrizionale la possibilità di formulare un progetto “su misura” del paziente, può trovare riscontro in un approccio “lenient” cioè collaborativi piuttosto che in un approccio rigido e meccanico. Questo sta a significare che non è utile in questi casi fissare ad esempio un intake calorico giornaliero standard ma possano invece trovare spazio il tentativo di modificare in arte alcune abitudini alimentari del paziente.

A esemplificazione di quanto sostenuto di seguito presentiamo brevemente due casi clinici seguiti presso la Casa di Cura Villa Margherita di Vicenza, entrambi caratterizzati da notevole problematicità tanto da poter essere considerati “cronici”, terminologia che abbiamo modificato con il termine di “ad elevata resistenza”. In entrambe le situazioni il principio ispiratore è stato quello per cui non riteniamo corretto precludere alcuna possibilità di cura ancorché parziale, ma si accettano ricoveri concordando obiettivi minimi ma che a volte sono gli unici possibili.

#### Primo caso Giulia

Il primo caso è quello di Giulia, una ragazza toscana di venticinque anni, con un peso di 27kg (BMI 11.6) e un quadro di anoressia restrittiva e intensa iperattività. Giunge alla nostra struttura con una storia di malattia di 15 anni, almeno 4 psicoterapie pregresse e 3 ricoveri presso altri centri di ricovero. Da subito dichiara una “forte rabbia verso chi mi nutre e chi mi cura”, si mostra poco motivata, con poca fiducia e sospettosa verso il progetto di cura. Oltre agli evidenti livelli di depressione (BDI all’ingresso 46, SCL90 3,15) e di ossessività (SCL90 1.8), manifesta un controllo rigidissimo sul cibo e sulle cure in genere, con un elevato e doloroso rimuginio ossessivo sul cibo e sul peso. Riferisce di calcolare le calorie, pesa al grammo ogni alimento, segue uno schema ripetitivo e rigido, mangia non più di sei alimenti. Riporta di avere molti pensieri paranoidei (“mi imbrogliate”, “mi tradirete”, “tutti tramano alle mie spalle”) rispetto alle cure. Il suo comportamento patologico si basa su una ferrea restrizione alimentare che rasenta il digiuno e sull’iperattività davvero significativa.

La famiglia di Giulia sembra caratterizzata dall’assenza di dialogo e da una certa collusione sul piano sintomatologico: “in famiglia non si parla, mancano le parole, si tace, mia madre mi protegge e mi aiuta a mangiare come voglio adesso, una volta mi obbligavano a mangiare ed era un vero disastro, dovevo fare di tutto per imbrogliarli. Ora invece mi faccio da mangiare da sola e sono così più tranquilla. Con mio padre non c’è dialogo, non esiste”.

Di sé racconta di essere iscritta ad una facoltà scientifica e di stare concludendo un tirocinio. A questo proposito riesce a compiere un esame di realtà affermando che la sua malattia la ostacola nel raggiungimento di questo traguardo “in effetti so che è difficile riuscire a lavorare così ma forse con un kg in più potrei stare meglio, poi quando tornerò a casa andrò ad abitare da sola, sotto casa dei miei stiamo allestendo un bilocale dove potrò vivere e gestirmi in tutto da sola”.

Sul piano della socializzazione Giulia appare isolata tant'è che non ha mai avuto né amicizie né, soprattutto, relazioni sentimentali. Afferma che all'Università ha conosciuto una ragazza poi persa di vista ma che non le interessano tanto gli altri.

La sua storia di malattia comincia all'età di dieci anni quando “cominciai a vedermi grassa, non mi piacevo, decisi per questo di smettere di mangiare...da 36 kg passai a 23kg in pochi mesi; mi ricoverarono in pediatria dove recuperai 7kg per poi riprenderli in breve”. Riferisce di essere stata seguita da uno psicologo dagli 11 ai 13 anni, alternando recuperi e perdite di peso ma mantenendo modalità alimentari rigide e restrittive (eliminazione completa dei carboidrati). Successivamente, durante le scuole superiori si attesta attorno ai 35 Kg ma, poi, con il passaggio all'università si “scompensa” e comincia la fase delle cure psicologiche più intensive e dei ricoveri (dal 2001 al 2006 tre ricoveri, il nostro è il quarto) durante i quali una volta recupera fino a 48 kg che poi perde immediatamente. Ricorda questo recupero con grande dolore e rabbia e vuole essere rassicurata che non le permetteremo di aumentare oltre il peso concordato di 35kg (inizialmente la sua richiesta era di 32kg). Questo progetto viene concordato anche con i terapeuti invianti, una psicologa e una dietista.

All'ingresso in Casa di Cura la paziente ribadisce più volte di non essere motivata alla terapia: “Non mi voglio più curare, non voglio più vedere psicologi, mi sento in colpa per i soldi spesi finora in cure, non voglio essere sempre controllata. Vorrei essere lasciata in pace, anche a morire”. Mostra da subito elevata sfiducia, aspetto che induce a lavorare per creare almeno un minimo ingaggio in un'ottica di alleanza terapeutica: “Non mi fido dell'aiuto che volete darmi, mi porterete oltre ciò che io ritengo accettabile e poi sarò costretta ad angosciarmi e a riprendere tutto, le cure non servono...Non è che non ho un problema ma le cure vostre non sono migliori delle mie”. Visti i precedenti ricoveri, l'ossessività, la sfiducia nei curanti, la resistenza ai trattamenti, si sceglie di rassicurare la paziente rispetto all'obiettivo concordato, che sebbene modesto in termini assoluti non lo è in termini relativi. Concordato con la paziente l'obiettivo, rispetto al quale continuerà a chiedere ossessivamente rassicurazioni fino al termine del ricovero, abbiamo proceduto con un percorso di cura che tenesse conto di questo quadro di elevata complessità e resistenza.

La paziente, dal punto di vista terapeutico, è stata seguita individualmente secondo un approccio cognitivo-comportamentale, ha partecipato ai gruppi di terapia previsti nel nostro modello tra cui quello motivazionale e alle attività occupazionali (arteterapia).

Le sedute psicologiche si sono rivelate difficoltose per il rallentamento cognitivo della paziente, per il rimuginio costante, per la ripetitività ossessiva dei temi e per la scarsa consapevolezza della gravità di malattia. Metacognitivamente Giulia riportava l'impossibilità di “liberarsi dai conteggi calorici, dall'idea del grasso sulle cosce, del cibo ingerito, dall'idea di dover compiere iperattività incessantemente”. La paziente di fatto compiva estenuanti camminate all'interno del parco della Casa di Cura, non si sedeva mai al punto di tentare di svolgere anche le attività occupazionali in piedi, ma non per questo si è proceduto con misure più coercitive, sapendo che anche un pur minima presa di posizione fuori dal patto avrebbe fatto saltare tutto il progetto. Si è cercato così di aprire una breccia nella motivazione alle cure, collegando la terapia alla possibilità di una vita diversa da quella attuale nel futuro. La paziente, infatti, manteneva la capacità di proiettarsi in un potenziale futuro più “sano” (si poteva pensare diversa, ma non guarita). Attraverso il “patto di recupero limitato di peso” aveva progressivamente ridotto il totale controllo permettendo all'èquipe un contatto. Durante una seduta individuale, a fronte della solita alessitimia, scoppia a piangere mostrando sofferenza per una vita così invalidata dalla malattia, racconta di essersi sempre più isolata perdendo così non solo ogni tipo di rapporto ma anche la voglia di vivere e la fiducia in sé.

Questa apertura è stata utilizzata per favorire l' egodistonia e per avvicinarsi contenendo la sua disperazione.

Per quanto riguarda il percorso nutrizionale si riportano gli schemi alimentari all'ingresso e alle dimissioni dal ricovero, sottolineando la necessità in casi come questi di partire da ciò che il paziente è in grado di fare:

Schema alimentare all'ingresso	Schema alimentare alle dimissioni
1. colazione: una barretta dietetica al cacao 2. pranzo: 10 gr di pasta integrale al pomodoro, 50 gr di pasta, 40 gr di verdura cruda scondita, un piccolo frutto 3. spuntino: un thè senza zucchero 4. cena: 15 gr di pasta integrale al pomodoro, 50 gr di pasta, 40 gr di verdura cruda scondita, un piccolo frutto NB: tutto pesato con una bilancia di precisione, senza condimenti, tutti i cibi vengono puliti e sono dietetici. Unici cibi non fobici certi frutti, verdura, thè, orzo.	1. colazione: thè, 4 o 6 fette biscottate, uno yogurt 2. spuntino: un frutto 3. pranzo: 70 gr di pasta condita, 120 gr di carne, verdura, 50 gr di pane 4. spuntino: 4 fette biscottate o biscotti 5. cena: minestra con riso o pasta, formaggio 60gr, verdura, porzione di patate o 50 gr di pane 6. spuntino: bevanda, frutto o 2 fette biscottate NB: aiuto costante delle dietiste sia per il cibo sia per il movimento.

Il recupero di peso a fine ricovero sarà giunto fino a 33 kg, non corrispondendo all'obiettivo concordato ma smuovendo, anche se di poco una situazione patologica altrimenti considerata imm modificabile.

Nel corso delle cure la paziente chiedeva continue rassicurazioni sulle calorie e sull'andamento del peso; ha iniziato a fidarsi e ad ampliare il suo schema alimentare ricordando sempre che l'accordo era "in qualunque momento potrà chiedermi le dimissioni e potrà tornare a casa" e non andrà sopra i 35kg. I test psicometrici (SCL90R, BITE, EAT40, BDI) alla dimissione mostreranno una significativa riduzione, in particolare quest'ultimo (T1: 46; T2: 24).

Al follow-up a 6 mesi la ragazza sta meglio ha mantenuto il miglioramento conseguito e i terapeuti di riferimento sono soddisfatti del lavoro fatto e riferiscono che la paziente mostrava di meglio usufruire del percorso psicologico.

#### Secondo caso Katia

In questo caso cercheremo di focalizzare l'attenzione sulla complessità del quadro clinico e sociofamiliare, sulla complessità delle cure in soggetti multitrattati, sulla necessità di poter formulare progetti di cura articolati e con snodi problematici ridimensionando gli obiettivi terapeutici e il tempo per raggiungerli.

Katia è una ragazza di ventinove anni, malata di anoressia di tipo bulimico (BMI 15, peso 39.5kg) da oltre 16 anni, in un quadro di comorbidità con Disturbo Ossessivo e tratti di personalità evitanti e schizoidi. In Katia sono evidenti i comportamenti ossessivi, la grave dispercezione corporea e l'intensa iperattività. La famiglia della paziente è composta dal padre di 64 anni, industriale, ambivalente nel rapporto con la figlia (alterna assenze totali da casa a presenze in cui tende a viziarla o ad essere molto autoritario), madre di 57 anni, ex insegnante, ossessiva e "simbiotica", con un probabile disturbo alimentare in giovinezza ma mai confermato, un fratello di 21 anni che vive in famiglia e con il quale sembra esserci scarso dialogo; infine vi è una sorella di 34 anni, sposata. Verso quest'ultima la paziente nutre invidia e compie molti confronti anche perché anch'essa sembra soffrire di disturbo alimentare. Una figura importante è anche una zia materna che in momenti di difficoltà ha cercato di aiutarla anche accogliendo in casa.

Il clima familiare appare invischiante e disorganizzato; tutto ruota intorno alla malattia i cui sintomi vengono più possibile assecondati ma con forti scoppi di ira, critiche e dialogo colpevolizzante-inferiorizzante. Oltre alla famiglia la rete sociale di Katia è inesistente, non presenta amicizie e avuto una sola esperienza dal punto di vista sentimentale: "mi sono barricata

dietro la malattia evitando così i contatti umani, le amicizie così difficili da mantenere e da costruire. Soli io, il cibo e mia mamma”.

Per quanto riguarda il disturbo alimentare l'esordio risale all'età di 11 anni, quando, a 54kg, “cominciarono le prime manie: evitavo dolci e cibi grassi. Lo facevo per sentirmi brava, forte. Facevo dei fioretti, piccoli sacrifici che mi facevano stare bene”. All'epoca la madre e la sorella seguivano diete (cibi macrobiotici, pasta integrale ecc.). A 15, giunta al peso di 60 kg, inizia ad avere delle abbuffate e a vomitare. Vi è poi una fase di stabilità con piccoli miglioramenti ma verso i 19 anni, in concomitanza con l'iscrizione all'università e con una condizione di maggiore autogestione, sprofonda in una forte depressione che comporta un ricovero in Psichiatria (20 anni). In seguito fa poche cure seguendo l'idea di potercela fare da sola. A 24 anni giunge alla nostra osservazione per un ricovero riabilitativo. Le condizioni sono fortemente compromesse, i rituali alimentari estenuanti (impiega oltre 2 ore per mangiare facendo microscopici bocconi). La collaborazione della famiglia è ambivalente, si percepisce una forte rabbia e impotenza. Alla dimissione la situazione è molto migliorata, la ragazza mangia in modo accettabile, il peso è migliorato, il lavoro psicologico è stato non molto significativo. Dopo la dimissione si allontana subito dalle cure e non si presenta ai controlli. Dopo 2 anni viene nuovamente ricoverata in Psichiatria per alcuni agiti dimostrativi. Nel frattempo era andata vivere per un periodo dalla zia poiché la famiglia non tollerava più i suoi rituali e le sue modalità comportamentali. In seguito anche la zia la allontanerà di casa, la ragazza va a vivere in un piccolo appartamento da sola mantenendo il proprio lavoro dipendente. Passano ancora altri 2 anni durante i quali aveva fatto delle cure psicologiche ma non significative e ritorna al nostro centro per un ricovero sia per il peggioramento del peso e dell'ossessività ma anche una grave stato depressivo. Durante il ricovero racconta che “Il cibo deve essere ordinato: non posso non tagliarlo in piccolissimi pezzettini, non posso mischiare cibi diversi. Vorrei che nel mio stomaco fosse tutto in ordine, a strati separati tra loro, invece lo immagino mischiato, in disordine e non posso tollerarlo: tutto deve essere ordinato fuori e dentro di me”. Nonostante durante il secondo ricovero Katia abbia mostrato maggiore motivazione al cambiamento rispetto a quello precedente, la sua grave rigidità e i suoi comportamenti ossessivamente strutturati non le hanno permesso di raggiungere un livello minimo di autogestione. I sintomi rimangono per lei l'unico mezzo di gestione e di controllo degli stati emotivi. Le parole della paziente: “il cibo è per me l'unica certezza in questo mondo in cui ho paura di vivere, i rituali mi danno sicurezza anche se ci sono le abbuffate che mi fanno perdere il controllo, mi creano disagio e molti sensi di colpa”.

Le relazioni sociali della paziente sono inesistenti. La situazione familiare si presenta molto complessa; è aumentata molto la tensione legata al senso di impotenza e alla rabbia. Il padre non tollera più i comportamenti disfunzionali della figlia, mentre la madre si mostra più disponibile ma rimproverante. Anche il fratello negli ultimi tempi ha manifestato dei momenti di rabbia e di intolleranza. Tutto questo aveva portato la famiglia a dichiarare che mai l'avrebbe ripresa in casa se non fosse “guarita”. È evidente la grande difficoltà di Katia ad autogestirsi; a questo sono legati episodi di agiti autolesivi degli ultimi due anni, interpretabili più come richiesta di aiuto.

La famiglia non si mostra disponibile a riprendere in casa la ragazza se non cambia i propri comportamenti né la ragazza pare in grado di poter condurre una vita in autonomia. Si propone un progetto che preveda alla fine del ricovero un possibile inserimento in una comunità terapeutica. Il progetto pare attuabile ma si decide di rivalutarlo quando le condizioni generali della paziente saranno migliorate. Prosegue nel ricovero usufruendo della psicoterapia individuale, dell'assistenza nutrizionale e dei gruppi terapeutici. Le sedute psicologiche sono state caratterizzate dalla difficoltà a fidarsi, il rimuginio costante, la ripetitività ossessiva dei temi e la scarsa consapevolezza del problema e l'ambivalenza nei confronti di stesso e del progetto.

Alle dimissioni la situazione è molto migliorata tanto che si decide che la ragazza rientri a casa per il tempo necessario per il suo inserimento in comunità, progetto rispetto al quale si è sempre mostrata ambivalente. Il peso era di 47kg con un BMI di 18 circa. Nell'ultima fase non si erano verificate abbuffate e gli episodi di vomito erano sporadici, anche se cerca di controllarsi limitando

le quantità (non accetta porzioni normali). I rituali durante i momenti dei pasti sono migliorati, sminuzza meno i cibi e riesce a terminare nei tempi stabiliti. E' molto cresciuta la sua consapevolezza di malattia e delle proprie difficoltà.

Una volta rientrata a casa la paziente ha cercato soluzioni di cura alternative rispetto a quanto proposto, in 3 mesi ha cambiato 3 situazioni di cura compreso un ricovero in psichiatria. A tutto ciò consegue un significativo peggioramento dei sintomi con perdita di 8 kg in 4 mesi. Si concorda con la psichiatria di riferimento territoriale un nuovo ricovero ma con la determinazione di un passaggio diretto in comunità. Dopo un breve ricovero Katia entra in comunità terapeutica. A distanza di 4 mesi è bene inserita, il quadro clinico sintomatologico è migliorato.

La comunità terapeutica rappresenta un modello di cura innovativo la cui efficacia va ancora valutata anche se al momento i dati, dopo oltre 50 soggetti trattati, sono interessanti e soddisfacenti. La comunità terapeutica può rappresentare una soluzione proprio per quei casi ad elevato rischio di ricaduta, con lunga durata di malattia e forte resistenza alle cure.



# LE COMPLICANZE INTERNISTICHE DELL'ANORESSIA NERVOSA

Federica Staa Mezzasalma, Caterina Garkovich, Fabrizio. Jacoangeli

Cattedra di Endocrinologia - Dip.Medicina Interna - Università "Tor Vergata" - Roma

## **Fisiopatologia del digiuno:**

### **Meccanismi adattativi rapidi**

La deprivazione di cibo e conseguente malnutrizione energetico - proteica induce una serie di modificazioni metaboliche e della composizione corporea. Possiamo distinguere due fasi adattative al digiuno.

Nella fase iniziale di un digiuno assoluto tessuti come il cervello, il sistema nervoso periferico, la midollare renale ed il midollo osseo utilizzano il glicogeno contenuto nei depositi epatici e muscolari. Tali depositi tuttavia sono in grado di fornire substrato energetico per circa 12 - 24 ore . Con il diminuire dei livelli di glucosio si riducono i livelli insulinemici ed aumentano i livelli di glucagone. Il tessuto muscolare libera aminoacidi (in particolare alanina) che servono da substrato per la gluconeogenesi epatica che fornisce glucosio disponibile per i tessuti a consumo obbligato di glucosio, in primo luogo il cervello.

In questi tessuti il glucosio inoltre può essere utilizzato solo per la via glicolitica, via metabolica scarsamente efficiente, che obbliga quindi ad un forte dispendio di substrato proteico per la gluconeogenesi.

I mutamenti dell'equilibrio glucagone - insulina inducono successivamente modificazioni metaboliche che favorendo la lipolisi, forniscono un substrato energetico per i tessuti non consumatori obbligati di glucosio.

### **Meccanismi adattativi lenti**

Nel corso del digiuno, venendo meno l'efficienza dell'ossidazione degli acidi grassi, aumenta la produzione dei chetoacidi che diventano progressivamente la risorsa energetica principale per il S.N.C. riducendo il fabbisogno di glucosio e diminuendo quindi il rilascio di aminoacidi dal tessuto muscolare ed il turnover proteico. Questo costituisce un meccanismo di risparmio del pool delle proteine somatiche.

Si osserva inoltre una progressiva riduzione del "Resting Metabolic Rate" (RMR) fino a circa il 40% ed oltre dei valori previsti ; con la diminuzione progressiva del peso corporeo si riduce il fabbisogno energetico sia in valore assoluto sia come consumo energetico/Kg di peso corporeo e questo ovviamente in relazione alle modificazioni della composizione corporea instaurate con il digiuno.

In effetti la più attesa manifestazione di una malnutrizione energetico-proteica, cosa che più si osserva in una popolazione di anoressiche piuttosto che un digiuno totale, è il calo ponderale che coinvolge inizialmente in modo prevalente la massa grassa piuttosto inerte da un punto di vista metabolico e del consumo energetico e successivamente la massa magra metabolicamente attiva, inducendo quindi una diminuzione del consumo energetico e la negativizzazione del bilancio azotato.

La negativizzazione del bilancio azotato induce inizialmente un impoverimento del 'pool' delle proteine somatiche, come si può evidenziare con le comuni tecniche antropometriche strumentali e successivamente del pool delle proteine viscerali.

Vi sono una serie di indici che indirettamente servono a valutare lo stato nutrizionale in relazione alla consistenza di questi due pool proteici.

La riduzione del pool delle proteine viscerali ha ripercussioni su tutta una serie di organi ed apparati quali sangue ed organi ematopoietici, immunità, sistema endocrino, sistema nervoso centrale e periferico, cuore, fegato etc.

Nel digiuno sperimentale negli animali infatti quando la riduzione del RMR scende al di sotto del 40% del valore teorico calcolato con la formula di Harris-Benedict, le dimensioni degli organi si

riducono progressivamente; ad esempio si osserva una riduzione del 40 % del volume del fegato, del 20% del volume dei reni, del 28% del tratto intestinale e del 17% della massa cardiaca dopo circa una settimana di digiuno totale. Dati simili si osservano nella malnutrizione energetico-proteica umana.

### **Manifestazioni cliniche dell'anoressia**

L'osservazione clinica di una paziente anoressica rivela classicamente un calo ponderale variabile, una diminuzione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della temperatura corporea; l'esame della cute e degli annessi può rivelare la presenza di: pallore, cute secca, cheilosi, stomatite angolare, dermatite, lingua maggenga, atrofia papille linguali, fragilità ungueale, acrocianosi, lanugo ed una colorazione giallastra, prevalente nelle regioni palmari, plantari, agevolmente distinguibile dall'ittero per la sua assenza nelle sclere, legata ad una ipercarotenemia spesso presente sia per l'aumentato consumo di carotenoidi nella dieta sia per un difetto di utilizzazione o di metabolismo di questi composti.

I caratteri sessuali secondari possono essere assenti quando l'anoressia si sia sviluppata in epoca prepubere.

### **Alterazioni Ematologiche ed immunitarie**

E' di comune osservazione nelle pazienti affette da anoressia una anemia normocromica o ipocromica, legata a carenze sia di ferro che di vitamine del complesso B , di folati e trombocitopenia.

Le funzioni immunitarie sono frequentemente compromesse nella malnutrizione energetico-proteica ed anche in quella presente nelle pazienti anoressiche. Una prima valutazione valutazione può essere fatta valutando il numero assoluto dei linfociti in un comune esame emocromocitometrico ed usando indici indiretti quali la risposta ad intradermoreazioni ad antigeni multipli quali la tubercolina, streptochinasi-streptodornasi (SKSD), candida albicans e tricophyton. Il test è standardizzato in questo modo perché si basa sull'esposizione ad antigeni molto diffusi con i quali sono venuti in contatto tutti e quindi ci si aspetta una intradermoreazione positiva. Questi esami sono indici piuttosto precisi della reale situazione immunitaria dei pazienti e tendono, in caso di anergia cutanea in pazienti immunodepressi, a normalizzarsi con la rialimentazione.

Questi indici, insieme ad una più generale leucopenia ed ipocomplementemia si rendono evidenti in caso di grave impoverimento del pool delle proteine viscerali.

Valutazioni più approfondite da effettuare in caso di deficienza immunitaria conclamata e risvolti clinici evidenti comprendono analisi più precise come una valutazione delle sottopopolazioni linfocitarie. Studi su varie popolazioni di pazienti malnutriti hanno messo in evidenza una riduzione delle sottopopolazioni linfocitarie CD3, CD4 e CD8 ed aumento delle interleuchine IL-6 e IL-10, valori che sono ritornati nella norma dopo rialimentazione.

Queste alterazioni che nelle fasi iniziali della malattia non sembrano alterare in modo sostanziale le difese contro le malattie infettive rendono successivamente le pazienti suscettibili di sviluppare infezioni soprattutto a carico del sistema respiratorio.

Diventa infatti più frequente lo sviluppo sia di infezioni sostenute da germi comuni che di infezioni specifiche che assumono, data l'anergia delle pazienti, un carattere aggressivo. Sono infatti di osservazione recente casi di tubercolosi polmonare in forma escavativa aperta, che regrediscono solo dopo trattamenti aggressivi e prolungati, analogamente a quanto si osserva in altri tipi di pazienti immunocompromessi ed il cui andamento fatto di miglioramenti clinici e fasi di riaccensione della malattia segue fedelmente l'evoluzione dello stato nutrizionale delle pazienti.

### **Alterazioni endocrine**

Una delle caratteristiche più frequenti e comuni delle pazienti anoressiche è costituita dalla amenorrea che compare generalmente piuttosto precocemente con il calo ponderale e la perdita

della massa grassa. L'amenorrea corrisponde ad una situazione dell'asse ipotalamo ipofisi gonadi di tipo prepubere. Infatti queste pazienti presentano bassi livelli basali di gonadotropine e l'assenza della risposta di LH e FSH allo stimolo con GnRH. Si configura quindi un quadro di amenorrea più frequentemente secondaria in quanto generalmente si instaura dopo il menarca e legata ad un'ipogonadismo ipogonadotropo di origine ipotalamica. I motivi della disfunzione ipotalamica sono da ricercare nella insufficiente sintesi di leptina da parte del tessuto adiposo drasticamente ridotto in questi casi, che presenta un effetto permissivo sulla normale regolazione ipotalamica della funzione riproduttiva.

Nei maschi ad un identico atteggiamento dell'asse ipotalamo ipofisi, corrisponde una situazione clinica di assoluta perdita della libido ed infertilità.

Lo studio di eventuali alterazioni della funzione tiroidea ha messo in evidenza una tendenza ad una lieve riduzione del T3 ed un aumento del reverse T3 (rT3), effetto della desiodasi epatica che trasforma T4 in rT3 in numerose malattie croniche debilitanti. A questo quadro ormonale non corrisponde un ipotiroidismo clinico, i livelli di TSH sono normali e non è necessaria nessuna correzione farmacologica.

La funzione surrenalica presenta alcune modificazioni come la rallentata clearance del cortisolo dal plasma e l'aumento della cortisol-binding capacity, con livelli cortisolemici ai limiti alti della norma o lievemente aumentati. La produzione di cortisolo nelle 24 ore è normale o lievemente aumentata e normali i livelli di ACTH

I livelli di hGH sono normali o lievemente aumentati; tuttavia i livelli di IGF sono ridotti. Dato che le somatomedine mediano gli effetti anabolici del GH ma non i suoi effetti sul breakdown adipocitario se ne deduce che nelle anoressiche rimangono attivi solo gli effetti diretti del GH, lipolitici, e non quelli indiretti, anabolici.

### **Alterazioni cardiache**

Nell'anoressia nervosa il cuore è interessato sia da una serie di alterazioni anatomiche e funzionali che da una serie di alterazioni legate alle modificazioni del circolo.

Il primo dato che si evidenzia in un caso clinico conclamato è il rilevamento di una funzione cardiaca depressa, con un ridotto consumo di O<sub>2</sub>, una riduzione dello spessore delle pareti del ventricolo sinistro e dei volumi cardiaci. Sul piano emodinamico, alla bradicardia sinusale che può anche essere spiccata, si associano sia una ridotta gittata cardiaca che una ridotta frazione di eiezione.

L'esame elettrocardiografico mostra complessi QRS ridotti di ampiezza, anomalie del tratto S-T e comparsa talvolta di onda U, generalmente legate a squilibri elettrolitici, in particolare ad ipopotassiemia. Raro il rilievo ECG di Q-T lungo in queste pazienti.

Diversi autori hanno rilevato, a seconda delle casistiche, la presenza di un prolasso della mitrale nel 25% - 50 % delle pazienti con anoressia nervosa. All'instaurarsi di questa condizione contribuirebbero la riduzione del volume e della parete del ventricolo sinistro.

L'insieme di queste alterazioni costituisce uno dei rischi maggiori legati alla grave malnutrizione. Si possono infatti osservare in questi casi aritmie quali tachicardie, arresti sinusali, comparsa di ritmi ectopici atriali, giunzionali o ventricolari.

### **Alterazioni renali ed elettrolitiche**

I comuni indici ematochimici, azotemia e creatinina sono generalmente normali o lievemente aumentati nell'anoressia nervosa e presentano livelli più elevati in caso di disordini elettrolitici causati da abuso di lassativi e/o diuretici. Il lieve aumento di azotemia e creatininemia è legato alla moderata disidratazione che esiste in questi casi anche se non sempre è facile da evidenziare clinicamente. Un segno evidente di questa condizione di disidratazione è dato dalla brusca riduzione per emodiluizione di emoglobina ed ematocrito dopo l'inizio del trattamento. Tale disidratazione,

non molto evidente nelle forme restrittive pure, diventa rilevante con l'uso cronico di lassativi e diuretici.

La ridotta assunzione alimentare di sali minerali oltre alla perdita di sodio, potassio, cloro e idrogeno dallo stomaco con il meccanismo del vomito autoindotto, oppure conseguente all'assunzione di farmaci, possono indurre una alcalosi metabolica ipopotassiemica.

Inoltre la disidratazione tende, a sua volta, ad attivare il sistema renina - angiotensina - aldosterone determinando l'insorgenza di iperaldosteronismo secondario che, a sua volta, è responsabile di un aumento del riassorbimento del sodio disponibile e di una riduzione della potassiemia. Ogni abuso di diuretici peggiora ulteriormente il quadro creando un circolo vizioso che induce un'ulteriore attivazione dell'asse renina - aldosterone e l'induzione diretta di una ulteriore perdita di potassio.

E' descritta nell'anoressia una aumentata incidenza di litiasi renale legata da una parte alla disidratazione ed all'aumento della diuresi, dall'altra al riassorbimento del calcio nel contesto del quadro dei processi di demineralizzazione ossea.

### **Alterazioni ossee**

E' di comune osservazione una progressiva demineralizzazione ossea nelle pazienti affette da anoressia nervosa. Tale quadro si accentua con la durata della malattia inducendo un aumento del rischio di fratture indotte anche da traumi minimi

I meccanismi alla base di tale quadro sono ancora oggetto di interpretazioni diverse. Il ridotto livello di estrogeni che normalmente svolgono un importante ruolo nel trofismo del tessuto osseo svolge sicuramente un ruolo importante ma probabilmente non sarebbe sufficiente se non fosse affiancato da altri cofattori.

Una ridotta assunzione alimentare di calcio e provitamina D sono stati documentati in diverse casistiche.

L'osteoporosi nell'AN è comunque legata sia ad un aumento della funzione osteoclastica dovuta all'ipoestrogenismo sia ad una carenza di attività osteoblastica alla quale concorre una riduzione della somatomedina-C o IGF-1, importante fattore trofico dell'osso.

### **Sistema nervoso**

Le prime segnalazioni bibliografiche sulle alterazioni neurologiche in pazienti anoressiche riguardavano casi di epilessia.

L'analisi dei casi segnalati ha messo in evidenza come questi eventi insorgessero per lo più in corso di rialimentazione ed inoltre come fossero, probabilmente, correlati ad alterazioni idro-elettrolitiche encefaliche. Una maggiore prudenza e progressività nella rialimentazione di queste pazienti hanno molto limitato l'insorgenza di questo fenomeno.

Dagli anni 40 in poi si sono succedute segnalazioni circa anomalie dell'attività elettrica encefalica in queste pazienti.

Una casistica giapponese nella quale sono state studiate 1000 pazienti aveva evidenziato alterazioni EEG specifiche in circa il 39% delle pazienti contro il 19% dei controlli. Valutazioni successive, effettuate negli anni 70, hanno consentito di stabilire che l'alterazione più comune era costituita dal rallentamento della frequenza dominante ( nel 59% vs il 22% dei controlli) e che questa era correlata alle alterazioni elettrolitiche presenti e spariva con la loro correzione

L'impiego diagnostico delle tecniche di imaging atte a documentare la morfologia (Tomografia Computerizzata, TC e la Risonanza Magnetica, RM), il metabolismo ed il flusso (Tomografia ad emissione di Positroni, PET e Tomografia ad emissione di Fotoni singoli, SPECT) dell'encefalo nei pazienti con disturbi dell'alimentazione è stato validato da una ampia serie di casistiche cliniche. Numerosi studi TC eseguiti negli ultimi anni hanno documentato come nei pazienti anoressici sia presente una significativa dilatazione degli spazi liquorali e dei ventricoli laterali. Tali valutazioni eseguite prevalentemente mediante analisi lineari e di superficie attestano una pseudo-atrofia del tessuto cerebrale parzialmente reversibile dopo una efficace terapia con recupero di peso. Tali alterazioni morfologiche correlano solo parzialmente con alterazioni neuro psicologiche. Gli studi

eseguiti con RM hanno confermato, con maggiore precisione, i dati morfometrici della TC aggiungendo elementi sulla condizione relativa all'ipofisi. Nelle pazienti anoressiche è stata dimostrata una significativa riduzione delle dimensioni della ghiandola probabile espressione della mancata pseudoipertrofia puberale osservata in queste pazienti. E' inoltre discussa la presenza di alterazioni a carico della neuroipofisi. Del tutto recentemente sono state descritte alterazioni di segnale RM a livello della sostanza bianca sottocorticale in soggetti anoressici. L'osservazione appare tuttavia sporadica (2 casi) ed è da definire un reale rapporto causale o consequenziale alla malattia di detta alterazione. Non è inoltre nota la reversibilità del quadro dopo una adeguata terapia nutrizionale. Gli studi di flusso cerebrale eseguiti con la SPECT hanno fornito risultati contrastanti. Un limite della tecnica è in relazione alla mancata conoscenza sul comportamento fisiologico dei traccianti nei pazienti con malnutrizione. L'assorbimento ed i coefficienti di partizione potrebbero infatti risultare "fisiologicamente" alterati nei pazienti anoressici in relazione al modificato metabolismo ed al contenuto lipidico. Studi recenti hanno comunque definito alterazioni di flusso regionale nei soggetti affetti da bulimia ed anoressia nervosa. Nei bulimici è stato riscontrato un aumento di flusso nelle regioni fronto basali con prevalenza a sinistra con una riduzione dello stesso nel 50% delle regioni esaminate dopo lo stimolo alimentare. Negli anoressici è stata descritta una riduzione di flusso in sede parietale sinistra con netto aumento dopo stimolo alimentare. Gli studi sul metabolismo cerebrale eseguiti con la PET sono senza dubbio i più rappresentati in letteratura. E' noto come nei soggetti anoressici sia presente un aumentato metabolismo basale a livello dei nuclei caudati che tende a normalizzarsi con la terapia alimentare. Tale normalizzazione attesta la probabile consequenzialità della condizione rispetto allo stato nutrizionale. Nei soggetti affetti da bulimia sono state riscontrate alterazioni del metabolismo cerebrale (mancate asimmetrie) probabilmente legate alle associate alterazione psicologiche prevalentemente di tipo depressivo. Altri studi hanno documentato un ipometabolismo cerebrale globale più marcato in sede parietale e frontale superiore con ipermetabolismo relativo a livello dei nuclei caudati e della corteccia frontale inferiore. I valori di metabolismo tendono a normalizzarsi con il recupero di peso con tendenza alla persistenza di un ipometabolismo relativo in sede parietale ed ipermetabolismo in sede frontale inferiore.

Quadri periferici, probabilmente legati a neuropatie carenziali, sono stati descritti da diversi ricercatori. A nostro avviso l'astenia muscolare, talvolta lamentata dalle pazienti in gravi condizioni, è in parte legata alla ipopotassiemia ed in parte legata ad alterazioni strutturali della muscolatura somatica con rarefazione delle fibre di tipo II B e quadri bioptici di miopatia da denervazione.

### **Valutazione dello stato nutrizionale**

Una valutazione corretta dello stato nutrizionale di una paziente anoressica comprende indici di tipo antropometrico come peso, body mass index (BMI), percentuale di perdita di peso rispetto all'inizio della malattia ed eventualmente plicometria. Questi indici permettono una valutazione dello stato nutrizionale e della gravità della malattia. Sono però da valutare criticamente in relazione allo stato di idratazione delle pazienti (Tab. 6)

I livelli di massa magra possono essere valutati attraverso la misurazione della creatininuria delle 24 ore e dalla sua relazione con l'altezza delle pazienti (indice creatinina/altezza). La produzione di creatinina è direttamente correlata alla quantità di massa muscolare presente in un dato individuo ed un indice al 60-80% del valore ideale è un indice di una moderata deplezione di massa muscolare mentre un indice al 40-50% testimonia di una grave perdita di tessuto muscolare.

Recentemente in letteratura diversi autori hanno descritto l'importanza della misurazione del fabbisogno energetico basale (FEB) mediante calorimetria indiretta nella valutazione dello stato nutrizionale. E' infatti attualmente noto che il FEB è espressione dell'attività della massa magra e

che, riducendosi progressivamente rispetto ai valori teorici calcolati con la formula di Harris-Benedict, è un indice fedele della sua riduzione.

Una riduzione del FEB del 40% circa rispetto ai valori indica un grado di malnutrizione tale da sconsigliare in via generale un trattamento ambulatoriale, esso suggerisce invece la necessità di un ricovero di durata medio lunga al fine di effettuare un tentativo di rialimentazione spontanea e/o una rialimentazione artificiale. Un miglioramento delle condizioni nutrizionali induce una progressiva normalizzazione del FEB (Tab.7)

L'esame elettrocardiografico, oltre che a valutare la paziente da un punto di vista cardiaco è in grado di evidenziare riduzioni del potassio totale corporeo. In caso di acidosi infatti lo spostamento del potassio dal compartimento intracellulare a quello extracellulare rende la potassiemia inattendibile mentre alterazioni elettrocardiografiche a carico della ripolarizzazione e la comparsa dell'onda U sono buoni rivelatori di riduzioni del pool di potassio.

Sul piano ematochimico vi sono una serie di indici che si correlano bene con lo stato nutrizionale e che sono in grado di mettere in evidenza le iniziali complicanze d'organo (Tab.8). E' necessario tuttavia saper riconoscere i cambiamenti che lo stato di disidratazione e della successiva reidratazione inducono su questi esami.

In particolare devono essere regolarmente eseguite determinazioni della chetonuria per potere valutare l'assunzione o meno di carboidrati con la dieta, degli elettroliti, di altri oligoelementi, della transferrina, dell'emocromo, della conta dei linfociti assoluti e dell'albuminuria totale al fine di avere una valutazione del pool delle proteine viscerali.

### **Aspetti medici del trattamento dell'anoressia**

Naturalmente i criteri utilizzati per un ricovero non possono essere assoluti ma dovranno essere sempre il frutto di una valutazione congiunta dell'internista con lo psichiatra. Talvolta si tratta solo di una presa in carico precoce e globale del paziente; altre volte si tratta di porre rimedio a situazioni limite come il digiuno assoluto, la grave disidratazione, lo squilibrio idro-elettrolitico, la ipodisprotidemia, gli edemi etc...(Tab.9)

All'ingresso in una divisione ospedaliera, generalmente di medicina generale o comunque internistica, è necessario ottenere dalla paziente una sorta di "delega" ad occuparsi della sua alimentazione, rassicurandola sugli scopi del ricovero, orientati solo al controllo delle conseguenze patologiche della malnutrizione e non ad altro. Se si ottiene con questa sorta di "delega" la fiducia e la collaborazione della paziente, si potrà procedere ad un tentativo di rialimentazione che, nei casi più gravi, viene impostata in forma mista, mantenendo se possibile un introito alimentare spontaneo ed intervenendo contestualmente con una nutrizione artificiale parziale o con l'uso di diete semielementari.

L'intervento di nutrizione artificiale può essere condotto per via enterale: sia per sonda nasogastrica che per via parenterale. Dal punto di vista medico la via enterale è di più facile gestione, più fisiologica e più adatta ad una gestione domiciliare; essa tuttavia è meno accettata dalle pazienti e da alcuni psichiatri.

La nutrizione parenterale presenta invece il vantaggio di indurre una replezione più rapida in caso di rischio imminente, inoltre costringe la paziente ad una maggiore immobilità e, se praticata per via periferica, presenta una gestione meno difficile e determina minori complicanze.

Va prestata molta attenzione in corso di rialimentazione alla sindrome da "refeeding". E' noto, anche da quanto già esposto in precedenza, che nella malnutrizione si creano una serie di condizioni quali un aumento relativo dell'acqua extracellulare, una riduzione della pressione oncotica plasmatica, una ridotta gittata cardiaca, una riduzione della frazione di eiezione ed una ridotta perfusione renale oltre che un iperaldosteronismo secondario. In corso di rialimentazione la disponibilità e la ossidazione di substrati energetici induce la sintesi di ATP in misura tale da esaurire le scorte di fosforo determinando una grave ipofosforemia.

L'ipofosforemia di per se, congiuntamente al fatto che una volta esaurite le scorte non è più possibile sintetizzare ATP, sono responsabili in gran parte del temibile quadro della sindrome da

rialimentazione o sindrome da refeeding che determina importanti alterazioni cardiache, muscolari, ematologiche e neurologiche.

Questo complesso di situazioni è responsabile di un aumento della mortalità in corso di rialimentazione. E' quindi necessario procedere con estrema cautela alla rialimentazione di una paziente anoressica grave; tale processo deve essere iniziato somministrando alla paziente carichi calorici pari al metabolismo a riposo (RMR) , tali carichi calorici devono essere successivamente aumentati in modo graduale. Noi riteniamo che i risultati della calorimetria indiretta possono costituire una valida guida. Nella nostra pratica clinica riusciamo ad aumentare settimanalmente il carico calorico di 200-400 calorie giornaliere senza avere effetti secondari indesiderati.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152: 1073-4.
2. King MB. Eating disorders in a general practice population: prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med Monogr Suppl* 1989;14:1-34.
3. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eat-ing disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1196-9.
4. Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and consp-ic-u-ous morbidity. *Br J Gen Pract* 1992;42:57-60.
5. Andersen AE. Eating disorders in males. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995:177-87.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> ed.: DSM-IV., D.C.: American Psychiatric Association, 1994:539-50, 729-31.
7. Hoek HW. The distribution of eating disorders. In: Brownell KD, Fair-burn CG, eds. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995:207-11.
8. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, et al. Binge eating disorder: its fur-ther validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993;13:137-53.
9. Shisslak CM, Crago M, Estes LS. The spectrum of eating disturbances.*Int J Eat Disord* 1995;18:209-19.
10. Beck D, Casper R, Andersen A. Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *Int J Eat Disord* 1996;20:389-95.
11. Bostic JQ, Muriel AC, Hack S, Weinstein S, Herzog D. Anorexia nervosa in a 7-year-old girl. *J Dev Behav Pediatr* 1997;18:331-3.
12. Crago M, Shisslak CM, Estes LS. Eating disturbances among American minority groups: a review. *Int J Eat Disord* 1996;19:239-48.
13. Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eat-ing disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord* 1996;20:1-12.
14. Pike KM, Walsh BT. Ethnicity and eating disorders: implications for incidence and treatment. *Psychopharmacol Bull* 1996;32:265-74.
15. Strober M. Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1991;52:Suppl:9-12.
16. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1627-37.
17. Brewerton TD. Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20:561-90.
18. Kaye WH, Weltzin TE. Serotonin activity in anorexia and bulimia ner-vosa: relationship to the modulation of feeding and mood. *J Clin Psychia-try* 1991;52:Suppl:41-8.
19. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973.
20. Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural ex-pectations of thinness in women. *Psychol Rep* 1980;47:483-91.
21. Becker AE, Hamburg P. Culture, the media, and eating disorders.

Harv Rev Psychiatry 1996;4:163-7.

22. Steinhausen H-C. Treatment and outcome of adolescent anorexia nervosa. *Horm Res* 1995;43:168-70.
23. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*
24. Cooke RA, Chambers JB. Anorexia nervosa and the heart. *Br J Hosp Med* 1995;54:313-7.
25. Greenfeld D, Mickley D, Quinlan DM, Roloff P. Hypokalemia in out-patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:60-3.
26. Gold PW, Kaye W, Robertson GL, Ebert M. Abnormalities in plasma and cerebrospinal-fluid arginine vasopressin in patients with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1983;308:1117-23.
27. Devuyst O, Lambert M, Rodhain J, Lefebvre C, Coche E. Haematological changes and infectious complications in anorexia nervosa: a case-control study. *QJM* 1993;86:791-9.
28. Moshang T Jr, Parks JS, Baker L, et al. Low serum triiodothyronine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1975;40:470-3.
29. Biller BMK, Saxe V, Herzog DB, Rosenthal DI, Holzman S, Klibanski A. Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1989;68:548-54.
30. Mortola JF, Rasmussen DD, Yen SSC. Alterations of the adrenocorticotropin-cortisol axis in normal weight bulimic women: evidence for a central mechanism. *J Clin Endocrinol Metab* 1989;68:517-22.
31. Pirke KM, Dogs M, Fichter MM, Tuschl RJ. Gonadotrophins, oestradiol and progesterone during the menstrual cycle in bulimia nervosa. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1988;29:265-70.
32. Andersen AE, Wirth JB, Strahlman ER. Reversible weight-related increase in plasma testosterone during treatment of male and female patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1982;1(2):74-83.
33. Frisch RE, Revelle R, Cook S. Components of weight at menarche and the initiation of the adolescent growth spurt in girls: estimated total water, lean body weight and fat. *Hum Biol* 1973;45:469-83.
34. Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Positional cloning of the mouse *obese* gene and its human homologue. *Nature* 1994;372:425-32. [Erratum, *Nature* 1995;374:479.]
35. Grinspoon S, Gulick T, Askari H, et al. Serum leptin levels in women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:3861-3.
36. Rigotti NA, Nussbaum SR, Herzog DB, Neer RM. Osteoporosis in women with anorexia nervosa. *N Engl J Med* 1984;311:1601-6.
37. Bachrach LK, Guido D, Katzman D, Litt IF, Marcus R. Decreased bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *Pediatrics* 1990;86: 440-7.
38. Rigotti NA, Neer RM, Jameson L. Osteopenia and bone fractures in a man with anorexia and hypogonadism. *JAMA* 1986;256:385-8.
39. Herzog W, Minne H, Deter C, et al. Outcome of bone mineral density in anorexia nervosa patients 11.7 years after first admission. *J Bone Miner Res* 1993;8:597-605.
40. Rigotti NA, Neer RM, Skates SJ, Herzog DB, Nussbaum SR. The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa: a longitudinal study of cortical bone mass. *JAMA* 1991;265:1133-8.
41. Grinspoon S, Baum H, Lee K, Anderson E, Herzog D, Klibanski A. Effects of short-term recombinant human insulin-like growth factor I administration on bone turnover in osteopenic women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81:3864-70.
42. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:843-59.
43. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
44. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150:212-28.



45. Mehler PS, Weiner KL. Anorexia nervosa and total parenteral nutrition. *Int J Eat Disord* 1993;14:297-304.
46. Rigotti NA. Eating disorders. In: Carlson KJ, Eisenstat SA, eds. Primary care of women. St. Louis: Mosby Year Book, 1995:443-9.
47. Marcus MD. Treatment of obese patients with binge eating disorder. In: Goldstein DJ, ed. The management of eating disorders. Totowa, N.J.:Humana Press (in press).
48. Becker AE, Hamburg P, Herzog DB. The role of psychopharmacologic management in the treatment of eating disorders. In: Dunner DL, Rosenbaum JF, eds. Annual of drug therapy. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998:17-51.
49. Klibanski A, Biller BMK, Schoenfeld DA, Herzog DB, Saxe VC. The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:898-904.
50. Franko DL, Walton BE. Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord* 1993;13:41-7.
51. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robinson GE. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1194-8.
52. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
53. Bruch H. Anorexia nervosa: therapy and theory. *Am J Psychiatry* 1982;139:1531-8.
54. Agras WS. Nonpharmacologic treatments of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991;52:Suppl:29-33.
55. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:419-28.
56. Bruce B, Wilfley D. Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *J Am Diet Assoc* 1996;96:58-61.
57. Tobin DL. Psychodynamic psychotherapy and binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. Binge eating: nature, assessment, and treatment. New York: Guilford Press, 1993:287-313.
58. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zim-merman R. Response to alternative antidepressants in imipramine non-responders with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9:291-3.
59. Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Antidepressant treatment of bulimia: a two-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol* 1985;5:320-7.
60. Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:261-9.
61. Jimerson DC, Herzog DB, Brotman AW. Pharmacologic approaches in the treatment of eating disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993;1:82-93.
62. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmer-man R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:149-57.
63. Beumont PJ, Russell JD, Touyz SW, et al. Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: a role for supplementation with fluoxetine? *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:514-24.
64. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1994;55:179-83.
65. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, et al. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:523-31.
66. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC, et al. Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry* 1998;155:1756-62.
67. Gillberg C, Rastam M, Gillberg IC. Anorexia nervosa: who sees the patients and who do the patients see? *Acta Paediatr* 1994;83:967-71.

68. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103-5.
69. Ogg EC, Millar HR, Puzstai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22:89-93.
70. Lawson EA, Miller KK, Mathur VA, Misra M, Meenaghan E, Herzog DB, Klibanski A. Hormonal and Nutritional Effects on Cardiovascular Risk Markers in Young Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 May 22
80. Marra M, Pasanisi F, Montagnese C, De Filippo E, De Caprio C, de Magistris L, Contaldo F. BMR variability in women of different weight. *Clin Nutr.* 2007 May 19
90. Rigaud D, Brondel L, Poupard AT, Talonneau I, Brun JM. A randomized trial on the efficacy of a 2-month tube feeding regimen in anorexia nervosa: A 1-year follow-up study. *Clin Nutr.* 2007 May 11
91. Debate RD, Shuman D, Tedesco LA. Eating disorders in the oral health curriculum. *J Dent Educ.* 2007 May;71(5):655-63
92. Oswiecimska J, Ziora K, Pluskiewicz W, Geisler G, Broll-Waska K, Karasek D, Dyduch A. Skeletal status and laboratory investigations in adolescent girls with anorexia nervosa. *Bone.* 2007 Apr 6
93. Nergardh R, Ammar A, Brodin U, Bergstrom J, Scheurink A, Sodersten P. Neuropeptide Y facilitates activity-based-anorexia. *Psychoneuroendocrinology.* 2007 Jun;32(5):493-502. Epub 2007 Apr 30.
94. Bruni V, Filicetti MF, Pontello V. Open issues in anorexia nervosa: prevention and therapy of bone loss. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Dec;1092:91-102.
95. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ.* 2007 Apr 28;334(7599):894-8
96. Birmingham CL, Gritzner S. Heart failure in anorexia nervosa: case report and review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2007 Mar;12(1):e7-10

## APPROCCIO DIETOLOGICO-NUTRIZIONALE

Pier Eugenio Nebiolo

Struttura Semplice Dipartimentale di Dietologia e Nutrizione Clinica – Centro dei Disturbi Alimentari, Responsabile Dott. Pier Eugenio Nebiolo

Le aspettative per il recupero del peso in caso di ospedalizzazione può essere modesto per pazienti cronici. L'acquisizione di un peso compatibile con la vita, piuttosto che di un peso ottimale, può essere il solo traguardo raggiungibile. Focalizzarsi sulla qualità della vita, piuttosto che sul cambiamento del peso o sulla normalizzazione delle abitudini alimentari, e fornire una cura empatica, possono essere tutto quello che con questo tipo di pazienti si può realisticamente ottenere. (APA 2000)

Il Karolinska Institute utilizza un programma di trattamento innovativo (Court et al J, *Pediatr Health* 41, 305, 2005) che si basa sull'idea che il disturbo alienante sia conseguenza del digiuno più che di un disordine mentale. Il trattamento si focalizza sul recupero di abilità nutrizionali.

Il deficit energetico può condurre ad emaciazione (AN) o ad un pattern alimentare caotico (BN). La necessità della riabilitazione nutrizionale deriva dalla perdita di specifiche abilità alimentari. Senza un recupero di un comportamento alimentare accettabile e se prima non vengono eliminati i sintomi psicobiologici della restrizione, il paziente non può affrontare in modo efficace le tematiche psicologiche sottostanti e la relativa psicoterapia. (Fairburn 1985).

La rialimentazione, la riabilitazione nutrizionale e la riabilitazione psiconutrizionale non sono da considerarsi sinonimi.

La rialimentazione nutrizionale viene effettuata in ambiente ospedaliero mediante la nutrizione artificiale (nutrizione enterale e parenterale), considerata un metodo "salva vita". Sono metodiche invasive e non aiutano il paziente ad assumersi la responsabilità della guarigione, utilizzando modelli prescrittivi. La sindrome da rialimentazione è una grave possibile complicanza di tale procedura. Il passaggio dalla rialimentazione alla riabilitazione nutrizionale prevede l'adozione di modelli cognitivo-comportamentali, laddove esistevano modelli psicodinamici per la parte psichiatrica e modelli prescrittivi per la parte nutrizionale (Ostuzzi 1999)

Può essere effettuata anche ambulatorialmente; motivare e concordare sono gli strumenti necessari da utilizzare al fine di ottenere la reale partecipazione del paziente al progetto terapeutico.

Esistono alcuni modelli di riabilitazione nutrizionale oggi utilizzati: il training di familiarizzazione con il cibo (TFC, modello DIDASCO), l'alimentazione meccanica (Garner-Dalle Grave) e la riabilitazione psiconutrizionale (Ostuzzi).

Quest'ultima prevede il trattamento degli effetti psicobiologici legati al digiuno, considerati quali fattori perpetuanti; si prende carico della complessità del paziente, il quale deve essere consapevole, motivato e partecipe del progetto e dei cambiamenti. Prevede un livello di cura più intensivo, con una presa in carico anche psicologica integrata (Ostuzzi e coll 1999).

La fase di riabilitazione mira al recupero di abitudini alimentari e condizioni generali "accettabili".

Le modalità e i tempi devono tenere conto delle condizioni generali (BMI), della motivazione a collaborare, degli obiettivi possibili e del progetto di cura; deve inoltre mirare a recuperare il peso e una capacità di vita sociale.

Alcune criticità e punti da condividere sono presenti:

il recupero di abitudini alimentari accettabili e di un peso minimo non sono ancora obiettivi largamente condivisi

non è chiaro cosa sia un giusto "target weight"

si devono approntare studi di esito per i diversi modelli di riabilitazione nutrizionale

per la rialimentazione e la riabilitazione si devono individuare linee guida condivise

la riabilitazione nutrizionale deve sempre procedere in parallelo con gli aspetti psicologici

si deve fare più formazione sui temi nutrizionali troppo spesso poco considerato.

non vi è chiarezza su tempi e modi più idonei per gli interventi di riabilitazione alimentare

non c'è chiarezza sulle differenze di approccio tra AN e BN

## EMERGENZE PSICHIATRICHE NEI DCA

G. Turrini, F. Scita, F. Arnone

*Ospedale Privato accreditato Villa Maria Luigia (Monticelli T., Parma)*

Riflettere sul tema delle emergenze psichiatriche nei disturbi del comportamento alimentare pone innanzitutto la questione relativa alla definizione stessa e alla delimitazione ermeneutica del concetto di emergenza.

Se, infatti, nell'ambito della medicina internistica o della chirurgia l'emergenza assume connotati immediatamente comprensibili ed identificabili, in psichiatria, come spesso accade, il tema si complica non poco, soprattutto laddove gli stessi confini del concetto di emergenza risultano mal delimitati, incerti, sfumati e frequentemente sovrapposti con quelli di urgenza, acuzie e crisi.

Se si fa poi riferimento all'aggettivazione "psichiatriche", quella che dovrebbe essere una specificazione euristica finisce per tradire la sua vera natura, mettendo forse inconsapevolmente in dubbio l'appartenenza dei disturbi del comportamento alimentare al campo specifico di indagine della psichiatria, come se solo l'aggiunta di tale aggettivo di specificazione definisse tale appartenenza, di norma invece assente o quantomeno impropria. Non si tratta di una questione di poco conto, se si pensa alla difficoltà con la quale i familiari, le pazienti, i media, e talora gli stessi medici curanti, inviano un/una paziente allo psichiatra, ancor oggi non completamente destituito dalla identità di "medico dei matti", attribuendo così, per la proprietà transitiva, la qualifica di "matto" a chiunque a lui si rivolga. Non si vuole certo rivendicare la esclusiva appartenenza del trattamento delle patologie della alimentazione alla psichiatria, ma sottolineare come tali disturbi siano prima di ogni altra cosa disturbi del funzionamento mentale, la cui cura richiede però competenze assolutamente multidisciplinari, comprese in modelli di intervento integrato sui quali in altre sedi già ci siamo diffusi.

In ogni caso, lasciate impregiudicate ma doverosamente segnalate le precedenti questioni, procedendo oltre i lodevoli sforzi di coloro che hanno proposto classificazioni tassonomiche più o meno rigorose e articolate su differenti parametri, le emergenze psichiatriche nei disturbi del comportamento alimentare possono essere riguardate da diversi punti di vista.

a) Equivalenza fra Emergenza e Ospedalizzazione: in questa fattispecie, l'emergenza sembra venire confusa con il concetto di acuzie e, conseguentemente con la necessità di fornire una risposta terapeutica immediata e ad alta intensità assistenziale (ospedalizzazione).

Sebbene i criteri anche recentemente proposti dalle linee guida dell'APA aiutino a stabilire, in questo ambito, punti di riferimento cogenti per la scelta terapeutica, molte delle questioni relative alla ospedalizzazione (tempi, luoghi, modalità, outcome, etc.) rimangono però inconcluse. Sembra tuttavia arbitrario ed eccessivamente semplificativo coniugare l'equazione emergenza = ospedalizzazione, in una riduzione concettuale che privilegia esclusivamente la scelta della strategia terapeutica come parametro di definizione dell'emergenza.

b) Emergenza psichiatriche e Comorbidità: come è ormai ampiamente accettato, i disturbi del comportamento alimentare riconoscono percentuali elevatissime di comorbidità. La pressoché costante presenza di patologie psichiatriche di Asse I e II, oltre a costringere i clinici ad attuare difficili rimaneggiamenti terapeutici e a rivedere l'esito dei trattamenti, pone importanti e non eludibili questioni di comprensione psicopatologica, di metodologia della ricerca e di affidabilità degli strumenti psicodiagnostici impiegati. Se ci si riferisce poi al tema delle emergenze psichiatriche, appare del tutto evidente come spesso nei DCA i quadri acuti di scompenso delle patologie associate finiscano per rubare la scena al disturbo indice, diventando esse stesse la vera e unica urgenza. Una particolare attenzione merita, a questo riguardo, la comorbidità con uso di sostanze, sancita ancor prima che dalla letteratura dalle osservazioni ricavate dall'esperienza clinica. A tal riguardo è interessante rilevare come, se si analizzano i criteri diagnostici previsti dal DSM IV TR per il disturbo da discontrollo degli impulsi, suggestive analogie possono essere rintracciate rispetto a quelli previsti per i disturbi dell'alimentazione (per la bulimia in particolare) e per il disturbo da uso di sostanze. Riferendosi ad un modello diagnostico dimensionale, si

potrebbe allora ipotizzare che l'impulsività, disposta lungo un continuum definito polarmente dal discontrollo e dall'ipercontrollo ( con i relativi correlati personologici), potrebbe essere riconosciuta come lo snodo attorno a cui si articolano, talora intrecciandosi, le due patologie.

c) Emergenze psichiatriche dalla parte degli operatori sanitarie e dei care-givers: non è infrequente rilevare come i quadri di emergenza nei DCA siano tali soltanto dalla parte degli operatori dell'assistenza, la cui interpretazione di una specifica condizione mobilita allarmi, preoccupazioni e comportamenti di alta intensità emotiva. E' il caso, ad esempio, dei comportamenti autolesionistici che sempre più spesso vengono esibiti dalle pazienti sofferenti di un disturbo del comportamento alimentare, e che inducono allarme estremo nel contesto. La definizione concettuale, la delimitazione nosografica e il chiarimento delle funzioni ( dinamiche) sottostanti a tali comportamenti rappresentano, oggi, un campo di studio di grande interesse e di grande utilità clinica, proprio per tutti coloro che a vario titolo sono chiamati a fronteggiare situazioni di alta drammaticità.

d) Le Emergenze psichiatriche nei DCA sono gli stessi DCA: se si considerano, infine, i dati della ricerca in merito all'esito dei trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare, non si può non affermare che la vera emergenza psichiatrica è rappresentata dal disturbo alimentare stesso. Le scarse percentuali di guarigione, la frequenza elevata delle ricadute, l'alto tasso di inabilitazione sociale, l'elevata percentuale di mortalità ( la maggior parte delle morti nell'Anoressia Nervosa è imputabile al suicidio) rendono i disturbi dell'alimentazione patologie gravissime e altamente invalidanti che già di per se stesse devono essere costantemente e fin da subito riguardate con tutta quella attenzione e con tutta quella intensità che abitualmente dedichiamo alle situazioni di emergenza.

## L'IMPASSE TERAPEUTICO

Patrizia Todisco, Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare – A.O. “Spedali Civili” di Brescia

L'impasse terapeutico è un'evenienza frequente nella pratica clinica sia nel caso di soggetti con recente insorgenza del Disturbo dell'Alimentazione (DA) sia in quello di pazienti con lunga storia di malattia. Per impasse si intende la sensazione spesso condivisa da terapeuta/i e paziente che la terapia non stia sortendo alcun risultato e si stia trascinando stancamente con uno stallo comportamentale, cognitivo ed emotivo. Questa sensazione confermata dalla effettiva mancata evoluzione sintomatologica è estremamente frustrante per tutti i protagonisti principali (paziente, terapeuta) o secondari (famigliari, amici) del trattamento e spesso porta alla sua interruzione perchè uno o più di loro non tollera la sensazione di frustrazione e fallimento, decide che è meglio “fallire” piuttosto che affrontare la difficoltà, la fatica e reinventarsi la terapia sulle basi di quanto avvenuto. La definizione di impasse può quindi fondarsi su dati clinici specifici per i DA (BMI, comportamento alimentare, utilizzo di metodi di compenso) e/o relativi alla psicopatologia generale (tono dell'umore, sonno, ansia, funzionamento sociale, ecc.), come pure su criteri di valutazione personali del terapeuta, del paziente, dei familiari. Questi ultimi dipendono dagli scopi più o meno dichiarati e consapevoli della terapia che ciascuno ha e che non sempre coincidono.

Quando il trattamento attraversa un momento di difficoltà stagnante è centrale spesso un problema motivazionale che interessa uno o più dei soggetti coinvolti. Per quanto riguarda il paziente alcuni degli ostacoli possono essere: motivazioni alla terapia diverse da quelle al cambiamento, evoluzione delle motivazioni nel tempo per eventi esterni o interni alla terapia, motivazioni dichiarate diverse da quelle più profonde, obiettivi del paziente diversi da quelli del terapeuta. Nel caso del terapeuta: mancata condivisione e comprensione degli obiettivi del paziente, mancata comprensione degli scopi del DA, mancato monitoraggio dell'evoluzione della terapia e dei suoi obiettivi durante il suo svolgimento, difficoltà di comunicazione per problemi di linguaggio o interpersonali, motivazione alla terapia con quel paziente, senso di impotenza-fallimento, burn-out. Anche i familiari possono contribuire all'impasse o percepirlo in base ai loro parametri di valutazione quali: elevate aspettative nei confronti dei risultati e della rapidità con cui devono essere ottenuti, scarsa tolleranza delle difficoltà, delle battute d'arresto e delle ricadute comportamentali anche se di breve durata, senso di impotenza, colpa e fallimento. Secondo il modello di Prochaska e DiClemente l'impasse, inteso come non progressione positiva e dipendente da scarsa motivazione, fa parte del processo di cambiamento e quindi può essere affrontato con strategie e tecniche motivazionali.

Talvolta però, abbiamo a che fare con pazienti che sono *hopelessness*, senza speranza, senza fiducia o perchè intrinsecamente sfiduciati nei confronti della vita o perchè lo sono diventati in seguito agli eventi (presentano un costrutto centrale di sfiducia). In questi casi sarà necessario nella terapia considerare e affrontare questa caratteristica dello schema centrale della persona, basata su specifiche distorsioni cognitive, perchè ne potrebbe condizionare l'andamento e l'esito. D'altra parte si possono incontrare soggetti *helpelessness*, che si ritengono nell'impossibilità di essere aiutati nella loro sofferenza e pertanto alternativamente rifiuteranno l'aiuto o lo accetteranno con atteggiamento critico e facilitante l'impasse e il fallimento. Anche in questo caso riconoscerli aiuterà a modulare la terapia in modo opportuno.

D'altra parte il terapeuta deve essere consapevole che con taluni pazienti, più spesso con quelli cronici, la stanchezza, il senso di impotenza e di inutilità, la mancanza di fiducia e di speranza possono condizionare il suo operato ed essere trasmessi al paziente e ai suoi familiari portando all'impasse o al fallimento delle terapie.

In un momento di stallo terapeutico ogni terapeuta si deve interrogare su quanto sta succedendo, relativamente a se stesso, al paziente, alla relazione terapeutica e all'ambiente esterno, ma soprattutto sulla capacità di ascolto di ciò che il paziente sta comunicando attraverso il suo linguaggio per riuscire ad aiutarlo. In termini economici l'impasse è la condizione in cui due contendenti rimangono arroccati sulle loro posizioni, non cedono e la situazione pertanto non

evolve in alcun senso e a vantaggio di alcuno: in un contesto terapeutico il terapeuta deve sempre sforzarsi di “andare incontro”.

L’impasse terapeutico è pertanto un momento utile anche nella terapia dei DA se viene colto come momento di riflessione, di rivalutazione di quanto fatto fino a quel momento, di comprensione autentica delle difficoltà e di dove esse risiedano per poter rinnovare la terapia e la relazione terapeutica che è alla sua base.

## L'ASSISTENZA PSICOLOGICA ALLA PAZIENTE CRONICA

Gian Luigi Luxardi

Centro per i Disturbi Alimentari – S.Vito al Tagliamento (PN)

Il concetto di cronicità è un costrutto complesso nel quale intervengono una pluralità di fattori. La tendenza alla cronicità è il risultato di una serie di condizioni legate alla persona, alla sua costituzione biologica, alla sua personalità premorbosa, e agli eventi di vita cui è sottoposta; all'assetto emotivo familiare; al contesto culturale ed economico; alla malattia in sé; al modo e al tempo degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi attuati per contrastare la condizione morbosa (Invernizzi, 2000). In una prospettiva istituzionale il paziente è considerato cronico quando è presente un numero elevato di recidive oppure quando il soggetto utilizza frequentemente i servizi psichiatrici. La cronicità non è legata unicamente ad una evoluzione soggettiva, secondo Spivak (1987) la cronicità psichiatrica è un processo bidirezionale che si sviluppa nel tempo tra l'individuo e il suo entourage. La mancanza di abilità sociali porta l'individuo a scontrarsi con ripetuti fallimenti, sia nella vita personale, sia in quella di relazione. Ne consegue un'ulteriore perdita di capacità sociali che espone il soggetto ad altri fallimenti. Alla fine di questo processo, che Spivak chiama "spirale viziosa", l'individuo regredisce gravemente e diviene sempre più impermeabile al cambiamento.

Per ciò che riguarda i Disturbi Alimentari non vi è una definizione univoca di quando una condizione può essere definita cronica. Strober (2004) afferma che "la cronicità è la refrattarietà di uno stato di disagio nonostante le ripetute esposizioni allo stato dell'arte della terapia". Tuttavia esistono evidenze che un disturbo può guarire anche dopo molti anni (APA Guidelines, 2006). In uno studio prospettico a 10 e 15 anni di follow up, Strober (1997) trova che, dei soggetti non guariti dopo 5 anni, il 67% risulta guarito al 10° anno di follow up. Dei soggetti rimanenti, al 15° anno risultano guariti il 14%.

L'assistenza psicologica rivolta alla paziente cronica deve tenere conto della richiesta di sostegno pur nella sua indisponibilità al cambiamento. I sintomi che danneggiano il funzionamento mentale e debilitano il fisico, sono per lei estremamente efficaci a mitigare il disagio psichico (Strober, 2004). Di fronte a questa situazione di reciprocità tra la paziente e la sua malattia, un atteggiamento zelante da parte del terapeuta rappresenta una condizione di rischio. Dato che ciò che mantiene la cronicità nell'anoressia nervosa sostiene anche i sentimenti di sicurezza, organizzando nel modo più funzionale possibile la vita della paziente, ogni tentativo di alterare i suoi rituali di dieta, indipendentemente da quanto ragionato ed empatico sia l'approccio, verrà percepito come un'aggressione. Dal punto di vista della paziente si tratterà di un inaccettabile e pericoloso viaggio tra desideri, appetiti e passioni da cui lei stessa – il suo temperamento – dovrà immediatamente ritrarsi o rischiare di sentirsi in pericolo (Strober, 2004). Similmente Yager (1995) afferma che "aspettative elevate non realistiche possono generare una terribile pressione alla performance, che può portare ad una ancora maggiore vergogna, senso di colpa, risentimento, disperazione e occasionalmente suicidio".

Un lavoro terapeutico senza una prospettiva dichiarata che miri al superamento del problema apre una serie di complesse questioni che riguardano il trattamento della paziente stessa, il rapporto con la famiglia e, non meno rilevanti, le difficoltà controtransferali del terapeuta e dell'equipe curante.

Sul versante del trattamento un primo obiettivo è costituito dalla necessità della costruzione di una solida alleanza terapeutica (Yager, 1995; Todisco, 2003). La mancanza di questo requisito trasforma il trattamento in una sfida fondata sulla coercizione, inutile dal punto di vista terapeutico. D'altro canto la percezione da parte del terapeuta di un rapporto di fiducia non è del tutto rassicurante: per la paziente, la cui malattia è diventata una sicurezza, anche il rapporto con un terapeuta accogliente, che vicaria le figura genitoriali, può diventare un elemento di stabilizzazione del problema. La creazione di un rapporto di dipendenza, fondato su aspettative magiche e oscillante tra l'idealizzazione del terapeuta e la sua svalorizzazione, quando non corrisponde alle aspettative, rappresenta un rafforzamento del processo di cronicizzazione, piuttosto che una sua evoluzione



positiva (Todisco, 2003). Appare centrale, in questo processo, la costruzione di obiettivi ragionevoli e condivisi che rappresentino un elemento di organizzazione del rapporto terapeutico, come vedremo più avanti.

Nella costruzione del rapporto con la paziente cronica è importante operare una revisione dei precedenti tentativi di trattamento, considerando il punto di vista della paziente e della famiglia su successi e fallimenti (Yager, 1995). Non sempre l'opinione della paziente e del terapeuta coincidono per quanto riguarda queste definizioni. Alcuni pazienti possono considerare un successo ciò che per il terapeuta rappresenta un insuccesso, perché hanno ottenuto ciò che desideravano o perché hanno iniziato a mettersi in discussione, o perché la qualità della vita è migliorata (Todisco, 2003).

Un elemento spesso misconosciuto è rappresentato dalla difficoltà del paziente a fidarsi del terapeuta, dovuta ad un disturbo della fiducia di base. La fiducia di base nel proprio corpo, nella propria mente e nelle relazioni si organizza precocemente come qualità di fondo che permette il contatto con i familiari, con gli estranei e con il mondo (Orefice, 2002). Secondo Orefice il clinico va incontro al rischio di formulare un *pregiudizio della fiducia*, ossia di considerare il disturbo della fiducia un ostacolo al trattamento, piuttosto che l'oggetto della sua attenzione e della sua semeiotica. La sfiducia si manifesta come un ritiro da un investimento, ritenuto a priori fallimentare, sul mondo esterno, su di sé, su proprie attitudini o sul proprio corpo e sull'esistenza delle normali possibilità evolutive. Possiamo considerare primaria la sfiducia risultante da un funzionamento e da una struttura di fondo preesistenti, il disturbo è invece secondario se deriva da vicissitudini che hanno segnato l'individuo in epoche tardive, quali appunto esperienze di trattamento frustranti o situazioni traumatiche. Il clinico che lavora con pazienti con problemi di cronicità deve considerare questi aspetti nel momento della diagnosi e nella stesura degli obiettivi del trattamento.

Una difficoltà riscontrata nel trattamento dei pazienti difficili ha a che fare con la definizione degli obiettivi. La difficoltà a stabilire ed esplicitare gli obiettivi da parte della paziente non deve portare i curanti a stabilirli senza discuterne apertamente, in base all'utilità o alla desiderabilità. L'insuccesso spesso è dovuto ad una mancanza di condivisione di aspettative e obiettivi (Todisco, 2003). È pertanto necessaria una attenta valutazione degli obiettivi attuali della paziente, delle sue aspettative e dei suoi punti di vista rispetto alle probabilità di successo o fallimento di un trattamento, così pure come delle sue preoccupazioni al riguardo (Yager, 1995). Secondo Strober (2004), il principale obiettivo in condizioni di cronicità è il supporto della paziente, che si concretizza nel fronteggiare gli effetti del disturbo con una "gestione contenitiva, palliativa, di intensità accuratamente misurata". È importante rassicurare la paziente che abbiamo compreso la centralità degli aspetti compensatori del disturbo per il suo equilibrio di vita, che i suoi timori saranno tenuti in considerazione nella formulazione dell'intervento e che i cambiamenti perseguiti dovranno essere per lei tollerabili senza richiederle una quota d'ansia eccessiva. In base a ciò possono essere individuati una serie di obiettivi (Strober, 2004):

Fornire assicurazioni non ambigue sul fatto che il recupero del peso non sarà l'obiettivo primario del trattamento e che ogni passo in questo senso verrà accuratamente valutato in modo collaborativo.

Incoraggiare la paziente a mantenere una vita sociale, anche minima, per prevenire svantaggi secondari.

Incoraggiare ogni tipo di attività (hobby, interessi intellettuali, vita associativa, ecc.) che possano fornire alla paziente un ritorno sul piano di un sano senso di autoefficacia e che possano stimolarla intellettualmente.

Richiedere un costante monitoraggio delle condizioni fisiche, gestito da un altro membro dell'equipe o da un collaboratore esterno formato, in modo che la relazione terapeutica non sia condizionata da emergenze sul piano medico.

Esplorare la possibilità di un miglioramento della nutrizione che non conduca ad un incremento ponderale significativo. Molti pazienti riescono a raggiungere una quota di 1200 kcal al giorno senza aumentare di peso, per effetto dell'aumento del metabolismo.

Garantire interventi psicoeducativi ai familiari, concordando per quanto possibile di evitare atteggiamenti che vadano a caricare ulteriormente lo stato emotivo della paziente

Una questione rilevante attiene alla quantità dell'intervento offerto, che può costituire un elemento di pressione in grado di incrementare le resistenze, fino a creare un circolo vizioso che porta i curanti ad "inseguire" la paziente, che dal suo canto aumenterà i comportamenti di fuga. Vandereycken (2007) suggerisce che l'intervento deve essere *dosato* in rapporto alla disponibilità della paziente a mettersi in gioco. Spesso ad una riduzione della pressione corrisponde una maggiore disponibilità della paziente.

Anche nel contesto di un intervento indirizzato a ridurre il danno e fatte salve le considerazioni espresse in precedenza, è importante che il terapeuta colga ogni occasione per incrementare la motivazione al cambiamento (APA guidelines, 2006). Nel corso della vita della paziente possono intervenire accadimenti (problemi medici, cambiamenti nelle condizioni lavorative, mutamenti delle relazioni o della struttura della famiglia, ecc.) che permettono un riesame di argomenti prima considerati tabù. In questi casi il terapeuta deve promuovere una ristrutturazione cognitiva che può preludere ad un inserimento in agenda di nuovi obiettivi di cambiamento. L'aspetto motivazionale più importante, tuttavia, non è cognitivo ma relazionale ed è costituito dal rapporto di fiducia che si è creato tra paziente e terapeuta.

Il lavoro con i familiari va attentamente pianificato. Il carico familiare dei pazienti difficili con disturbi alimentari è estremamente elevato, paragonabile a quello riportato da familiari di pazienti schizofrenici di lunga durata (più elevato se ci sono condotte di eliminazione) (Santonastaso, 1997; Todisco, 2003). Nel caso della cronicità ci si trova in presenza di un circolo vizioso tra la pressione dei familiari e la resistenza della paziente. L'evidenza dell'insuccesso di questi atteggiamenti non porta ad una revisione delle soluzioni tentate ma semplicemente all'aumento della *dose*, in una coazione a ripetere che si traduce in un crescendo della tensione familiare. I familiari hanno in genere aspettative e obiettivi diversi nei confronti della terapia, rispetto all'equipe curante, e possono osteggiarla o boicottarla con meccanismi più o meno consapevoli. Talvolta la malattia rappresenta l'unico equilibrio possibile, anche se patologico, all'interno della famiglia e come tale viene difeso dai cambiamenti (Minuchin, 1974; Todisco, 2003). L'esperienza clinica mostra inoltre come i familiari condividano i meccanismi di pensiero dicotomico presenti nella paziente, e facciano quindi fatica a individuare step di miglioramento graduale, ponendo una rigida alternativa tra malattia e guarigione che non permette di cogliere le sfumature e quindi di gratificare la paziente per i risultati ottenuti. I familiari rappresentano infine i custodi di un'immagine deficitaria della paziente, che le viene costantemente rimandata e che nel tempo contribuisce a costruire l'identità di malato cronico e le aspettative di fallimento di ogni tentativo di terapia.

Il lavoro con la famiglia deve prevedere un assessment sui trattamenti precedentemente effettuati, sulle valutazioni espresse dai familiari e sulle loro aspettative per il futuro. Deve essere offerta una consulenza familiare e interventi psicoeducativi, va considerata l'opportunità di una terapia familiare (Yager, 1995). La famiglia deve essere informata sulla psicopatologia del disturbo alimentare, in particolare sulla dinamica egosintonica che concorre a mantenere il disturbo e sugli effetti di un elevato livello di emotività espressa, va garantito il supporto e il conforto necessario, mentre vanno scoraggiati in maniera decisa gli atteggiamenti di biasimo, criticismo o addirittura disprezzo e le manifestazioni di irritazione e rabbia nei confronti della paziente (Strober, 2004). Le aspettative irrealistiche devono essere ridimensionate, dovrà esserci d'altro canto la possibilità di confrontarsi sugli obiettivi del lavoro terapeutico. Quando si parla con la paziente e i suoi familiari della prognosi e dell'assistenza di un disturbo non trattabile, il terapeuta dovrebbe integrare un assessment realistico degli esiti probabili con un certo grado di speranza e conforto, il tutto basato sulla considerazione che ogni previsione ha un largo margine di incertezza (Yager, 1995). L'esperienza clinica suggerisce che l'accettazione da parte dei familiari delle condizioni deficitarie della paziente e il ridimensionamento di aspettative miracolistiche, così come la riduzione del biasimo per la carente volontà di curarsi e dell'intrusività, rappresentino talvolta, nella carriera di una paziente cronica, il punto di svolta verso una possibilità di miglioramento della qualità della

vita. Va segnalato un elemento di forte criticità, rappresentato dall'impedimento che la patologia cronica comporta nell'esercizio della funzione materna. Lo stato di sofferenza che si riscontra nei figli di pazienti croniche, che si traduce spesso nel rischio di sviluppare a loro volta un disturbo analogo, è un problema rilevante che va tenuto seriamente in considerazione.

Nel momento in cui ogni trattamento proposto va incontro ad un fallimento dobbiamo pensare a interventi umanitari, che minimizzino le sofferenze e mantengano una qualche misura di realistica positività. Il clinico dovrebbe mantenere una porta aperta e permettere alla paziente di restare in contatto (Yager, 1995).

È evidente come questo tipo di lavoro e il contatto con questo tipo di paziente non rappresenti, per il terapeuta, un'esperienza gratificante. Ciò pone la questione del contro-transfert del terapeuta, definendo questo concetto nei termini, attualmente accettati dagli studiosi, della globalità delle reazioni emozionali del curante nei confronti del paziente (Piccini, 2003). Il processo di cronicizzazione appare caratterizzato da una perdita delle funzioni vitali che lasciano spazio ad un mondo ristretto segnato dalla ripetitività ossessiva, atta a conservare un ordine comprensibile alla paziente, privo di alcuna finalizzazione se non quella del suo mantenimento. Ciò va di pari passo con un vissuto di vuoto di senso per la percezione dell'inermità della propria vita, centrata su un sintomo indispensabile ma sempre meno soddisfacente, per l'esaurimento della spinta a ridurre la tensione attraverso comportamenti ripetitivi o, più semplicemente, per la perdita del contesto che dava significato al disturbo. Il terapeuta viene coinvolto in una esperienza profondamente differente da una psicoterapia convenzionale per l'assenza della prospettiva del cambiamento. Con le parole di Strober (2004) "siamo di fronte a un paziente la cui vita è, in ogni aspetto pratico, tristemente estinta, la cui presenza fisica non è che una lamentevole nota a piè di pagina di un racconto che sembra ora così difficile da recuperare. Quando c'è una così assoluta resistenza al cambiamento, c'è solo silenzio". Lavorare con pazienti di questa gravità, che fanno richieste limitate, la cui vita appare fondata su una struttura arida senza possibilità di evoluzione, diventa per il terapeuta terribilmente lento, logorante, noioso. Tra sentimenti di frustrazione e irritazione, il desiderio di liberarsi della paziente inizia a serpeggiare. Possiamo percepirlo come un lavoro inutile, pensando che il nostro tempo e le nostre energie sarebbero più proficuamente utilizzate con pazienti più giovani e più disponibili a cambiare. Può emergere un aspetto aggressivo di biasimo nei confronti della paziente, che viene accusata di "marciarci". Orefice (2002) parla di "moralismo tecnico" riferendosi ad una inconsapevole stigmatizzazione e riprovazione di una caratteristica del paziente, che può equivalere al disprezzo ("non ha nemmeno l'insight!"), anziché considerarla un aspetto clinico su cui lavorare. Questi pensieri e sentimenti devono essere compresi ed utilizzati dal terapeuta. Un aiuto a concettualizzare questi elementi e a prenderne la necessaria distanza per poterci lavorare, viene dal confronto costante con un supervisore. Altrettanto utile è il confronto all'interno dell'equipe, che fornisce al terapeuta uno spazio in cui depositare i propri contenuti emozionali, dove è possibile mettere in discussione la propria visione del caso e dividerne il carico. La percezione della noia nei confronti di un paziente rappresenta un segnale importante, che corrisponde al presupposto, spesso inconsapevole, che di quella persona ormai sappiamo tutto. Ogni informazione che riceviamo dalla paziente o dal suo contesto ci appare ridondante rispetto all'idea che già ci siamo fatti. Il confronto con altri punti di vista può aiutarci a individuare nuovi stimoli da utilizzare, nuove direzioni da esplorare, in ultima analisi può aiutarci ad essere più curiosi. La curiosità, intesa come esercizio di ipotizzazione sul caso (Cecchin, 1988), ci aiuta a continuare a cercare spiegazioni diverse anche quando non siamo in grado di immaginarne altre. Intesa come *posizione di curiosità* nella mente del terapeuta, diventa una tecnica finalizzata a inventare punti di vista e mosse alternative che generano, a loro volta, curiosità.

L'equipe è uno strumento fondamentale per costruire un progetto terapeutico per pazienti ad elevata complessità. Possiamo definire l'equipe come una realtà transitoria ed aperta, giustificata in primo luogo da un compito istituzionale, al di là dei desideri e dei bisogni dei singoli componenti e del suo funzionamento come gruppo, che si spiega nel suo rimando alla comunità. L'equipe si giustifica rispetto al mandato di cura che riceve dall'istituzione (Stoppa, 2006). Su questa base l'equipe non

assomiglia ad un gruppo naturale, non è una famiglia né una comunità, e questa difficoltà a costruirne una metafora può renderne difficile l'accettazione al paziente, che cerca un riferimento definito, personale. Tuttavia è proprio con il paziente ad elevata complessità che l'equipe si rivela uno strumento di cura importante. Da un punto di vista immediato perché consente una divisione dei compiti, permettendo ad esempio che chi si occupa dell'assistenza psicologica al paziente possa delegare ad altri la cura degli aspetti medici. Tuttavia l'equipe rappresenta, in particolare per la cronicità, uno strumento di assistenza psicologica in sé. In primo luogo come campo relazionale: all'interno dell'equipe la paziente è in grado di stabilire un rapporto preferenziale con un operatore di sua scelta. Ciò può avvenire all'interno della pianificazione terapeutica o può prendere gli operatori alla sprovvista, ma questo elemento di scelta può rappresentare un forte elemento di carattere motivazionale per la paziente e può aprire una dialettica sul piano terapeutico. In secondo luogo l'equipe è uno spazio simbolico. Simbolizzare significa legare, riunire, superare dialetticamente le frammentazioni. Nel caso della paziente la frammentazione è data dalla rottura del suo rapporto con la sua potenziale linea evolutiva, dalle stereotipie del suo pensiero, dal disturbo dell'immagine corporea. Da questo punto di vista l'equipe è il luogo in cui si costruisce un pensiero sulla storia della paziente. Il vero soggetto della cura non è l'individuo in sé, ma ciò che si tratta di lei all'interno della struttura di un discorso, la scommessa della cura è quella di riuscire a costruire una connessione tra la storia e il vissuto della paziente e una dialettica che può fare da legame sociale. L'equipe costruisce un'immagine della paziente che può contribuire a riavviare un processo evolutivo intersoggettivo, il che significa una rimessa in moto e una ridefinizione dei legami della paziente con gli altri della sua storia all'interno di un ordine discorsivo in cui sia possibile rileggere le scansioni importanti della sua vicenda umana al fine di ricavarne una nuova posizione (Stoppa, 2006).

Perché l'equipe possa svolgere questo lavoro di metabolizzazione e dividerlo con la paziente è necessario che essa stessa non sia a sua volta frammentata. L'equipe multidisciplinare prevede che l'elaborazione del progetto terapeutico venga dalla confluenza di tutte le diverse competenze, ma è anche necessario che il sapere non sia parcellizzato negli studi specialistici ma giocato all'interno della dialettica di una visione condivisa del progetto di lavoro. L'equipe può essere maggiore della somma delle sue parti e le funzioni terapeutiche di ciascuno non equivalgono ai ruoli professionali, ma alle propensioni, agli stili, alle specificità di ogni soggetto curante: elementi umani che andrebbero giocati con attenzione e con la partecipazione consapevole di tutta l'equipe (Stoppa, 2006).

Anche nel contesto di una visione condivisa e di un gruppo di lavoro bene integrato non va dimenticato che l'equipe è essa stessa all'interno di una dinamica contro-transferale. L'operatore percepisce il fallimento della paziente come un proprio fallimento professionale, se non è supportato da una adeguata comunicazione in equipe e da una supervisione, può sentire lesa la sua immagine professionale.

Il vuoto di senso può essere percepito anche nella rappresentazione che l'equipe si forma della paziente che non guarisce. Ciò dipende dal fatto che nel sistema cognitivo dell'equipe sia disponibile il senso di un lavoro non finalizzato alla guarigione. In questo caso l'equipe, interagendo con la paziente cronica, finirà per rimandarle costantemente un senso di fallimento, costruendo un rapporto penoso e demotivante e contribuendo al processo di cronicizzazione. Perché possa esserci una visione positiva della cura è necessario che l'equipe possieda una dinamica creativa, in grado di elaborare nuove ipotesi ed accettare la sfida della curiosità, di cui parlavamo a proposito dello psicoterapeuta. È anche necessario che vengano elaborati protocolli di assistenza per i pazienti cronici, in assenza dei quali il trattamento di questi pazienti viene concettualizzato solo per difetto rispetto ai trattamenti maggiormente soddisfacenti.

Concludendo, possiamo affermare che il sistema terapeutico, psicoterapeuta ed equipe, concorre nel costruire e attribuire significati che influiscono sul decorso della malattia. La messa a punto del sistema richiede un'attenzione costante e momenti dedicati. In particolare sembrano utili:

Supervisione tra pari all'interno dell'equipe

Supervisione con un supervisore esterno

Costruzione di protocolli di trattamento specifici

Mantenere aspettative positive, per qualche ragione, nel tempo, anche indipendente dal trattamento, i sintomi e la resistenza anche nei pazienti cronici possono evolvere e modificarsi (Yager, 1995)

“In conclusione, il lavoro con le pazienti croniche occupa un posto unico nella vasta arena del trattamento di pazienti con disturbi alimentari. Richiede una certa prospettiva e una miscela di particolari abilità e qualità umane: tolleranza della monotonia; un'identità professionale che non richieda successi misurati attraverso i progressi del paziente; rispetto per la privacy e per la solitudine; sentirsi a proprio agio nell'esplorare le ferite e le deprivazioni di una vita passata; accettazione del silenzio; abilità di fronteggiare serenamente la fragilità e la tristezza profonda. Oltre a ciò, la capacità di vedere, sentire, ascoltare un'anima che ancora respira è una qualità cruciale” (Strober, 2004)

### **Riferimenti bibliografici**

- APA (2006) *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, Third Edition
- Cecchin G.F. (1988) Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla Curiosità, in *Ecologia della mente*, n.5,
- Invernizzi, (2000) *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, McGraw Hill.
- Minuchin, (1974) *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio.
- Orefice, S. (2002) *La sfiducia e la diffidenza*, Raffaello Cortina
- Piccini, F (2003) *Transfert e contro-transfert nella terapia dei disturbi del comportamento alimentare*, in Patrizia Todisco, *Insuccessi terapeutici nei disturbi del comportamento alimentare. L'esperienza ci insegna.*, McGraw Hill.
- Spivak, M. (1987) *Introduzione alla riabilitazione sociale. Teoria, tecnologia e metodi d'intervento*, Riv. Sper. Fren., CXI, III, 522-524.
- Stoppa, F.(2006) *La prima curva dopo il Paradiso*, Borla.
- Strober, M.Freeman, R. Morrel, W(1997) *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a perspective study. International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360
- Strober, M.(2004) *Managing the Chronic, Treatment-Resistant Patient with Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders*, 36, 245-255
- Todisco, P.(2003) *Insuccessi terapeutici nei disturbi del comportamento alimentare. L'esperienza ci insegna.*, McGraw Hill.
- Yager J. (1995) *The Management of Patients with Intractable Eating Disorders*, in Brownell, K.D., *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, Guilford Press.

## LO “SHOPPING TERAPEUTICO” E I PAZIENTI PLURITRATTATI

Schumann R. , Ballardini D. , Franco A. , Tomba E. , Trunfio O.

Centro Studi Gruber

Centro Gruber

*Servizio di diagnosi e terapia per i Disturbi del Comportamento Alimentari*

*Servizio di diagnosi e terapia per i Disturbi d'Ansia e Psicosomatici*

Via Santo Stefano , 10 - BOLOGNA

[posta@centrogruber.it](mailto:posta@centrogruber.it)

### Introduzione

L'analisi bibliografica della letteratura in questo ambito suggerisce l'approfondimento di alcune considerazioni, primo fra tutti il concetto di “**pluritrattamento**” per un paziente con Disturbo del Comportamento Alimentare. In letteratura tale concetto indica quel paziente che presenta più trattamenti nella sua anamnesi ricevuti per lo stesso disturbo o per disturbi differenti (Crow et al. 1999; Tozzi et al. 2005). Solitamente in clinica il paziente pluritrattato viene identificato come quel soggetto che a causa di un insieme di motivazioni cognitive, emotive, comportamentali e organiche, viene spinto a consultare diversi professionisti, diverse strutture e setting terapeutici in assenza di invii supportati da ragioni definite sulla base di un progetto terapeutico, venendosi così a realizzare quello che viene definito da tempo come “**shopping terapeutico**”(Bailey 1984).

Se questi pazienti hanno avviato e interrotto, senza evidenza di efficacia e senza una motivazione specifica, uno o più percorsi clinici un concetto che possiamo collegare al pluritrattamento e allo shopping terapeutico è quello di “**drop-out**”.

Secondo dati della letteratura che fanno riferimento per lo più a percorsi terapeutici strutturati e specialistici, anche se purtroppo molto eterogenei fra loro, il drop-out si presenta nel 30% dei pazienti con DCA che intraprendono un percorso terapeutico. Il drop-out viene definito come “l'interruzione da parte del paziente del trattamento entro la 10° seduta terapeutica, escludendo le sedute di assessment”, anche se su tale definizione non vi è un accordo e molti sono gli Autori che ne discutono la validità (Lock et al. 2006; Mahon 2000; Milos et al. 2003; Reas et al. 2000; Van Strien et al. 1992).

In letteratura sono stati inoltre individuati nei DCA criteri e predittori di drop-out associati a comportamenti e attitudini del paziente: bassa disponibilità a collaborare, condotte di eliminazione multiple, comportamenti di restrizione alimentare, disturbi psichiatrici in comorbilità, in particolare depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi di personalità e infine, anche il fatto di essere pazienti pluritrattati aumenta il rischio di drop-out (Bandini et al. 2006; Goodwin & Fitzgibbon 2002; Lock et al. 2006; Mahon et al. 2001). Oltre a tali fattori, legati al paziente, ve ne sono altri associati alla relazione terapeutica, in particolare la presenza di aspettative differenti tra paziente e terapeuta, con assenza di un progetto comune al riguardo degli obiettivi della terapia (Clinton 1996).

E' stato proposto (Kazdin & Mazurick 1994) di distinguere all'interno della categoria “drop out” quella parte di pazienti dove fallisce la presa in carico già nelle prime sedute di assessment. In letteratura questi casi vengono definiti “failure to engage” e risultano essere tra il 14% ed il 17% della popolazione che richiede un intervento terapeutico. Alcuni studi hanno analizzato il profilo psicologico di questa categoria clinica. I “failer to engage”, rispetto agli altri pazienti “drop out”, hanno un miglior funzionamento psicosociale percepito essendo quindi maggiormente egosintonici rispetto ai propri sintomi, hanno una maggior durata della malattia, presentano con maggior frequenza abuso di lassativi e di sostanze psicoattive, umore depresso e maggiore insoddisfazione corporea (Waller 1997; Coker 1997; Waeten et al. 2006;).

Esiste poi il fenomeno del “**Doctor shopping**” che si riferisce ad un paziente che vede almeno 15 medici generici diversi in un anno, riceve almeno 30 visite specialistiche all'anno e, in definitiva, ottiene più ricette e prescrizioni di farmaci di quante ne abbia realmente bisogno per la propria patologia (Health Insurance Commission Australia). Questi pazienti hanno una minore intensità dei

sintomi specifici del DCA e si presentano spesso con comorbidità coi disturbi dell'umore e coi disturbi somatoformi (Hudson et al. 2005; Kaye et al. 2004; Treasure et al. 2000).

Infine “drop out” e “shopping terapeutico” nei pazienti pluritrattati potrebbero essere il risultato di errori “iatrogeni”, quali un'incompleta diagnosi differenziale e/o un'inadeguata motivazione al trattamento o ancora interventi terapeutici parziali. Va a tal proposito ricordato che criteri base per una garanzia di efficacia terapeutica sono rappresentati dalla disponibilità di un' équipe terapeutica interdisciplinare ove siano attuati in contemporanea approccio psicoterapico, riabilitazione nutrizionale, consulenza psichiatrica e medico-internistica, inoltre dall'alta specializzazione per i DCA e dalla strutturazione e personalizzazione dei percorsi terapeutici (Vandereycken 2006; Von Ranson & Robinson 2006).

Vi sono comunque notevoli limiti per gli studi effettuati, in quanto difficilmente confrontabili per la diversità delle metodologie utilizzate (diversi criteri, diverse variabili indagate) e per la grande eterogeneità fra gli approcci terapeutici a cui fanno riferimento.

Tutti i fattori indagati che si associano al “drop-out”, alla “failure to engage” e allo “shopping terapeutico” necessiterebbero di ulteriori e approfondite indagini in quanto vanno senza dubbio iscritti nei fattori che predispongono alla cronicizzazione dei DCA.

Così come è indispensabile, ai fini della Qualità dell'intervento, valutare l'efficacia di un percorso terapeutico, sia a breve che a lungo termine, riteniamo sia indispensabile valutarne anche il grado di adesione e di abbandono. Allo stesso modo si ritiene elemento di notevole rilevanza considerare lo shopping terapeutico come una variabile da ricercare nella fase di assessment, in quanto critica per la personalizzazione del percorso terapeutico strutturato.

Abbiamo così valutato i fenomeni del multitrattamento e del drop-out mettendoli in particolar modo in relazione con aspetti di comorbidità, in campioni clinici di pazienti affetti da DCA e che effettuavano un percorso terapeutico interdisciplinare ad orientamento cognitivo-comportamentale strutturato in cui erano disponibili oltre percorsi specifici interdisciplinari e intensivi per la gestione del DCA, anche un pacchetto motivazionale, un percorso strutturato per i Disturbi d'Ansia e Somatoformi e per i Disturbi Affettivi (Geller 2002; Vansteenkiste et al 2005; Vitousek et al. 1998).

## **Metodi**

Ai fini dello studio sono state effettuate due serie di osservazioni su pazienti in trattamento presso il Servizio di Diagnosi e Cura per i Disturbi del Comportamento Alimentare del Centro Gruber di Bologna:

- 1) Per la valutazione del fenomeno del “multitrattamento” è stato preso in esame un campione di 55 donne con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN). Dal pacchetto dei test effettuati nella fase dell'assessment, ai fini dell'indagine, cioè per indagare i trattamenti precedenti e le comorbidità, sono stati valutati i risultati della SCID ed è stata condotta un'intervista semistrutturata.
- 2) Per la valutazione del fenomeno dell'abbandono terapeutico abbiamo considerato i percorsi diagnostico-terapeutici (dalla diagnosi alla conclusione delle terapie) di 250 pazienti affetti da DCA (AN, BN, BED, DANAS) nell'arco di 3 anni (2003, 2004, 2005), distinguendo gli abbandoni motivati (cambi di residenza, motivazioni economiche, problemi lavorativi) dai “drop-out” (abbandoni collegati alla decisione di interrompere la terapia in quanto tale). Per i 250 pazienti sono stati avviati dei percorsi terapeutici strutturati ed abbiamo considerato come “abbandoni terapeutici” quei pazienti che avevano abbandonato la terapia dopo la fase di assessment costituita da 4 sedute psicoterapiche + 4 sedute di riabilitazione psiconutrizionale, quindi in una fase ancora iniziale. Anche in tal caso sono stati valutati i risultati della SCID e dell'intervista anamnestica semistrutturata.

## **Risultati**

- 1) Dall'analisi effettuata sul campione delle 55 donne affette da BN (età media di 24,29 e BMI 20,67) è emerso che il 60% (33/55) del campione risultava pluritrattato cioè aveva già effettuato 1 o più trattamenti ed in tale gruppo le tipologie di trattamento più frequenti, singole

o combinate, erano : psicoterapie, trattamenti psichiatri con psicofarmaci, dietoterapie, percorsi effettuati da strutture o specialisti in neuropsichiatria e/o specialisti in endocrinologia. Andando a valutare gli aspetti di comorbidità, nel campione dei 33 con pluritrattamenti 14 ( 42%) soggetti presentavano comorbidità, mentre nel gruppo dei 22 senza pluritrattamenti solo in 4 (18%) era presente. Le comorbidità maggiormente rappresentate erano relative all'area dei disturbi d'ansia (55,6%) e all'area dei disturbi affettivi (22,2%).

- 2) Per ciò che riguarda la valutazione delle interruzioni terapeutiche , queste sono risultate essere 31 (12,4%) in totale sui 250 soggetti . Di queste 12 sono risultate essere motivate , mentre 19 potevano considerarsi veri e propri “drop-out”. La comorbidità nei soggetti che avevano una interruzione motivata era solo in 2 ( 16,5%) casi, mentre era presente in 13 ( 68%) soggetti dei 19 drop-out. Il pluritrattamento era presente in 3 (25%) soggetti con interruzione motivata e in 11 (57%) con drop-out.

## **Conclusioni**

Dalla valutazione dei risultati ottenuti risulta che una storia di pluritrattamento è molto frequente nei pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare e che tali pazienti pluritrattati presentano più frequentemente comorbidità. Inoltre sembra che i pazienti che presentano un drop-out terapeutico vero e proprio siano più frequentemente pluritrattati e caratterizzati da una più elevata frequenza di comorbidità psichiatrica.

Da un lato si sarebbe portati a pensare che gli aspetti di comorbidità psichiatrica possano essere quelli che maggiormente influiscono sui fenomeni del pluritrattamento e del drop-out, va tuttavia valutato che i fallimenti, che il paziente vive, collegati alla difficoltà di trovare una soluzione alla propria patologia potrebbero comunque influire negativamente sulla sua sfera affettiva, sulla stima di sé, favorendo anche l'istaurarsi o l'esacerbarsi di disturbi d'ansia oltre che la cronicizzazione del Disturbo del Comportamento Alimentare preparando così il terreno per futuri fallimenti e per la cronicizzazione.

Va osservato che i livelli di drop out del nostro studio risultano inferiori al dato della letteratura, si potrebbe quindi ipotizzare che affiancare al percorso CBT e di Riabilitazione Psiconutrizionale dei pacchetti terapeutici strutturati che possano, in contemporanea, gestire gli aspetti di comorbidità permette di ridurre il fenomeno del drop-out e secondariamente dello shopping terapeutico.

Infine la condivisione nella ricerca clinica dei criteri di drop-out e failure to engage, insieme al monitoraggio dei passaggi terapeutici attraverso cartelle condivise dagli esperti e dai centri specialistici, potrebbero aiutare ad individuare, fin dalla fase dell'assessment, fattori critici per la costituzione di un progetto terapeutico efficace in particolare per quei casi ad alto rischio di cronicizzazione o già cronicizzati.

## **Riferimenti bibliografici**

- Bailey, S. (1984). Diagnosing bulimia. *Am Fam Physician*. May;29(5):161-4
- Bandini S., Antonelli G., Moretti P., Campanelli S., Quartesan R. & Perriello G. (2006). Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eat Weight Disord*. Dec; 11 (4): 179-84
- Clinton, D. N. (1996). Why do Eating Disorders patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65 (1), 29-35.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T., Cooper., PJ. (1993) Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behaviour therapy. *Int J Eat Disord*, 13(1). 35-40.
- Crow, S., Mussel, M.P., Peterson, C., Knope, A., Mitchell, J. (1999). “Prior treatment received by patients with bulimia nervosa”. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 39-44.
- Goodwin, R., Fitzgibbon M. (2002) “Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders”. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 103-106.
- Geller, J. (2002). “Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians, and research assessors”. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 251-260.



- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Blake Woodside, D., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W.H., Kaye, W.H. (2000). "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior". *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hudson, J.I., Hudson, R.A., Pope, H.G. (2005). "Psychiatric comorbidity and eating disorders". In *Annual Eating Disorders Review Part 1*. Wonderlich, S., Mitchell, J., de Zwaan, M., Steiger, H. (Eds.). Radcliff, Oxford, 43-57.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. (2004). "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Kazdin, A.E. & Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late drop outs over the course of treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 1069-1074.
- Lock J., Couturier J., Bryson S. & Agras S. (2006). Predictors of dropout and remission in Family Therapy for adolescent Anorexia Nervosa in a randomized clinical trial. *Int J Eat Disord* ; 39: 639 - 647
- Mahon, J. (2000). "Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues?". *European Eating Disorders Review*, 8 (3), 198-216.
- Mahon J, Bradley, S.N., Harvey, P.K., Winston, A.P., Palmer, R.L. (2001). "Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: A replication". *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 138-148.
- Milos, G.F., Spindler A.M., Buddeberg, C., Cramer, A. (2003). "Axes I and II Comorbidity and Treatment Experiences in Eating Disorder Subjects". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 276-285.
- Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K., Zucker, N.L. (2000). "Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study". *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 428-434.
- Tozzi, F. et al. (2005). Symptom Fluctuation in Eating Disorders: Correlates of Diagnostic Crossover. *Am J Psychiatry* 162:732-740
- Vandereycken, W. (2006). "Denial of illness in anorexia nervosa - a conceptual review: part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 352-368.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., Vandereycken W. (2005). "Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory". *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 207-219.
- Van Strien, D., Van Der Ham, T., Van Engeland, H. (1992). "Dropout characteristics in a follow-up study of 90 patients". *International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 341-343.
- Vitousek, K.B., Watson, S., Wilson, G.T. (1998) "Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders". *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Von Ranson, K.M., Robinson, K.E. (2006). "Who is providing what type of psychotherapy to eating disorders clients? A survey". *International Journal of Eating Disorders*, 39, 27-34.
- Waller, G., (1997) Drop out and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders. *Int J Eat Disord*, 22. 35-41.
- Weaten, D., Thompson-Brenner, H., Peart, J. (2006). "Personality and eating disorders". In: *Annual Eating Disorders Review Part 2*. Wonderlich, S., Mitchell, J., De Zwaan, M., Steiger, H. (Eds.). Radcliff, Oxford, 97-112.

# Workshop in parallelo

## 1. *Le comorbilità che favoriscono la cronicità*

Moderatore R. Spotti

*Comorbilità: principi generali e sue declinazioni cliniche nei DA*

A. Muscetta

*Comorbilità nei DA e prospettiva cognitivo-evoluzionista*

G. Mantione

*Comorbilità nei DA e percorsi di cura: trattamenti integrati e co-terapie*

C. Ardovini

*Impulsività, disturbi dell'alimentazione e disturbi da uso di sostanze*

M. Avanzi, S. Cabrini, A. Negri, R. Spotti, A. Zioni

## COMORBILITA' NEI DA E PERCORSI DI CURA: TRATTAMENTI INTEGRATI E CO-TERAPIE

Maria Giuseppina Mantione

ARPAS- Roma

VI Centro di Psicoterapia Cognitiva - Roma

Nell'esperienza clinica è sempre più frequente il riscontro dell'associazione dei Disturbi dell'Alimentazione con altre problematiche psicopatologiche. Con il termine comorbidità si intende definire il quadro clinico che queste situazioni presentano.

Sono facilmente comprensibili le ragioni che sottendono alla definizione di “pazienti difficili” per indicare quei pazienti che presentano una condizione di comorbidità, facendo così riferimento non solo alla complessità clinica ma anche alla complessità dell'intervento terapeutico.

Queste situazioni pongono il clinico di fronte a difficoltà sia diagnostiche che relazionali; non sono infrequenti gli ostacoli al trattamento, così come la necessità di organizzare un progetto terapeutico che coinvolga più figure curanti.

E' proprio l'intervento integrato che, se ben strutturato, sembra essere una efficace risposta terapeutica nella diagnosi di comorbidità, dove le diverse figure curanti possono cogliere i vari aspetti implicati nel disturbo (vedi internista, farmacologo, nutrizionista, ginecologo).

*Integrazione, non semplice giustapposizione di interventi. Ed è qui che può venire in aiuto il concetto di Co-terapia, nato all'interno della prospettiva cognitivo-evoluzionista, con le sue specificità concettuali e cliniche.*

*Scopo del presente lavoro sarà una sua articolata descrizione, con rimandi alla sua applicazione nell'ambito del trattamento dei DA.*

## COMORBILITÀ NEI DA E PROSPETTIVA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA

Cristiano Ardochini

ARPAS – Roma

VI Centro di Psicoterapia Cognitiva – Roma

SIS-DCA

Il fenomeno della comorbidità psichiatrica da tempo si è imposto all'attenzione dei clinici, per le difficoltà che pone ai diversi percorsi di cura. L'etichetta “paziente grave” o “paziente difficile”, di sempre più frequente riscontro nella letteratura specialistica, alla stessa comorbidità sovente rimanda. Non v'è dubbio che soggetti con Disturbi dell'Alimentazione [DA] ben rappresentino una siffatta categoria clinica, come fanno gli operatori che si cimentano nella loro cura. Alla multidimensionalità del quadro sindromico, si aggiunge, come fattore decisivo nel giustificare gli ostacoli al trattamento e alla sua efficacia, proprio la comorbidità psicopatologica.

Scopo della presente relazione è la descrizione dell'angolatura da cui la prospettiva cognitivo-evoluzionista interpreta il fenomeno della comorbidità psichiatrica. Elemento irrinunciabile è il concetto di Sistema Motivazionale Interpersonale [SMI], con particolare rilievo all'Attaccamento e alla sua Disorganizzazione. Riflesso di una siffatta cornice è la necessità di ri-pensare ai trattamenti integrati, cardine ineludibile di qualsivoglia percorso di cura nei DA, nei termini di Co-terapia, con le sue specificità relazionali.

## LA COMORBILITÀ NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Alessandra Muscetta

VI Centro di Psicoterapia Cognitiva - Roma

Nonostante l'interesse per lo studio dei disturbi alimentari sia, negli ultimi anni, molto aumentato, probabilmente per ragioni legate sia all'incremento della loro incidenza sia per il loro indubbio impatto sociale, ci sono problematiche che ancora risultano lontane da una loro migliore comprensione, e tra queste, senz'altro il fenomeno della comorbilità.

Manca ancora una visione unitaria o meglio, siamo ancora alla ricerca di un modello esaustivo delle complesse caratteristiche psicopatologiche di questi disturbi che non sono solo categoria diagnostica autonoma (DCA puri) ma possono comparire come sintomi nel corso dello sviluppo di un altro disturbo psichico.

In generale infatti i tassi di comorbilità sono piuttosto alti soprattutto se ci riferiamo allo spettro affettivo, ai disturbi d'ansia, abuso di sostanze e ai disturbi di personalità e ricerche ulteriori andranno ancora effettuate per chiarire il vero significato di questa associazione e delle altre riscontrate in altri disturbi come i disturbi dissociativi e quelli somatoformi.

In questo lavoro considereremo, in particolare, gli aspetti della comorbilità che sembrano avere maggiore rilevanza per le ricadute sul decorso e le strategie terapeutiche. Cercheremo anche di comprendere l'eventuale contributo del punto di vista evolutivo a queste tematiche, partendo da alcuni dati della recente letteratura sull'infanzia e adolescenza.

# IMPULSIVITÀ, DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

M. Avanzi, S. Cabrini, A. Negri, R. Spotti, A. Zioni

U.O. Ser.T Val D'Arda- AUSL di Piacenza

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) presentano frequentemente sovrapposizioni con altri disturbi psicopatologici, in particolare i sottotipi con condotte di eliminazione sono stati precedentemente associati all'uso di sostanze (1,2), di contro il sottotipo con restrizioni presenta percentuali inferiori di comorbidità con comportamenti additivi (3).

Studi recenti suggeriscono che i meccanismi neurali associati al disturbo alimentare sono in parte sovrapponibili con quelli dell'abuso da sostanze (4). Questa associazione non risiede tanto in una vulnerabilità genetica condivisa (5), quanto in tratti psicopatologici comuni. In particolare, l'impulsività è stata presa in considerazione come un fattore sottostante in grado di rendere ragione di disturbi additivi e condotte di eliminazione. Nonostante l'alta prevalenza di DCA tra donne in trattamento per dipendenza da sostanze, pochi studi hanno valutato gli effetti sull'esito del trattamento, e pochi trattamenti sono inoltre disponibili per trattare entrambi (6,7).

Recenti evidenze hanno confermato che determinate caratteristiche psicopatologiche sono associate al mantenimento e completamento di trattamenti per la tossicodipendenza (6), e studi focalizzati su campioni femminili hanno evidenziato l'associazione tra specifiche caratteristiche dei pazienti e percentuali di compimento del trattamento (7). In particolare, funzionamento psicologico, stabilità e supporto sociale sono stati considerati fattori implicati nel esito del trattamento e, più che altri fattori, la severità del disagio psicopatologico è stato associato all'abbandono del trattamento (6).

Il Servizio di Algologia e Medicina delle Dipendenze di Cortemaggiore, AUSL di Piacenza, ha svolto un'indagine finalizzata a osservare la presenza di disturbi del comportamento alimentare in donne con disturbo da abuso di sostanze, nella prima fase di un trattamento residenziale per dipendenza da sostanze, definendone frequenza e livello di gravità. Inoltre, al fine di comprendere la relazione tra questo dato, e più globali indici psicopatologici, sull'andamento temporale del trattamento per il disturbo da abuso, una seconda parte dello studio ha previsto la valutazione dell'esito del trattamento.

L'indagine è stata svolta in 5 Comunità Terapeutiche in Emilia-Romagna, è iniziata nel 2001 e si è protratta, nella sua prima fase, per 12 mesi circa. Un totale di 204 donne (età media: 29,7; DS 5,7), durante lo stadio iniziale del trattamento residenziale, ha accettato di partecipare allo studio. Ciascuna di esse ha completato, in forma anonima, un questionario anamnestico standardizzato (CBA 2.0, scheda 4) e i seguenti questionari: EDI-2 (Eating Disorder Inventory, 8), TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire, 10), ISED (Inventory for the Screening of Eating Disorders, 9), CBA- Benessere Giovanile (11). A distanza di 4 anni è stato valutato l'esito del trattamento, tramite questionari compilati da parte degli operatori delle strutture residenziali.

Il 20% delle pazienti ha una storia di disturbo alimentare, il 73,4% non ha precedenti sintomi di disturbo alimentare, mentre non sono note informazioni rispetto al 6,4% del campione. Il 27,5% ha valori sopra soglia nella scala di insoddisfazione corporea (EDI-IC), il 21,1% nella scala di sfiducia interpersonale (EDI-SI), il 14,2% nella scala di paura della maturità (EDI-PM) e il 13,2% ha valori sopra soglia nella scala di regolazione degli impulsi (EDI-RI). Il 14,7% ha valori sopra soglia alla scala di impulso alla magrezza (EDI-IM), in riferimento ai dati di letteratura, questo valore è stato considerato indicativo di un alto rischio di disturbo del comportamento alimentare. I valori di BMI mostrano correlazioni significative con i punteggi ottenuti all'EDI-2.

I dati relativi all'esito del trattamento sono stati disponibili per 190 pazienti. Di queste il 53,3% ha completato il trattamento in modo efficace, il 21,2% ha abbandonato il trattamento, mentre non si hanno informazioni relative al 25,5% delle pazienti. Il gruppo di pazienti che ha abbandonato il trattamento ha punteggi significativamente più elevati nella sottoscala EDI-IM ( $p = .027$ ).

Più di un quinto del campione (20,2%) ha una storia di disturbo alimentare, e un ottavo (15%) ha un rischio elevato di disturbi alimentari. La letteratura relativa alla presenza di comportamenti additivi in popolazioni con disturbi alimentari è ampia, e le percentuali emerse nella nostra indagine sono paragonabili a quelle riportate in questi lavori (1,12).

Il costrutto di *Harm avoidance*, si riferisce a un deficit nell'inibizione comportamentale in risposta a segnali negativi (punizioni, frustrazioni). Nel nostro campione, il gruppo a rischio presenta punteggi inferiori di *Harm avoidance* suggerendo una minore responsività di fronte al pericolo, e questo tratto può essere associato a conseguenze rischiose. Questo risultato è in linea con gli studi che sostengono un alterato processo decisionale in pazienti con DCA (13,14), e che rilevano una maggiore tendenza verso comportamenti a alto rischio (tentativi di suicidio, autolesionismo, furto) in pazienti con associazione tra DCA e disturbo da abuso di sostanze.

Come ha suggerito Herzog (2), i pazienti multi-impulsivi, trattati per DCA possono spostarsi verso un comportamento d'abuso, quindi il trattamento deve tener conto di questo rischio. Allo stesso modo trattamenti residenziali per l'abuso di sostanze possono far emergere disturbi alimentari preesistenti. Recentemente è stata evidenziata una significativa relazione tra astinenza da sostanze in ambiente controllato e aumento ponderale (15). Questo dato può sia derivare da un'attivazione compensatoria del sistema della ricompensa, come ipotizzato dagli autori, sia da una normalizzazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari. In entrambi i casi, l'aumento del peso può riportare in superficie problematici rapporti con il corpo e con il cibo.

La presente indagine porta con sé due principali risultati: vista l'alta prevalenza di DCA in questa popolazione, appare cruciale che l'assessment iniziale dei soggetti con disturbi da abuso valuti questa potenziale co-occorrenza. Inoltre, alla luce delle relazioni tra rischio di disturbo alimentare e abbandono terapeutico, è auspicabile che si possano sviluppare trattamenti paralleli al fine di contenere i rischi di ricadute o di distress causato dall'emergere di DCA nel corso di trattamenti per la dipendenza da sostanze.

### **Riferimenti bibliografici:**

1. Conason A.H., Brunstein Klomek A., Sher L.: Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders. *Q. J. Med*, 99, 335–339, 2006.
2. Herzog, D.B., Franko D.L., Dorer D.J., Keel P.K., Jackson S., Manzo M.P.: Drug abuse in women with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 39, 364-368, 2006.
3. Stock S.L., Goldberg E., Corbett S., Katzman D.K.; Substance Use in Female Adolescents With Eating Disorders. *J. Adolesc. Health*, 31, 176–182, 2002.
4. Corwin R.L., Hajnal A.: Too much of a good thing: Neurobiology of non-homeostatic eating and drug abuse. *Physiol. Behav.*, 15; 86(1-2), 5–8, 2005.
5. Lilenfeld L.R., Kaye W.H., Greeno C.G., Merikangas K.R., Plotnicov K., Pollice C., et al.: A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects on proband comorbidity. *Arch. General Psychiatry*, 55 (7), 603-610, 1998.
6. Haller D.L., Miles D.R., Dawson K.S.: Psychopathology influences treatment retention among drug-dependent women. *J. Subst. Abuse Treat.*, 23, 431–436, 2002.
7. Greenfield SF., Brooks AJ, Gordon SM., Green, CA., Kropp F., McHugh RK., Lincoln M., Hien M., Miele GM.: Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug Alcohol. Depend.*, 86, 1-21, 2007.
8. Garner D.M.: *Eating Disorder Inventory 2*, Firenze, Organizzazioni Speciali, 1984.
9. Ruggeri M, Favaro A, Santonastaso P.: Inventory for the Screening of Eating Disorders (ISED). *Epidemiol Psichiatr Soc.*, 9(1), 70-6, 2000.
10. Cloninger, C.R.: A systematic method for clinical description and classification of personality. *Arch. General Psychiatry*, 44, 573–588, 1987.
11. Michielin P., Sica C.: CBA-Forma Benessere Giovanile: alcuni dati preliminari. In: Sanavio E., Vidotto G., *Batteria CBA: dieci anni di ricerche*. Torino, UPSEL, 1996.

12. Wolfe, W.L., Maisto S.A.: The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clin. Psychol. Rev.*, 20 (5), 617-631, 2000.
13. Boeka A.G., Lokken K.L.: The Iowa gambling task as a measure of decision making in women with bulimia nervosa. *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, 12(5), 741-5, 2006.
14. Wiederman M.W., Pryor T.: Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addict. Behav.*, 21, 269–72, 1996.
15. Hodgkins C.C., Cahil K.S., Seraphine A.E., Frost-Pineda K., Gold M.S.: Adolescent drug addiction treatment and weight gain. *J Addict Dis.*, 23 (3), 55-65, 2004.

# Workshop in parallelo

## *2. Integrazione e creatività nella gestione della cronicità*

Moderatore A. Milani

*La motivazione nella cronicità*

M.R. Ventura

*Le tecniche-attività espressive*

C. Renna

*Creazione di luoghi terapeutici*

E. Uber

*L'esperienza del gruppo di psicodramma*

A. Boeri P. Bianchi



# LA MOTIVAZIONE NELLA CRONICITÀ.

Dr.ssa Mariarosa Ventura, Didasco, Milano

## Introduzione

Le malattie croniche sono patologie che presentano una o più delle seguenti caratteristiche: sono permanenti, lasciano una disabilità residua, sono causate da alterazioni patologiche reversibili, richiedono uno specifico training della persona per la riabilitazione e possono rendere necessario un lungo periodo di supervisione, osservazione e cura.

La cronicizzazione rappresenta uno dei rischi principali dei Disturbi Alimentari (DA), sia in termini di complicanze mediche che di mortalità. Le gravi implicazioni sociali di tali patologie sono spesso sottovalutate così come l'impatto nel tempo di interventi, a breve termine, focalizzati al recupero ponderale e alla apparente normalizzazione dello stile di vita.

L'utilizzazione di interventi motivazionali in soggetti affetti da DA cronicizzati è allo stato attuale un'area di ricerca sperimentale che evidenzia come uno dei fattori predittivi di outcome positivo in questi soggetti, sia rappresentato dall'assenza di pregressi trattamenti mirati al DA.

## Obiettivi del Workshop

definire la cronicità nei Disturbi dell'Alimentazione

fornire alcuni elementi di base degli interventi motivazionali nei DA

identificare alcune caratteristiche degli interventi motivazionali in soggetti con DA cronicizzati

utilizzare come esemplificazione un intervento motivazionale in soggetto con DA cronico

## Riferimenti bibliografici

Britt E, Hudson SM, Blampied NM. *Motivational interviewing in health settings: a review*. Patient Ed Couns, 2004, 53, 147-155.

Fichter MM, Quadflieg N, Hedlung S. *Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord. 2006 Mar;39(2):87-100.

Godart NT, Flament MF, Perderau F, Jeamet P. Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients. *Encephale*, 2003, 29 (2): 149-156.

Miller WR, Rollnick S. *Il colloquio di motivazione*. Erickson, Trento, 1997 (1<sup>a</sup> ed.) e 2004 (2<sup>a</sup> ed.) [Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. Guilford Press, New York, 2002, 1<sup>st</sup> e 2<sup>nd</sup> ed.]

Popeo A, Bauer B. *Vorrei e ....non vorrei: dall'ambivalenza alla decisione. Il processo motivazionale*. In, Bauer B, Ventura M. ed.: *Oltre la dieta. Una nuova cultura per i disturbi alimentari*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998: 69-96.

Quadflieg N & Fichter MM. *The course and outcome of bulimia nervosa*. *Europ Child Adol Psychiatry*, 2003, 12 (Suppl 1): 99-109.

Steinhausen HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century*. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (8): 1284-1293.

Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Dis* 2004, 36(3): 245-255.

Treasure J., Bauer B. *Assessment and Motivation*. J. Treasure et al. (Eds.) *Handbook of Eating Disorders*. (2<sup>nd</sup> Ed.) J. Wiley, Chichester, 2003: 219-231.

Ventura M, Bauer B. Validazione clinica di un manuale di supporto guidato orientato al modello transteoretico del cambiamento. *ADI Magazine*, 2001, 5(3), 353

Ventura M., Bauer B. *L'intervista motivazionale e le fasi del cambiamento*. O. Bosello (Ed.) *Obesità. Un trattato multidimensionale*. Milano, Kurtis, 2 ed., in press.

Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Tev*, 2004, 24, 361-378.

## LE TECNICHE-ATTIVITÀ ESPRESSIVE.

### [MAGRITTE E NOI] • UN LAVORO DI COPY-ART

Caterina Renna

Psichiatra Responsabile del Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare DSM • ASL Lecce, via Miglietta, 5 • 73100 Lecce, tel. 0832.215697,

e-mail: [caterinarena@libero.it](mailto:caterinarena@libero.it)

#### **Introduzione**

I numerosi protocolli operativi per i disturbi del comportamento alimentare sviluppati nel corso degli ultimi anni, sono variamente elaborati da ciascuna équipe sulla base della specifica formazione scientifica ma anche culturale, e contemplano elementi differenti pur tra loro in relazione. Il presupposto da cui si parte è che *curare* significa prendere in carico non la patologia ma il soggetto che ne è portatore nella sua interezza, per sostenerne la guarigione dalla sintomatologia, la acquisizione di un ruolo e una funzione sociale oltre che di competenze nell'ambito della vita affettiva e lavorativa.

Il PIM, protocollo di intervento multidisciplinare attivo presso il Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare del DSM della ASL di Lecce (Renna, 2000; Renna, 2002; De Giacomo, Renna, Santoni Rugiu, 2005), prevede una valutazione e un trattamento integrato per la cui elaborazione si è tenuto conto: dei dati riportati in letteratura; delle ricerche più importanti nel campo del trattamento; del presupposto che ci troviamo di fronte a problemi complessi che una sola disciplina non può essere in grado di affrontare in toto; della necessità di un contatto umano e genuino che focalizzi sulla qualità della vita rimuovendo quel senso di isolamento e di solitudine che il soggetto affetto da disturbo dell'alimentazione sperimenta. Pertanto, in questo programma, agli interventi classici offerti dalla maggior parte dei clinici, quali riabilitazione nutrizionale, terapia farmacologica e psicofarmacoterapia, terapia psicoeducazionale, psicoterapia individuale e di gruppo – dinamica, cognitivo-comportamentale, interpersonale – e psicoterapia familiare, si vanno ad aggiungere altri elementi originali che sono gli interventi nei laboratori espressivi di arti visive, scrittura creativa/drammaturgia ed espressione corporea, in cui sperimentare nuovi linguaggi; abilitare in senso “altro”, creativo; affermare le potenzialità in ombra; sviluppare consapevolezza; comunicare e mettere in comune; innescare una serie di corrispondenze per poter “dire” di sé; conoscersi e farsi conoscere, conoscere l'altro da sé.

Il presupposto è che una sofferenza che coinvolge tutti i livelli di una persona, che altera profondamente i rapporti affettivi e relazionali non può essere affrontata e risolta da terapeuti che si occupano esclusivamente del sintomo ignorando tutto il resto.

In definitiva, l'obiettivo è quello di rendere possibile un miglioramento della qualità tutta dell'esistenza attraverso l'integrazione di ottiche e interventi diversi – ma non escludentisi –, per la cura di malattie difficili, che tengano conto degli aspetti psicologici, organici ma anche sociali e culturali.

#### **Le terapie e le tecniche espressive**

L'espressività, intesa nel senso più ampio, abbraccia una varietà di forme, di sfaccettature, una molteplicità di modi possibili di *essere nel mondo* non riconducibili necessariamente alla sfera artistica. *Essere è l'intima manifestazione dell'esprimere*. Etimologicamente, *l'esprimere* indica l'emergere di qualcosa da un “dentro” a un “fuori”, è il veicolo privilegiato di emozioni, sentimenti, vissuti consci e inconsci ove il corpo diviene il denominatore comune fondamentale. Quanto al termine terapia, essa deriva dal greco *therapeia* e significa cura, servizio, assistenza, insieme delle azioni e delle pratiche destinate a trattare e a guarire le malattie. Le “terapie espressive” nascono, dunque, dall'incontro ponderato di due termini e da una scelta concettuale non lasciata al libero arbitrio. Si presentano come attività basate su un lavoro di espressione mediata (poesia, pittura,

teatro, musica, ecc...) e consentono di interagire con il paziente attraverso l'elemento creativo (Renna e coll., 2004; Tommaso e coll., 2004).

Se nella *psicoterapia* l'espressione verbale è lo strumento privilegiato grazie al quale il terapeuta entra in contatto con i vissuti emotivi del paziente, nelle *terapie espressive* le attività creative vengono a rappresentare un'area intermedia tra terapeuta e paziente, quasi un oggetto transizionale che consente di mediare e filtrare la relazione così da rendere possibile la comunicazione.

Interpretare il tempo della cura attraverso la pratica espressiva, significa dilatarlo nel senso di un coinvolgimento responsabile e creativo del paziente che intraprende un percorso di scoperta delle sue potenzialità espressive (Marino, 2002). L'inserimento nel programma di trattamento integrato e multidisciplinare, dei percorsi/laboratori creativi di scrittura, pittura, danza, fotografia, cinema, teatro, ecc. è stato, dunque, pensato in quanto le attività espressive, insieme alle attività psicoterapiche:

concorrono a facilitare l'espressione di sentimenti ed emozioni rimossi,

consentono di cogliere più a fondo la realtà interna le dinamiche latenti e le esperienze rimosse, di trasmettere e condividere sentimenti ed emozioni,

stimolano l'emergere di potenzialità e qualità misconosciute che attivano le capacità autorigenerative,

spingono a ricercare nuovi e alternativi modi per dire di sé, comprendere e farsi comprendere,

fanno sì che l'attesa del guarire si muova in movimento, in un movimento dell'anima, che sceglie di svelarsi, sceglie di condividere l'esperienza riscattando il silenzio, la chiusura, la negazione che ha motivato il sintomo e, in definitiva, il manifestarsi della malattia.

Vi è nell'agire creativo una valenza comunicativo-simbolica che trascende la mera dimensione estetica, spingendosi al di là per dare *corpo* ai pensieri più silenziosi, *forma* a quell'indicibile che è parte sostanziale della vita, ed *espressione* a fantasie ed emozioni anche quando sono pietrificate dalla sofferenza e non arrecano più nutrimento al pensiero.

Le terapie espressive rappresentano il luogo della risignificazione di questa valenza con l'obiettivo di dare voce alle diverse voci, spazio alla parola che non si riduce al verbo, stimolare tutti i canali, percettivi e sensoriali da cui filtrano opportunità di comunicare e di essere in un'ottica che integra la globalità dei linguaggi (Guerra Lisi, 1995).

Nelle terapie espressive si tiene conto della relazione e interazione su vari livelli. Il *primo livello*, si riferisce al percorso che il soggetto ha compiuto per arrivare a quel prodotto e al feed-back che questo esercita su chi lo ha realizzato. Il *secondo livello*, si riferisce alle relazioni all'interno del gruppo. Il soggetto può lavorare mantenendo in un primo momento la distanza e, successivamente, attraverso il prodotto (esposizione della propria opera, osservazione del lavoro degli altri e scambio di opinioni) ridurre tale distanza avvicinandosi a relazioni comunicative con gli altri membri del gruppo. Il *terzo livello*, infine, si riferisce alla comunicazione tra paziente e terapeuta attraverso il prodotto, durante le varie fasi della creazione, che può essere più apertamente cognitivo e consapevole o rimanere a livello più simbolico e inconscio, oppure può avvenire contemporaneamente a livello conscio e inconscio. Va, inoltre, considerato quanto il prodotto possa rivestire molteplici funzioni (Bartalotta, 1998):

*trasformativa*: il prodotto può determinare una trasformazione dell'esperienza, così come accade con un brano di poesia, di musica o se si ammira un'opera d'arte;

*riparatrice*: il prodotto può essere la rappresentazione di un'esperienza rimossa che non ha avuto fino ad allora modo e luogo per essere espressa o il desiderio di recuperare qualcosa che si è perduto per sempre;

*transizionale*: il prodotto può costituire un ponte che consente di creare collegamenti tra realtà interna e realtà esterna;

*sintetica*: il prodotto consente la sintesi tra emozioni e sentimenti a volte contrastanti;

*contenitrice*: il prodotto riesce a dare una struttura ad una massa caotica di pensieri, emozioni e sentimenti che viene, così, organizzata in una *forma*;

*catartica*: il prodotto può rappresentare l'occasione per portare alla coscienza e rivivere avvenimenti traumatici del passato, liberandosi in tal modo dalle tensioni legate al trauma psichico.

### ***I laboratori***

Le tecniche e le terapie espressive vengono sperimentate all'interno di specifici laboratori che consentono l'espressione del latente, di quello che non viene comunicato se l'altro non ascolta, di quello che non viene comunicato, dunque, se non all'interno di un'attenzione suscitata; consentono di non rimanere incastrati in un'immagine che non ci appartiene ma che l'altro ci rinvia come se fosse la nostra; consentono di suggerire all'altro un nuovo modo di guardarci e comprenderci all'interno di una vera relazione empatica. Conseguentemente, la *produzione* che ne deriva (intesa come *risultato* o *risultante*) consiste in una manifestazione di sé che esclude, almeno in parte, la ricerca del gusto estetico a tutti i costi e l'aspettativa di guadagno.

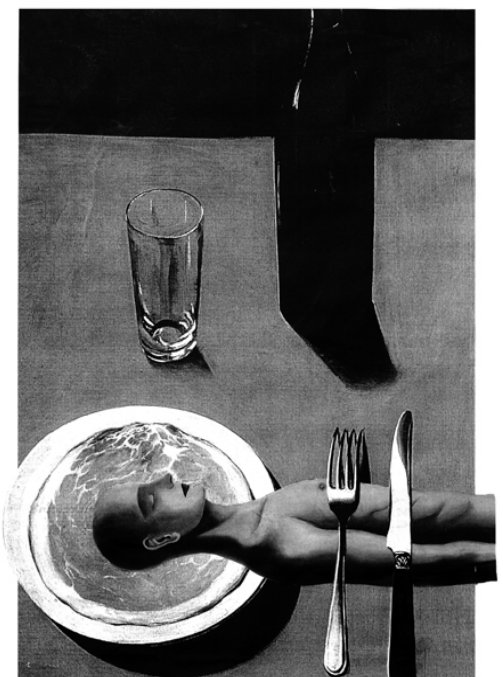
Ciascuno dei laboratori si muove in spazi tematici ben definiti e generalmente metaforici senza tralasciare un certo margine di flessibilità che consente di aprirsi alle alternative proposte dal gruppo. Le tecniche non sono mai suggerite secondo modalità prefabbricate, da assumere e ripetere meccanicamente, ma possiedono l'anima di una riflessione ed una sintesi del tutto personali. Vi è, inoltre, tra i diversi laboratori, nei casi in cui sia necessario adottare diverse strategie d'azione – in particolar modo quando ci si apre all'esterno con manifestazioni pubbliche che cercano l'*incontro* –, un dialogo aperto ed una compartecipazione nella realizzazione di un unico obiettivo. Quello che viene adottato è, cioè, una sorta di metodo interdisciplinare che si propone di attraversare, in un continuo processo di circolarità, l'intera gamma delle modalità espressive messe in atto.

Creare un setting fatto di spazio/tempo ma soprattutto di contenzione/libertà vuol dire costruire una scena con un clima differente e di differenza che moltiplica il senso con la metafora di musiche e sonorità evocate da affinità, in un gruppo chiamato ad allevarsi, svezzarsi, curarsi in comune, in reciproco aiuto, in una ecologia della relazione che adatta ed apre ogni singolo nel suo darsi all'altro.

Come parte di un percorso di cura, l'esperienza guidata da operatori artistici/culturali è sempre supportata dallo psicoterapeuta che conosce a fondo i pazienti, in quanto molte delle cose che accadono, molti segni della mente e del corpo, non troverebbero altrimenti il modo di essere decodificati quale metafora di vissuti o desideri lontani che cercano un modo per mostrarsi e, dunque, per essere compresi come qualcosa di "altro" dal momento in cui accadono.

### ***L'esperienza***

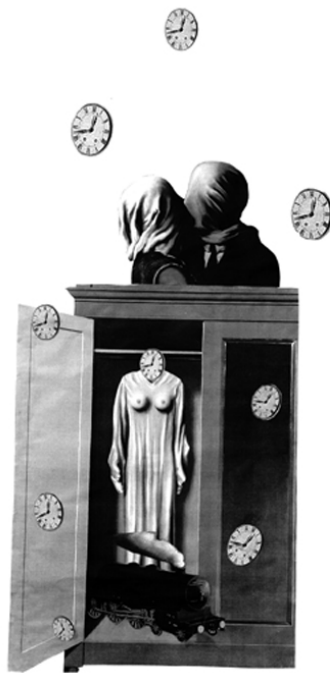
[Magritte e Noi], rappresenta un tentativo, operato all'interno dei nostri laboratori espressivi, di re-interpretare le opere di René Magritte. La scelta delle opere del pittore belga quale momento primo da cui partire per una riflessione più ampia sul senso della propria esistenza, è stata motivata dall'aver ravvisato in esse *un corpo di segni* che in qualche modo potevano stimolare a parlare di sé nell'oltre della malattia, con il quale costruire una nuova iconografia capace di



rappresentare il disagio e il desiderio del suo superamento: le posate, un bicchiere vuoto, un armadio con un vestito che ricorda un corpo, l'inesorabilità del tempo, un occhio che ti guarda dal centro di una fetta di prosciutto in un piatto, un volo fermato da una mano, il bacio trattenuto da un velo, il soffice di una nuvola tenuta in un calice, un corpo che dimagra...

La pittura di Magritte afferma, nel destrutturare, i segni e la lingua che si fanno parola. L'anoressia e la bulimia percorrono la stessa traccia, strutturano e destrutturano una personalità in un labirinto comportamentale fatto di "andate" e "ritorni", di affermazioni e di negazioni che *compiono*, sul corpo, atti *simbolici* in un tentativo di comunicazione bloccato, che non valorizza, che non premia, che vuole stare *vuoto* pur cercando una possibile *lingua*.

All'interno dei laboratori si è stimolata l'apertura di un canale comunicativo-emozionale che permettesse *l'entrata* e *l'uscita* di sensazioni, percezioni, idee, sull'altro e su se stessi che allargassero la sfera quotidiana di comportamenti e pensieri invischiati e bloccati nei sintomi e nel



sentirsi inadeguati. Si è cercato di stimolare la riflessione sulla differenza esistente tra *somiglianza* e *simiglianza*, sulla differenza ad ambire acriticamente ai modelli proposti (la magrezza e la bellezza come le uniche armi per ottenere apprezzamento-amore-successo, o per determinare una anestesia delle emozioni che allontanano il soffrire) e la ricerca della similitudine che fa sentire *insieme*. "La somiglianza ha un *padrone*: un elemento originario che ordina e gerarchizza partendo da se stesso tutte le copie sempre più sbiadite che è possibile trarne. Somigliare presuppone un referente primario che prescrive e classifica... Il simile [invece] si sviluppa in serie che non hanno inizio né fine, che sono percorribili in un senso o nell'altro, che non obbediscono ad alcuna gerarchia, ma si propongono di piccole differenze in piccole differenze" (Foucault, *I sette sigilli dell'affermazione*).

L'obiettivo non era quello della ricerca di interpretazioni critiche, giuste o sbagliate, ma quello della ricerca, a partire dalle *visioni* delle opere dell'artista, di nuovi

orizzonti di senso da tradurre in altrettante *visioni* individuali e collettive.

Al fine di meglio *acquisire* la pittura dell'artista, di farla propria e reinventarla, sono stati realizzati dei quadri con la tecnica della copy-art. Particolari delle opere di Magritte sono stati liberamente manipolati e assemblati per poter dire di sé, utilizzando un linguaggio, non astruso, non incomprensibile, non infarcito di sintomi e malessere, ma condivisibile all'interno di una relazione giocata sui segni e sui simboli. Perché si aprisse un canale sul mondo dell'ascolto, dello scambio, della condivisione, dell'affermazione – di sé e dell'altro – nella differenza.

### Riferimenti bibliografici

Bartalotta P.G.: *Manuale di Arte Teatro Terapia*, a cura di Bartalotta P.G., T.E.R., Roma, 1998

De Giacomo P., Renna C., Santoni Rugiu A.: *Manuale sui disturbi dell'alimentazione*, Franco Angeli, Milano, 2005

Guerra Lisi S.: *Il metodo della globalità dei linguaggi*, Borla, Roma, 1995

Marino M.: "Alcune considerazioni dal laboratorio di scrittura sull'agire creativo", in *Competenze Multidisciplinari nei Disturbi del Comportamento Alimentare. Esperienze di Integrazione/Integrazione di Esperienze*, a cura di Renna C. e coll., 57-59, Piero Manni, Lecce, 2002

Renna C.: "Attività del Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare", in *Psichiatria in Puglia*, Anno VI, n°12, Bari, 2000

Renna C.: “Il trattamento in day hospital per i disturbi del comportamento alimentare”, in *Competenze Multidisciplinari nei Disturbi del Comportamento Alimentare. Esperienze di Integrazione/Integrazione di Esperienze*, a cura di Renna C. e coll., 124-128, Manni Editore, Lecce, 2002

Renna C., Calò P., Tommaso A. e Quarta S.: “Creatività e cura dei DCA”, in *Alimenti e comportamenti*, 3, 2, 54, 2004

Tommaso A., Quarta S., Marino M., Calò P., Renna C.: “Creatività e cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare”, in *Psichiatria in Puglia e Basilicata*, Anno X, n°16, Lecce, 2004

## LAVORI IN CORSO PERMANENTI

Elena Uber

Dirigente medico – Unità DCA UO SerT Val d'Arda e Val Tidone - AUSL di Piacenza

“ ...Il valore di Adamo, valore irripetibile e tutto suo tra le creature, e' stato la percezione del segreto irriducibile del mondo. Egli doveva trovare la ragione per cui era stato messo li' e anche perche' il mondo era li'...La ragione era una, principalmente: riconoscere e adorare la ragione che aveva creato il mondo. Un altro esame da superare era riuscire a vedere che il mondo si muoveva sempre nel tempo, non nella eternita'; e che il tempo, col suo passare e frantumare ogni vita, era dolore. Adamo doveva dunque riconoscere due cose: una Grandezza inenarrabile e una inenarrabile Tristezza...Poteva trarne due comportamenti: registrare la suprema bellezza e intervenire nella suprema tristezza, o dolore. Tale intervento si chiamo' soccorso. L'uomo fu centrale perche' non aveva sopportato il dolore, aveva inventato il soccorso, aveva scoperto la compassione...”

Così scrive Anna Maria Ortese nel suo splendido “Corpo Celeste “ (1).

La compassione si declina in tanti modi e aspetti differenti.

Vorrei parlare d'uno di questi all'interno d'un luogo di lavoro. Forse puo' suonare un esordio un po' impegnativo ma e' giusto riappropriarsi laicamente d'un linguaggio significativo.

Alcuni giorni fa, ascoltando le parole che uscivano semplici e insieme profonde da Luigi Boscolo, uno dei padri fondatori della terapia sistemica in Italia, mi son sentita confortata una volta di piu' nell'idea che le questioni essenziali che interrogano e producono passione nell'essere umano non sono comunque tantissime, sono piu' o meno le stesse da sempre e si possono dire con parole semplici e non per questo banali. L'originalita' e' fornita dalla rivisitazione unica che ogni essere vive di quelle questioni dentro un altrettanto unico contesto relazionale.

Parlero' quindi d'una questione che mi pare semplice ed essenziale nel trattamento della cronicita'cioe' dei **risvolti che producono sulle persone le relazioni di lunga durata e delle implicazioni**, in un contesto di cura, **di esperienze** cosiddette “**espressive**“, cioe' non strettamente finalizzate ad un obiettivo di cambiamento. Per dirla con Gianfranco Cecchin, “contesti in cui si producono interazioni significative superando il concetto di interazioni istruttive”. (2)

Mi riferiro'all'esperienza con quel gruppo di utenti costituito da donne con storie sintomatiche lunghe e complicate, spesso caratterizzate da vicende traumatiche nell'infanzia o nell'adolescenza. Il desiderio di parlare di questo e' scaturito sicuramente da alcune relazioni terapeutiche che mi coinvolgono ormai da diversi anni e che mi hanno prodotto l'impressione crescente di qualcosa in queste persone che stava cambiando al di la' delle mie ipotesi e dei miei obiettivi e dalle sensazioni, emozioni, riflessioni, che ho provato in questi mesi di preparazione insieme ad alcune di loro dello spettacolo teatrale che andra' in scena stasera, che tra l'altro nasce da un precedente lavoro di scrittura di gruppo.

Accompagno questa riflessione con immagini video e foto riprese al Ser.T. nella routine lavorativa quotidiana e durante le prove dello spettacolo per fornire un substrato emozionale alle parole poiche' proprio per l'idea che abbozzeremo di conoscenza come integrazione profonda d'attivitа' diverse del nostro corpo-mente, mi pare possa fornire un aiuto alla comprensione. Purtroppo alla immagini rubate al servizio mancano, per ovvie questioni di privacy, quelle degli utenti.

Negli ultimi anni, da quando come servizio per le tossicodipendenze ci occupiamo di disturbi alimentari, abbiamo concentrato la nostra attenzione sulle strategie terapeutiche caratteristiche della clinica delle dipendenze che sarebbero state efficacemente applicabili anche ai disturbi alimentari (3). Vale la pena ricordare che in lavori precedenti avevamo individuato come oltre all'approccio multimodale o integrato, alcune specifiche fasi dell'ingaggio terapeutico, le modalita' di selezione e le strategie di ritenzione in trattamento che normalmente utilizzavamo nel lavoro con persone dipendenti, fossero utilmente applicabili anche nella terapia dei disturbi alimentari (4).

Da qui una attenzione particolare alla formazione dell'equipe sui dispositivi motivazionali e ai contenuti relazionali del nostro lavoro, che sono divenuti pilastri portanti anche della clinica dei d.a., in assenza di maggiori certezze sui fattori che possono incidere sulla storia naturale di queste malattie (5).

La nostra ultima riflessione era stata rivolta all'importanza, per la ritenzione in cura, della **DIVERSIFICAZIONE DEI TRATTAMENTI**, cioè dell'utilità di fruire di dispositivi terapeutici che scorressero tra momenti di maggior enfasi prescrittiva ad altri più centrati su un'accoglienza pressoché incondizionata delle pazienti, senza che questa "elasticità" andasse a discapito della consapevolezza terapeutica e dell'efficacia della cura (6).

Soffermarci questa volta sull'importanza della **CONTINUITA' TERAPEUTICA** ci allinea ai più recenti contributi in merito al trattamento dei d.a. (7) nonché alle linee guida dell'A.P.A. 2000 (8) che riconoscono questi due principi come pilastri portanti in particolare in quel 20-30% di d.a. che esitano in una cronicizzazione.

Come è facile immaginare si tratta peraltro di peculiari strategie terapeutiche dei Servizi come i nostri ingaggiati con patologie che possono meritarsi l'appellativo di croniche se non altro per la durata media dei tempi di trattamento. Si consideri inoltre che anche nell'ambito dei disturbi alimentari ad un servizio pubblico come il nostro afferisce un'utenza costituita per lo più da persone pluritratte, croniche, con comorbilità di disturbi di personalità e sintomi dissociativi (accanto all'altro folto gruppo costituito da ragazzine molto giovani al primo esordio anoressico dove il dimagrimento a volte drammatico si accompagna a una quasi totale inconsapevolezza della sua origine e natura e a una rigidità relazionale altrettanto estrema, queste ultime destinate in genere a trattamenti brevi e ad alto contenuto normativo, soprattutto incardinato su prescrizioni nutrizionali, quindi con caratteristiche assai differenti di quelle su cui oggi ci soffermeremo).

Vorrei definire il risvolto peculiare della continuità d'un trattamento su cui mi soffermerò e che comincio a focalizzare dopo circa dieci anni di lavoro con i d.a., **RISTRUTTURAZIONE RELAZIONALE**.

La parola "ristrutturazione", presa in prestito dall'edilizia, mi riporta all'immagine d'una vecchia dimora di cui ci si accinga a ricostruire o riparare alcune parti sconnesse non più in grado di reggersi rispettandone però la struttura fondamentale che pur nella sua rovina appare affascinante e originale per alcune caratteristiche che nei lavori in corso s'avrà la cura di rispettare e far risaltare.

L'attrezzatura essenziale, l'impalcatura dell'impresa edile che s'accinge all'opera è a mio parere la "rete relazionale". Il termine relazione produce sempre una fantasia dinamica, fili, ponti, snodi, qualcosa insomma che si muove tra punti differenti e li connette; quindi se è senz'altro possibile obiettare che la capacità/possibilità di mettersi e mantenersi in relazione da parte di persone così segnate dalla vita è una dotazione non comune a tutte, pensarle dentro una rete (che comprende anche i luoghi di cura ma non solo), mi pare un'immagine che amplifica le potenzialità di evoluzione e sostanzia l'impalcatura di materiali e strutture differenti che le conferiscono maggior capacità portante.

Se quindi, nonostante spesso siano le nostre stesse utenti a cercare disperatamente di convincerci che non è così, che tutto andrebbe raso al suolo e ricostruito da zero, ci immaginiamo come un'impresa non di costruzione ma di ristrutturazione, il primo fondamentale momento terapeutico è rinsaldare relazionalmente questa fragile, sconnessa, a volte improponibile sagoma e darle dignità d'esistere in quanto con lei si interagisce per come è.

Il primo tempo è dunque un tempo di conoscenza, di incontro e non di perseguimento di obiettivi, nel quale il terapeuta o l'equipe si offrono come approdo accogliente e morbido in cui è possibile iniziare insieme a guardare alcune cose della propria vita.

Già nel 1946 Alexander dichiarava dal cuore del mondo psicanalitico l'importanza di ciò che egli definiva **"ESPERIENZA EMOZIONALE CORRETTIVA"** (9), cioè la potenzialità terapeutica contenuta nell'offrire al paziente una relazione in cui egli possa anzitutto fare



**esperienza reale** d'un rapporto fondato su presupposti diversi da quelli nei quali s'e' forgiata la sua identita', nel quale "puo' sperimentare la sua aggressivita' verso il terapeuta senza essere punito, puo' essere assertivo senza essere criticato...e raggiunga la percezione EMOTIVA che lui non e' piu' un bambino di fronte ad un padrone onnipotente...."(10)

Poiche' la sofferenza attuale dell'individuo non e' legata tanto al ricordo dei traumi passati quanto alla difficulta'/impossibilita' a fronteggiare i problemi quotidiani della vita che tale esperienza traumatica ha prodotto, Alexander ( e prima di lui altri grandi psicanalisti come Ferenczi e Rank) ipotizzano che piu' ancora della comprensione intellettuale dei propri problemi passati attraverso un percorso fatto di graduale riaffiorare del ricordo e integrazione del suo significato doloroso, nuove esperienze di vita, tra le quali la relazione psicoterapeutica ma anche percorsi espressivi, artistici e creativi in genere e piu' imprevedibilmente ancora occasioni esistenziali e nuove relazioni connotate da una pregnanza affettiva per la persona , possano assumere una imprevista valenza terapeutica poiche' permettono di sperimentarsi all'interno di meccanismi relazionali nuovi e significativi.

Alexander sottolinea il valore fondamentale della continuita' relazionale "**Con la ripetizione queste reazioni corrette gradualmente diventano automatiche; l'io accetta i nuovi atteggiamenti e li integra nella personalita' globale...**"(11)

Son proprio alcuni psicanalisti che per primi introducono l'idea che la ridondanza e la ripetizione di alcuni atteggiamenti relazionali sia in grado di scardinare automatismi psichici ed emotivi che l'architrave della cura psicanalitica cioe' l' insight, la comprensione intellettuale del proprio nucleo problematico, non e' di per se' in grado di modificare.

In anni piu' recenti la teoria dell'attaccamento, in particolare Fonagy , ha fornito chiavi di lettura piu' approfondite di questa capacita' ristrutturante della relazione, individuando nella penalizzazione della funzione riflessiva del bambino la chiave dell'attaccamento disorganizzato degli adulti traumatizzati (12).

Per funzione riflessiva si intende la capacita' del bambino di rispondere non solo ai **comportamenti** delle figure di attaccamento ma anche ai **sentimenti, alle aspettative, speranze**, che su di lui esse hanno.

Nel paradosso di trovarsi di fronte una figura che e' al tempo stesso fonte di protezione e paura, che nega quindi la possibilita' di attribuire un significato simbolico condivisibile al suo comportamento, l'unica via come sappiamo e' il diniego, quel buttare le esperienze affettivamente pregnanti ma non rappresentabili simbolicamente, nel pozzo oscuro dell'inconscio dove producono dissociazione.

Questo materiale della memoria disconnesso dalla organizzazione della soggettivita', mantiene pero' la sua vitalita' e chiama in causa altri "significativi" in epoche successive della vita, per rimettere in scena quelle rappresentazioni affettive sconnesse e cercare soluzioni nuove.

Con le nuove elettive figure d'attaccamento queste persone cercano riconoscimento di cio' che sono e di cio' che potrebbero diventare, cercano conferma della rappresentazione che hanno di se' ma involontariamente mettono in campo anche modi di essere e reagire nelle relazioni di cui ancora non hanno un livello rappresentazionale; per esempio raccontano di sentirsi feriti dalle persone amate senza sapere il perche', non reagiscono quando i loro bisogni non vengono accolti perche' loro stessi non li riconoscono come tali, hanno l'aspettativa, identica a quella del bambino nei confronti del mondo che lo ha chiamato in scena, di venir compresi e capiti in anticipo...

Ecco allora che quando il terapeuta e meglio ancora un luogo terapeutico con piu' persone, **si costruisce** progressivamente **un'idea** del paziente come di un soggetto abitato da diversi e sfaccettati sentimenti pensieri intenzioni, **riflette** su queste rappresentazioni e le confronta tra diverse persone, **le comunica e le condivide** col paziente stesso attraverso gesti e parole, tutto cio' si offre come luogo di sperimentazione di se' che sostituisce, in qualche modo mima, il luogo interno dove queste operazioni in un percorso evolutivo piu' "lineare" avvengono (13).

Con queste persone “ipnotizzate da un’idea, incapaci di sperimentarne la realtà psichica più che reale “(14) ( penso alla piccola Dionisia quando mi racconta “ ad un certo punto e’ come se entrassi in trance e vado...” intendendo dal padre che abusa di lei da diversi anni; e’ si’ riuscita ad andare a vivere da sola ma periodicamente va da lui ), l’unica cosa da fare e’ accettare questo stato di cose ed entrare in una relazione fatta di riconoscimento di soggettività reciproche dove la realtà profonda della persona, il Se’, e’ riconosciuta da un soggetto o da più soggetti da lui stesso riconosciuti come vitali, intenzionali, dotati di fantasie pensieri sentimenti. Menti che hanno rappresentazioni della sua mente, dice la psicologia dell’attaccamento.

La disponibilità a riflessione e contenimento vengono pian piano introiettati dalla persona in quelli che essi chiamano “ modelli operativi interni “.

Ripenso alla ragazza di prima che dopo il nostro incontro settimanale mi incontra di nuovo in negozio e si ferma a far due chiacchiere, poi mi scrive in una mail – dottoressa e’ stato bello incontrarla questa sera . Mi piace sapere che le posso dire delle cose ma che poi le contiene lì dentro, nella sua stanza e nel suo cuore -).

Questo dibattito sulla “terapeuticità” dei fattori non interpretativi in psicoterapia e’ quanto mai attuale: mentre una parte del mondo psicoterapeutico in particolare psicanalitico rimane dell’idea che una psicoterapia si possa definire tale quando l’effetto curativo e’ prodotto dall’insight generato dall’interpretazione (forse perché si tratta d’un effetto in qualche misura riscontrabile e misurabile cognitivamente dal paziente stesso) abbiamo visto che gli psicologi dell’attaccamento, convinti che non tutto delle rappresentazioni precoci del bambino e’ facilmente e completamente traducibile in conoscenza riflessiva cioè in materiale che può essere fatto riaffiorare alla coscienza, sottolineano l’importanza nei processi di cambiamento delle esperienze interattive, con intensa salienza emotiva, che rimodellano le regole, le procedure relazionali inconsciamente e precocemente inglobate (14).

Peraltra grazie alle più recenti metodiche radiodiagnostiche che hanno permesso di indagare con incredibile (almeno fino a pochi anni fa) precisione gli aspetti morfofunzionali del sistema nervoso centrale si ha oggi un riscontro persino “oggettivo”, in termini di rimodellamento di alcune aree dell’encefalo, degli effetti che alcuni comportamenti (e non solo alcune sostanze) hanno sul sistema di ricompensa.

Sappiamo infatti che il sistema dopaminergico e’ implicato nei processi cognitivi ed emotivi che ci accompagnano per tutto il corso dell’esistenza, che se i processi cognitivi e metacognitivi lavorano sulla corteccia orbitofrontale, le esperienze emotive, quindi per esempio i percorsi espressivi, le esperienze corporee e le relazioni nelle loro implicazioni “affettive”, rimodellano ed agiscono sul sistema sottocorticale e che esiste un’evidente connessione tra sistema corticale e sottocorticale nell’elaborazione dei processi decisionali.

Insomma, le esperienze continuano a riplasmarci e trasformarci in termini oggi persino visualizzabili su un monitor e personalmente trovo che questo sia un mistero tanto profondo quanto affascinante poiché apre spazi sempre inattesi alle possibilità evolutive d’un individuo, inteso come “paziente” ma anche come terapeuta o equipe terapeutica; ho l’impressione infatti che questa disponibilità a stare in relazione abbia dischiuso anche a noi inaspettate prospettive e suggerito nuove ipotesi, poiché lo sforzo creativo e’ stato prima di tutto quello di non perdere “significato” dentro percorsi continuamente ridisegnati dalle utenti stesse, che come Pollicino segnavano il terreno per ritornare a casa compiendo tragitti a volte parecchio tortuosi. Siamo cambiati e tanto anche noi, in questi anni, ci siamo fatti più “fluidi “, meno rigidi perché meno spaventati, meno affezionati alle nostre teorie sul cibo e sul peso e di più agli esseri umani che avevamo di fronte; di questo quasi paradossalmente dobbiamo ringraziare alcune ragazze che ci hanno confermato con irremovibile tenacia che si può e a volte si vuole, almeno in quel momento, vivere a 30 chili e poco più; che si vuole essere accettate senza particolari progetti per il futuro, si vogliono spendere almeno un paio d’ore in bagno tutti i giorni e non si ha alcuna voglia di divertirsi coi coetanei.

E in tutto cio' si desidera rimanere in contatto, perche' se ne riconosce il bisogno, con una rete di operatori competenti che mentre si occupa di questo, parla anche d'altro, la gita della domenica sempre quella sempre la', la passione di far catenine, la musica, il suicidio; che mentre stanno li' in quell'universo sempre un poco uguale, lo contengono nell'anima, hanno nel cuore e nella mente anche altri possibili scenari, un altrove possibile.

Questa e' la prospettiva da cui volevo raccontare questa volta il nostro lavoro; ma fedele all'idea di non affezionarsi mai troppo ad un'idea (voluta ridondanza) vorrei condividere alcuni dubbi che offuscano il luminoso orizzonte della "continuita' terapeutica" e che possono eventualmente divenire oggetto di discussione insieme.

Un primo e' questo: per quanto tempo e' possibile porsi in questa prospettiva relazionale "di mantenimento" con l'utenza dei nostri servizi, che sono pubblici, gratuiti e tendenti ad un naturale "effetto ingorgo"?

E' il tempo di ritenzione in trattamento una variabile che va tenuta presente e monitorata da parte dell'equipe curante correlandola continuamente al significato clinico della relazione terapeutica per evitare di divenire agenti iatrogeni di cronicita'?

Secondo dubbio, che nasce da una premessa: in questi anni in cui come medico che lavora con patologie fortemente connotate da sofferenza psichico ho dovuto e potuto arricchirmi di piu' sul tema del funzionamento della psiche, ho osservato una propensione altrettanto potente del mondo psicoterapeutico ad affezionarsi ad ipotesi interpretative quanto di quello medico ad affezionarsi alle diagnosi.

Per esempio, banalizzando e rimanendo nel tema trattato, una persona traumatizzata e/o abusata e' comunque una persona che difficilmente ce la fara' a condurre una vita normale, ad avere una vita affettiva soddisfacente... Eppure le situazioni che incontriamo sono tante e molto sfaccettate... Io stessa mi accorgo di osservare spesso queste persone con sguardo amoroso ma intriso di premesse che rischiano continuamente di trasformarsi in pregiudizi.

Se e' vero allora che non possiamo prescindere da una teoria che accompagni il nostro agire (perche' comunque c'e' ed e' meglio averla presente che esserne inconsapevoli portatori), quanto diventa necessario esserne sempre gia' un poco al di la'?

Quali strategie e' opportuno mettere in atto per mantenerci sempre un poco scettici di noi stessi?

La creativita' ha a che fare con cio' di cui abbiamo parlato?

Se si', come si puo' coltivarla come ingrediente indispensabile della terapeuticita' d'un intervento? Ovviamente la risposta non e' una; la mia forte impressione e' che cio' che facciamo e che viviamo "passione" e quindi con "compassione" contiene una parte di mistero e di indicibile, di "oltre", di sporgente, che nemmeno noi conosciamo e di cui (non sempre) diveniamo consapevoli eventualmente dopo.

Ed e' questa la creativita', quel particolare minimo, quasi invisibile nella sua insignificanza, che come dice ancora Annamaria Ortese, fa parte d'un disegno che ci e' impossibile contemplare.

Ma e' eccelso. E il particolare qualche volta lo sente. Allora si calma, accetta il suo posto.

### **Riferimenti bibliografici**

1. A.M.Ortese "Corpo Celeste" Piccola Biblioteca. Milano, Adelphi, 1997
2. Caruso A., Rossoni E.: Ottica sistemica e riabilitazione: vincoli e possibilita'. In (a cura di) Cocchi, De Isabella, Zanelli, Quarantini: Itinerari Psichiatrici. Le iniziative sperimentali. Milano, F.Angeli, 1990
3. Bonfa' F., Uber E., Avanzi M., Spotti R., Speroni D.: I disturbi del comportamento alimentare e la clinica delle dipendenze : l'esperienza di un servizio per le tossicodipendenze nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. In (a cura di) Minervino A., La psicosomatica del quotidiano, Atti del XVI Convegno Nazionale SIMP, 252-257, 1998

4. Bonfa' F. et al.: L'esperienza di un servizio per le tossicodipendenze nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Senza il bacio del principe. Differenze di genere e dipendenze patologiche. Modena, Sordelli Ceis, 90-107, 2002
5. Bonfa' F.: L'espressività terapeutica di un gruppo di lavoro multidisciplinare. *Psicoterapia e scienze umane*, 37 (3), 63-78, 2003
6. Uber E., Spotti R., Avanzi M., Zioni A., Boiardi R., Boeri A., Bonfa' F.: Ordine e disordine : tra rigidità e caos nella clinica dei disturbi del comportamento alimentare . L'esperienza di un servizio pubblico. . In (a cura di) U. Nizzoli: Valutazione ed efficacia dei trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare, Padova, Piccin, 157-174, 2004
7. Clerici M.: Il problema della cronicità nei disturbi del comportamento alimentare e nell'obesità'. Atti del 1° Congresso Nazionale SISDCA, Bologna, 21-24 febbraio 1998
8. American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders. Revision. *American Journal Psychiatry*, suppl, 157, 1-39, 2000
9. Alexander F., French T. et al.: *Psychoanalytic Therapy : Principles and Application*. New York, Ronald Press, 1946.
10. Alexander F., *ibid*
11. Alexander F., *ibid*
12. Fonagy P.: Pathological attachments and therapeutic action. Paper presentato al Developmental and psychoanalytic discussion group, American Psychoanalytic Association Meeting, Washington DC 13 maggio 1999. In Albasi C.: *Mentalizzazione, dissociazione, enactment*. Connessioni, anno VIII n.15, 83-95, settembre 2004. Ed. Centro Milanese Terapia della Famiglia
13. Fonagy P., Target M.: *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano, Raffaello Cortina, 2001
14. Fonagy P., *ibid*
15. Eagle Morris.: Implicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI, 1, 7-38, 2007

## L'ESPERIENZA DEL GRUPPO DI PSICODRAMMA

Anna Boeri , Paolo Bianchi

U.O. Ser.T. Valdarda Valtidone AUSL Piacenza

Da sette anni e in modo continuativo, all'interno del Ser.T. della Val d'Arda si realizza un'esperienza di gruppo rivolta a pazienti del servizio condotta da Anna Boeri e Paolo Bianchi entrambi educatori professionali e direttori di psicodramma classico.

Non ci soffermeremo sul contesto istituzionale in cui questa esperienza è inserita, in quanto già ampiamente illustrato durante questo convegno, tuttavia ci preme nuovamente sottolineare che l'approccio multimodale (bio-psico-sociale) basato sull'integrazione degli interventi clinici ha consentito e consente che l'esperienza del gruppo trovasse e mantenga un terreno fertile per la sua attuazione

Prima di passare alla concreta esperienza del nostro gruppo cercheremo di fornire qualche elemento di comprensione teorica sull'approccio del modello psicodrammatico classico.

Psicodramma deriva da *psiche* (anima) e *drama* (azione). Si tratta di un metodo di ispirazione teatrale ideato negli anni '20 da J. L. Moreno psichiatra e pioniere dei processi di gruppo, che scoprì l'importanza e l'efficacia per la persona della rappresentazione scenica: di ciò che vive, ha vissuto o desidererebbe vivere.

Lo psicodramma privilegia il punto di vista dell'azione (quello che avviene nel momento, nel *qui ed ora*) rispetto a quello del racconto.

Tra i numerosi aspetti della metodologia psicodrammatica al fine della presentazione della nostra esperienza prenderemo in considerazione la funzione del *gruppo* come *mondo ausiliario* che consente ai singoli partecipanti di sperimentare funzioni di contenimento e di accudimento sia nel ruolo passivo che attivo, funzioni che nelle storie evolutive dei nostri pazienti risultano spesso carenti o fortemente compromesse.

Dice Giovanni Boria, nostro maestro e supervisore:

*“Lo psicodramma è una filosofia che genera una metodologia, che concretizza un'attitudine, un certo modo di porsi nei confronti della realtà, un modo di concepire il mondo inteso come relazione di incontro e di aiuto. Questa metodologia consente di realizzare il concetto moreniano di mondo ausiliario per cui ogni persona può diventare agente terapeutico per un'altra persona”*<sup>1</sup>

Si comprende dunque che la dimensione relazionale è centrale, che le persone si incontrano e mobilitano il loro mondo interno, le loro risorse, emozioni, affetti in funzione della conoscenza di sé e degli altri.

Si tratta di un'esperienza sociale dove il Sé di ciascuno riceve nutrimento e protezione, dove il gruppo ha una *funzione ausiliaria* nei confronti di ogni singolo suo membro.

Dice Moreno:

*“La nostra ipotesi è che ciò di cui un paziente ha bisogno, più di ogni altra cosa, è di entrare in contatto con persone che evidentemente hanno un affetto profondo e caldo per lui... Quanto più il contatto è caldo, intimo e genuino, tanto più grandi saranno i vantaggi che il paziente potrà trarre dalla scena psicodrammatica”*.<sup>2</sup>

E' compito del conduttore, che nello psicodramma viene chiamato direttore proprio per le caratteristiche direttive nella predisposizione del setting, nella formulazione delle consegne, nella scansione dei tempi e delle tecniche, creare le condizioni affinché tutto ciò possa realizzarsi, affinché il laboratorio terapeutico del gruppo assolva alla funzione di *mondo ausiliario*, affinché

---

<sup>1</sup> Intervista a G.Boria di Rosella Picchi “*Artiterapie, Teatroterapia, Metodi d'Azione, Attività Espressive*” in SCRIPT Centro Psicologia Umanistica, n° 11 luglio 2005

<sup>2</sup> J. L. Moreno “*Manuale di Psicodramma-Il teatro come terapia*”, Astrolabio, Roma, 1985, pag. 52.

ciascuno possa sentirsi accettato nella propria autentica soggettività e nello stesso tempo accettare quella altrui.

Questo modo particolare di stare nel gruppo rappresenta un obiettivo da raggiungere, in quanto, come Bion ci ha insegnato, nei gruppi sociali gli assunti di base, che appartengono alla portata dell'inconscio, generalmente prendono il sopravvento.

Diversamente, una caratteristica fondamentale del metodo psicodrammatico è quella della *intersoggettività*, cioè il diritto di ciascuno di esprimere la propria *verità soggettiva* senza il rischio di censure, di critiche o di ritorsioni.

Questo è reso possibile dalla regola della *sospensione della risposta*, regola che non consente di entrare in rapporto dialogico quando un membro del gruppo ha il suo momento di espressione. Questa regola, semplice e apparentemente banale, garantisce di mantenere i canali comunicativi sul piano intersoggettivo e costituisce un allenamento importante alla gestione del controllo degli impulsi (la verbalizzazione impulsiva) che per i nostri pazienti costituisce un importante obiettivo della terapia. L'accettazione di questa regola come dice Paolo Carriolo, "*soggiace al soddisfacimento del bisogno di appartenenza del gruppo stesso, senza il quale nessuno si sognerebbe di dividerla*"<sup>3</sup>

Il vantaggio dell'accettazione di questa e altre regole, alcune esplicite date dal direttore ed altre implicite emergenti dal gruppo stesso, consente di costituire e di rinforzare il senso di sicurezza dei singoli, dato dal sentirsi gruppo.

Confrontarsi con le regole, sempre uguali per tutti (per mantenere la *circolarità* e la *simmetria* fra i componenti), consente inoltre di fare buona esperienza del senso del limite e della frustrazione e di accedere alla possibilità di autoregolazione delle emozioni.

Il direttore, la cui funzione direttiva si limita al contesto e non ai contenuti, assume su di sé funzioni materne e paterne, di accudimento e di contenimento offrendosi generosamente come modello soprattutto nelle fasi iniziali del gruppo o in momenti critici e di passaggio. Queste delicate e vitali funzioni generalmente e sorprendentemente vengono svolte dal gruppo e, in base alla nostra esperienza, spesso accade che proprio le persone più sofferenti e con diagnosi psichiatriche importanti riescono, più di altre, a sentire il compagno/a, ad empatizzare con le sue ferite e le sue fragilità e a mettere in atto *l'incontro* così come lo intendeva Moreno cioè la relazione fra un "Io e un Tu" che stabilisce un vero rapporto di reciprocità quando ognuno dei due riesce ad immaginarsi e a sentirsi nei panni dell'altro.

Nella metodologia psicodrammatica l'entrare "nei panni dell'altro" si attua con una tecnica specifica denominata *inversione di ruolo*<sup>4</sup>.

Un'altra peculiarità del metodo psicodrammatico è quella dell'utilizzo dell'espressività corporea in chiave relazionale. Nella nostra esperienza le attività di accoglienza, nelle fasi iniziali del gruppo, e il saluto conclusivo costituiscono importanti momenti rituali dove la relazionalità passa quasi sempre attraverso il corpo, un corpo troppo spesso maltrattato dalle condotte compulsive o ancora peggio testimone di traumi o violenze pregresse, un corpo spesso rigido, dissociato dalla componente emozionale e che richiede di fare esperienze rispettose ma efficaci nel senso dell'integrazione e della globalità di tutte le funzioni (cognitive, emozionali, corporee).

*"L'espressività, costantemente sostenuta da un metodo che orienta le persone verso comportamenti leggibili e comunicativi, è uno dei criteri basilari a cui il conduttore si riferisce nel costruire e nel proporre le consegne che attivano i singoli e il gruppo. La metodologia attiva e direttiva, proprio dello psicodramma, non si limita ad offrire alle persone l'opportunità di esprimersi, ma le mette nelle condizioni di "doversi esprimere" e di farlo in un modo ben contestualizzato. La persona (quindi) fa l'esperienza dell'esserci. Tale esperienza è la risultante di un duplice meccanismo mentale: quello del guardarsi dentro per poi esternare quanto si percepisce di sé (funzione di*

---

<sup>3</sup> Paolo Carriolo "La metodologia psicodrammatica nelle patologie anoressico-bulimiche" i Quaderni AIPSIM, 2000

<sup>4</sup> Tecnica centrale dello psicodramma che consiste nel far sì che una persona del gruppo assuma, per un certo tempo, il ruolo di un "altro". Questo "altro" può essere anche la personificazione di un oggetto, di una idea, di una fantasia, di un simbolo o di una parte di sé. G. Boria, *Psicoterapia Psicodrammatica*, Franco Angeli, 2005

*doppio) e quello del rendersi conto di essere presenti negli altri con le caratteristiche che questi ci attribuiscono (funzione di specchio). Lo psicodramma consente la non comune esperienza di accedere all'intimità nostra e altrui come ad un terreno aperto e percorribile senza vergogna assieme a dei fidati compagni di viaggio".<sup>5</sup>*

Come abbiamo cercato di descrivere, lo psicodramma è un metodo che comporta l'agire di tutta la persona nelle sue varie dimensioni e proprio per questo un accenno particolare va allo spazio fisico, al luogo in cui il gruppo si incontra e che si presta alla realizzazione del lavoro psicodrammatico nel modo più idoneo possibile a produrre processi trasformativi.

Moreno utilizzò il termine, per qualificare questo setting particolare di *Teatro di psicodramma*: si tratta di un ambiente contenitivo e rassicurante formato da materiali morbidi (moquette, cuscini), illuminato con luci artificiali possibilmente colorate, isolato da interferenze acustiche e dotato di materiale vario adatto alle esigenze sceniche (sedie, sgabelli, assicelle, teli, coperte, giocattoli, fogli, biro, pastelli, musica di vario genere ecc.). In questo spazio, differenziato dai soliti usuali ambienti di vita, la persona si può esprimere nella sua globalità, sia negli aspetti psichici che corporei, può guardare da una parte chiamata *uditorio* ed essere guardata dagli altri nell'azione dal *palcoscenico* (parte centrale disegnata a cerchio), oppure può assistere in maniera decentrata alla propria rappresentazione scenica giocata dagli altri del gruppo nei ruoli di attori dalla *balconata* (attigua al palcoscenico ma collocata più in alto). Queste parti sono strutturate in modo che il passaggio dall'una all'altra avvenga con immediatezza e nello stesso tempo sia ben percepibile il passaggio dal ruolo di osservatore/uditore a quello di attore (*protagonista* o *ausiliario*).

La costituzione di questo spazio all'interno del nostro servizio, nella fase iniziale, ha impegnato i conduttori in senso pratico-concreto. Si costruiva il *luogo*, si predisponavano gli arredamenti con dedizione e cura intanto che si creava uno spazio emozionale interno per accogliere i pazienti e partire per un viaggio che dura da sette anni. Lo spazio cognitivo, quello dell'apprendimento del metodo, si era e si andava strutturando con la scuola di specializzazione, con la supervisione e gli aggiornamenti continui.

## **LA STORIA DEL GRUPPO**

Il gruppo si costituisce nell'ottobre del 1999 ed è rivolto a 5 donne con D.C.A. (anoressia e bulimia nervosa, binge eating). La finalità è quella di costituire un gruppo a termine propedeutico alla costituzione di un gruppo continuativo che prende forma stabile dal settembre 2000 e dopo un anno integra al suo interno anche pazienti maschi con problemi di abuso di sostanze e di alcol. L'ingresso nel gruppo dell'elemento maschile costituisce una grande risorsa soprattutto per l'aspetto del confronto fra generi, ma anche per la possibilità concreta di giocare ruoli diversi.

Si tratta di un progetto sperimentale che ottiene un finanziamento regionale che consente l'allestimento di uno spazio con le caratteristiche proprie di un teatro di psicodramma situato in una stanza adiacente alla sala biblioteca, in un luogo tranquillo e separato sia dal servizio che dal complesso ospedaliero.

Tale finanziamento consente anche che una quota sia destinata alla supervisione dell'attività.

Gli obiettivi concordati con l'équipe, sono connessi con la possibilità di far compiere alle persone un'esperienza relazionale finalizzata alla crescita personale, un miglioramento della loro autostima, una più corretta percezione di sé e degli altri e un maggior controllo delle condotte compulsive.

La frequentazione del gruppo, in alcuni casi è affiancata da psicoterapia individuale o da sostegno educativo.

La proposta di partecipazione al gruppo è presentata dai rispettivi referenti della presa in carico durante la riunione di équipe. L'ingresso avviene dopo uno o più colloqui con i conduttori che presentano l'esperienza nel suo insieme esplicitando quali sono le regole fondamentali.

Si considerano anche aspettative e timori soprattutto per le persone che non hanno mai fatto esperienze dirette di gruppo. Un requisito per la presentazione/ammissione al gruppo è l'avvenuto

---

<sup>5</sup> Intervista a G.Boria di Rosella Picchi "Artiterapie, Teatroterapia, Metodi d'Azione, Attività Espressive" in SCRIPT Centro Psicologia Umanistica, n° 11 luglio 2005

ridimensionamento dei sintomi legati alle condotte compulsive che richiedono interventi medici specifici.

Alle persone tossicodipendenti viene richiesto un periodo significativo di astinenza da uso di sostanze monitorato dai controlli tossicologici. La partecipazione al gruppo costituirà per alcuni una motivazione importante per mantenersi astinenti, anche nei momenti più difficili quando il ricorso alla sostanza sembrerebbe inevitabile.

Il gruppo si tiene da settembre a giugno ogni mercoledì dalle 18.30 alle 20.45.

Da settembre 2000 ad oggi nel gruppo hanno ruotato 28 persone (18 femmine, 10 maschi) di cui:

**9** conclusioni positive ritualizzate con la comunicazione al gruppo

**4** abbandoni dal gruppo e dall'intero programma dopo alcuni mesi. Tra questi uno in particolare sparisce perché si innamora di una componente del gruppo con la quale stabilisce una relazione stabile che dura tutt'ora.

**9** interruzioni dopo un breve periodo di partecipazione, ma si mantengono all'interno del programma di cura

**6** persone attualmente in carico

Tra le persone che concludono positivamente si formano due coppie stabili che attualmente convivono.

## **I DIRETTORI**

Dall'inizio dell'esperienza e fino a settembre 2005 il gruppo viene condotto da Anna. In seguito si affianca nella conduzione anche Paolo che nel frattempo ha concluso l'iter formativo quadriennale. Si tratta di un passaggio naturale motivato dalla necessità di condivisione di un'esperienza che negli anni si è rivelata estremamente interessante, ma che si è presentata anche faticosa da sostenere individualmente.

Siamo coscienti che frequentemente nel campo psicodrammatico la co-conduzione spesso è considerata con criticità per la difficoltà di integrazione di stili e per il rischio che i conduttori attivino questa modalità in funzione difensiva nei confronti dell'ansia, tuttavia la nostra esperienza mette in luce aspetti positivi dovuti anche ai seguenti requisiti:

un cammino formativo comune;

una lunga collaborazione professionale tra i conduttori in campo formativo ed educativo che consente stima reciproca e conoscenza dei pregi e dei limiti dell'altro,

una capacità di "sentire" l'altro che consente di sintonizzarsi e assumere rapidamente strategie sinergiche nel corso delle attività di fronte all'imprevisto,

la comune possibilità di partecipare a supervisioni e consulenze esterne.

Tra l'altro la co-conduzione di persone di sesso diverso offre, al gruppo, opportunità maggiori di elaborare il rapporto con le figure maschili e femminili, con il materno e il paterno e costituisce pertanto un'occasione in più per la loro possibile integrazione.

## **LE ATTIVITA'**

I componenti del gruppo vengono impegnati con modalità differenti: a volte sono coinvolti tutti in modo omogeneo, a volte ciascuno in un tempo assegnato si esprime secondo le consegne del direttore e secondo le regole della *circolarità* (tutti hanno un proprio spazio) e della *simmetria* (tutti hanno pari opportunità).

Nella sessione di psicodramma troviamo *un tempo del gruppo* (sequenze che impegnano in modo paritario tutti i componenti ad esempio nell'aggiornamento), *un tempo del singolo* (la rappresentazione di un *protagonista*, cioè la persona, in quel momento, emergente) e *un tempo per la partecipazione* (risposta dei compagni che verbalizzano al protagonista quello che l'azione scenica ha richiamato in loro).



## **ALCUNE RIFLESSIONI sul riverbero delle attività sui componenti del gruppo**

In generale si osserva che il lavoro psicodrammatico attiva un contesto che stimola i partecipanti ad esprimersi nella loro interezza mobilitando, attraverso la proposta di diverse attività fra loro concatenate, tutte le funzioni della persona: il pensiero, la capacità espressiva, le risonanze emotive, il contatto fisico e la corporeità.

Tutto ciò, poi, deve essere espresso in un contenuto visibile agli altri e adeguato alla situazione. Questo obbliga le persone a mettere a fuoco, con la consapevolezza presente nel “qui ed ora”, quanto si percepisce di sé e a renderlo comprensibile agli altri e, contemporaneamente, ciascuno riceve (di ritorno) dal gruppo la propria immagine per come gli altri la percepiscono.

Questa continua dinamica di “*doppio*<sup>6</sup> e *specchio*<sup>7</sup>” consente in ciascuno un generale aumento della capacità di esplorare e di esprimere i propri sentimenti e di confrontarsi con quelli altrui.

Per tutti i componenti quindi si nota una migliore capacità di individuarsi, di auto percepirsi e di proporsi in termini non sclerotizzati nella relazione con l'altro che si traduce in un aumento della autostima e della consapevolezza di sé anche nelle relazioni esterne.

In particolare per *Emanuela* e *Sara* i lavori da protagonista sono stati utili il poter sperimentare situazioni di possibile autonomia dal contesto familiare originario o acquisito e maturare l'idea che ci possano essere modalità diverse di rapporto sia come figlia verso i genitori che come madre verso i propri figli.

Per *Davide* le attività che impongono la simmetria e la sospensione della risposta potenziano le possibilità di un confronto con l'altro e di accettazione di specchi come limite al proprio narcisismo. Le attività in cui si attivano le funzioni di decentramento e successivamente di auto riflessione (io-osservatore) lo interrogano sulla necessità di riconoscere i sentimenti dell'altro (e quindi anche i propri). Inoltre le esperienze di contatti relazionali che implicano l'uso del corpo gli hanno consentito di sentirsi più sciolto nella propria fisicità sia nel gruppo che all'esterno.

Per *Carlo* l'ambiente sicuro e accogliente del gruppo è fondamentale per dare “*forma*” alle emozioni e ai sentimenti più nascosti. E' importante, per lui, dare una rappresentazione percepibile alle proprie emozioni sia perché il contesto lo obbliga a dar loro una “*forma adeguata*” sia perché dando loro una *forma* riesce a “guardare da fuori” a pensare “di non essere solo prigioniero di quella cosa (la rabbia)” ma di avere anche altri pensieri, altri desideri. In alcuni momenti della sua esistenza il gruppo è stato uno dei pochi motivi per sopportare la pesantezza della propria esistenza.

Per *Donatella* il gruppo è stato il luogo dove poter ritrovare un senso alla propria vita, dove poter elaborare la fatica di convivere con un corpo inadeguato ma anche ribadire i propri valori di vita e dove ha trovato le risorse per sperimentare importanti cambiamenti che poi ha cominciato ad agire nel mondo esterno: il lavoro, un intervento chirurgico che le ha restituito un corpo più accettabile contribuendo a maggior sicurezza nel vivere le proprie emozioni.

Per *Claudia*, l'ultima arrivata, il gruppo sta diventando il luogo dove esplorare la possibilità di entrare in contatto con il proprio corpo e con le emozioni ad esso connesse.

Per tutti l'imparare a modulare le proprie emozioni come condizione propedeutica al saper gestire i sentimenti senza ricorrere in prima battuta a sostanze psicoattive o comportamenti compulsivi e anche una maggior capacità di assumersi i rischi relazionali che sono insiti all'espressione di sé.

---

<sup>6</sup> G. Boria *Psicoterapia psicodrammatica* “La funzione di *doppio* è data dall'insieme di meccanismi che consentono ad una persona di definire e riconoscere i propri contenuti mentali profondi e di renderli leggibili all'esterno”.

<sup>7</sup> G. Boria *ibidem* “Parliamo di funzione di specchio quando si viene a produrre una dinamica mentale grazie alla quale un individuo coglie aspetti di se stesso nelle immagini relative alla sua persona costruite dagli altri e a lui rimandate”.

**Riferimenti bibliografici** (testi citati e consultati)

Baratti C, Il gruppo di psicodramma, Internet: [wwwpsicodramma .it](http://wwwpsicodramma.it)

Boria G., Psicoterapia psicodrammatica, Franco Angeli, Milano 2005

Carrirolo P , La costituzione di un gruppo di psicodramma classico per pazienti anoressico-bulimiche, Quaderni AIPSIM 1999

Carrirolo P., La metodologia psicodrammatica nelle patologie anoressico-bulimiche, Quaderni AIPSIM 2000

Dotti L. , Forma e Azione, Franco Angeli, Milano 1998

Moreno J L, Manuale di Psicodramma, Astrolabio, Roma 1985

Picchi R., Intervista a G. Boria, “Artiterapie, Teatroterapia, Metodi d’azione, Attività Espressive in SCRIPT Luglio 2005

# Workshop in parallelo

## 3. *Indicatori di qualità nella gestione della cronicità*

Moderatore: M. Negrati

*La pazienza per il tempo lungo, la temperanza nel tempo giusto: virtù traducibili in qualità operativa*

G. Limonta

*La scala delle priorità delle finalità del lavoro clinico*

U. Nizzoli

*Indicazioni di qualità nella cronicità*

E. Frejaville

*Qualità relazionale nel lavoro infermieristico ed educativo*

R. Boiardi, S. Carolfi, G. Castagnetti, V. Molinari, F. Rigolli

## LA PAZIENZA PER IL TEMPO LUNGO, LA TEMPERANZA PER IL TEMPO GIUSTO. VIRTU' TRADUCIBILI IN QUALITA' OPERATIVA.

**Giuliano Limonta**

Direttore Neuropsichiatria Infantile AUSL Piacenza

Responsabile Programma Aziendale DCA – AUSL Piacenza

( tracce della relazione )

Affronto il tema della cura e della riabilitazione dei disturbi cronici.

Pongo l'attenzione sul GOVERNO CLINICO (clinical governance) ove si intrecciano sinergicamente le competenze professionali, le qualità tecniche e personali del clinico e la disponibilità di risorse, gli assetti e i moduli organizzativi e istituzionali.

Il titolo allude a indicatori non facilmente misurabili, a qualità e funzioni strettamente personali, imponderabili.

Lo sforzo è di gettare un ponte, di tentare una traduzione tra le attitudini e le motivazioni personali/professionali e qualche macro-indicatore strutturale-organizzativo che garantisca qualità nell'offerta sanitaria per i malati cronici.

Nella cura, nell'accompagnamento e nella gestione riabilitativa del paziente cronico non partiamo da zero.

I nostri servizi sanitari hanno accumulato un patrimonio di esperienze di molti decenni:

la clinica e l'assistenza psichiatrica dei disturbi mentali gravi  
la pratica di cura e riabilitazione dei disabili psichici e fisici da parte della  
neuropsichiatria infantile.

Traggo il mio ragionamento di oggi dalle riflessioni sull'esperienza e pratica personale

- ◇ di cura e assistenza psichiatrica trentennale a malati mentali cronici
- ◇ di gestione e direzione dei servizi di neuropsichiatria infantile dell'Azienda USL
- ◇ di lavoro clinico diretto con pazienti DCA (anche in condizione di cronicità) nella rete del Programma Aziendale DCA di cui sono responsabile.

Considero la qualità della relazione terapeutica (clinico-paziente) e del rapporto/contratto terapeutico (équipe di lavoro – paziente e suoi familiari).

Mi focalizzo sulla costruzione e sul mantenimento nel tempo dell'alleanza di lavoro (obiettivi comuni – compiti differenziati e cooperativi - empatia emotivo/affettiva).

La mia riflessione sottolinea elementi di qualità professionale aggiuntivi rispetto ai requisiti di base garanti di un valido rapporto terapeutico ( oltre l'empatia, la capacità introspettiva, oltre il lavoro mentale dinamico sulle componenti transferali e controtransferali, oltre l'uso sorvegliato di tecniche e moduli comunicativi e di setting) .

Individuo la componente esperienziale dell'esercizio di virtù.

Parlo della virtù ripulendola dalle croste semantiche della morale religiosa o del moralismo spicciolo; ne parlo nell'accezione filosofica antica, classica di nobile funzione mentale/emotiva/spirituale; come continuo sforzo ed esercizio individuale che tende a collegare operativamente e con efficacia l'intenzione (ciò che si vuole) al comportamento (ciò che si fa).

Penso che per garantire una buona qualità dell'aiuto terapeutico nel tempo lungo e per obiettivi difficili o impossibili sia utile l'esercizio personale (e la sua traduzione operativa/istituzionale) delle virtù cardinali; tra queste soprattutto la PAZIENZA / PRUDENZA e la TEMPERANZA.

La PAZIENZA innanzitutto.

Pazienza non come virtù biblica (Giobbe) di rassegnazione sofferente, di arrendevole fatalismo o di masticazione inerte del vuoto, della noia, della frustrazione, di eventi attesi che non accadono mai.

Piuttosto :

(- ) predisporre al lungo percorso, a estenuanti attese di un risultato che non viene, a improvvisi e paludosi rallentamenti nel tragitto terapeutico.

( - ) diluire nel tempo l'attenzione e la lettura intelligente e partecipata degli eventi

( - ) rinnovare nel corso delle stagioni (delle tante stagioni) le motivazioni a lavorare insieme ( - ) essere sempre, nel tempo lungo, per poter cogliere uno spunto, per evitare una regressione, per accompagnare e metabolizzare la sofferenza persistente e cronica.

Una pazienza attiva, vitale, costruttiva, anche se non guidati e stimolati da obiettivi raggiungibili a breve, da successi consumabili in un tempo rapido.

E' il "festina lente" ( "affrettati, lentamente" ) della virtù stoica : una disposizione d'animo e un piano comportamentale stimolato da obiettivi e orizzonti più larghi, più sfumati; evitare la morte, rallentare il decadimento.

La TEMPERANZA è l'altra virtù cardinale che sembra indispensabile integrazione delle competenze terapeutiche.

Anche in questo caso è utile andare oltre la versione debole e moralistica di temperanza come moderazione, smorzamento, attenuazione.

Recuperiamo il significato classico di temperanza come virtù forte, potente, che implica dominio di sé, lunga e faticosa gestione degli impulsi, degli automatismi inerziali, della tentazione analgesica e anestetica.

Nel nostro caso, dunque, temperanza è "cognizione del dolore", accettazione del limite, della fastidiosa sofferenza nell'attesa di un risultato che non viene mai, della frustrazione cocente della ricaduta, dell'ennesima complicità clinica, dell'impotenza curativa; è umiltà nel graduare, nel ridimensionare l'obiettivo terapeutico senza rabbia o scoramento.

Temperanza però è anche piacere attivo, è saper cogliere il momento giusto (la seconda dimensione del tempo per gli antichi greci il KAIROS, il tempo propizio, l'attimo magico e irripetibile, al di là del CRONOS il tempo fluisce, misurabile, inesorabile).

Temperanza è esserci, pronti ad afferrare uno spunto di ripresa, ad attivare una funzione da riabilitare o da protesizzare.

E' godere a fondo, in modo puntiforme, di un successo parziale, di un gradiente di miglioramento.

E' disponibilità ad essere intercettati e ingaggiati da un movimento attivo del paziente, a riutilizzare prontamente il patrimonio comune di sintonia relazionale, di tecniche apprese, di modi di agire e reagire già sperimentati e condivisi.

**LA TRADUCIBILITA' IN QUALITA' OPERATIVA, DI SERVIZIO, ISTITUZIONALMENTE STABILE**

Il mio tentativo è di ipotizzare macro-indicatori (di assetto terapeutico, di strutturazione organizzativa) che facilitino una competenza clinica adeguata al trattamento long-life dei disturbi.

L'esercizio virtuoso che ho illustrato come utile rafforzamento della competenza professionale non è una qualità naturale, spontanea del singolo: è l'incrocio tra l'intenzione, la motivazione individuale e lo stimolo favorevole della nicchia ecologica ove si lavora, del clima, delle modalità e delle esperienze dell'organizzazione di cui si fa parte.

Perciò, le funzioni terapeutiche della pazienza e della temperanza sono stimolate e garantite da un lavoro clinico che sia la risultante sinergica e omeostatica di almeno due professionisti (le formule della co-terapia, dell'intervento clinico integrato che consentono, nella cura del paziente cronico, la compensazione omeostatica di transitori sfinimenti relazionali, di intercorrenti drop-out ed interruzioni).

Inoltre, alla pazienza e temperanza, che garantiscono il tempo giusto e lungo e la possibilità talvolta di un sorprendente tempo ritrovato, deve corrispondere un luogo di cura stabile, dalle solide e perduranti ragioni istituzionali. Un servizio radicato, con ragion d'essere (la mitica "mission")

intramontabile, non soggetta al mutamento o al permanente capriccio riorganizzativo dei piani sanitari, degli assetti aziendali.

Tale luogo di cura stabile, contenitore e garante nel tempo di competenze professionali già allenate all'accompagnamento assistenziale e riabilitativo paziente e durevole è la rete dei servizi psichiatrici e di salute mentale (che casualmente, nella attuale contingenza storica, si declina nelle unità operative di neuropsichiatria infanzia e adolescenza, nella psichiatria ambulatoriale e riabilitativa, nella cura e riabilitazione territoriale delle dipendenze patologiche).

I Centri specialistici per i disturbi del comportamento alimentare, che nascono spesso al di fuori dei servizi storicamente dedicati alla cura psichiatrica e alla psicoterapia, intercettano nuove emergenti domande di cura ed organizzano con prontezza ed efficienza clinica tecnicamente aggiornata un'offerta sanitaria che garantisce risposte rapide, tempestive, efficaci. (Nel nostro caso la presa in carico precoce, la prevenzione della cronicità)

Tali Centri hanno un allenamento e performance da centometristi (training motivazionali/moduli terapeutici brevi e sintomatici/cure intensive, multiple, integrate/selezione del target /rapido turnover di pazienti e di terapeuti).

I Centri ad alto tasso di specializzazione servono inoltre ad accendere gli animi e rinfocolare l'interesse professionale, a riconvertire risorse e riparare parzialmente al burn-out degli operatori.

Ma difficilmente hanno il respiro lungo e la bradicardia necessaria a un cammino instancabile e spesso permanente.

Per questa attività da fondisti occorre specializzare le èquipe storiche della neuropsichiatria infantile e dei centri di salute mentale; pensiamo siano utili Programmi DCA, che oltre alla cura in acuto, lavorino per "infiltrare" e "contaminare" le èquipe psichiatriche con una buona e corretta pratica clinica della anoressia e della bulimia cronica sfruttando la cultura della assistenza lunga e instancabile di cui tali servizi sono capaci.

# LA SCALA DELLE PRIORITÀ DELLE FINALITÀ DEL LAVORO CLINICO

Umberto Nizzoli

Psicologo, specialista in Psicoterapia, direttore del Programma Salute Mentale e Dipendenze Patologiche presso l'Ausl di Reggio Emilia, direttore di Personalità/Dipendenze, Mucchi editore.

La gravità può essere di struttura, di fase o di stato. Essa è rilevata dal clinico o dai Servizi in base all'integrazione e alla valutazione in equipe degli elementi emersi nei colloqui clinici e dei risultati dei test diagnostici.

Elementi particolarmente significativi sono considerati: la compliance, le risorse disponibili, il livello di fissazione del paziente sul sintomo con l'inevitabile noiosità della ripetizione degli stessi sintomi ritualizzati. La scelta e il consolidamento degli strumenti utilizzati hanno conosciuto dei passaggi e dei cambiamenti in molti Servizi, ad indicare la tensione verso l'innovazione e il miglioramento continuo.

Il livello di gravosità è evidenziato dal carico di lavoro e dal numero di operatori che la gestione di una specifica situazione coinvolge; ci sono condizioni (multiproblematicità, grave isolamento sociale, abuso combinato di sostanze e disturbi dell'alimentazione, scarsa compliance) che più probabilmente comportano una gestione più difficoltosa, per il Servizio, di quel determinato paziente.

Cronici possono essere le situazioni degli uni o degli altri suddetti. Alla costruzione della cronicità concorrono i servizi vuoti per le errate indicazioni o per le pratiche non integre, vuoti per i molteplici passaggi dall'uno all'altro vuoti per la resa di fronte alla resistenza al cambiamento, vuoti per il loro stato di pesantezza e cronicità interni.

La modificazione, sfuggevolezza alternanza dei quadri, e/o dei relativi strumenti diagnostici, aumentano la frequenza di situazioni destinate a diventare croniche.

L'impressione è che il tema dell'appropriatezza degli interventi non sia vissuta da chi opera sul campo solo come un'astratta indicazione, ma come un'esigenza resa sempre più viva dall'aumento del grado di complessità di molte situazioni cliniche.

I bisogni di salute e le problematiche avanzate da una proporzione crescente di utenza divengono via via maggiori, ponendo ai Servizi la necessità e la difficoltà di rispondere ad un numero in espansione di casi multiproblematici, dove molte sono le condizioni ed i fattori aggravanti e di converso poche le risorse alle quali l'utente sembra poter attingere e a garantire la continuità assistenziale. Il che però pone l'interrogativo di cosa sia considerabile cronico.

Da un lato operatori e decisori, preso atto della scarsa appropriatezza per questi casi degli interventi solitamente offerti (ed efficaci) in situazioni meno complesse, hanno già riflettuto e talvolta realizzato strade alternative, progetti ad hoc, collaborazioni con altri Servizi; ma d'altra parte essi avvertono l'incertezza della novità, chiedono supporto e indicazioni per meglio orientarsi in un panorama che è in rapida trasformazione e che pone loro richieste gravose.

Emerge in modo chiaro l'importanza di fare rete e di integrare gli interventi.

Il momento dell'invio, la valutazione diagnostica, la definizione del progetto terapeutico riabilitativo, la realizzazione del medesimo, le dimissioni, la gestione del drop out e poi della ricaduta, l'intercettazione degli utenti più difficili da raggiungere: per affrontare queste fasi e queste problematiche sono necessari il raccordo con l'inviante, il lavoro di rete sociale, l'integrazione degli interventi fra servizio per i dca, l'Ospedale, il Sert e il CSM, il consolidamento dei rapporti, la progettazione congiunta dei piani di trattamento.

Ad essi deve partecipare il paziente, negoziandoli e sottoscrivendoli: un modo per ripararsi dalla disintegrazione operativa delle equipe dilaniate a volte da conflitti interni.

Più difficile, per svariate ragioni, può risultare riuscire a realizzare veramente tale integrazione, ma che se ne senta la necessità e vi si ravvisi una risorsa essenziale per far fronte alla gestione dei casi più complessi è un dato che l'OCSE ha ritenuto essenziale.

Un altro elemento da evidenziare è la necessità di fare i conti con le risorse effettivamente disponibili: spesso i dca, ma non solo, vengono trattati come è possibile, non come l'operatore o l'equipe vorrebbero.,

Aleggia, sebbene non sempre formulato in modo esplicito, il tema del rapporto costi / benefici: di fronte alla necessità di operare delle scelte, di attuare dei cambiamenti organizzativi e di pratica clinica, vuoi per i cambiamenti dell'utenza, vuoi anche per la necessità di calibrare le risorse (umane, economiche, di tempo,...), sorgono domande sulla convenienza dei vari trattamenti, con i rispettivi costi, rispetto ai risultati che presumibilmente daranno. Proprio nella cronicità è necessario un lavoro psicoterapico, ma spesso, costoso, è ridimensionato.

Un fitto lavoro motivazionale contiene la cronicità, ma spesso non può spingere al cambiamento per lesione di risorse o opportunità o per timori prognostici di scompenso. Si pone la questione del dosaggio equilibrato della motivazione; che però è difficile mantenere alta nel tempo.

Stabilità del quadro e frequenza delle crisi sono antitetici. Quanto è auspicabile, accettabile, introducibile quella crisi che anticipa il cambiamento va perciò rilevato caso per caso. La flessibilità degli obiettivi finali esalta il lavoro clinico pur a detrimento dell'assioma terapeutico.

Va tenuta infine presente la consapevolezza di connettersi a un progetto di promozione della salute e di cura delle patologie più ampio, comprendente non solo i servizi dell'alimentazione singolarmente considerati, ma l'intero sistema dei servizi, collocato a sua volta nel contesto più ampio della società globalmente intesa, in armonia con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna, OCSE, UE, OMS..



## QUALITÀ DELLA ASSISTENZA AI DCA IN EMILIA-ROMAGNA

Elisabetta Fréjaville,

Coordinatore tavolo DCA, Regione Emilia-Romagna

Nel 2004 la Giunta Regionale ha emanato la delibera n. 1016 “Linee Guida per il potenziamento della assistenza ai disturbi del comportamento alimentare”, a seguito di indagine ad hoc presso i servizi sanitari regionali per i DCA, pubblici e privati, di quanto riferito dalla corrente letteratura accreditata e di un documento tecnico predisposto da apposito Gruppo regionale di esperti (tutto il materiale tecnico è stato raccolto nel dossier n. 89/2004 “Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare”, pubblicato a cura dell’Agenzia Sanitaria Regionale).

Conseguentemente la Regione ha costituito apposito Tavolo per la costruzione della “rete regionale DCA”, per il monitoraggio del miglioramento della qualità della assistenza ai DCA, anche con specifiche iniziative formative di supporto all’intero processo.

Nel 2005, a cura del suddetto Tavolo Regionale DCA è stata condotta una ulteriore analisi, prevalentemente qualitativa, per verificare il livello di attuazione delle direttive regionali e lo stato dell’arte della assistenza in rete (inter-servizi, professionale, etc.).

I temi su cui vertevano le 110 domande riguardavano i seguenti aspetti: il progetto aziendale DCA (43 items), la prevenzione (5), il coinvolgimento delle cure primarie (2), le strutture ospedaliere (8), le strutture residenziali (8), la formazione (2), il trattamento (11), la relazione con le famiglie (5), il monitoraggio (13), le relazioni inter-aziendali (2), la attività scientifica (9), Criticità e Proposte (2). I risultati evidenziano come dal 2002 ad oggi molto si sia già operato nelle aziende sanitarie per il miglioramento dei percorsi assistenziali ai DCA sia per gli aspetti organizzativi (esistenza di un progetto definito, identificazione della équipe, del responsabile di progetto e/o di equipe; coinvolgimento dei Medici e Pediatri di base e/o intersettoriale, inter-aziendale, inter-istituzionale, anche sovra-regionale; interazione con la Neuropsichiatria Infantile per utenti in età evolutiva; relazioni con le associazioni di familiari/utenti; etc.) che per aspetti clinici (condivisione di protocolli, linee guida, etc.) e/o scientifici (v. corposa documentazione di relazioni /pubblicazioni, etc.) e formativi (sia docenti che discenti).

La riorganizzazione dei servizi per i pazienti con DCA, richiede tempo sia per l’impegno di formazione ed aggiornamento degli operatori sia per il rinnovato sforzo di collaborazione integrata fra gli operatori di diversi servizi sanitari chiamati a lavorare “insieme”, da pari a pari, per il comune obiettivo del miglioramento, clinico ed organizzativo, della assistenza a queste persone, nelle diverse fasce di età.

Il recente impegno del tavolo Regionale DCA di formulazione di un progetto per la formazione specifica degli operatori con caratteristiche di inter-disciplinarietà, orientata non solo ad un arricchimento e scambio professionale di tipo tecnico ma anche al potenziamento delle competenze manageriali ed organizzative del lavoro in team, è un ulteriore segno dell’impegno regionale per l’innovazione ed il miglioramento della qualità.

In questo ambito:

è già stato avviato il corso regionale per 33 operatori delle diverse professionalità dei Team DCA delle nostre realtà aziendali.

Il Tavolo regionale DCA, attraverso un seminario residenziale ha recentemente costruito una lista di “key point”, raccomandazioni significative per supportare la Regione nella formulazione di un Programma regionale DCA che, a partire dalla strutturazione della rete organizzativa (nodi e maglie), definisca i requisiti specifici per la definizione delle caratteristiche – cliniche ed organizzative - di questi Team affinché sia possibile garantire nel giro di almeno un triennio la uniformità delle prestazioni e dei prodotti offerti ai pazienti con DCA.

Fra le principali raccomandazioni figurano: la “verificabilità” (attraverso la costruzione di un sistema informativo non solo della casistica clinica ma anche delle principali fasi del processo

assistenziale e la definizione dei relativi indicatori); la condivisione dei criteri clinici con cui si pongono le diverse diagnosi all'atto della prima valutazione clinica e dei successivi follow up; le caratteristiche di specifica formazione richiesta agli operatori dei team DCA (che non dovrà essere solo di carattere clinico-assistenziale ma anche finalizzata al lavoro in gruppo); le appropriate modalità di comunicazione – interna ed esterna al mondo sanitario – sia sulle principali caratteristiche cliniche (v. rilievo tempestivo, gestione dei casi lievi da parte dei MMG) o organizzative (servizi dedicati, etc.).

In generale, l'obiettivo è che sempre più si realizzino concretamente progetti di integrazione e lavoro “in rete” fra strutture ospedaliere e territoriali, di base e specialistiche, per utenza pediatrica ed adulta, anche a valenza sovra-aziendale.

Si ritiene che la stessa modalità di lavoro congiunto, con graduale avvicinamento e condivisione delle raccomandazioni così raccolte, possa considerarsi una modalità di miglioramento qualitativo del progetto DCA regionale e della sua progressiva concretizzazione.

## L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI LAVORO OVVERO IL GIOCO DI SQUADRA .

Roberto Boiardi, Silvana Carolfi, Giovanni Castagnetti, Vanda Molinari, Fabio Rigolli - U.O. SerT Val d'Arda e Val Tidone

“Per imparare la psicologia non c'è bisogno di leggere libri di psicologia basta leggere i libri in modo psicologico” (J. HILLMAN) (1)

Questa affermazione- provocazione parafrasata suonerebbe pressappoco così: per imparare ad esercitare una qualche competenza psicologica occorre avere una grande passione per l'anima ovvero la psiche umana. Soprattutto quando la sfida si fa intensa e stimolante. Parlo a nome di un gruppo di infermieri che si è trovato in questi anni a lavorare con patologie che stanno esattamente sul crinale tra corpo e mente (Tossicodipendenze e D.C.A): nessuna volontà d'intrusione in territori d' altrui competenza, solo accorgersi come talora capita nella vita di aver fatto di necessità virtù...Certo non tutto è avvenuto casualmente. Torniamo all'inizio qualche anno fa... Rispetto all'orientamento formativo da dare ad un gruppo eterogeneo composto da operatori dell'area medico infermieristica , psicoterapeutica e socioeducativa, pensare di separare gli aspetti della patologia inerenti il corpo da quelli inerenti la psiche avrebbe polarizzato l'attività clinica in distinti ambiti di intervento appannaggio di operatori rigidamente separati. Questo avrebbe certamente colluso , rinforzandole, con le difese degli operatori stessi ma limitata e resa asfittica l'espressività terapeutica del gruppo e soprattutto perso di vista che la cura di queste patologie è già intrinseca nei processi di aggancio relazionale e di lavoro motivazionale al trattamento in tutte le sue fasi (2). E' prevalsa dunque la linea, di non delegare l'ingaggio psicologico solo ad un settore professionalmente qualificato, implementando un tipo di professionalità trasversale sia attraverso la pratica clinica, sia attraverso ovviamente formazione e supervisione che potesse compenetrare ed arricchire il ruolo di ogni operatore. Così l'attività quotidiana, fatta per esempio di controlli tossicologici e terapie disintossicanti per quanto riguarda le tossicodipendenze e momenti di accompagnamento del pasto per quanto riguarda i D.c.a., si è corredata sempre più nel tempo di interventi intenzionalmente orientati in senso psicologico e psicopatologico.Utilizzando per onestà intellettuale una schematizzazione che articola in tre livelli la terapia di sostegno psicologico (3), il nostro intervento si colloca certamente al livello definibile come sostegno umano o al secondo definibile come sostegno ausiliario dell'io. Un terzo livello inteso come sostegno formativo vero e proprio (rafforzamento dell'io- ristrutturazione emozionale) rappresenta un livello più specialistico che la nostra posizione può predisporre, rilevare o stimolare come esigenza da approfondire. Per sostegno umano intendo quelle operazioni su di sé o nei confronti del paziente che devono essere adottate nelle pieghe della quotidiana attività clinica, per esempio mentre si applica una fleboclisi, quali l'ascoltare in modo attento e attivo, la congruenza personale, la risposta empatica, il contatto sia fisico che emozionale. Stiamo già, a dir il vero declinando l'ABC della relazione d'aiuto secondo canoni codificati con Rogers. (4). Questo apparentemente semplice intervento riesce in molti casi a rassicurare il paziente, la cui adesione ai trattamenti è sempre comunque caratterizzata da resistenze ed ambivalenza. Vorrei ribadirlo con fermezza, questo tipo di predisposizione e competenza da parte dell'operatore di base non è mai superfluo: anche quando c'è bisogno di fare molto di più questo primo livello di sostegno , purchè discreto e calibrato, è spesso il prerequisito catalizzatore di altri processi comportanti maggiore coinvolgimento. Per sostegno ausiliario dell'io mi riferisco ai casi, spesso necessari nella nostra esperienza, in cui l'operatore presta in modo quasi letterale le proprie capacità al paziente, aiutandolo col proprio giudizio, col proprio esame di realtà, con la propria strutturazione cognitiva dell'esperienza a correggere i pensieri cosiddetti disfunzionali e così via.

## Il nodo

Ma veniamo al tema della cronicità. Questa premessa sullo stile di lavoro acquisito nel tempo mi sembrava necessaria dovendo in un certo senso legittimare il nostro ingaggio terapeutico in situazioni cliniche francamente difficili e coinvolgenti soprattutto per quanto riguarda le implicazioni di carattere “psico”. Ritengo sia già buona cosa per un’equipe di fronte alla gravità e apparente irriducibilità di certe espressioni cliniche, essersi data gli strumenti per andare almeno oltre la fase del velleitarismo e dell’ingenuità. Il percorso non è stato ovviamente lineare. Una collega esprimeva la cronicità con l’immagine di un tunnel sempre più buio nel quale si smarrisce il filo del senso del lavoro terapeutico. Come in un’immagine di un racconto di Buzzati (5), o in un quadro di C D Friedrich intitolato “Il monaco davanti al mare”, pare a volte, dopo aver camminato di buona lena con speranza ed entusiasmo, di arrivare al capolinea e trovarci di fronte ad una piatta e plumbea distesa senza possibilità di appigli, senza orizzonti, “..ferma e uguale da memorabile tempo..” L’immobilità e la rigidità del paziente per un meccanismo di identificazione proiettiva sono diventati i nostri...Anche noi siamo lì in quella landa desolata...Alcune pazienti sembrano contagiarsi con la loro apatica opacità che nulla lascia trasparire, incapaci di desiderare alcunchè o prefigurare un cambiamento, tagliate fuori dalle sorgenti interiori ed esteriori dell’eros. In altre ci colpisce e persino ferisce il senso eroico di attaccamento al sintomo votate quasi ad una sublime devozione a ciò che appare insostenibile. Imboccano una strada solipsistica avvolte da spirali ossessive, l’asse portante della comunicazione col mondo spezzato. Come l’eroina di Sofocle Antigone (6) vivono l’isolamento che pare scaturire dall’adozione di un nuovo codice morale che risulta riduttivo definire disadattamento al comune vivere collettivo. Spesso, sarebbe falso negarlo abbiamo sentito giudizio e ostilità nei loro confronti anziché compassione. C’è la sensazione di trovarsi di fronte ad un atteggiamento stolido e valoroso insieme, più valoroso di quanto convenga alla natura umana e di fatto votato ad un sacrificio autodistruttivo. L’immagine finale della vicenda di Antigone la colloca emblematicamente in un luogo deserto condannata in fondo da se stessa ad essere murata viva... Di fronte al grado estremo di espressione per esempio del sintomo anoressico ci si sente a nostra volta isolati, costretti a dichiarare un senso di impotenza in alcuni casi per evitare di agirli sotto forma di aggressività espulsiva o per non cedere all’impulso di voltare l’angolo, chiudere la relazione ed occuparci di altro...come tante volte abbiamo fatto. Lavorare al cospetto della cronicità, della gravità e in ultima analisi del senso di morte, ha avuto per noi operatori lo straordinario significato di poter dare riconoscimento e diritto di cittadinanza a sentimenti faticosi che gioco-forza hanno suscitato un bisogno di elaborazione e quindi di crescita. La frustrazione stessa, è inutile ribadire la preziosità, ci ha trahettati fuori dalle trappole narcisistiche dell’onnipotenza, e dai facili e capziosi schematismi terapeutici. Imparare una certa attenzione e disciplina introspettiva, raffinare le tecniche motivazionali e di colloquio, costellare i momenti del fare con parentesi indispensabili di confronto e supervisione, insomma aver lavorato sul piano formativo, rappresentano passaggi evolutivi nella dotazione di strumenti necessari ad affrontare l’insidioso terreno della cronicità. L’esperienza emotiva di aver condiviso questi passaggi, di non esserci sentiti soli a gestire l’impotenza e di aver costruito insieme strategie di miglior efficacia terapeutica, ha rafforzato l’identità di appartenenza al gruppo e al suo orientamento. Ci siamo sentiti dentro un gioco di squadra anche se la vittoria non è sempre né scontata né facilmente leggibile. Per usare una metafora (7), nel racconto “Dracula” il vampiro assume modalità e sembianze estremamente subdole tali che pare estremamente difficoltoso stanarlo e sradicarlo. Solo reclutando un potere forte e articolato che derivi dalla sinergia di più menti e più braccia è possibile raccogliere lo sforzo necessario se non per sconfiggere almeno per tenere a bada il vampiro. Non è certo l’unico modello ma condividere lo spirito terapeutico credo sia già un buon sostegno per operare ciascuno col suo ruolo, laddove occorre soprattutto non perdere la visione di trattenerne un filo, anche esiguo, quello che il paziente ci consegna..

“Una stanza tutta per sé” (8)

La risorsa di un luogo fisico dove effettuare ricoveri in regime di day- hospital inteso come centro gravitazionale e snodo strategico di criticità e percorsi terapeutici, ha permesso in questi anni di

declinare e sviluppare diversi obiettivi e modalità d'intervento aiutandoci a cambiare e diversificare il cosiddetto tiro (9). Come in una sorta di coro il paziente interagisce con un interlocutore collettivo di cui dovrebbe percepire un movimento sincrono e coeso aldilà delle singole caratterizzazioni. Il ricovero non si contrappone ma costituisce un dispositivo complementare a terapie individuali. In rapporto alla cronicità il passaggio è stato nella direzione di vedere con più chiara consapevolezza un ampliamento delle potenzialità terapeutiche del d- h., e di saperlo utilizzare nel significato di luogo polivalente, come centro crisi nel trattamento di ricadute e aggravamenti, come situazione protetta idonea all'induzione di determinate terapie o programmi, piuttosto che come luogo-rifugio dove accogliere e riaccogliere una più o meno esplicitata domanda di accudimento e protezione. Si è trattato di riconoscere non senza fatica che in molti casi il mantenimento della cura ed il rilancio della stessa dentro circuiti più distesi e meno conflittuali riveste comunque importanza terapeutica anche se non necessariamente accompagnata da evidente remissione dei sintomi. Si cerca di offrire al paziente dunque, anche quando non ne percepisce i vantaggi e spesso ne sente la paura, un luogo e un tempo per prendersi cura di sé. L'illusione è che la "stanza" da spazio fisico possa trasformarsi in metafora di un contenitore psichico(10), una sorta di bozzolo in cui il paziente possa far prendere forma a parti di sé e poterle guardare, mettendole in contrapposizione dialettica e vedendole rispecchiate nella relazione con gli operatori. Non sempre l'obiettivo è chiaro: a volte si lascia il paziente nella condizione di trovare inediti significati a partire da sé permettendogli di stare con la sua sofferenza e di portarla con le modalità di cui è capace in quel momento, a volte si alza il gradiente nella direzione di una stimolazione e di una richiesta più alta e necessariamente stressante, a volte si privilegia il coinvolgimento attraverso alternative forme espressive e creative. Se prendiamo in considerazione la distinzione tra solitudine ed isolamento, (11) appare evidente come il paziente sia "isolato" ma altrettanto poco in contatto con sé e spesso sequestrato da un sintomo pervasivo e assillante come può essere ad esempio la paura ossessiva del cibo. La cosa che ci pare più importante è che tale sintomo non rimanga sepolto nella segrete del senso di colpa, della vergogna paralizzante o di un orgoglio irriducibile ma diventi il tramite per comunicare una sofferenza più profonda. Quella ferita primordiale difficile da comunicarsi se non con modalità che sembrano inchiodare ad un destino muto e spesso invalidante più che aprirsi come feritoia (12) verso un percorso di comprensione. Sarà il tempo a dirci se il paziente è in grado di farlo e se vorrà farlo con noi oppure altrove.

### **Riferimenti bibliografici**

- 1) J. HILLMAN, "L'anima del mondo e il pensiero del cuore", Adelphi, Milano 2002
- 2) F. BONFA', "L'espressività terapeutica di un gruppo di lavoro multidisciplinare", in "Psicoterapia e scienze umane", 2003.
- 3) S. M. JOHNSON, "La trasformazione del carattere", Astrolabio, Roma, 1985.
- 4) C.R. ROGERS, "La terapia centrata sul cliente", Martinelli, Firenze, 1970.
- 5) D. BUZZATI, "Il deserto dei tartari", Oscar Mondadori, Milano, 1989.
- 6) SOFOCLE, "Antigone" in "Le tragedie", Einaudi, Torino, 1966.
- 7) B. STOKER, "Dracula" New American Library 1965.
- 8) V. WOOLF, "Una stanza tutta per sé", SE, Milano, 1993.
- 9) E. UBER, R. SPOTTI, M. AVANZI, A. ZIONI, R. BOIARDI, A. BOERI, F. BONFA', "Ordine e disordine: tra rigidità e caos nella clinica dei disturbi del comportamento alimentare. L'esperienza di un servizio pubblico" in "Valutazione ed efficacia dei trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare" a cura di U. Nizzoli, Piccin Ed. 2004.
- 10) A. CAROTENUTO, "Vivere la distanza", Bompiani, Milano, 1998.
- 11) Ibidem
- 12) Ibidem

## RIVERBERI EMOZIONALI E SOSTEGNO AI TERAPEUTI

Giovanni Caputo

psichiatra psicologo Analista CIPA Roma

via Livenza 6 00198 - Roma

[caputo.g@mclink.it](mailto:caputo.g@mclink.it)

---

Ogni sofferenza psichica grave determina per il terapeuta un confronto complesso, che lo espone ai suoi limiti ed al bisogno di sostegno nel suo lavoro. Trattare un paziente con un disturbo del comportamento alimentare (DCA) rappresenta in tal senso un'esperienza peculiare.

Il setting è reso precario per l'invasione dei sintomi somatici, con i loro rischi presenti o potenziali. La relazione si svolge attraverso un dialogo stereotipato ed irrigidito in tematiche ossessive. Si affrontano situazioni senza prevedibili prospettive evolutive, non paragonabili ai più consueti *impasse*. Se pure si sperimentano brevi momenti di vicinanza emotiva, la distanza e l'evitamento rimangono costanti.

Il terapeuta si trova ad affrontare, nel trattare un'anoressia o una bulimia di lunga durata, un frustrante senso d'impotenza, che può diventare nel tempo un serio ostacolo nello sviluppo di una relazione efficace. Tale usurante situazione può a sua volta essere causa di ulteriori e più insidiose difficoltà. Nella ricerca di un contatto possibile, può accadere che il terapeuta, al di là della sua volontà, sposti progressivamente il suo intervento sull'unico campo, che il paziente esibisce, la "malattia del corpo". Diventa così elevato il rischio di smarrire il significato principale della sua azione e del suo ruolo : saper accogliere la sofferenza del paziente e "prenderne cura". Il terapeuta si ritrova così impegnato a "lottare contro la malattia". Questa posizione, in apparenza, consente una maggiore sopportabilità, perché mette in secondo piano il rifiuto emotivo e la distanza del paziente, che diventa così "affetto da malattia" e non più "colui che soffre".

La relazione psicologica perde la sua centralità e la sensibilità e la comprensione profonda diventano sempre meno utili ed efficaci, privando il terapeuta delle sue capacità specifiche. E' prevedibile che in questo procedere "contro la malattia" si finisca per sperimentare non solo una frustrazione e un'impotenza maggiori, ma che il paziente stesso, in quanto "portatore di malattia" si trasformi in un antagonista. Se il "prenderne cura" diventa curare la malattia (del corpo o della mente) ovvero una condizione clinica oggettiva, diventa plausibile accettare il criterio di "cronicità". Si disperde così il significato di accogliere il paziente anche attraverso il tempo necessario alla sua evoluzione, al riconoscimento consapevole e condiviso della propria sofferenza. Egli diventa così un malato cronico e incurabile, ciò però non giustifica il fallimento del terapeuta e del suo ruolo non solo professionale, ma umano.

Diversi sono i sostegni che possono essere di aiuto ad un terapeuta, consapevole dei rischi descritti. Sul piano soggettivo, il principale è rappresentato dalla sua esperienza, quando questa è sorretta da una conoscenza teorica vasta e con prerogative adeguate a tali confronti. Il terapeuta dovrebbe infatti essere in grado di scegliere gli approcci, più adatti alla soggettività del paziente e a difendere la relazione psicologica. Gli interventi fondati sulla regolazione interattiva e sull'azione vicariante le funzioni riflesse, sostenuti da un'elevata sensibilità per la comunicazione implicita, potrebbero essere in tal senso da preferire. Agiscono infatti su piani, che sono relativamente influenzati dalla distanza, imposta dal paziente, che in genere vanifica gli effetti dell'interpretazione, dell'introspezione, della ricerca di un contatto empatico.

Abbiamo provato a delineare alcuni aspetti che rendono difficile il lavoro del terapeuta, fino a riflettersi negativamente anche sul piano soggettivo, nel confronto con i DCA. Frustrazione e senso d'impotenza sono esperienze frequenti, ma in assoluto per quanto dolorose, non sono insuperabili se

il terapeuta sa di non essere solo. L'abitudine a "lavorare in solitudine e nel riserbo" spesso porta a sottovalutare questo aspetto affatto secondario. Validi approcci teorici e una buona formazione possono solo in parte difendere dagli effetti di un lavoro, condotto in solitudine, quando il paziente presenta certe caratteristiche. Ribadiamo perciò il concetto che il terapeuta non debba mai trovarsi isolato e una prassi indispensabile rimane quella di giovare di una periodica supervisione.

Quando il suo intervento si svolge in un gruppo multidisciplinare, è certamente più tutelato. Tale risorsa richiede il costante rispetto di alcune condizioni. Se gli altri operatori, in particolare quelli deputati alla cura della "malattia", non sono consapevoli della diversità degli obiettivi della psicoterapia, possono involontariamente diventare di ulteriore ostacolo. Non vogliamo affermare un qualche primato della psicoterapia rispetto ad altri interventi, ma ribadire la sua sostanziale diversità rispetto alla cura medica. Lavorare in gruppo può fornire un reciproco sostegno tra gli operatori, solo grazie alla conoscenza effettiva dei diversi ruoli e alla capacità di trovare la giusta sintonia. Raggiungere questo obiettivo richiede impegno costante, preparazione elevata e molto allenamento. Per concludere trattare una condizione di sofferenza, che si prolunga nel tempo, espone in ogni caso il terapeuta ad un confronto arduo, che al di là dei possibili sostegni, dell'esperienza e di una buona formazione, per garantire una non sempre scontata tollerabilità non deve accettare il criterio medico di "cronicità".

La pratica della psicoterapia non deve uniformarsi agli obiettivi della scienza medica, ma al suo compito diverso di sviluppare una relazione psicologica, senza però per questo agire isolata, evitando il dialogo possibile.

# **ABSTRACT – POSTER**



# DARE AZIONI ALLE EMOZIONI. LA TERAPIA SISTEMICA DI GRUPPO

Pasquale Carboni

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica. Università “La Sapienza” di Roma.

**Premesse:** ci si pone senza riserve dalla parte degli affetti: il primato dell'emozionale sul razionale a proposito del dare senso al comportamento nelle relazioni umane. Suddivisione degli affetti: stati d'animo o umore e sentimenti; i primi rivolti verso se stessi, i secondi verso il mondo esterno. Durano nel tempo finché durano. Le emozioni sono le espressioni rapide ed effimere nel presente, nel “qui e ora” delle reazioni affettive verso una data esperienza in atto al momento. Le emozioni riflettono della miscela di stato d'animo e sentimento, sono una reazione rapida e brevissima ma complessa. Sono la somma di un insieme della cui consapevolezza ci è data, se attenti, alla sola espressione somatica (il corpo è il loro canale espressivo obbligato) e non a ritroso al senso che l'ha generata. Si esprimono attraverso il corpo e possono essere modificate attraverso il corpo (sistema motorio emozionale/drammatizzazione). Danno il senso autobiografico dell'esperienza, sono la causa e non l'effetto della percezione, precedono, promuovono, modificano la genesi della dinamica delle azioni: mantengono nel tempo/modificano il comportamento (azione di blocco/sblocco). Questa è una brevissima sintesi di origine multidisciplinare, in particolare: dalle competenze fetali all'adulto, neurobiologica, psicologia sociale, teatro (drammatizzazione). Alla base del disturbo psichico c'è un disagio relazionale da emozioni non esprimibili nelle relazioni. Il deficit relazionale è l'epifenomeno di un deficit di crescita, di sviluppo relazionale su base affettiva. Se il blocco è dato dalle relazioni (le emozioni sono un fattore di relazione) allora lo strumento di terapia più idoneo può essere l'allenamento all'espressione emozionale relazionale in circostanze protette: il gruppo eterogeneo per sintomi, genere, età, cultura e censo. La paura di cambiare (dal patologico al fisiologico) è sostenuta dalla paura del nuovo: di vivere emozioni nuove o bloccate da tempo, è la paura di non avere strumenti personali adeguati. Il processo terapeutico consiste nel portare all'espressioni emozioni possibili in quel momento ad essere ri/vissute con tutto il dolore che esse portano con se. Ma anche la gioia di vivere può far paura perché è una emozione “nuova” per chi vive un disagio cronico e il nuovo spaventa comunque già di per sé.

**Materiale e metodi:** in collaborazione con il Prof. Massimo Cuzzolaro per persone con DCA, da circa tre anni presso il Dipartimento si svolgono incontri di gruppo di tre ore, inizialmente quindicinali e poi settimanali, un giorno di mattina e uno di pomeriggio per favorire le diverse esigenze. Si sono svolti ad oggi circa 135 incontri; 48 i partecipanti con DCA di cui 12 obesi, 4 con AN, 32 con BN. L'incontro individuale di commento, riordino e rilancio alle esperienze di gruppo ha avuto una media di 1 ogni 4 incontri di gruppo. La drammatizzazione (drama in greco significa azione) delle emozioni nuove o bloccate è stata la tecnica base per l'espressione emozionale.

**Risultati:** 21 (44%) drop out dopo la prima seduta, (6 obesi; 15 BN), 1 obeso fermato alla 23° seduta. In relazione positiva 26 persone (54%): 6 hanno lasciato asintomatici, fine terapia (5 BN, 1 AN) dopo una media di 9 incontri (min 5, max 18). 13 continuano immutati sul sintomo (5 BN, 3 AN, 5 Obesità), con una media di 35 incontri (min 8, max 63). 7 (BN) pressoché asintomatici continuano l'esperienza di migliorare le capacità relazionali a prescindere dal sintomo, con una media di 19 incontri (min 11, max 40).

**Commento dei risultati:** agire il proprio corpo su suggerimento dall'esterno (drammatizzazione) è una tecnica di partecipazione indubbiamente attiva che non può non evocare dolore. È il dolore accumulato negli anni e che viene per necessità rivissuto quando matura il coraggio/opportunità di esprimere il proprio mondo emozionale bloccato. Necessita forte motivazione che in questi casi è data dalla intensa sofferenza o dall'aver toccato il fondo delle proprie capacità. Chi paradossalmente “non soffre abbastanza” o non ha ancora esaurito il repertorio del fare da sé, del provare e basta ha abbandonato da subito alla prima seduta. Riteniamo che questo sia un evento positivo per il conduttore di gruppo e per il partecipante perché è un fallimento leggero, perché la relazione è durata un solo incontro. I 6 casi che hanno terminato la terapia hanno tutti un terreno familiare o comunque affettivo positivo. Le 7 persone che hanno deciso di continuare per sé, anche se pressoché fuori sintomo, sono motivati dall'espressione libera di ambizione, gli affetti familiari sono positivi. I 13 casi invariati denunciano difficoltà a uscire da una cronica depressione, con un retroterra affettivo non positivo. Per gli obesi l'esperienza è particolarmente frustrante a prescindere dal retroterra affettivo: 6 hanno lasciato in prima seduta, uno è stato fermato perché continuava ad ingrassare; 5 in terapia ma non dimagriscono. In loro la difficoltà maggiore osservata è quella di evocare in generale il proprio mondo affettivo e di relazionarsi sull'onda delle emozioni espresse dagli altri partecipanti: più che paura manifestano cecità alle emozioni, sembrano essere i veri alessitimici. E questo al momento è un forte limite per un metodo basato sugli affetti.

## IMMOBILITA' E TRASFORMAZIONE : l'esperienza di un gruppo di lavoro

Dr. Rossana Mangiapane, Dr. Rosa Maria Dominici, Dr. Teresa Cozzucoli, Dr. Teresa Tricomi, Dr. Biagio Gennaro

Dipartimento Salute Mentale- Dipartimento materno infantile Asl 5 Messina

### **Premessa**

La letteratura da tempo segnala come, specificatamente nella fase adolescenziale, il trattamento integrato per l'anoressia e la bulimia si avvantaggi positivamente di una presa in carico della coppia genitoriale. In questo studio gli autori evidenziano, attraverso l'esperienza clinica, come in alcune adolescenti al parziale miglioramento della sintomatologia alimentare e delle condizioni fisiche generali, segue spesso una fase di empassa terapeutico, in cui, disattivata l'emergenza, si configura una condizione di blocco evolutivo e di possibile rischio di cronicizzazione o slittamento verso forme atipiche. È in questa fase che, a giudizio degli autori, si rende visibile una immobilizzazione di vicende emotive e relazionali, non solo della pz., ma anche della coppia genitoriale. In questi casi, pertanto, è stato ritenuto opportuno predisporre un setting specificatamente dedicato all'aiuto e alla cura della relazione genitoriale, con l'obiettivo, non tanto di arginare un intralcio al trattamento individuale della paziente, quanto di attribuire rilevanza clinica ad una disfunzione parentale che, attraverso l'attivazione di continui movimenti collusivi, paralizza tutti i protagonisti in una ripetitività antievolutiva.

### **Materiali e metodi**

Le osservazioni dello studio si riferiscono a 12 coppie genitoriali di pazienti afferenti al Servizio Ambulatoriale del Progetto Sperimentale per la cura e la gestione integrata dei disturbi alimentari "Il Cerchio d'Oro" ASL 5 ME. Le pazienti, tutte di sesso femminile, hanno età compresa tra i 15 e i 22 anni, 7 con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva, 5 con diagnosi di bulimia nervosa. Nessuna delle pazienti riferisce precedenti esperienze di trattamento integrato.

Il setting della coppia genitoriale, a conduzione psicoanalitica, prevede l'intervento di una coppia di operatori, con sedute quindicinali, di un'ora e trenta, per una durata media di almeno un anno.

### **Risultati**

L'esiguo numero di coppie in trattamento non consente di attribuire una valenza statisticamente significativa. Tuttavia il lavoro avviato e ancora in corso consente di rilevare alcuni elementi comuni nelle coppie genitoriali così sintetizzabili:

A) - scarsa attenzione fino al disconoscimento degli aspetti soggettivi, squisitamente individuali ed autonomi dei figli

- insistente ricerca di ideali di perfezione e competitività polarizzati proprio sulla figlia sofferente.
- fusionalità e confusività nell'area dell'identità individuale, della distinzione dei ruoli e delle generazioni.
- complessivamente l'atmosfera familiare appare povera sotto il profilo della comunicazione affettiva, bloccata nell'espressione emotiva oppure, su un versante opposto, caotica, litigiosa, conflittuale.

B) di valutare positivamente la trasformazione di alcune aree di funzionamento:

- costruzione di una alleanza terapeutica tra i genitori e dei genitori con gli operatori
- ridefinizione di una identità genitoriale su un livello più evoluto e differenziato
- rimodulazione dei legami all'interno della coppia genitoriale e con la figlia.

### **Commento**

La possibilità di rimettersi in gioco e modificarsi, abbandonando un assetto che, per quanto patologico, facilita il mantenimento di una identità individuale e familiare diventa un prerequisito fondamentale per affrontare l'empassa terapeutico ed avviare un reale processo di costruzione di un nuovo edificio identitario. In questa ottica, gli autori ritengono che il lavoro con le coppie genitoriali di adolescenti con anoressia e bulimia, possa rappresentare una strategia centrale per mobilitare energie vitali e creative adatte a mettere le basi per un diverso assetto mentale ed affettivo che, da circolo vizioso, quindi chiuso e ripetitivo, si trasformi in una circolarità fluida ed in movimento.

## **Uno studio clinico-sperimentale sull'impulsività, l'aggressività, l'abuso e la dipendenza da sostanze in soggetti affetti da DCA**

Caterina Renna\*, Veronica Vantaggiato\*\*

\*Psichiatra, \*\*Psicologa, Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare, DSM – ASL Lecce

**Premesse:** La linea di ricerca qui riportata rappresenta uno studio clinico-sperimentale volto a confrontare aspetti quali l'impulsività, l'aggressività, l'abuso e dipendenza da sostanze in soggetti affetti da DCA e soggetti sani. Infine, indaga eventuali relazioni significative tra questi aspetti e lo stile di attaccamento genitoriale, le violenze fisiche e psicologiche subite, l'abuso sessuale e la capacità di riconoscere, definire e manifestare le proprie emozioni nei due gruppi.

**Materiali e metodo:** In questo studio sono stati selezionati due gruppi, uno sperimentale (GS) e uno di controllo (GC): il GS è composto da 25 soggetti di sesso femminile (età media: 23,44 anni), affetti da DCA inseriti in un programma di trattamento integrato e multidisciplinare in regime di Day Hospital presso il Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA del DSM della ASL Lecce; il GC è composto da 25 soggetti di sesso femminile reclutati tra la popolazione generale, assimilabili a quelli del primo gruppo per età e caratteristiche socio-demografiche.

Tutti i soggetti inseriti nello studio hanno compilato i seguenti test e questionari: Symptom Check List (SCL-90); Beck Depression Inventory (BDI); Dissociation Questionnaire (DIS-Q); Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Parental Bonding Instrument (PBI); Parental Care in Childhood (PCC); Barratt Impulsiveness Scale ver.11 (BIS-11); Modified Overt Aggression Scale (MOAS); Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Modulo J (dipendenza/abuso di alcool) e Modulo K (dipendenza/abuso di sostanze eccetto alcool) (versione italiana 5.0.1).

I dati ottenuti sono stati, in seguito, analizzati utilizzando il software *Statistical Package for Social Science (SPSS)* con il quale è stata effettuata l'analisi del Chi quadro ( $p < 0,05$ ) al fine di rilevare eventuali correlazioni tra le variabili prese in considerazione.

**Risultati e commento:** Confrontando i dati ottenuti risulta esserci un'effettiva differenza tra i due gruppi. I soggetti del GS presentano più alti punteggi di impulsività così come valutato con la BIS-11: GS 71,16 / GC 59,64 e maggiori livelli di aggressività verbale e autodiretta rispetto a quelli del GC, confermando i numerosi studi condotti che hanno associato l'impulsività patologica a elevati livelli di aggressività.

In particolare, all'interno del GS, risulta rilevante la correlazione tra impulsività e aggressività totale valutata alla MOAS e tra l'impulsività e i punteggi elevati alla SCL-90. Si evidenzia, inoltre, una maggiore aggressività valutata alla MOAS nei soggetti che abusano o sono dipendenti da sostanze psicoattive e da alcool. Inoltre è stata riscontrata una maggiore aggressività tra i soggetti che hanno subito abuso sessuale o perdite di figure genitoriali durante la fanciullezza. Una più alta aggressività verbale è stata rilevata nei soggetti che hanno vissuto un più alto grado di indifferenza familiare e tra coloro che abusano o sono dipendenti da sostanze psicoattive e da alcool.

### **Riferimenti bibliografici**

De Giacomo P., Renna C., Santoni Rugiu A.: Manuale sui disturbi dell'alimentazione, Franco Angeli, Milano, 2005;

Vantaggiato V.: Psicopatologia dell'impulsività: Uno studio clinico-sperimentale su soggetti affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare, Tesi Sperimentale, Università Degli Studi Di Milano-Bicocca, Facoltà di Psicologia, Laurea Specialistica in Psicologia Clinica e Neuropsicologia, A.A. 2005-2006.

## DCA CRONICO: UN INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE

Zago Susanna, Kornmuller Alessandra, Visconti Laura

Centro Mara Selvini per il trattamento dei DCA di Torino- UOA Nutrizione Clinica Ospedale Valdese USL 1- Torino

Dai dati della letteratura emerge un aumento della sopravvivenza dei pazienti affetti da DCA e in particolare di Anoressia, per cui la mortalità rimane comunque elevata ma sensibilmente ridotta rispetto al passato, questo potrebbe essere dovuto anche alla maggiore applicazione di una multidisciplinarietà dell'intervento terapeutico (1).

Negli ultimi anni sembrerebbero aumentati i casi con manifestazione in età più avanzata con andamento cronico nel tempo, intervallato da fasi di acuzie molto gravi (2). Dal punto di vista psicologico, secondo Sorrentino il DCA cronico potrebbe essere spesso la difesa estrema di fronte a una patologia psichiatrica grave, in questo senso, la difesa ossessiva è evolutiva rispetto allo scempenso psicotico (3).

La malnutrizione rappresenta una complicanza aggravante sia le fasi croniche che acute della malattia, rendendo molto difficile la riabilitazione psicologica dei pazienti.

Permane necessario una presa in carico globale dei pazienti affetti da DCA cronico, e della loro famiglia allo scopo di aiutare i pazienti ad una maggiore consapevolezza e talvolta alla convivenza con la malattia stessa

**Caso Clinico** B.S. 36°. Seguita dal giugno del 2004.

Diagnosi: Anoressia Restrittiva/ Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo/Diabete tipo 2°.

Intervento nutrizionale: coordinato dal medico nutrizionista con diabetologo e dietista in regime di DH nutrizionale. Il programma ha previsto un intervento di nutrizione artificiale enterale attraverso sondino nasogastrico nella fase acute dell'anoressia associate ad importante perdita ponderale e difficile compenso glucidico. Nella fase di stabilizzazione l'intervento di sorveglianza nutrizionale è stato effettuato con alimentazione naturale.

DATA	PESO Kg	BMI
06/04	53.5	17,3
05/05	46	15,3
05/06	54.3	17,57
09/06	60	20,06
12/06	51.3	17,4
03/07	45	15.05

Intervento psicoterapeutico: terapia individuale, terapia di coppia, sostegno individuale al marito della paziente, sedute con le famiglie d'origine, colloquio Psicologico Clinico per trattamento psicofarmacologico sia con antidepressivi che con antipsicotici. L'equipè ha effettuato riunioni periodiche interdisciplinari da 2 anni per l'impostazione e la verifica dell'aderenza al progetto terapeutico.

**Condizioni attuali** la paziente dopo una fase di anoressia completa, ha nuovamente recuperato l'alimentazione per os in seguito ad un'osservazione della paziente dapprima in regime di Day Hospital ed attualmente in regime di ricovero riabilitativo, grazie al prosequio dell'intervento psicologico integrato individuale e familiare.

**Conclusioni** Dall'esperienza del trattamento del caso B.S. emerge l'importanza del trattamento multidisciplinare. L'integrazione della rete formata dal medico nutrizionista, diabetologo, medico psicologo-clinico che gestisce il sostegno psicofarmacologico, dalla terapeuta individuale della paziente e dall'equipe psicoterapeutica che segue la paziente in terapia di coppia e talvolta allarga le convocazioni alle famiglie d'origine e ai figli della paziente, si è rilevata fondamentale per restituire alla paziente e alla sua famiglia una nuova competenza e una speranza per affrontare le difficoltà in atto e per costruire insieme il progetto di un intervento terapeutico a lungo termine. L'intervento psicoterapeutico familiare e individuale, si fonda sulla collaborazione con tutta la famiglia e prende in carico il mondo relazionale e affettivo per rispondere alle esigenze della sofferenza soggettiva espressa nel disagio del corpo e ben si inserisce nel percorso multidisciplinare necessario per il prosequio duraturo delle cure.

### Riferimenti bibliografici

- 1) Signorini et Al Eur J Clin Nutr Jan 2007;
- 2) Berkman ND, et Al Int J Eat Des Mar 2007;
- 3) Sorrentino et Al Scuola Mara Selvini Palazzoli.

# UN'ESPERIENZA DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO NEI D.A. DELL'ETA' ADULTA

Dott.ssa Rosa Maria DOMINICI

ISTITUTO ITALIANO DI PSICOANALISI DI GRUPPO.

## **Premessa.**

L'attenzione ai Disturbi Alimentari e la predisposizione di servizi esplicitamente "dedicati" hanno consentito di far emergere una domanda finora rimasta in ombra che attiene ad una patologia alimentare "minore", fortemente diffusa ma silente, soprattutto se paragonata alla "rumorosità" con cui si impongono Anoressia e Bulimia.

Si fa riferimento ad una tipologia di domanda da parte di donne adulte, senza precedenti interventi di D.A., con una rilevante comorbidità organica e psichiatrica e con una configurazione psicologica che tende a cristallizzarsi in un vissuto di malattia incurabile ed irreparabile.

La presenza di malattie invalidanti ed esperienze emotivo-relazionali da lungo tempo bloccate, "cronicizzate", che danno origine e perpetuano funzionamenti mentali opprimenti e ripetitivi, pur non presentandosi con le caratteristiche di una compulsività permanente, si inserisce in una cornice in cui il corpo è sentito senza controllo ma anche danneggiato ed avviato al disfacimento.

Malgrado l'assenza di una vera e propria "gravità" sintomatologia si tratta di pazienti che giungono sempre più frequentemente all'osservazione con una lunga storia di instabilità e disordine alimentare e in una condizione di comorbidità multipla: tutti fattori che interferiscono significativamente con la capacità di mobilitare energie vitali e di mantenere aperta una potenzialità evolutiva.

## **Materiali e metodi.**

Le osservazioni dello studio fanno riferimento ad un gruppo terapeutico a conduzione psicoanalitica, avviato da un anno e mezzo e tuttora in corso. Si compone di sette donne selezionate tra le pazienti che affluiscono all'ambulatorio del Progetto sperimentale per la cura ed il trattamento integrato dei D. A. "Il Cerchio d'oro" – A.S.L. 5 – Messina.

Le pazienti, di età compresa tra i 36 ed i 47 anni presentano diagnosi di BED e NAS, mai precedentemente riconosciute, con rilevante comorbidità organica (Sindrome dismetabolica, Cancro, Retinopatia) e psichiatrica (Depressione).

Il livello socio-culturale è eterogeneo; alcune lavorano, altre sono casalinghe; tutte sono coniugate con figli tranne una di loro che è una ragazza madre. Il gruppo è aperto a nuovi ingressi; le sedute vengono effettuate una volta la settimana per novanta minuti.

## **Risultati.**

Malgrado si tratti di un gruppo terapeutico in corso che non consente previsioni o considerazioni conclusive, tuttavia dall'analisi del percorso terapeutico, attualmente, è possibile estrapolare come uno spazio terapeutico di gruppo ad orientamento psicoanalitico possa essere efficace per facilitare una rivitalizzazione e trasformazione di aree di sofferenza psichica sedimentate sotto la sintomatologia alimentare. In particolare, si fa riferimento:

- a) alla peculiarità del vissuto corporeo: l'immagine condivisa dalle pazienti è evocativa di un corpo decadente e desessuato, privo di vitalità, da riempire con cibo e farmaci; non è più un corpo che attrae e richiama, che mette in relazione ed in contatto ma piuttosto che allontana ed isola.
- b) alla presenza di una cospicua lacunosità nell'area della relazione di coppia, carente di un'intimità corporea ed emotiva, di una spinta erotica e creativa che annulla e mortifica la fiducia e la coesione del Sé.

## **Commento.**

La possibilità di identificare ed elaborare, attraverso un percorso terapeutico gruppale, una sofferenza comune e condivisa, intrisa di abitudini e rituali ripetuti nella solitudine e clandestinità che intrappola ed isola, sembra rappresentare una modalità tecnica utile per riconquistare e sviluppare uno spazio mentale ed affettivo che è stato ridotto o azzerato dalla patologia.

Il configurarsi del gruppo a conduzione psicoanalitica quale "incubatrice" di stati mentali non metabolizzati, di esperienze vissute ma non "conosciute" può diventare una risorsa terapeutica per rivivificare nel tempo un nucleo identitario immobilizzato e nascosto dalla sintomatologia alimentare.

# INDICATORI DIAGNOSTICI PER INTERVENTI TERAPEUTICI DIFFERENZIATI NEI DCA.

Adele Farace

Centro per i disturbi dell'alimentazione della sipi (società italiana di psicoterapia integrata).  
Napoli.

## Premesse.

Nell'orizzonte sempre più vasto e variegato dei dca, strategie terapeutiche esclusivamente finalizzate alla riduzione dei sintomi e al controllo dei comportamenti alimentari spesso non si dimostrano efficaci ad evitare la cronicità di tali disturbi.

Per passare dal "sintomo al problema" e individuare approcci terapeutici che salvino sia la specificità del disturbo che la complessità dell'individuo sofferente si propone una modalità integrativa tra una visione quantitativa e una qualitativa.

## Materiali e metodi

nel considerare i diversi orizzonti di cura (bio-psico-sociale) e i diversi livelli di intervento sui dca, tra le varie attività, è stato attuato un progetto di prevenzione secondaria in una scuola superiore. Sono stati esaminati 282 adolescenti, tra i 14-15 anni. In una prima fase si è proceduto, avvalendosi dell'edi2 e del bmi, all'elaborazione di indicatori quantitativi per individuare i soggetti a rischio di dca. In una seconda fase agli stessi soggetti è stato somministrato il test della figura umana, test grafico proiettivo, capace di individuare indicatori di personalità, con particolare riferimento alla percezione del sé corporeo (identità- confini- percezione del limite- svalutazione ed idealizzazione- intersoggettività). Sono stati quindi messi a confronto i dati emersi dai questionari con i dati ricavati dai test proiettivi.

## Risultati

L'elenco dei soggetti risultati a rischio ai questionari e l'elenco dei soggetti a rischio ai test proiettivi non corrispondono in modo significativo:

- 1) Non tutti i soggetti che presentano gravi alterazioni della percezione del sé corporeo rientrano nella categoria a rischio di dca in base ai dati quantitativi.
- 2) Non tutti i soggetti a rischio di dca presentano alterazioni gravi nella raffigurazione dello schema corporeo. Limitatamente agli elementi non in comune, si evidenzia una raffigurazione dello schema corporeo adeguata ma schematica, robotizzata e senza vita (corpo muto).

## Conclusioni

La diagnosi, già in fase di prevenzione secondaria, di soggetti a rischio di dca con caratteristiche di "corpo muto", indirizza verso un approccio terapeutico sulla consapevolezza corporea specifico e precoce, che può ridurre il rischio di gravità e di cronicità dei disturbi.

# UN CASO DI ANORESSIA NERVOSA IN UN ADOLESCENTE DI SESSO MASCHILE

\*Ivan Perrone, \*\*Silvia Perrone, \*\*\*Caterina Renna

L'anoressia nervosa è stata da sempre considerata una patologia riguardante esclusivamente le donne, a causa della preponderante incidenza proprio nella popolazione femminile e della rarità di casi fra gli uomini. Storicamente gli stessi criteri utilizzati per la diagnosi dell'Anoressia Nervosa e i principali strumenti psicometrici impiegati per lo studio della patologia, sono stati standardizzati su campioni femminili, rendendo attualmente ancora controversa la collocazione diagnostica dei casi maschili.

Questo lavoro si propone di raccontare la storia di M., un ragazzo di 16 anni, che al momento del ricovero presso il Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl Lecce/1 presentava un BMI di 14.54. (h. 166 cm, peso 44.000 kg). Ad una prima valutazione la storia di M. sembrava essere comune a quella di molti altri ragazzi che per via del soprappeso (a 15 anni pesava 80 kg.) e degli insulti dei coetanei decidono di iniziare una dieta dimagrante ma altri sono i fattori e gli eventi familiari concomitanti che portarono M. a scivolare tra le reti dell'anoressia fino a pesare 36 kg senza alcun punto di riferimento se non quello della magrezza assoluta.

Giunto al Centro, M. fu sottoposto a valutazione medica, psicologica, psichiatrica e psicometrica e inserito in un programma di trattamento integrato e multidisciplinare in regime di day hospital secondo il protocollo PIM di Renna C. attivo presso il Centro dal 1999.

Saranno presentati nel poster i risultati rilevati durante e alla fine del trattamento e i momenti del percorso terapeutico significativi ai fini della guarigione.

## Riferimenti bibliografici

De Giacomo P., Renna C., Santoni Rugiu A.: Manuale sui disturbi dell'alimentazione, anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata, Franco Angeli, 2005.

Romeo F.: Adolescent boys and anorexia nervosa, *Adolescent*, vol. 29, 643-647, 1994.

\*Psicologo, Ospedale Militare di Roma.

\*\*Psicologa e Psicoterapeuta, Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare, DSM, Ausl, Lecce 1.

\*\*\*Psichiatra e Psicoterapeuta, responsabile del Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare, DSM, Ausl, Lecce 1, presidente della SISDCA per la sezione Puglia e Basilicata, membro del consiglio direttivo della SISDCA.

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ IN UN SERVIZIO AMBULATORIALE: IL GRUPPO STAND-BY  
 F. Cozzi, C. Bressanin, E. Brazzale, R. Ostuzzi  
 Servizio ambulatoriale per i DCA, ULSS 4 Alto Vicentino & Casa di Cura Villa Margherita (VI).

La ragazza affetta da anoressia o bulimia che dopo diversi anni e vari livelli di trattamento non raggiunge l'obiettivo terapeutico di remissione dei sintomi alimentari viene comunemente considerata "cronica". Spesso il criterio temporale per la definizione di cronicità va da centro a centro, solitamente deve superare almeno i 6 anni di durata.

Presso il nostro centro ambulatoriale ci siamo posti due interrogativi: Quando apporre questa etichetta di cronicità e che cosa significa essere cronici? Come trattare questi casi?

Alla prima domanda abbiamo risposto ricordando che "cronico è un termine medico che indica un soggetto affetto da malattia che non prevede guarigione", ma svariati dati empirici dimostrano che da anoressia e bulimia si può sempre guarire. Certamente ci sono persone in trattamento che dimostrano una forte resistenza al cambiamento e per le quali risulta inutile un proseguimento del percorso "standard". E' risultato necessario individuare un approccio alternativo che fosse in grado di dare una risposta alle esigenze di queste pazienti, che li tenesse in carico al centro e al contempo permettesse di ottimizzare le risorse. Abbiamo costituito il Gruppo "Stand-by". Si tratta di un gruppo aperto e non strutturato dove vengono convogliate le persone che dimostrano uno stallo nel processo di cambiamento. Il gruppo è stato avviato ad ottobre del 2006, a distanza di 6 mesi abbiamo voluto valutarne l'andamento e presentare alcuni dati.

Soggetti. Da marzo 2003 a febbraio 2007 sono stati presi in carico 253 soggetti con AN, BN e EDNOS. Di questi, 28 presentavano la sintomatologia da 6-10 anni e 31 da >10 anni. Il 59,3% di essi è attualmente in carico con approccio individuale. Le tabelle 1, 2, 3 mostrano gli esiti del restante 40,7% e le relative caratteristiche.

Tabella 1

	<b>DIMESSI POSITIVAMENTE</b>	MESI DI TRATTAMENTO AMBULATORIALE	RICOVERI	1° TRATTAMENTO
6-10 anni	7	17 mesi	29%	86%
>10 anni	11	18 mesi	18%	63%

Tabella 2

	<b>DROP-OUT</b>	MESI DI TRATTAMENTO AMBULATORIALE	RICOVERI	1° TRATTAMENTO
6-10 anni	8	2 mesi	/	37%
>10 anni	3	1,5 mesi	/	0

Tabella 3

	<b>STAND BY</b>	MESI DI TRATTAMENTO AMBULATORIALE	RICOVERI	1° TRATTAMENTO
6-10 anni	3	24 mesi	100%	66%
>10 anni	3	26 mesi	100%	33%

### Discussione

I dati in nostro possesso indicano che il 30,5% dei pazienti con più di 6 anni di malattia ha avuto una remissione dei sintomi dopo 17-18 mesi di trattamento ambulatoriale, da sottolineare che la quasi totalità di questi soggetti ha effettuato presso il nostro centro il suo primo percorso terapeutico. Il 18,6% ha abbandonato le cure dopo pochi incontri, la maggior parte di questi soggetti non era al primo trattamento.

Il restante 10% del nostro campione è inserito nel Gruppo Stand-by di cui il 50% è al primo trattamento. La totalità delle partecipanti durante il percorso è stata ricoverata presso una struttura specializzata, indicazione questa della gravità delle condizioni fisiche e psichiche in cui si trovava all'inizio del percorso.



## LAVORARE IN TEAM: IL GRUPPO TERAPEUTICO NEL BINGE EATING DISORDER

Daniela Vassallo, Isabella Cammarata, Annalisa Granato, Raffaella Tealdi\*, Massimo Storero\*, Monica Roma, Cristina Rossino, Lidia Rovera ASO Ordine Mauriziano Torino SS di Dietetica e Nutrizione Clinica.

\*Desk DCA Pinerolo

Premessa. Dopo alcuni anni di conduzione di gruppo con metodo cognitivo comportamentale abbiamo sentito la necessità di migliorare l'efficacia terapeutica del Team (medici specialisti in scienza dell'alimentazione, dietiste, psicologi). Confrontando i dati clinici ottenuti dal percorso terapeutico di gruppo con i dati ottenuti dai tests psicologici, somministrati ad un gruppo di donne affette da BED, abbiamo potuto constatare una buona congruenza dei dati ottenuti.

Materiali e metodi: 7 pazienti femmine valutate dal punto di vista nutrizionale, antropometria, calorimetria, impedenzometria, valutazione test psicologico. Sono stati valutati: peso medio iniziale 84.74kg range (71kg-101kg)- finale 81.700 kg (range 70kg-93kg) Bmi medio inizio / fine.

	<b>SCL90</b>	<b>P. L.</b>	<b>D. A.</b>	<b>B. E.</b>	<b>C. P.</b>	<b>A. R.</b>
Somatizzazione		1,75	0,58	0,58	2,3	0,25
Area Ossessivo-compulsiva		1,4	1	2,1	1,1	0,2
Sensibilità interpersonale		0,7	0,55	1,8	0,7	0,2
Depressione		1,76	0,69	1,6	0,8	0,38
Ansia		1,1	0,1	1,6	0,9	0,4
Rabbia – Ostilità		1,8	0,16	0,8	0,8	0,5
Ansia fobica		0	0	0,7	0	0
Ideazione paranoidea		1,6	0,16	1,16	0,5	0,6
Psicoticismo		0,66	0,8	1	0,2	0,4
TOTALE		118	57	128	82	32
TS/90		<b>1,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,42</b>	<b>0,91</b>	<b>0,3</b>

circonferenza addome inizio 107cm fine 102cm. Drop out 2% al terzo incontro. Percorso terapeutico di gruppo: 12 incontri di gruppo a cadenza settimanale condotto con metodo cognitivo comportamentale; somministrato test SCL90:

Cutoff=1; <1=normale; da 1 a 1.5=lieve; da 1.5 a 2=medio; >2=grave

Risposte mancanti o doppie

D. A. : manca risposta n. 27 scala somatizzazione

C.P. : manca risposta n.23 scala ansia, doppia risposta n. 39 e 78 scala ansia, n.67 scala rabbia – ostilità, n.8 e 18 scala ideazione-paranoidea

A. R. : manca risposta n. 4 e 52 scala somatizzazione, n. 51 scala area ossessivo-compulsiva, n. 5 e 32 scala depressione, n. 23 scala ansia, n. 11 scala rabbia-ostilità; risposta doppia n. 27 scala somatizzazione.

Durante il percorso terapeutico di gruppo l'automonitoraggio del comportamento alimentare e dell'attività fisica vengono eseguiti dal paziente e discussi con il terapeuta in gruppo attraverso la rilettura del diario alimentare del cambiamento.

Risultati: i dati clinici ottenuti dal percorso terapeutico confrontati con i risultati del test SCL90 sono risultati in accordo. Commento: dai dati clinici e dal test somministrato è stato possibile coinvolgere alcune pazienti in percorsi terapeutici di rinforzo.

# DIAGNOSI DI STRUTTURA E DCA: ANALISI DI UN CAMPIONE DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO E PSICOTERAPIA DI GRUPPO.

Vanna Berlincioni, Raffaella Martinelli, Marta Burrioni, Sarah Candotti.

Dipartimento di scienze sanitarie applicate e psicocomportamentali, sezione di psichiatria, Pavia

Premesse. Dal 1998 ad oggi, presso l'ambulatorio psichiatrico territoriale (CPS: Centro Psico Sociale) di Pavia, vengono svolti trattamenti di psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico con frequenza settimanale per pazienti con disturbi del comportamento alimentare. A tutt'oggi i gruppi monosintomatici in corso sono 3; in questo lavoro verrà descritto il campione di pazienti ad essi afferenti, e il materiale testistico a cui le pazienti sono state sottoposte, al fine di approfondire l'aspetto diagnostico strutturale soggiacente al DCA.

Materiali e metodi. Il campione oggetto della ricerca è costituito da 22 pazienti con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (9,1%-2pz. anoressia, 36,4%-8pz bulimia, 50%-11pz. BED, 4,5%-1pz. DCA NAS). Al campione in oggetto sono stati somministrati all'inizio della terapia i seguenti test: BUT, BITE, DIS-Q, SCIDII e test di Rorschach. Il BUT (Body Unesiness Test) è una scala autosomministrata per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. Il BITE (Bulimic Investigatory Test) è un questionario autosomministrato finalizzato ad identificare soggetti che presentano sintomi bulimici e a fornire informazioni circa gli aspetti comportamentali e cognitivi del disturbo. Il DIS-Q (Dissociation Questionnaire) è un questionario autodescrittivo per la misurazione delle esperienze dissociative. La SCID II è un'intervista semistrutturata per la valutazione diagnostica dei dieci Disturbi di personalità di Asse II del DSM-IV e dei disturbi di personalità di tipo depressivo e passivo-aggressivo (riportati nell'Appendice B del DSM-IV). Il test di Rorschach è un test proiettivo per la valutazione della struttura di personalità. Abbiamo inoltre analizzato i dati estrapolati da una scheda anamnestica di nostra formulazione.

Risultati. Bite. Symptom Scale: punteggio  $\geq 20$  nel 59,1% dei casi (13 pz), tra 10 e 19 nel 18,2% (4 pz),  $< 10$  nel 9,1% (2 pz); 13,6% (3 pz) non rilevato. Severity Scale: punteggio  $\geq 10$  nel 31,8% dei casi (7 pz), tra 5 e 9 nel 27,3% (6 pz),  $< 5$  nel 27,3% (6 pz); 13,6% (3 pz) non rilevato.

BUT. Il 45,5% (10 pz) del campione presenta valori elevati ai 3 indici globali: Global severity Index (GSI)  $\geq 2,5$ ; Positive Symptom Total (PST)  $\geq 20$ ; Positive Symptom Distress Index (PTSDI)  $\geq 3$ .

SCIDII; 20 pazienti soddisfano i criteri per almeno un disturbo di personalità; in particolare 11 pz. presentano più di un disturbo di personalità, 12 un solo disturbo e 3 nessun disturbo. Inoltre i disturbi di personalità riscontrati, in ordine di frequenza decrescente, sono: disturbo evitante (35% dei pz), disturbo depressivo (25%), disturbo borderline (25%), disturbo dipendente (25%) disturbo ossessivo-compulsivo (15%), disturbo passivo-aggressivo (15%), disturbo paranoide (5%). Il 30% invece non soddisfa i criteri per alcun disturbo di personalità.

DIS-Q. Il 50% dei casi (11 pz) presenterebbe significative esperienze dissociative (tot dis-q  $\geq 2,5$ ); nel 9,1% (2 pz) si sono rilevati punteggi globali superiori a quelli della popolazione generale; il 13,6%(3 pz) invece presenta punteggi sovrapponibili a quelli della popolazione generale; il 27,3%(6 pz) non rilevabile.

RORSCHACH: i risultati del test verranno correlati a quelli emersi dagli altri.

Commento. Pur con la consapevolezza dei limiti intrinseci ai test, possiamo dire che i risultati suggeriscono la presenza di un elevato disagio relativo all'immagine del corpo, di significative esperienze dissociative e di molteplici disturbi di personalità nel campione oggetto della ricerca.

# STUDIO SU ALCUNI POSSIBILI PRECURSORI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

A. Fumagalli, G.L. Mansi, R. Bergomi, A. Beria, I. Floriani,\* M. Cinquini,\* M. Molteni  
IRCCS E. Medea, Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare, Bosisio Parini (Lc)

\*Istituto di Ricerche Farmacologiche M. Negri, Milano

**PREMESSE** In adolescenza le trasformazioni corporee connesse alla pubertà impongono un complesso adattamento. Nelle femmine, in particolare, il menarca, l'aumento fisiologico di peso e la trasformazione delle forme corporee possono indurre disturbi dell'immagine corporea, che possono evolvere in disturbi alimentari.

L'**ipotesi di partenza** del nostro studio è che la precocità del menarca, un elevato BMI e disturbi dell'immagine corporea costituiscano fattori di rischio per il successivo sviluppo di disturbi alimentari.

## MATERIALE E METODI

**Campione:** gli alunni delle prime classi di due scuole superiori della provincia di Como (N=302). Il disegno dello studio è longitudinale: i soggetti sono stati seguiti per un periodo di 3 anni (2004-2006).

**Strumenti:** Body Attitude Test (per il sottocampione femminile); Eating Disorder Inventory-2.

**Procedure:** somministrazione collettiva dei questionari e rilevazione di età, peso, altezza ed età al menarca delle ragazze. Le misurazioni sono state ripetute in tre tempi (aprile 2004, 2005, 2006).

## RISULTATI

L'**età media al menarca** nel sottocampione femminile è di circa 12 anni. La media dell'indice di massa corporea (**BMI**) delle ragazze è circa 21. La maggioranza di loro (oltre il 70%) si colloca nella fascia *normopeso*; circa il 20% nella fascia *sottopeso*; tra il 6 e l'8% in quella *sovrappeso*, mentre pochissimi soggetti sono *obesi*. Come riportato in letteratura, si rileva una correlazione negativa statisticamente significativa tra età al menarca e BMI. Le analisi sui **questionari** mostrano una differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine nei punteggi alle sottoscale *Inadeguatezza*, *Insoddisfazione per il Corpo*, *Impulso alla Magrezza* e *Consapevolezza Enterocettiva* dell'EDI, che risultano superiori nel sottocampione femminile. Il BMI appare positivamente correlato in modo statisticamente significativo alla sottoscala *Insoddisfazione per il Corpo* dell'EDI e ai fattori 1 (*Valutazione negativa della taglia corporea*), 3 (*Insoddisfazione generale verso il proprio corpo*) nonché al punteggio totale del BAT.

Una variazione nel BMI lungo i tre anni sembra produrre una variazione – nella medesima direzione – dei punteggi al BAT e in diverse sottoscale dell'EDI.

*L'età al menarca appare negativamente correlata alla sottoscala Insoddisfazione per il Corpo dell'EDI. In realtà però, se si tiene controllato l'effetto del BMI, non si evidenzia più alcun effetto dell'età al menarca sui punteggi EDI. L'apparente correlazione tra età al menarca e punteggi al test sembra dunque spiegata dalla correlazione tra età al menarca e BMI.*

Un risultato particolarmente interessante riguarda infine la differenza (statisticamente significativa) rilevata nella variazione dei punteggi EDI lungo i tre anni dai soggetti suddivisi per sottogruppi in base al punteggio BAT a T0. Una delle ipotesi di partenza del corrente studio era infatti che i disturbi dell'immagine corporea (rilevati al BAT) potessero costituire fattori di rischio rispetto al successivo sviluppo di disturbi alimentari (evidenziati dall'EDI). Per verificare tale ipotesi, le ragazze sono state così raggruppate: ragazze con punteggio BAT a T0 inferiore al *cut-off* (senza disturbi dell'immagine corporea) e ragazze con punteggio BAT a T0 uguale o superiore al *cut-off* (con disturbi dell'immagine corporea). Contrariamente alle aspettative, si evidenzia una tendenza nei soggetti con BAT a T0 inferiore al *cut-off* ad aumentare i propri punteggi all'EDI nel corso dei tre anni e viceversa una tendenza dei soggetti con BAT a T0 uguale o superiore al *cut-off* a ridurre i propri punteggi. Tale dato sembra disconfermare la nostra ipotesi iniziale: i soggetti con disturbi dell'immagine corporea a T0 mostrano anzi una riduzione nel tempo dei comportamenti/pensieri

sintomatici di disturbi alimentari. Le ipotesi esplicative al proposito potrebbero essere diverse: è possibile ad esempio che tali soggetti, insoddisfatti della propria immagine corporea, abbiano intrapreso una dieta, perdendo peso nell'intervallo tra le rilevazioni, riuscendo così a raggiungere una maggior soddisfazione corporea e una parallela riduzione dei problemi connessi a cibo e corpo.

### **COMMENTO**

Nel corrente studio, tuttora in corso, si indaga l'esistenza di associazioni tra alcuni fattori connessi alle trasformazioni puberali (età al menarca, BMI, disturbi dell'immagine corporea) e lo sviluppo di disturbi alimentari. Dai dati emersi si può ipotizzare che il controllo del peso giochi un ruolo difensivo nei confronti di alterazioni dell'immagine corporea, a conferma dell'aspetto secondario dei DCA rispetto a un primitivo disturbo psicopatologico di natura dismorfica.

# SETTE ANNI DI ESPERIENZA NELLA CURA IN COMUNITÀ DEI DISTURBI ALIMENTARI. LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Ferrari, M., Ferrari A., Chimento, M.\*; Cuzzolaro, M.\*\*\*, Ostuzzi, R.\*\*.

Comunità Silesia, Cooperativa Linte, Vicenza

\*\* Reparto DCA, Villa Margherita, Arcugnano (VI)

\*\*\* Università di Roma La Sapienza, Dip. di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva

I DCA sono caratterizzati da un'elevata tendenza alla recidiva e all'evoluzione nella cronicità. I fattori che concorrono a determinare questa tendenza sono numerosi e di vario tipo, nel presente articolo vogliamo sottolineare l'importanza della perdita di competenze e abilità relazionali e sociali. A causa di questa perdita, la qualità di vita di una paziente in fase di remissione da un disturbo alimentare può essere infatti talmente bassa da rendere la ricaduta un'alternativa vissuta come inevitabile o addirittura accettabile. In pazienti con storia di malattia di 10 o più anni che da molto tempo hanno interrotto gli studi e non hanno una minima vita sociale e lavorativa accade di recuperare condizioni fisiche generali complessivamente buone, ma di vedere fallire l'intervento terapeutico riabilitativo. Il senso di isolamento, la perdita di interessi, l'impossibilità di conseguire risultati nel campo dello studio o del lavoro, la percezione di sé come persona inadatta a gestire situazioni e relazioni, le tensioni familiari, vengono spesso indicati dalle stesse pazienti come la prima causa di ricaduta. Le pazienti con una storia di ricadute e con tendenza alla cronicizzazione presentano condizioni fisiche e psicologiche precarie che spesso richiedono una ospedalizzazione riabilitativa a lungo termine per recuperare condizioni generali accettabili. Se l'ospedalizzazione rappresenta la soluzione ideale per questo tipo di quadro, non soddisfa le molteplici esigenze di un progetto terapeutico completo. In particolare il ricovero ospedaliero, anche se in regime di Day Hospital, dovendo primariamente soddisfare le esigenze di tutela della salute della paziente e di miglioramento delle sue condizioni psicofisiche attraverso il recupero di abilità di base quali quelle alimentari, non consente un'adeguata sperimentazione e verifica delle abilità relazionali e sociali necessarie al mantenimento di una buona qualità di vita. Di conseguenza la perdita di abilità relazionali e sociali sarà tendenzialmente tanto maggiore quanto più lunga è la storia di recidive o di cronicità, innescando un circolo vizioso che via via rende più difficile alla paziente il riappropriarsi di uno stile di vita di qualità accettabile. In questi casi può essere indicata una permanenza presso una struttura il cui obiettivo primario sia il recupero e lo sviluppo delle abilità di relazione e sociali attraverso un intervento sociale e sanitario di medio-lungo periodo.

La Comunità Silesia è una risposta innovativa in questo ambito, centrata sulla riabilitazione psicosociale. Il percorso di cura prevede tempi di attuazione medio lunghi che possono variare da 6 mesi a 2/3 anni, con periodiche verifiche da parte del servizio territoriale inviante. Nella filosofia di intervento viene data molta attenzione allo sviluppo e al potenziamento delle abilità di autonomia, di autogestione e di relazione che rappresentano il primo obiettivo terapeutico. Si lavora per sviluppare nell'ospite un senso di sé integrato, stabile e armonico, organizzato intorno al riconoscimento delle proprie capacità, sperimentando in condizioni protette una vita sociale con: momenti di lavoro, di studio e di svago.

La Comunità Silesia ha iniziato la sua attività nel maggio 2000, ospitando complessivamente 51 utenti. L'età media all'ingresso è di 25.9 anni (min 18 - max 34), la durata media della malattia è di 9.4 anni (min 2 - max 20), e l'età media d'esordio è di 16.34 anni (min 9 - max 26). Il campione è rappresentato da: 47.07% ANb, il 23.52 %ANr, 25.49% BN, 3.92 %EDNOS. Il 72.5% delle ospiti ha svolto una attività sociale esterna alla struttura e di queste alle dimissioni il 64% ha avuto un miglioramento psicofisico e sociale.

Presentiamo dati circa il quadro diagnostico e la storia clinica delle ospiti, il modello operativo e gli obiettivi della Comunità, le attività sociali e sanitarie svolte, i risultati. A titolo esemplificativo presentiamo un prospetto dell'attività svolta dalla Comunità e dei risultati raggiunti.

Ospiti		Attività svolta			Esito alle dimissioni	
Ospitate	8	Corsi di formazione, stage, studio, patente		23	Esito positivo	33
Dimesse	43	Lavoro		27	Nessun miglioramento	9
<b>Totale:</b>	<b>51</b>	Nessuna attività		14	Drop Out	1
<b>DIAGNOSI</b>	ANr <b>12</b>	ANb <b>24</b>	BN <b>13</b>	EDNOS <b>2</b>	Comorbilità <b>39</b> di cui →	ab. Sostanze <b>10</b>

Attualmente i dati sono incoraggianti, ma il numero ancora basso per uno studio statistico significativo, impone ancora l'incremento della numerosità del campione e ulteriori studi e approfondimenti.

La terapia riabilitativa della Comunità dovrebbe anche incidere sulla riduzione del costo sanitario dei disturbi alimentari. Infatti un vantaggio non trascurabile della comunità è la ridotta medicalizzazione e di conseguenza costi minori del trattamento e ridotti costi sociali. Quindi è importante che la durata del trattamento sia efficace e valida sotto il profilo costo-beneficio ovvero dovrebbe ridurre la medicalizzazione e l'intervento dei servizi sanitari dopo l'intervento riabilitativo offrendo un periodo di cura più prolungato.

# STILE DI ATTACCAMENTO GENITORIALE E PREFERENZA PER IL RUOLO DI GENERE IN RAGAZZE AFFETTE DA DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Maria Domenica Marotta\*\*, Vezio Ruggieri\*, Maria Ernestina Fabrizio\*, Caterina Renna\*\*

\*Cattedra di Psicofisiologia Clinica, Università La Sapienza Roma; \*\*Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare, DSM - ASL Lecce

**Premesse:** lo scopo della ricerca è stato quello di valutare la possibile influenza dello stile di attaccamento genitoriale sullo sviluppo della femminilità in delle giovani donne che manifestano problematiche così complesse quali i disturbi del comportamento alimentare.

L'ipotesi da cui si è partiti è che le ragazze con disturbi quali anoressia e bulimia, presentino un pattern di attaccamento genitoriale, definito "affectionless control" da Gordon Parker e caratterizzato da un lato da bassa cura, intesa come scarsa espressione dell'affettività e responsività verso i bisogni della figlia e dall'altro da alta iperprotezione, intesa come intrusività ed eccessivo controllo e che questo stile di attaccamento genitoriale possa determinare la preferenza per un ruolo di genere rigido e aderente agli stereotipi culturali sulla femminilità.

**Materiali e metodo:** la ricerca è stata condotta mettendo a confronto un gruppo di 30 soggetti di sesso femminile affetti da DCA, età media anni 22,5 (GS) e un gruppo di controllo di 30 soggetti di sesso femminile non affetti da tale patologia, età media anni 21,5 (GC). Per la verifica dell'ipotesi di ricerca si è somministrato il Parental bonding Instrument di Parker, che valuta lo stile genitoriale di attaccamento e il Bem Sex Role Inventory di S. Bem, che valuta la preferenza per il ruolo di genere.

**Risultati e commento:** l'ipotesi di partenza riguardante la presenza dell'"Affectionless Control", quale pattern di attaccamento prevalente nel GS è stata confermata. Il pattern di attaccamento prevalente nel GC è risultato essere, invece, l'"Optimal Bonding" per la madre e l'"Absent" per il padre. Questo particolare stile di attaccamento definito "Affectionless Control" da Gordon Parker è stato riscontrato in diversi disturbi psichiatrici, compresi i disturbi alimentari, ed è ritenuto un probabile fattore di rischio psicopatologico aspecifico.

Coerentemente, poi, con l'altra ipotesi di partenza, il GS sembra presentare un ruolo di genere "non androgino", rigidamente aderente agli stereotipi culturali, mentre nel GC la preferenza per il ruolo androgino è significativamente minore. Sono emerse, infine, correlazioni significative, nel gruppo con DCA, tra le singole scale della Cura e Protezione del PBI e le singole scale del BEM.

## Riferimenti bibliografici

Bem S.: Sex role adaptability: one consequence of psychological androgyny, *Journal of Personality and Social Psychology*; 31:

634-643, 1975

De Giacomo P., Renna C., Santoni Rugiu A.: Manuale sui disturbi dell'alimentazione, Franco Angeli, Milano, 2005;

Parker G. Parental: "Affectionless control" as an antecedent to adult depression, *Arch Gen Psychiatry*; 40: 956-960, 1983

## INSIEME ALLE FAMIGLIE. PER USCIRNE INSIEME CENTRI MARA SELVINI ANORESSIA | DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Visconti Laura, Zago Susanna

Centro Mara Selvini sede di Torino [www.centrimaraselvini.it](http://www.centrimaraselvini.it)

Mara Selvini Palazzoli: la scoperta dell'anoressia.

Mara Selvini Palazzoli (1916-1999), neuropsichiatria e psicoterapeuta, è stata una pioniera nello studio dell'anoressia mentale, malattia comparsa in Italia dopo la seconda guerra mondiale. La dottoressa Selvini trattò le pazienti individualmente per diciassette anni e proseguì, nei successivi trent'anni, con il coinvolgimento dei familiari, considerati importanti testimoni del disagio delle pazienti e risorse per il loro trattamento. I suoi libri, pubblicati e tradotti in tutto il mondo, sono un riferimento per tutti coloro che si occupano del problema, a livello scientifico e terapeutico: Mara Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli 1963, nuova edizione Cortina 2005; Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Anna Maria Sorrentino, Matteo Selvini, *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina 1988; Mara Selvini Palazzoli, Stefano Cirillo, Anna Maria Sorrentino, Matteo Selvini, *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina 1998.

I Centri Mara Selvini: una presa in carico dei disturbi alimentari.

Distribuiti sul territorio nazionale, i Centri Mara Selvini, offrono una presa in carico della patologia anoressica e di tutti i disturbi del comportamento alimentare. L'intervento psicoterapeutico, familiare e individuale, si fonda sulla collaborazione con tutta la famiglia e prende in carico il mondo affettivo e relazionale dei pazienti per rispondere alle esigenze della sofferenza soggettiva espressa nel disagio del corpo. L'offerta dei Centri prevede un'integrazione di psicoterapia e cure mediche che tutelino i pazienti sul versante fisico della malattia. Il modello di terapia segue modelli di omogeneità e i Centri sono costantemente in contatto tra loro per verificare l'efficacia degli interventi e contribuire all'approfondimento scientifico.

Il nostro lavoro: *capire e curare*

Le pazienti e le loro famiglie, quando accedono ad un Centro, vengono generalmente accolte da uno psicoterapeuta. Alcuni colloqui preliminari servono a raccogliere le informazioni necessarie per comprendere il disagio della paziente, oltre ai dati salienti della sua storia personale e familiare, per formulare una diagnosi e dare le prime indicazioni terapeutiche. In questi colloqui vengono spiegati gli scopi della consultazione familiare e le sue modalità. Viene poi effettuata, ove necessaria, una valutazione internistica ad opera del medico di riferimento. Inizia, quindi, una consultazione psicoterapeutica con tutta la famiglia, condotta in équipe, per comprendere le origini psicologiche della sofferenza della paziente, alla luce della sua storia personale e familiare. La terapia può proseguire secondo differenti progetti e il processo di cambiamento viene accompagnato con sedute individuali della paziente, della coppia dei genitori o della famiglia nel suo insieme. Le sedute vengono videoregistrate per poter poi essere riviste e ripensate.

*L'esperienza del lavoro in équipe del Centro di Torino*

L'équipe del Centro Mara Selvini di Torino nasce ufficialmente nel gennaio 2005 ed è formata da: R. Babando, E. Giorgetti, L. Visconti psicoterapeute familiari, e S. Zago, medico nutrizionista. All'inizio l'équipe, costituita dalle psicoterapeute, si incontrava per la discussione dei casi e per pianificare gli incontri terapeutici seguendo le scadenze delle sedute e occasionalmente si allargava al medico nutrizionista, con la quale però si mantenevano costanti contatti telefonici. L'équipe era infatti costituita da professionisti che da tempo già collaboravano insieme. Con l'incremento dell'attività lavorativa, si è reso necessario ed utile avvalersi della collaborazione di professionisti esterni all'équipe, come ad es. A. Kornmuller, medico chirurgo specialista in Psicologia Clinica e P. Campisi, psichiatra.

Nel tempo si è sentita l'esigenza di strutturare e pianificare delle riunioni diversificate: una mensile per le psicoterapeute, per la discussione dei casi, per concordare una metodologia di lavoro condivisa e come occasione per conoscersi meglio, questa decisione è nata anche in relazione all'ingresso in équipe di un nuovo membro: M. Rittà, psicoterapeuta familiare; ed una ogni 2 mesi dell'équipe allargata, che fosse funzionale a: creare dei rapporti di rete, dei protocolli di collaborazione e avvalersi della competenza di figure professionali diverse.

La finalità degli incontri consisteva nel riuscire a costituire un'équipe multidisciplinare, utile per poter proporre al paziente una presa in carico a 360 gradi. Non meno importante è stata la decisione di fare delle riunioni ad hoc nelle situazioni di emergenza dei casi in carico, invitando eventuali curanti esterni all'équipe allargata per concordare una metodologia di lavoro condivisa. Per il primo anno e mezzo l'équipe psicoterapeutica ha sempre lavorato insieme, seguendo fisicamente in tre e poi in quattro tutte le terapie familiari del Centro. Dall'autunno del 2006, per motivi economici e di tempo, abbiamo scelto che la presa in carico effettiva sarebbe avvenuta in sotto-équipe, anche se ogni singola situazione viene comunque condivisa e discussa nella riunione d'équipe mensile.

I casi seguiti in équipe sono quasi tutti invii del medico nutrizionista che si fa garante dell'invio stesso (individuale o familiare). In un secondo momento l'équipe valuta, in accordo con l'inviante, i tempi e i modi del progetto terapeutico.

